Abbonamenti al “ Policlinico „ per l'anno 1936:

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale).	L. 58.80	L. 100	(2) Alle due sezioni (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-*a*) Alla sola sezione medica (mensile).	L. 50 —	L. 60	(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica). . .	L. 100	L. 150
(1-*b*) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	L. 125	L. 80

Un invito ai fedeli abbonati del “Policlinico „ per il 1936:

Affrettare quanto più sia possibile l'invio dell'importo di abbonamento pel 1936 e, al polizzino del VAGLIA POSTALE o dell'Assegno Bancario applicarvi la fascetta con la quale si sono finora ricevuti i fascicoli o, quanto meno, indicare, con esattezza, il rispettivo numero di abbonamento. Ciò faciliterà, all'Ufficio d'Amministrazione, la sicurezza dell'esatto accreditamento del pagamento nella giusta partita del mittente.

COMUNICATO PER L'ANNO 1936

Portiamo a conoscenza dei lettori che allo scopo di svolgere un'attività concorde più decisa e meglio distribuita ed offrire alla classe medica la possibilità di seguire a convenienti condizioni quanto di meglio si viene pubblicando in Italia, un accordo si è stabilito fra i tre più importanti **settimanali** medici: IL POLICLINICO - LA RIFORMA MEDICA - MINERVA MEDICA (P. R. M.), per il quale ai lettori sono offerti i seguenti principali vantaggi:

L'abbonamento cumulativo ai tre settimanali insieme è stabilito in L. **150** complessive.

Gli abbonati ai tre periodici (cumulativamente o singolarmente) potranno ricevere in abbonamento, a prezzi ridotti, le importanti riviste offerte dalle rispettive amministrazioni ed avranno diritto allo sconto del 10 % su tutti i libri editi dal gruppo giornalistico **P. R. M.** suddetto.

I vantaggi di tale accordo sono evidenti e lo saranno maggiormente in seguito per i lettori, per i periodici e per il progresso della stampa medica italiana stessa.

I lettori si gioveranno delle condizioni sempre più convenienti che derivano dalla possibilità di economie che, alla loro volta, i periodici possono realizzare associando i loro sforzi ed il loro lavoro.

La produzione scientifica, orientandosi verso le tre grandi pubblicazioni, sarà sicuramente e rapidamente seguita ed apprezzata in Italia ed all'Estero, evitando di essere dispersa e dimenticata in pubblicazioni minori.

Le idee e le iniziative nel campo medico, le questioni più importanti, la difesa del nostro patrimonio culturale disporranno, da oggi in poi, di tre diffusi e autorevoli organi, concordi e associati, diretti da personalità fra le più illustri della medicina italiana.

L'organizzazione scientifica e giornalistica dei tre periodici sarà potenziata dalla unione dei loro sforzi, non più sovrapposti o divergenti, ma diretti verso la comune mèta del progresso delle pubblicazioni.

I medici italiani vorranno mostrare la loro simpatia per questa iniziativa, che riunisce i principali esponenti dell'attività scientifica nelle tre regioni italiane: settentrionale, centrale e meridionale, affrettando l'invio della loro adesione all'abbonamento globale ai tre **settimanali** medici che, completandosi a vicenda, completano anche la cultura dei loro lettori.

« IL POLICLINICO ».

Abbonamento GLOBALE annuo per il 1936 ai periodici SETTIMANALI
IL POLICLINICO (Sezione Pratica) - LA RIFORMA MEDICA - MINERVA MEDICA

L'importo dell'abbonamento globale ai tre periodici settimanali in L. **150** può essere inviato ad una qualsiasi delle tre Amministrazioni e può essere pagato anche in due rate uguali di L. **75**, una anticipata e l'altra entro il 30 giugno p. v.

N.B. — *Naturalmente, l'importo dell'abbonamento isolato, ossia di abbonamento a qualunque dei tre settimanali che non venga assunto globalmente nella qui sumenzionata combinazione, deve invece essere inviato, nel suo normale prezzo, come pel 1935, alla rispettiva Amministrazione.*

Abbonamento annuo a prezzo ridotto pel 1936
AI PERIODICI MENSILI EDITI DAL GRUPPO GIORNALISTICO P. R. M.

		Italia		Estero	
ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE . . .	(mensile)	L. 144	invece di L. 160	L. 180	invece di L. 200
CUORE E CIRCOLAZIONE	(mensile)	» 36	» » » 40	» 55	» » » 60
GIORNALE DI BATTERIOLOGIA	(mensile)	» 90	» » » 100	» 180	» » » 200
IL DERMOSIFILOGRAFO	(mensile)	» 46	» » » 50	» 65	» » » 70
IL POLICLINICO (Sezione Medica)	(mensile)	» 45	» » » 50	» 55	» » » 60
IL POLICLINICO (Sezione Chirurgica) . . .	(mensile)	» 45	» » » 50	» 55	» » » 60
IL VALSALVA (Rivista di Oto-Rino-Laringoiatria)	(mensile)	» 45	» » » 50	» 65	» » » 70
LA CLINICA OSTETRICA	(mensile)	» 36	» » » 40	» 55	» » » 60
LA GINECOLOGIA	(mensile)	» 55	» » » 60	» 90	» » » 100
RIVISTA ITALIANA DI TERAPIA	(mensile)	» 35	» » » 40	» 55	» » » 60

L'importo dell'abbonamento a prezzo ridotto ai periodici mensili qui sopra elencati concessi agli abbonati al « *Policlinico* », va diretto alla nostra Amministrazione.

L'EDITORE DEL « POLICLINICO »
LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XLIII   Roma, 6 Gennaio 1936 - XIV   Num. 1

"IL POLICLINICO,,
PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

Per l'anno 1936.

Ai Medici Italiani,

"**IL POLICLINICO**,, *entra col 1936 nel suo 43° anno di attività e si sente sorretto dall'adesione dei medici, di ogni gerarchia e grado, al suo programma, che è ad un tempo scientifico e pratico.*

Quest'anno una passione infinitamente dolce e potente ci anima e cioè il proposito di altamente potenziare tutto ciò che è nostro spiritualmente e materialmente.

Nostra è intanto la dignità di pensiero perchè, indipendenti, noi perseguiamo i nostri alti ideali e i nostri giusti destini.

Nostra è la forza che ha illuminato animatrice tanti problemi biologici e ci fa oggi essere una scuola non più ad altre asservita; nostra la nuova bella produzione medica italiana che ci ha liberati dalla letteratura straniera; nostra la forte attrezzatura industriale per la quale medici Italiani oggi possono e devono curare con medicamenti italiani.

In questa calda atmosfera di affermazione e di tenace lavoro e di fermi propositi che animano tutti i medici Italiani, "**IL POLICLINICO**,, *inserisce il suo lavoro di aggiornamento, di potenziamento, e di elevazione.*

D'aggiornamento perchè senza servilismi di pensiero i medici Italiani tuttavia tutto conoscono di ciò che la scienza internazionale produce;

di potenziamento perchè tuttociò che è nostro come forza spirituale e come azione materiale sia conosciuto e valorizzato;

di elevazione perchè il medico Italiano attraverso la nostra opera completi e affini approfondendola la sua coltura.

Abbiamo detto il medico, perchè "**IL POLICLINICO**,, *si dirige indistintamente a tutti: ai chirurghi* (Sezione Chirurgica) *come ai medici internisti e tra questi sia a coloro che hanno indirizzo di studio e di ricerca* (Sezione Medica) *che a chi vive le esigenze e le responsabilità della vita pratica* (Sezione Pratica); *in quest'ultima anche tutti i problemi medico-legali, professionali e sindacali che riguardano l'interesse del medico saranno svolti e trattati con sempre maggiore larghezza ed estensione; sospesa* **temporaneamente** *la pubblicazione del* «Diritto Sanitario», *per doverosa considerazione di contingenti esigenze, la rubrica giuridica del* "**POLICLINICO**,, *sarà ampliata e perfezionata in modo che corrisponda, sia pure sinteticamente ma compiutamente, agli stessi scopi della trattazione specializzata.*

Il medico ha nella vita fisica e spirituale della Nazione un alto posto e un grande compito e noi vogliamo adeguare la nostra azione alle maggiori esigenze e necessità dell'ora.

"**IL POLICLINICO**,, *continuerà a fare opera di scienza, di pratica e di Italianità: e come diana spirituale della sua attività per il 1936 rivolge i caldi palpiti del suo pensiero ai medici che oggi dividono coi nostri meravigliosi soldati opera, fatica e gloria.*

LA REDAZIONE

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE INFERMI - ASTI

L'euforia dei cirrotici.

Dott. E. DEBENEDETTI, primario e l. d.

Non è abitudine dei medici consacrare particolare interesse all'umore dei malati. Si preferisce, naturalmente, che l'umore sia buono perchè il malato si cura più facilmente e più volentieri che il malato giù di morale, il quale finisce poi sempre di scaricare sul medico il suo malcontento.

È anche opinione diffusa che l'infermo euforico guarisca meglio e prima di quello pessimista: opinione che non conviene generalizzare. Più esatto e più rispondente ai fatti sarebbe indagare quali malattie e quali malati siano euforici e quali no.

Ma, all'infuori di poche eventualità che non sono sfuggite ai vecchi medici, all'umore del malato non si attribuisce grande importanza diagnostica o prognostica. Evidentemente su di esso agiscono molti fattori estranei al genere ed alla gravità della malattia ed alle sofferenze da questa provocate, fattori che hanno origine nel temperamento, nell'educazione, nello stato sociale ed economico, nell'età, nella speciale situazione famigliare e sentimentale del soggetto.

Ancora una volta non conviene generalizzare.

***

Vi è una malattia che gode fama di esercitare una grande influenza sull'umore dei pazienti, ed è la tubercolosi polmonare.

A voler essere precisi, l'influenza della tubercolosi si esplica, nonchè sull'umore, su tutto il patrimonio psicologico dei malati; una letteratura ricca e brillante si è incaricata di analizzare la psicologia del tubercolotico, accogliendo anche elementi artistici molto interessanti. se non tutti esattissimi.

Si è tanto discorso di questa psicologia d'eccezione, morbido prodotto della simbiosi fra uomo e bacillo, che il tubercolotico di lusso, di serra, ha finito per prendere gusto e quasi compiacersi della deformazione che la malattia imprime al suo spirito. Chi ha pratica di Sanatori per ricchi comprenderà facilmente.

Ma io non voglio fermarmi su questi problemi che meriterebbero pure attenta considerazione dal punto di vista morale e sociale.

Desidero, invece, a proposito dell'umore dei malati, accennare, molto alla buona, ad una ben più esigua e anche meno rumorosa e pretenziosa categoria di malati: i cirrotici.

Non mi consta che alcuno si sia occupato della psicologia di questi pazienti, e l'arte non si è curata che del loro aspetto fisico:

> Io vidi un fatto a guisa di liuto
> Pur ch'egli avesse avuta l'anguinaia
> Tronca dal lato, che l'uomo ha formato
>
> La grave idropisia, che si dispaia
> Le membra con l'umor che mal converte,
> Che il viso non risponde alla ventraia...

Orbene, se le mie osservazioni sono esatte, il cirrotico gode di un buon umore singolarissimo: è euforico.

Alludo esclusivamente al malato di cirrosi volgare, nello stadio ascitico, lontano dal coma, nel pieno dominio della sua coscienza e senza manifesti segni di abbrutimento.

Ed è questo che stupisce. Il cirrotico ha, nel suo grosso ventre segni sufficientemente chiari della sua malattia; un testimonio come quello non si può ignorare. Per di più la ma-

lattia è (almeno in queste regioni) abbastanza nota anche ai profani, tanto che ogni cirrotico ricorda qualche caso simile al suo e ne ricorda anche l'esito.

Con tutto ciò il cirrotico, a parte le inevitabili eccezioni, è di buon umore, euforico.

La sua euforia è anche un po' particolare: non è, come si è accennato, ignoranza del proprio stato. Non è neppure ragionata persuasa rassegnazione. È un'euforia composta di insensibilità morale e affettiva, di spensieratezza, di noncuranza per il domani, di spavalderia, di « andrà come vorrà »; ed è anche un'euforia burlona. Il cirrotico scherza volentieri sul suo male e su tutte le grottesche deformazioni da questo impresse al corpo.

Quanto spirito, e non tutto di cattiva lega, sul grosso ventre! Quante umoristiche speculazioni sul numero e sul ricavato della paracentesi! Con qualche orgoglio, infatti, più di un cirrotico dichiara il totale dei litri estratti, tradendo un ingenuo desiderio di far colpo.

Spera, si illude il cirrotico di poter guarire? Forse sì, forse no. Ricordiamo che molti altri malati gravi, inguaribili, non arrivano mai a vedere limpidamente la loro situazione che, d'altra parte, si cerca di tener celata fino alla fine.

Sono relativamente pochi i malati che abbiano sicura e costante la coscienza del loro stato e rifiutino di stornare lo sguardo dal passo inevitabile. Anche i più gravi, anche quelli che, per le sofferenze, desiderano la fine, esprimono ogni tanto qualche pensiero che dimostra non essersi spenta ancora l'ultima brace della speranza: tale il malato che, dopo avere respinto come inutile ogni incoraggiamento, chiede al medico se un po' di ghiaccio gli possa far male. Piccoli, emozionanti documenti per chi sa comprendere.

Certamente il cirrotico beneficia di questo generico attaccamento alla speranza; ma, sopratutto, credo, cerca di far tacere la paura, comprime i malinconici pensieri con l'imprevidenza, vive alla giornata.

Nè si può dire che il suo atteggiamento manchi totalmente di coraggio. Di solito il cirrotico non è querulo; egli sopporta con pazienza sofferenze che non sono certo minori di quelle che toccano a molti altri malati, per esempio a molti cancerosi. A suo credito scriviamo l'anoressia, la distensione addominale, i dolori da epiploite o da altre manifestazioni infiammatorie del peritoneo, gli edemi. Il cirrotico offre con coraggio e quasi senza scossa il ventre al trequarti e si consola della delusione della diuresi di oggi pensando a quella di domani.

Il suo ottimismo lo porta a credere di aver mangiato abbastanza, di aver passato una notte discreta, di sentirsi più forte.

Simpatico malato, che risparmiando a sè stesso i brutti pensieri, risparmia al medico il difficile compito di combatterli!

Non ho ancora detto che questi cirrotici non sono più sotto l'influenza immediata dell'alcool, che la loro euforia non è più sostenuta e stimolata giorno per giorno da questo. Poichè, se vi sono cirrotici che continuano a bere (e si è potuto vederne uno che solennizzava ogni paracentesi consumando pacatamente un litro di marsala e un pollo arrosto), moltissimi altri rinunciano completamente o quasi al vino appena il medico li ha avvertiti che il loro ventre è pieno d'acqua.

***

Naturalmente, se vogliamo cercare le ragioni dell'euforia dei cirrotici, ritroviamo subito l'alcool: l'euforia sopravvive alla lunga intossicazione, come a questa sopravvivono le lesioni stesse del fegato.

L'alcoolista, infatti, che imprende la carriera perchè, fin dall'inizio, la sua struttura morale non offre valida resistenza all'abuso, subisce poi, nel corso della carriera medesima, quella deformazione spirituale che tutti conosciamo: imprevidenza, fatalismo, rallentamento delle inibizioni: in una parola, ottundimento della sensibilità morale ed affettiva.

Per di più l'alcoolista, che è di rado solitario, coltiva in buona compagnia quella tendenza al buon umore, al buon vivere, al gaio scetticismo che fanno di lui un tipo: ben inteso, accolte tutte le eccezioni, particolarmente quelle dei frenetici, che hanno un diverso contegno e quelle degli abbrutiti.

Queste caratteristiche il cirrotico conserva anche in piena astinenza: la sua euforia non sarebbe che l'euforia dell'alcoolista. Non credo, tuttavia, che questa interpretazione, pur così persuasiva, debba vietarci una ulteriore, brevissima analisi.

Notiamo, intanto, che l'astinenza, la dolorosa astinenza dovrebbe deprimere, più che non faccia, il tono del cirrotico, come la ben più blanda astinenza dalla sigaretta deprime il fumatore.

Notiamo ancora che i bevitori affetti da malattie croniche diverse dalla cirrosi non dimostrano di conservare la loro abituale euforia. Vi sono propriamente, bisogna riconoscerlo, malattie che influiscono più gravemente di altre sul tono degli infermi: e non sempre si riscontra una proporzione fra severità

delle malattie ed influenza sull'umore. Basta ricordare il nero umore degli stitici, dei prostatici, di moltissimi gastro-enteropazienti. La cirrosi non ha tra le sue caratteristiche quella di infondere melanconia; e sì che la sua sede è proprio nel fegato!

A lato di queste osservazioni si può ricordare che la cirrosi induce nell'organismo, oltre quelle del fegato, modificazioni di portata generale che solo da qualche anno vengono attentamente considerate. Alludo a certe alterazioni del sistema endocrino, non ancora note in maniera esauriente, e cioè la frequente atrofia testicolare (non rara neppure negli altri alcoolisti), colla quale si collegherebbero l'ipertrofia mammaria, anche questa abbastanza comune, e le nodificazioni del rivestimento pilare (caduta dei peli alle ascelle).

Come sempre avviene, il resto del sistema endocrino è certamente disturbato nelle sue funzioni; possiamo supporlo senza temerità.

Ognuno sa quanto sia decisiva l'armonia o la disarmonia di questo sistema per il carattere. il temperamento, l'umore, quanto ne risentano tutte le fasi fisiologiche e patologiche. Molti quadri di endocrinopatie portano impresse caratteristiche psicologiche assolutamente peculiari e costanti, dalle quali si può risalire all'organo ammalato; e gli studiosi di psicologia normale e patologia vedono nel sistema endocrino e nei relativi centri nervosi l'ambito principale di attività subcoscienti.

Il disordine endocrino del cirrotico influisce senza dubbio sulla sua organizzazione psichica ed è forse per questo disordine che la disorganizzazione sopravvive all'alcool. L'euforia, che è segno di turbamento dell'equilibrio psichico, si potrebbe adunque riattaccare *anche* a quelle lesioni, certamente tossiche, del sistema endocrino.

Ipotesi, e non più che ipotesi, fin che non ci saranno meglio note le lesioni endocrine del cirrotico ed i loro rapporti colla malattia del fegato.

Comunque, le brevi riflessioni esposte ci indurranno a considerare la cirrosi come una malattia più generale che locale; anche per essa la patologia deve saper varcare i confini angusti della cellula, dell'organo e cercare nell'organismo, nell'individuo.

RIASSUNTO.

Si fa rilevare come i malati di cirrosi volgare conservino un'euforia fortemente contrastante col loro stato e si argomenta brevemente sulle ragioni di tale euforia.

OSSERVAZIONI CLINICHE

La cura della miastenia con estratto ipofisario anteriore

per il dott. GIUSEPPE LA CAVA,
assistente degli Ospedali Riuniti di Roma.

Il capitolo delle miopatie, benchè già da tempo ben conosciuto nei suoi multiformi aspetti clinici, è da qualche anno in completa continua evoluzione; nuovi orientamenti etiologici si sono manifestati in questi ultimi tempi e di conseguenza la terapia di queste malattie, che prima navigava nell'incerto, va battendo ora nuove vie e raccogliendo successi lusinghieri.

Alla primitiva ipotesi che poneva la causa delle miopatie nei muscoli stessi, è subentrata oggi la teoria endocrina, la quale riconosce come causa di tali malattie una disfunzione delle ghiandole a secrezione interna, e più recentemente ancora la teoria neuro-endocrina, secondo la quale la causa di queste malattie, più che in un disturbo puramente endocrino, sta in uno squilibrio dell'apparato centrale che regola le correlazioni fra le varie ghiandole, e cioè in una lesione di quei centri neuro-vegetativi diencefalici, la cui importanza nella genesi di queste e di alcune sindromi associate (poliuria insipida, distrofia adiposogenitale, ecc.) è stata così bene messa in evidenza da Curshmann. Tali ipotesi hanno trovato un valido appoggio dimostrativo nei buoni risultati che la terapia con ormoni ha in tali casi ottenuto.

Un così proficuo campo di studi ha attirato ultimamente l'attenzione di molti studiosi in Italia e all'estero, e numerosi ed interessanti lavori hanno recentemente visto la luce con studi accurati sull'argomento; di essi non è qui possibile riferire, nè discutere, dato il carattere di questa nota, che ha scopo eminentemente pratico.

La miastenia gravis seu pseudoparalytica è una rara e grave malattia, descritta per primo da Erb e quindi da Oppenheim, Goldflam ed altri. Essa è caratterizzata da eccessiva stancabilità, fino all'esaurimento dei muscoli, specialmente a carico di alcuni gruppi muscolari. I sintomi preminenti consistono in ptosi palpebrale, paresi della muscolatura della faccia (da cui la *facies* caratteristica), disordini della masticazione, della deglutizione, del linguaggio. I muscoli oculari sono quelli in primo luogo coinvolti, e la ptosi può essere uni- o bilaterale; vi è inoltre diplopia, talvolta strabismo, e talvolta anche fissità del globo oculare, il che rende spesso necessario per

il paziente di volgere il corpo, invece che gli occhi, nella visione degli oggetti laterali. I muscoli della masticazione e della deglutizione sono coinvolti precocemente: in genere i primi bocconi vengono masticati e deglutiti normalmente, ma dopo pochi minuti l'introduzione del cibo diventa già completamente impossibile. Così anche per il linguaggio: il malato può pronunciare alcune parole, ma, continuando a parlare, il suo linguaggio si fa sempre più indistinto, inarticolato e finalmente diventa un balbettamento inintelligibile e la voce si spegne più o meno lentamente. Nei casi più gravi vi sono attacchi di respiro frequente, quando siano presi i muscoli respiratori accessori e il diaframma. Il coinvolgimento nel processo morboso del tronco e degli arti superiori ed inferiori, può condurre a tale debolezza, che il malato non può nemmeno rivoltarsi nel letto. L'insorgere della malattia è di solito graduale ed il decorso progressivo per un periodo di pochi a venti e più anni. Le remissioni, frequenti, sono caratteristiche della malattia, specialmente nei casi di poca gravità e più prolungati. La malattia può avere anche inizio acuto e decorso rapido. Il reperto anatomico è stato sempre negativo: Strümpell dice che questo dato, insieme con quello della possibile guarigione, esclude la possibilità di lesioni anatomiche del sistema nervoso e fa pensare piuttosto ad una alterazione funzionale del territorio nervoso relativo. « Non è improbabile — egli dice — che una qualche anomalia della secrezione interna sia alla base della malattia ».

La prognosi, specialmente nei casi non trattati, è grave, ma non sfavorevole in modo assoluto. In casi in cui si è ottenuta la guarigione, questa può essere apparente e devono sempre temersi le recidive. La morte sopravviene, talvolta all'improvviso per soffocazione, inanizione o complicazioni secondarie.

Per quanto riguarda la cura, fino al 1930 nessun trattamento di reale valore era stato tentato: a parte le misure igieniche, la importanza del riposo, e la necessità di mantenere con ogni mezzo, anche con la sonda, la nutrizione, i vari tentativi terapeutici avevano sempre incontrato il più nero successo: arsenico, stricnina, calcio, estratto tiroideo, torio, paratiroidi, roentgenterapia, tutto era stato tentato con risultati pressochè nulli.

Nel 1930 H. Edgeworth riportò gli effetti benefici di larghe dosi di efedrina in un suo caso di *miasthenia gravis*: con tale cura si avrebbe un pronto alleviamento dei sintomi ma il risultato non è costante e dosi eccessive possono essere anche mal tollerate.

Nel 1932 Remen in Germania e Boothby in America riportarono i benefici effetti ottenuti con la somministrazione di acido aminoacetico (glicocolla) partendo dal concetto che anche nella miastenia, come nelle distrofie muscolari in genere, il metabolismo della creatina fosse disturbato.

Recentissimamente P. E. Laurent (*British Med. Journ.*, 1935, 3780) preconizza l'uso della prostigmina in tali casi.

Secondo questo A. però con l'uso di questo farmaco, i soggetti vanno incontro ad eruttazioni, vertigini, crisi di pianto, ammiccamento degli occhi, fotofobia, sudorazione: sintomi questi che interverrebbero 20-30 minuti dopo l'iniezione e durerebbero qualche minuto.

H. E. Simon (*J. A. M. A.*, 8 giugno 1935) ha riferito su di un nuovo metodo di cura da lui tentato nella *miastenia gravis* e consistente nella iniezione sottocutanea di estratto pituitario anteriore: noi stessi abbiamo recensito il lavoro dell'A. americano in questo giornale. Il Simon ha praticato tale cura in due casi che si erano dimostrati resistenti agli altri tentativi terapeutici, e dice di averne avuto risultati brillanti: il miglioramento, in ambedue i casi si potè notare sin dai primi giorni del trattamento. Quasi contemporaneamente.

Abbiamo avuto occasione, quasi contemporaneamente alla pubblicazione del lavoro di Simon, di osservare un caso di *miastenia gravis*, nel quale abbiamo tentato la cura proposta dall'A. americano.

Ecco una descrizione sommaria del caso:

X. Y., di anni 80, vedova. Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare ed in quella personale remota. Non aborti: ha tre figli viventi e sani.

Da venticinque anni e cioè dall'epoca della menopausa (che si manifestò appunto ritardata all'età di 55 anni) la paziente cominciò lentamente a soffrire di disturbi consistenti in una notevole difficoltà alla deglutizione, con sensazioni di bolo esofageo, di disturbi della fonazione, con linguaggio indistinto, e di una caratteristica debolezza muscolare con facile stancabilità specialmente a carico dei muscoli delle gambe. Si pensò allora che si trattasse di disturbi isterici della menopausa, specialmente per la presenza della sensazione di bolo esofageo e di un certo grado di vaginismo. L'esame del sangue allora praticato per accertare la presenza di una eventuale lues ignorata diede risultato negativo. Le molteplici cure toniche e nervine istituite non portarono alcun miglioramento, anzi i sintomi della malattia andarono sempre più aggravandosi, tanto che spesso la paziente, nei tentativi di camminare da sola, data l'eccessiva debolezza, cadeva per terra. In occasione appunto di una di queste cadute si produceva la frattura del collo del femore, da cui guariva peraltro senza al-

cun esito apparente. La paziente continuò così la sua vita, che di vita aveva solo l'apparenza, mantenendosi con una alimentazione esclusivamente liquida e restando la maggior parte della giornata a letto; il decorso della malattia, la quale restava fondamentalmente nella cornice del quadro morboso sopra descritto, presentava di tanto in tanto delle alternative di miglioramenti e di peggioramenti. Nel 1926 la paziente era visitata dal prof. sen. Pende, il quale le consigliava una cura di estratto ipofisario posteriore, praticata la quale per lungo tempo (circa due anni), la paziente ebbe un notevole miglioramento, che però fu soltanto transitorio; da allora la paziente non praticò più alcuna cura.

Nel luglio u. s. venivo chiamato di urgenza perchè in seguito ad una delle solite cadute la paziente accusava forte dolore in corrispondenza della spalla sinistra.

L'esame obiettivo locale faceva sospettare una frattura della clavicola senza spostamento, per cui applicai una fasciatura alla Désault. Esaminando poi la paziente in generale, e più specialmente dal punto di vista neurologico, raccolsi l'anamnesi remota sopra accennata e, all'esame obiettivo, potei constatare (riporto i soli dati positivi): ptosi palpebrale (non costante); l'oculomozione, che al primo esame risultava pressochè normale, ripetendo questo diventava sempre più insufficiente, specialmente per quanto riguarda i muscoli retto interno e retto esterno bilateralmente; l'arto superiore sinistro era immobilizzato dalla fasciatura e quello destro presentava una mobilità attiva discreta passiva esagerata: la forza muscolare era discretamente conservata. Agli arti inferiori la motilità attiva era molto ridotta e così anche la forza muscolare.

Riflessi cutanei e tendinei normali, sensibilità normale. La fonazione era caratteristica: alle domande rivoltele, la paziente rispondeva con qualche parola già poco intellegibile, quindi la voce rapidamente si spegneva e tutto finiva in un: *sì, sì*, detto con un filo di voce. La deglutizione era faticosa; appena la paziente era capace di inghiottire un cucchiaino di liquido, di cui buona parte le colava dalla bocca, e dopo tale sforzo aveva bisogno di un congruo periodo di riposo.

Una tale sintomatologia era molto suggestiva per un diagnosi di « miastenia gravis seu pseudo-paralytica », col cui quadro clinico perfettamente combaciava: esistevano infatti i disturbi della deglutizione e del linguaggio, la ptosi palpebrale, la facile stancabilità dei muscoli di tutto il corpo, l'assenza di vere e proprie paralisi, il decorso caratteristico con miglioramenti e peggioramenti: ma ciò che più ci confermò la diagnosi è stato l'effetto della cura immediatamente istituita: avevo avuto occasione proprio in quei giorni di recensire per questo giornale il lavoro del Simon, per cui preferii consigliare l'estratto pituitario anteriore, piuttosto che quello posteriore, come era stato fatto nel primo periodo di cura, alla dose di una iniezione al giorno di un cc.

I risultati non si fecero aspettare e furono sorprendenti: rivista la malata dopo cinque giorni il quadro era completamente cambiato ed i parenti stessi se ne mostravano stupiti: la ptosi palpebrale era di molto ridotta, il linguaggio più chiaro e la paziente poteva dar risposte con proposizioni piuttosto lunghe: la sensazione di bolo esofageo era scomparsa (dopo 25 anni per la prima volta) e la paziente poteva ingoiare a cucchiai anche cibi semiliquidi in un tempo molto più breve di prima. Le condizioni generali erano molto migliorate e la paziente poteva alzarsi dal letto: tale miglioramento andò sempre più accentuandosi nei giorni successivi, nei quali la paziente continuò la cura.

La paziente ha fatto finora trenta inezioni di un cc. di estratto ipofisario anteriore senza risentire alcun disturbo.

Fu anche tentata la somministrazione di glicocolla allo scopo di sommare possibilmente l'effetto terapeutico dei due medicamenti; ma la somministrazione di tale sostanza fu spontaneamente interrotta dai parenti della malata dopo solo due giorni dall'inizio della cura, perchè a detta loro si erano verificati dei segni di intolleranza, come sudorazione, nervosismo, insonnia. In seguito la paziente si limitò alla semplice iniezione di estratto ipofisario che è stata sospesa dopo circa trenta iniezioni, allo scopo di studiare l'ulteriore andamento del caso; ma essendosi dopo circa una settimana ripresentati degli accenni ai primitivi fenomeni, la paziente ha ripreso la cura alle solite dosi e la continua tuttora.

Il caso descritto è dunque una chiara conferma di quanto ha comunicato il Simon. Qualche punto ci pare sia degno di essere messo in particolare rilievo, e cioè anzitutto il rapido manifestarsi degli effetti della cura, il che ci fa quasi escludere che possa essersi trattato di una semplice coincidenza con un periodo di remissione della malattia: ciò sta a tutto favore dell'efficacia reale del metodo terapeutico. Un'altra osservazione da fare è che, ottenutosi il miglioramento, il quadro clinico ad un certo momento resta stazionario, non si ottiene cioè una guarigione completa: ciò almeno nel nostro caso; un tal fatto non esclude però, a nostro modo di vedere, che in altri casi e cioè nei meno gravi e nei meno avanzati di quello da noi descritto, non si possa avere una completa guarigione, dato che se ne sono avute di spontanee « quando fosse cessata l'alterazione *funzionale* del territorio nervoso relativo » (Strumpell).

Alterazione funzionale che, se dobbiamo giudicare dal criterio *ex juvantibus*, non può non avere una qualche relazione con le ghiandole a secrezione interna e particolarmente con l'ipofisi. Ed è qui che ci piace mettere in evidenza come una tale correlazione debba essere stata già intravista dal Pende sin da nove anni fa, e quindi molto prima dell'A. americano: prova ne sia la somministrazione che egli allora consigliò di estratto ipofisario posteriore alla stessa malata da noi studiata.

La comunicazione di questo caso ci sembra dunque interessante più che altro perchè può invogliare a esperimentare l'efficacia del metodo in altri casi onde ci si possa fare un

concetto più esatto del suo reale valore terapeutico.

Roma, settembre 1935.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di *miastenia gravis*, di grado piuttosto avanzato, nel quale la somministrazione di 1 cc. di estratto ipofisario anteriore *pro die* diede in pochi giorni luogo ad un netto miglioramento di tutto il quadro morboso. Discute brevemente sulla etiopatogenesi della malattia e sul valore dei vari tentativi terapeutici finora attuati contro di essa.

RELAZIONI

Cervello frontale e sistema motorio extrapiramidale (*).

(Dati anatomo-patologici).

Prof. ARTURO DONAGGIO (Modena).

RIASSUNTO.

I) L'A. ricorda che tra le malattie che hanno dato modo di studiare le modificazioni della funzione del sistema motorio extrapiramidale occupa un posto importantissimo l'encefalite epidemica, nelle sue manifestazioni di parkinsonismo, sia nella forma che si manifesta quasi in coincidenza dell'attacco acuto di encefalite epidemica; sia sopratutto nella forma che si presenta qualche tempo dopo l'encefalite (forma tardiva); oppure ad una grande distanza dall'attacco acuto di encefalite, vale a dire in quella che l'A. ha descritta e chiamata « *forma tardivissima* » del parkinsonismo encefalitico, secondo la precisazione che ebbe a fare fin dal 1926, (« C. R. du Congrès des alienistes et neurologistes » Ginevra - Losanna, agosto 1926, Parigi, Masson; Blois, luglio 1927 - riassunto nella « Revue neurologique », n. 4, ottobre 1927; Congresso della Società italiana di Psichiatria, Ferrara, « Rivista sperimentale di Freniatria », vol. LV, fasc. IV, 1932).

L'A. ha riferito fin dal 1923 (Congresso della Società italiana di neurologia, Napoli) i risultati delle sue ricerche sulla base anatomica del quadro di lesione che è proprio del parkinsonismo encefalitico. Le sue ricerche sono state condotte anche con i suoi metodi personali per l'indagine sulle condizioni della rete neurofibrillare da lui dimostrata nella cellula nervosa dei vertebrati; e con altri metodi personali, quali il metodo globale e il metodo per la dimostrazione delle lesioni inizialissime delle fibre nervose. Egli si attendeva dalle sue ricerche che risultasse conferma a quella dottrina, che assegna ai gangli della base il valore di centro della motilità extrapiramidale; ma le sue indagini gli hanno dimostrato come in tutti i casi era presente chiaramente *una spiccata lesione distribuita nella vasta area dei lobi frontali* (*circonvoluzione frontale ascendente e tre circonvoluzioni frontali*), ed una lesione talora parziale del « locus niger », e, di fronte ai suoi metodi, anche meno intensa di quanto apparisse con altri procedimenti tecnici meno adatti a una precisa dimostrazione: non riscontrò lesioni degne di nota in altre parti del nevrasse. Richiamò l'attenzione su questi risultati, *che davano alle lesioni della corteccia frontale posto così preciso e preminente nel quadro anatomo patologico di una malattia del sistema motorio extrapiramidale* quale il parkinsonismo encefalitico, e formulò una *dottrina cortico-nigrica* come base precipua dei disturbi del sistema motorio extrapiramidale quali si presentano nel parkinsonismo encefalitico.

L'A. espone i risultati ulteriori delle sue ricerche anatomo-cliniche, presentati alla Società per il Progresso delle Scienze, in Napoli, nel 1924; al Congresso dei neurologi e alienisti, Bruxelles, 1924 (« C. R. du XXVII Congrès des alienistes et neurologistes », Paris, Masson, 1924 - riass. nella « Presse médicale » 20 agosto, 1924); alla Seduta della « Société de Neurologie » di Parigi del 26 maggio 1925; al Congresso dei neurologi e alienisti in Ginevra (« C. R., Paris, Masson, 1926 - riass. nella « Revue neurologique, T. 2, n. 5, 1926), e a Blois (C. R., Paris, Masson, 1927); al Congresso della Società italiana di Neurologia in Napoli, 1929 (« Riv. di Patologia nervosa e mentale », 1930); al Congresso della Società italiana di Psichiatria, in Ferrara, 1930 (« Rivista Sperimentale di Freniatria », vol. LV, fasc. IV, 1932); al Congresso internazionale di neurologia, Berna, 1931 (« Comptes rendus du I Congrès neurologique international », Berna, 31 agosto-4 settembre 1931). Egli ha trovato che nella sindrome parkinsoniana encefalitica la *lesione corticale frontale è costante*, mentre la lesione del *locus niger* è frequente ma non costante.

Espone le conferme portate ai suoi risultati e alla sua dottrina dalle successive ricerche cliniche con reperto anatomo-patologico di casi di parkinsonismo encefalitico, fatte da De Lisi e Businco, Stief, Rostan, Critchley, Tramontano, Bertrand e Chorobsky (i quali ammettono che, per effetto di patoclisi, le lesioni si siano prodotte « selon une systématisation laminaire particulière de l'écorce cérébrale »), Fattovich, Frets, Catalano, Pool, Giacanelli. Anche il Lhermitte nel 1932 ha ammesso che nel parkinsonismo encefalitico « *les lésions corticales ne sont pas douteuses* ».

La dottrina dell'A. contiene anche *una conclusione speciale per quanto riguarda la circonvoluzione frontale ascendente*: poichè la circon-

(*) Relazione al 2° Congresso Neurologico Internazionale di Londra (Seduta generale del 1° agosto 1935).

voluzione frontale ascendente nella sindrome parkinsoniana encefalitica partecipa alla lesione in assenza di fenomeni piramidali (neppure dal punto di vista anatomo-patologico l'A. ha trovato nei suoi casi alcuna lesione piramidale, sebbene abbia applicato anche i suoi metodi per la dimostrazione delle degenerazioni primarie delle fibre nervose) l'A. ha formulato *non solo il concetto che la corteccia frontale faccia parte del sistema motorio extrapiramidale, ma anche che la frontale ascendente possegga una doppia funzione; sia fornita, cioè, non soltanto di una funzione motoria piramidale, ma anche di una funzione motoria extrapiramidale la cui lesione può manifestarsi isolatamente.*

II) Di conferma alla dottrina dell'A. sono ugualmente quelle *osservazioni anatomo-cliniche nelle quali non si tratta di parkinsonismo encefalico, ma di quadri parkinsoniani collegati a lesioni della corteccia frontale.*

L'A. analizza fra gli altri il caso interessante illustrato da Jakob e Montanaro nel 1928; caso di ipertonia intensa, che apparve al reperto anatomico del tutto sprovvisto di lesioni piramidali, con integrità dei gangli della base, del locus niger, della protuberanza, del bulbo, del cervelletto; *il quadro di ipertonia extrapiramidale era esclusivamente legato a lesioni della corteccia cerebrale*, e precisamente, a sclerosi della zona rolandica senza traccia di lesioni del fascio piramidale: lesione che Jakob e Montanaro considerano come espressione di un processo di sclerosi lobare *sui generis*, sistematico. Anche questo caso conferma le conclusioni dell'A., cioè 1° *che un quadro di rigidità extrapiramidale può trovarsi in rapporto a lesione corticale;* 2° *che una lesione della frontale ascendente può dar luogo a sintomatologia motoria extrapiramidale* (doppia funzione della frontale ascendente).

La dottrina formulata dall'A. nel 1923, derivata da constatazioni obbiettive, che considera la corteccia frontale come un centro importante per la funzione motoria extrapiramidale, e che ha ottenuto conferme numerose, permette di considerare come eccessiva la teoria secondo la quale la funzione motoria extrapiramidale è concentrata nei gangli della base (teoria striopallidale). Secondo l'A., la sua dottrina permette anche di vagliare con maggiore esattezza i casi numerosi, nei quali *la lesione della corteccia frontale, sebbene presente, non è stata presa in considerazione nel quadro anatomopatologico, in rapporto ai fenomeni clinici di modificazione della motilità extrapiramidale.*

III) L'A. esamina altri dati anatomo-patologici all'infuori della sindrome parkinsoniana encefalitica, che contribuiscono ad appoggiare i risultati dell'A. sulla importanza della corteccia frontale nella funzione motoria extrapiramidale. Secondo il Fragnito, sono in appoggio di questa dottrina la *acinesia* e l'*amimia*, che fanno pensare ad analoghi fenomeni dei parkinsoniani, constatate dal Goldstein, dal Müller, dallo Schob, dal Weit, ecc., nei feriti dei lobi frontali; e dal punto di vista sperimentale, l'acinesia e l'amimia riscontrate dal Bianchi nelle scimmie mutilate dei lobi anteriori del cervello. Da questo punto di vista sperimentale, l'A. ricorda le risultanze del Warder e dell'Olmstead (1923), di Bernis e Spiegel (1925), e quelle recenti di Fulton e Kennard (1934).

Nel considerare i dati che riguardano l'*atrofia frontale tipo Pick*, constata la frequenza dell'amimia e della bradicinesia. Dall'esame dei dati anatomo-clinici, risulta che nell'atrofia frontale tipo Pick *non sempre si tratta di atrofia frontale estesa*: in casi con amimia e bradicinesia, ma senza ipertonia, la lesione *è meno spiccata nella frontale ascendente e nell'area frontale media che nel polo frontale, oppure è assente in tali zone mentre si accentua verso il polo frontale;* condizione anatomo-patologica che si verifica spesso (fra i casi più recenti sono da ricordare, da questo punto di vista, quelli di J. Ley, Titeca, Divry e Moreau (1934) e Gullotta (1934). In vari casi di atrofia frontale di Pick è evidente una sindrome parkinsoniana (l'A. ricorda i casi di Richter, Sterz, Gans, Bonfiglio, Besta, M. Luck, Guiraud). Egli constata una coincidenza tra la presenza dell'ipertonia extrapiramidale e l'esistenza di lesioni frontali, che non sono limitate ma sono estese, e sopratutto particolarmente profonde, anche nella circonvoluzione frontale ascendente; fra i casi più evidenti, ricorda un caso del Bonfiglio, e un caso recente del Guiraud (1934) di malattia di Pick con sindrome parkinsoniana, nel quale l'atrofia frontale era globale, e così intensa che i lobi frontali si distinguevano dalle regioni posteriori del cervello « d'une façon tranchée, comme coupés au couteau ». A questo proposito, l'A. ricorda la da lui constatata partecipazione delle lesioni della frontale ascendente alla lesione frontale in rapporto alla sindrome parkinsoniana.

In riguardo alla distribuzione più o meno estesa dell'atrofia frontale di Pick, e pur riaffermando che patologia umana e condizioni sperimentali non possono essere collocate su uno stesso piano, l'A. esamina le recentissime ricerche sperimentali di Fulton e Kennard, i quali riconoscono l'importanza della corteccia frontale nella funzione motoria extrapiramidale: secondo questi autori, *la funzione motoria extrapiramidale frontale va diminuendo verso la parte più anteriore dell'area prefrontale;* pur considerando la regione motoria come dotata di funzione motoria piramidale, ammettono che « *the pyramidal system is able to compensate for loss of the premotor cortex* ».

IV) Il rapporto fra lesione frontale e sindrome motoria extrapiramidale acinetico-ipertoni-

ca, che risulta dalle ricerche dell'A. sul parkinsonismo encefalitico, e dalle successive ricerche di numerosi autori, consentono *di meglio vagliare anche la presenza di sindromi acinetico-ipertoniche in tumori dei lobi frontali*, il cui riferimento alle lesioni frontali è stato molto discusso. L'A. ricorda, a questo proposito, i casi — non tutti, veramente, studiati in modo completo — di Bostroem, Hoffman e Wohlwill, Chatelin, Puusepp, Kersten, Van Vleuten, Rebattu e Ferrier, Pisani, Barney, Feuchtwanger, Mc. Clements, C. L. Hunt e I. R. Lisa, Moersch, Vexberg, Mills, Foerster, F. Halpern (1930), De Nigris (1932), Orzechowski e Bulichowski (1933), Ayala, Ottonello (1935).

L'A. analizza le obbiezioni fatte al riguardo; per quanto riguarda l'affermazione che la sindrome acinetico-ipertonica connessa a tumori frontali sia da riferirsi a compressione dei gangli della base, l'A. ricorda che le sue ricerche sulla sindrome parkinsoniana encefalitica attestano come una sindrome acinetico-ipertonica possa essere in rapporto a lesioni della corteccia frontale; che tumori corticali, i quali più facilmente dovrebbero provocare compressione dei gangli della base, come ad es. i tumori temporali, decorrono generalmente sprovvisti di manifestazioni ipertoniche extrapiramidali; che manifestazioni ipertoniche extrapiramidali si sono verificate anche in quella varietà di tumori frontali, che non sono atte a dare compressione notevole, come ad es. blastomi superficiali e meningei (Pisani); che compressioni dirette dei gangli della base non decorrono necessariamente con disturbi motori evtrapiramidali. I casi clinico-anatomici più tipici sono quelli di Bostroem, Hoffmann e Wohlwill, Moersch, Vexberg, Ajala, Ottonello.

V) Secondo l'A. certe obbiezioni, che sono state mosse contro l'importanza delle lesioni della corteccia frontale nella produzione di disturbi della funzione motoria extrapiramidale, sono anche in rapporto alla fase storica, nella quale sembrava accertata l'importanza esclusiva e indispensabile dei gangli della base nella fenomenologia motoria extrapiramidale. Senza volere troppo limitare il valore dei gangli della base, si può tuttavia dire che molti dati di fatto si aggiungono a quelli già esposti che autorizzano a considerare come eccessive le esigenze della dottrina strio-pallidale.

a) L'A. esamina fra l'altro il fatto dell'estrema frequenza di lesioni dei gangli della base senza alcun fenomeno della serie extrapiramidale: da questo punto di vista, Clovis Vincent fin dal 1926 ha dichiarato, nella sua comunicazione alla « Société de neurologie » di Parigi (1926), che la dicitura di sindrome striopallidale rappresenta « *un abus de langage* ». L'A., tra i casi numerosissimi di lesioni dei gangli della base senza alcun disturbo motorio extrapiramidale, ricorda oltre quelli rinnovati del Vincent (1927), quelli del Cardillo (1927), del Frets, dell'Urechia e del Mihalescu (1927), del Mathieu e del Bertrand (1929), del Lewy (1929), del Niessl von Mayendorff, del Brzeziski (1929), del Hadfield (1929), di Scharapow e Tschernomordik (1930), dell'Ayala (1932) e di altri autori.

b) L'A. esamina casi di sindromi motorie extrapiramidali, ipertoniche, nei quali vari autori, pure riscontrando insieme a lesioni dei gangli della base lesioni evidenti della corteccia frontale, hanno creduto, attenendosi strettamente alla dottrina accentratrice strio-pallidale, di dare in simili casi importanza unicamente alle lesioni dei gangli della base; oppure di fare una specie di classifica, nella quale la corteccia figura per ultima in ordine di importanza. Questi autori hanno lasciato da parte, fra l'altro, nel procedere alla classifica, un fatto obiettivo; che, cioè, nei loro stessi casi la lesione corticale riguardava un'area estesa e implicava la modificazione di un numero grandissimo di elementi. Questo rilievo è stato fatto anche dal Delmas Marsalet, che, riconoscendo l'importanza dell'elemento corticale nelle sindromi motorie extrapiramidali, scrive: « Les conclusions encore classiques actuellement au sujet des lésions striées génératrices du parkinsonisme semblent entachées d'une erreur fondamentale: cette erreur consiste à penser qu'une lesion localisée d'un centre gris est plus importante au point de vue fonctionnel que des lésions corticales minimes mais tres étendues ».

c) Ma talora si tratta senz'altro di lesioni manifestamente prevalenti nella corteccia, che non sono state prese in alcuna considerazione. L'A. ricorda fra l'altro il caso del Barré e del Reys (1926) di parkinsonismo encefalitico, i quali trovano nei gangli della base leso soltanto il putamen (lesione dal Foix considerata banale); constatano giustamente che « *il y a là un fait qui doit s'inscrire au nombre de ceux qui peuvent contribuer à jeter un doute sur la valeur du schema anatomo-clinique actuel du corps strié* »; ma questi autori lasciano da parte completamente un fatto molto evidente, cioè *una profonda atrofia che colpiva i due lobi frontali, e che, per giunta, era più profonda dal lato opposto a quello della maggiore intensità del quadro clinico.* E in questo caso di parkinsonismo encefalitico l'atrofia del cervello frontale raggiungeva tale grado, da essere visibile macroscopicamente, così come già visibile macroscopicamente era apparsa in casi dell'A. di parkinsonismo encefalitico, in casi di G. Levy, del De Lisi, e del Businco, del Tramontano, di Bertrand e Chorobwsky.

d) Talora, in casi di alterata motilità extrapiramidale, si constatano, in assenza di lesioni manifeste nella corteccia frontale, lesioni dei gangli della base, che colpiscono contemporaneamente il decorso di vie che provengono dal-

la corteccia frontale: onde, anche in assenza di lesioni dirette della corteccia frontale *non è possibile escludere l'intervento nella sindrome di lesioni di sistemi originanti appunto dalla corteccia frontale*.

e) Nella valutazione delle lesioni dei gangli della base, va ricordato che queste formazioni *sono soggette a rapida autolisi*: inoltre si alterano con estrema facilità per azione di numerosi fissanti (come è stato stabilito anche dal Bielscowsky per il formolo).

f) L'A. ricorda che il Berlucchi, il quale ha studiato con vari metodi istologici il corpo striato di soggetti morti in varie età e di malattie diverse, ha messo in evidenza nel 1931 reperti istologici, del tipo di quelli descritti nelle malattie del sistema motorio extrapiramidale, anche in casi dove non esistevano affatto sintomi appartenenti a queste malattie. Il Berlucchi ne deduce che il corpo striato è un centro costituito da strutture estremamente labili, che risentono di cause frequentissime, anche nel comune materiale di autopsia; e per ciò ritiene che « *per la costruzione di quadri anatomo-clinici, nei quali la lesione è a carico del corpo striato, è necessaria una generale revisione* ».

VI) L'A. esamina la frequenza delle lesioni frontali nei casi di *sindrome di spasmo di torsione*. Ricorda la relazione del Wimmer, che si è occupato estesamente del problema (1929), ha illustrato anche casi con lesione frontale (fino al grado di microgiria frontale) ed ha posto qualche dubbio sull'intervento esclusivo del sistema strio-pallidale, domandandosi « *si les troubles moteurs du spasme de torsion peuvent s'expliquer par l'atteinte exclusive du système strio-pallidaire ou s'il faut invoquer aussi la collaboration de la corticalité cérébrale* ». Il Wimmer ammette che questa è « *une question qui n'est plus restreinte au spasme de torsion ed qui se pose aussi pour d'autres discinésies extrapyramidales* »; e dichiara: « *J'ai moi même exprimé quelques doutes sur l'hégémonie absolue du système strio-pallidaire* ». L'A. esamina il caso di L. v. Bogaert (1929), il quale riconosce che lo spasmo di torsione *può essere in rapporto a lesioni corticali senza lesione dei nuclei centrali;* di Laruelle e L. v. Bogaert (1929) con spasmo di torsione *senza lesione dei nuclei centrali;* di Divry — spasmo di torsione associato a fenomeni coreoatetosici, *con scarse lesioni strio-pallidali, e intense lesioni della corteccia anche frontale;* di Guillain, Mollaret e Bertrand (1934) — spasmo di torsione post-encefalitico con lievi modificazioni dei gangli della base e intense lesioni della corteccia, compresa la corteccia frontale. Il Poppi (1932), dà importanza alle lesioni intense della corteccia frontale (V e VI strato), riscontrate in suoi casi di distonia progressiva di atteggiamento, che egli attribuisce a una degenerazione sistematica cortico-striato-nigrica.

VII) L'A. ricorda la propria opinione riguardo alla *malattia del Wilson* (lesione frequentemente diffusa dei gangli della base, che interessa anche sistemi provenienti dalla corteccia cerebrale, sopratutto frontale).

Esaminati i casi di malattia del Wilson, constata anche la presenza di lesioni dirette frontali, nei casi di Barnes e Hursh (1926): secondo questi autori, « *the lenticular damage was eclipsed by that in frontal lobes* »; e nei casi di Hadfield, del Rotter (1927), dello Tschuganoff, del Pines (1929); e più recentemente del Braunmühl, dello Scholl, di F. Lüthy. Fra i casi di malattia del Wilson senza lesioni strio-pallidali ricorda quello di Niessl v. Mayendorff (1929). Il De Lisi dà importanza alla lesione dei gangli della base nella malattia del Wilson, ma non esclude l'intervento della corteccia frontale, anche in riferimento alla sua conferma dell'importanza della corteccia frontale nella sindrome parkinsoniana; Lhermitte (1932), constata che nel caso di malattia del Wilson descritto, con Lejonne, « *le cortex cérébral n'était pas plus indenne que les fibres de projection* ».

L'A. registra i numerosi autori — dal Nayrac al Braunmühl — che hanno riscontrato lesioni cortico-frontali nella pseudo sclerosi di Westphal-Strümpell.

VIII) Kinnier Wilson, riconoscendo (« Modern problems in Neurology », 1928) essere carattere fondamentale dei gangli della base l'oscurità della loro funzione, afferma a proposito della coreo-atetosi che: « *Any theory attributing its origin uniquely to striatal destructive lesion is impossible* ». Egli assegna importanza all'intervento della corteccia cerebrale (« zona rolandica »). L'A. esamina fra gli altri il caso recente di Lhermitte e Pagniez (1930), caso di corea del Sydenham, i quali ammettono che la corteccia « *viens s'inscrire* » nell'apparato, la cui lesione può dar luogo ai fenomeni coreici; le osservazioni del Roussy (1931), il quale dà importanza alle lesioni frontali a proposito di un caso di corea del Sydenham, descritto da P. van Gehuchten, il caso di L. V. Bogaert e G. Bertrand (1933), di corea acuta, nel quale questi autori hanno dato importanza alle lesioni corticali « *à cause de l'extension des lésions fronto-pariétales* ». Secondo il Claude e altri autori, l'atrofia del lobo frontale deve ritrovarsi all'origine della corea di Huntington; Lhermitte (1932) dopo aver constatato che nella corea di Huntington esiste atrofia dei segmenti putamino-caudati, constata anche che « *la dégénérescence des éléments corticaux du lobe frontal apparait aussi indiscutable* ». Thomas dà importanza alla corteccia nella corea e nell'atetosi. L'A. esamina i casi recenti di Ottonello (1935) di corea cronica progressiva, nei quali la partecipazione frontale, o delle fibre provenienti dalla corteccia frontale, appare evidente; questo autore ritiene in-

sostenibile il concetto della preminenza del corpo striato nella produzione dei fenomeni coreoatetosici. Secondo l'A. non è giustificata l'opinione, che è stata emessa, che la lesione limitata alla frontale ascendente (associata alla lesione della parietale ascendente) riscontrata in certi casi di corea, dia necessariamente al quadro il carattere di un intervento piramidale: egli ha già ricordato che dalle sue ricerche anatomo-cliniche (1923) risulta che la frontale ascendente non è dotata esclusivamente di funzione piramidale, ma sì anche di funzione motoria extrapiramidale, la cui lesione può manifestarsi isolatamente.

IX) L'A. considera, dal punto di vista dei dati anatomici, il *reflesso di prensione*, precisato dal Murri e dal Janicewskj. Esamina i casi dello Schuster, che presentano un rapporto tra il reflesso di prensione e le lesioni frontali, specie nella parte frontale media. Ricorda fra gli altri i casi di Berlucchi (1926), Adie e Critchley (1927), Lhermitte, Schiff e Courtois (1928), Walshe e Robertson (1933), del Gullotta (1933) per quanto riguarda la « prensione forzata » non risolvibile volontariamente, di Kennard, Wietz e Fulton, dello Zito, dell'Ayala, del Pilotti (1934): nella grande maggioranza dei casi la lesione è unicamente frontale; in qualche caso alla lesione frontale s'associano lesioni dei gangli della base. Sopra 23 casi di Schuster, due casi presentavano atrofia frontale, ventuno presentavano lesione della parte media delle circonvoluzioni frontali.

X) L'A. non si occupa dell'argomento dei rapporti fra le lesioni frontali e i disturbi di tipo cerebellare, che è riservato ad altri Colleghi del Congresso (prof. Barré, e, per la parte sperimentale, prof. Delmas Marsalet e prof. Austregesilo). Si limita a ricordare i dati anatomoclinici di Gerstmann, Dimitz e Schilder, Berger, Wobert, ecc., su fenomeni di retropulsione, la cui origine frontale secondo il Gerstmann non è dubbia; e i casi di Gerstmann, L. v. Bogaert, Martin, Ruckert, sull'atonia statica in rapporto a lesioni frontali.

XI) La funzione motoria extrapiramidale della corteccia frontale appare in modo ripetuto in diverse condizioni di lesione della motilità extrapiramidale. L'A. ne deriva anche appoggio ai risultati delle sue ricerche anatomo-cliniche su di una sindrome classica di disturbo motorio extrapiramidale (sindrome parkinsoniana); risultati che fin dal 1923 l'hanno condotto a constatare che: 1° *la corteccia frontale è parte importante del sistema motorio extrapiramidale; 2° la circonvoluzione frontale ascendente è provvista di doppia funzione motoria, cioè non solamente della funzione motoria piramidale, ma anche di una funzione motoria extrapiramidale, la cui lesione può manifestarsi isolatamente.*

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

La granuloterapia.

(A. LUMIÈRE. *Presse Médicale*, 13 nov. 1935).

L'aforisma: *Corpora non agunt nisi soluta*, sembra che debba avere qualche eccezione. In effetti se il principio vale quando si tratta di reazioni di natura chimica, non è più applicabile quando i corpi considerati sono capaci di esercitare direttamente o indirettamente un'influenza sull'organismo a mezzo di processi esclusivamente fisici.

È stato dimostrato che l'iniezione endovenosa o intracardiaca di una sospensione di solfato di bario, o di altro precipitato analogo, incapace di reagire chimicamente provoca immediatamente un complesso di disturbi: prurito, singhiozzo, vomito, diarrea, congestioni, emorragie, convulsioni, paralisi, disordini dell'equilibrio, coma e morte. Se il precipitato è iniettato nelle vene lentamente ed a dosi deboli i disturbi sono più leggeri e transitori.

Conklin ha constatato che si può impunemente iniettare nelle vene una sospensione di carbone finemente polverizzato con il risultato di aumentare notevolmente il potere difensivo dell'organismo contro le infezioni.

Un altro medico, pure canadese, il dottor Saint-Jacques, ha studiato l'efficacia di questo metodo nelle setticemie ed in altre infezioni, ed i suoi risultati favorevoli sono stati poi confermati da numerosi altri osservatori.

La polvere di carbone animale o vegetale che si trova in commercio è molto varia per le dimensioni e la forma dei grani.

Le dimensioni dei grani variano da un decimo di micron a 100 micron. Pertanto in una sospensione al 2 % di polvere di carbone il numero dei grani contenuto in un millimetro cubo varia enormemente, da 6 a 200 milioni circa.

Il rapporto tra grandezza e numero dei grani da una parte, e la loro efficacia dall'altra, non è stato ancora stabilito.

La forma dei grani varia a seconda che si tratta di carbone animale o vegetale. Nel primo i grani sono arrotondati e circolano nel sangue come tante emazie, senza produrre effetti irritanti, mentre nel secondo i grani presentano delle asprezze angolose capaci di provocare uno shock a seguito dell'eccitazione prodotta sulle terminazioni nervose dell'endotelio vasale. Per queste ragioni è preferibile adoperare il carbone animale.

Le iniezioni di carbone animale nella vena marginale dell'orecchio del coniglio alla dose di cm. 0,3-0,5 per kilogramma di animale, provoca dopo qualche ora una iperleucocitosi, che raggiunge dopo una diecina di ore quasi il doppio dei corpuscoli bianchi, e declina dopo 24 ore. Le iniezioni quotidiane di piccole dosi danno i medesimi risultati ma con un certo

ritardo. L'iperleucocitosi dura più a lungo quando si adopera carbone a grani molto fini.

L'iperleucocitosi così provocata riguarda sopra tutto i polinucleari ed in grado minore i monociti. Sotto l'influenza delle particelle di carbone il tasso dei polinucleari si raddoppia quasi, mentre quello dei monociti subisce un minimo aumento. Viceversa il tasso dei linfociti è molto diminuito.

Il ritorno alla formula leucocitaria normale avviene verso il decimo giorno dall'iniezione. Ma conviene notare che i linfoblasti ed i monoblasti compaiono dopo il quarto giorno e persistono nel sangue fino al diciassettesimo giorno.

In complesso la formula leucocitaria è molto analoga a quella che si incontra nelle infezioni da cocchi, il che consente di spiegare il meccanismo d'azione dell'antracoterapia.

I grani di carbone iniettati si localizzano sopra tutto nel pulmone, nel fegato e nella milza e meno nel rene. I grani sono per lo più inglobati nelle cellule parenchimali dei vari organi, ma possono anche trovarsi sotto forma di ammassi non inglobati sparsi in tutti i tessuti o di embolie capillari.

La fissazione dei grani di carbone nei tessuti è definitiva, come sono definitivi l'antracosi dei pulmoni e i tatuaggi con l'inchiostro di Cina.

È stato rilevato che questi accumuli di grani di carbone possono diventare, come è stato constatato sperimentalmente, sede di reazioni istologiche a tipo pseudotubercolari.

Ma questa preoccupazione non deve costituire un ostacolo all'uso del metodo, perchè tali reazioni si verificano solo quando si adoperano dosi molto superiori a quelle terapeutiche, e perchè in effetti clinicamente non si sono mai rilevati fatti attribuibili alle lesioni stesse.

A parte questi ipotetici e trascurabili inconvenienti tardivi, giova notare che le iniezioni endovenose di carbone possono provocare, ma raramente, shock immediati, del tipo anafilattoide ed anche disturbi a distanza di qualche ora, consistenti in tremori più o meno violenti, preceduti da lieve ipertermia.

Ammesso il principio che la polvere di carbone agisce solo meccanicamente, e tenuto conto degli eventuali e sia pure rari inconvenienti derivati dalla persistenza dei grani di carbone nei tessuti, si è pensato di adoperare per gli stessi scopi altri corpi insolubili con dimensioni delle particelle presso a poco uguali a quelle dei grani di carbone e che abbiano la possibilità di essere riassorbiti con il tempo.

Al riguardo sono stati fatti tentativi con preparati di bismuto, di mercurio, di antimonio, di arsenico, di oro e di altri corpi con l'intento anche di associare all'azione terapeutica deig ranuli anche quella della sostanza di cui i granuli sono costituiti. Le esperienze istituite al riguardo sono ancora in corso.

DR.

SUNTI E RASSEGNE

SEMEIOTICA.

Semeiotica delle affezioni della colonna vertebrale (eccettuato il morbo di Pott).

(A. MOUCHET. *La Presse Médicale*, 18 settembre 1935).

Dal momento che oggi la spondilite tubercolare non riassume più tutta la patologia della colonna vertebrale, l'A. reputa del più alto interesse trattare rapidamente delle altre affezioni del rachide, quali cioè: le lesioni congenite, i traumi, le infezioni acute e croniche, i tumori, le deviazioni della colonna vertebrale.

Egli divide lo studio in due capitoli: nel primo si occupa delle affezioni del rachide del fanciullo o dell'adolescente, nel secondo di quelle dell'adulto.

Le spondiliti acute si possono riscontrare nel fanciullo tra i 12 e i 15 anni: si tratta in genere di osteomielite vertebrale ad inizio acuto e decorso rapido, con formazione di raccolte purulente.

L'esito per lo più è mortale.

Ma l'osteomielite vertebrale può anche manifestarsi in forma subacuta a decorso prolungato, difficile a distinguersi dal morbo di Pott; manca però la gibbosità e la radiografia mostra a fianco di perdite di sostanza, delle zone di proliferazione periostea intensa.

Per quello che riguarda le scoliosi solo la radiografia può permettere uno studio completo della scoliosi, detta essenziale o congenita. Alla base di essa si trova spesso una anomalia ossea: emivertebra soprannumeraria, emiatrofia di una vertebra, anomalie vertebrali in eccesso o in difetto, spina bifida, sacralizzazione, platispondilia.

È ancora da segnalare nei fanciulli la eccezionale cifosi congenita per aplasia totale o parziale cuneiforme del corpo di una o due vertebre e la cifo-scoliosi dei rachitici con la sua curvatura a grande raggio.

Negli adolescenti si riscontrano diverse affezioni molto particolari. L'epifisite vertebrale e la cifosi degli adolescenti presentano numerosi punti in comune: è la radiografia che sola può permettere di distinguerle.

Infatti alcuni casi classificati tra le scoliosi degli adolescenti hanno dimostrato al controllo radiologico di essere in realtà delle epifisiti; altri pur non accompangnandosi a modificazioni dei punti epifisari hanno delle lesioni dei dischi intervertebrali, visibili solo su di una buona radiografia.

Nell'adulto la patologia del rachide è ancora più completa. L'A. dopo avere accennato alle spondiliti subacute dell'adulto (osteomielite vertebrale, spondilite tifica (richiama l'attenzione su tre importanti gruppi di affezio-

ni: 1) la sindrome di Kümmel-Verneuil legata all'esistenza di una frattura del corpo vertebrale passata inosservata. L'esame radiografico mostra di fronte: lo schiacciamento di una vertebra ed un lieve spostamento laterale; di profilo: la diminuzione di altezza di un corpo vertebrale schiacciato a cuneo a base posteriore. Il corpo vertebrale è di densità normale e i dischi sopra e sottostanti sono intatti; 2) le spondiliti anchilosanti a localizzazione sopratutto lombare presentano un aspetto radiologico caratteristico a « diabolo » dei corpi vertebrali, i quali sono pure decalcificati. Nella spondilosi rizomelica invece i corpi vertebrali non sono deformati ma osteoporotici. Di più vi è una progressiva ossificazione di tutti i legamenti. La artropatia tabetica infine con sede di predilezione nella regione lombare, si caratterizza per uno schiacciamento brusco e progressivo delle vertebre con deviazione laterale e radiologicamente per grosse lesioni distruttrici e numerose iperostosi; 3) il cancro vertebrale è quasi sempre secondario e si rivela con dolori molto intensi, lancinanti, continui. La radiografia mostra aspetti svariati: vi può essere una forma distruttiva od una forma osteoplastica ed anche una forma condensante.

In conclusione la diagnostica delle lesioni della colonna vertebrale si impernia, specie nell'adulto, sull'esame radiografico fatto di faccia e di profilo. VICENTINI.

SENO CAROTIDEO.

Il seno carotideo nel meccanismo della miastenia pseudo-paralitica.

(A. SALMON, *Revue neurologique*, giug. 1935)

Due fattori predominano secondo l'A. nella patogenesi della miastenia pseudo-paralitica: il fattore bulbare e il fattore surrenale.

Molti fatti stanno in favore del fattore bulbare, e cioè anzitutto la localizzazione bulbo-protuberanziale predominante nel quadro miastenico, e inoltre l'affinità clinica molto stretta che questo presenta con le affezioni bulbari, specialmente la paralisi bulbare progressiva

D'altra parte, se volgiamo la nostra attenzione sul fattore surrenale, potremo notare che le connessioni della miastenia con le affezioni endocrine si appoggiano su dei dati di fatto molto importanti, e cioè la frequenza particolare con cui la miastenia colpisce il sesso femminile, l'influenza esercitata sul decorso di questa affezione dalle regole, dalla gravidanza, dal parto, dall'allattamento; inoltre l'associazione frequentissima dei fenomeni miastenici con delle sindromi surrenali, l'ipertrofia del timo, lo stato timico-linfatico, il Basedow, l'ipertrofia dell'ipofisi e delle paratiroidi; infine il miglioramento della miastenia per mezzo degli estratti surrenali tiroidei ipofisari ecc.

La teoria dell'origine surrenale della miastenia va d'accordo con molti dati clinici e anatomo-patologici. L'esame anatomico di questi malati mostra spesso delle lesioni degenerative o l'atrofia delle surrenali. Si incontrano in questi malati dei segni chiari di insufficienza surrenale: in vari casi di miastenia la diagnosi differenziale con la malattia di Addison riusciva estremamente difficile.

Questa teoria dell'origine surrenalica della miastenia trova infine una importante conferma nel criterio terapeutico poichè il miglior rimedio di tale malattia (secondo l'A.) consiste nella opoterapia surrenale specialmente corticale.

Gli stretti rapporti funzionali delle surrenali con il timo spiegano a loro volta i legami di questa glandola con la miastenia: si comprende perciò l'associazione frequente nei miastenici dell'ipertrofia del timo e della sindrome di iposurrelanismo.

Il punto più misterioso della teoria della origine surrenalica della miastenia consiste, secondo l'A., nel fatto che tale teoria non dà alcuna spiegazione della localizzazione predominante della astenia nei muscoli innervati dai nervi cranici: non si comprende poi perchè i fenomeni miastenici manchino nella maggior parte dei casi di insufficienza surrenale o di malattia di Addison. Questo problema perderebbe, secondo l'A., molta della sua oscurità se si invocasse nella patogenesi di tale affezione, un fattore intermediario fra l'elemento surrenale e l'elemento bulbare, cioè un fattore che da un lato sia molto sensibile all'insufficienza surrenale e dall'altro eserciti un'influenza notevolissima sull'attività dei nuclei bulbo-protuberanziali. Ora, in questi ultimi anni è stata attirata l'attenzione su degli organi speciali: i seni carotidei, i quali son dotati precisamente di una sensibilità particolare all'iperadrenalinemia e all'insufficienza surrenale e che mostrano una correlazione funzionale molto intima con i nuclei bulbari. Il seno carotideo rappresenta quindi un elemento intermediario fra le alterazioni surrenali e i disturbi bulbari provocati da queste alterazioni. È dunque legittimo porsi la domanda se l'insufficienza surrenale che si considera come la causa principale della miastenia, non determini la fenomenologia bulbare per mezzo della ipotonia seno-carotidea, la quale importa generalmente la depressione funzionale dei nuclei bulbari.

Riassumendo, l'A. pensa che la patogenesi della miastenia pseudo-paralitica trovi in parte la sua spiegazione nei rapporti molto stretti che uniscono i nuclei bulbari e il seno carotideo. È possibile notare nei miastenici numerosi fenomeni i quali parlano in favore di una ipotonia seno-carotidea la quale comporta la depressione dei nuclei bulbari, e cioè: i segni di ipertonia simpatica (tachicardia, midriasi, insonnia, ipercalcemia) e d'ipotonia vagale (la

diminuzione del riflesso oculo-cardiaco, l'abolizione della reazione all'atropina), l'apnea dopo i più lievi movimenti respiratori, talvolta la respirazione periodica, gli accessi respiratori terminali, l'abolizione delle reazioni vasomotrici bulbari, la vasocostrizione generalizzata ecc.

Questi dati giustificano l'ipotesi che il seno carotideo abbia una parte molto importante nel meccanismo della miastenia. La sensibilità di tale organo all'iposurrenalismo e all'ipotensione arteriosa può chiarire le relazioni molto strette della miastenia con l'insufficienza surrenale e i miglioramenti di essa con gli estratti surrenali. G. LA CAVA.

L'importanza del seno carotideo nel meccanismo dell'edema polmonare acuto.

(A. SALMON. *Ann. de Méd.*, ottobre 1935).

Numerosi fatti parlano in favore dell'idea che il seno carotideo abbia una grande importanza nella patogenesi dell'edema polmonare acuto. Questa affezione è legata ordinariamente all'ipertensione arteriosa, in cui il seno suddetto costituisce uno dei più importanti elementi patogenetici. Essa è molto frequente nelle affezioni che si accompagnano ad accentuazione dei riflessi seno-carotidei denotante l'ipertonia del seno, come pure negli shock traumatici od operatori che ordinariamente si estrinsecano come fenomeni bulbari di origine seno-carotidea. Le crisi di edema polmonare acuto provocano talora la morte immediata che è spesso l'espressione di un riflesso bulbare, secondario all'eccitazione del seno carotideo. Esse sono favorite dai medicamenti che attivano la funzione di quest'organo (adrenalina, sali di potassio, ecc.) e migliorano con le sostanze che diminuiscono la sua attività (barbiturici, cloroformio, morfina, ecc.) e cessano talora dopo la compressione del seno. Si è potuto anche provocare le crisi con la legatura delle carotidi a monte del seno determinando un riflesso seno-carotideo. La crisi di edema polmonare acuto è infine condizionata dalla vaso-dilatazione polmonare che è stata costatata da Danielopolu, Marcou e Proca dopo l'eccitazione del seno. Questa eccitazione determina una ipersecrezione di istamina, osservata effettivamente da Frugoni e dai suoi allievi nel corso di questa crisi.

I rapporti funzionali molto stretti fra i seni carotidei e i nuclei bulbari costituiscono anche essi un argomento di qualche valore in favore dell'importanza del seno nella patogenesi dell'e. p. a.., se si riflette che le crisi di questa affezione sono attribuiti dalla maggior parte degli AA. alla brusca reazione dei nuclei bulbari e in particolare dei centri vaso-motori. Le esperienze di Hering, di Heymans e Bonckaert, di Danielopolu dimostrano che la stimolazione meccanica e chimica dei seni determina l'eccitazione dei principali nuclei bulbari, del nucleo cardiodepressore, del centro respiratorio e dei nuclei vaso-motori; si attribuisce a questa eccitazione, l'iperpnea, la vasodilatazione polmonare costituenti i fenomeni più caratteristici della crisi polmonare.

Le relazioni che uniscono i nuclei bulbari ed i seni carotidei ci permettono infine di chiarire molti fatti oscuri concernenti il meccanismo dell'e. p. a., specialmente il fatto che le sue crisi, che hanno tutti i caratteri dei fenomeni vagotonici bulbari, sono provocate ordinariamente da agenti simpaticomimetici. Ora, questo trova, secondo l'A., la sua spiegazione nel fatto che l'adrenalina, costituente uno dei migliori agenti sensibilizzatori dei seni carotidei, provoca fenomeni vagotonici e bulbari per mezzo di questi organi; l'inversione della reazione adrenalinica, caratterizzata dalla sua fenomenologia vasodilatatrice, vagotonica, scompare dopo la sezione dei seni. Si può dunque supporre che gli stimoli adrenalinogeni provochino l'edema polmonare acuto consistente nella brusca vaso-dilatazione polmonare di origine bulbare, per mezzo del seno carotideo. C. TOSCANO.

SOCCORSI D'URGENZA.

Esperienza di guerra in tempo di pace.

(P. BOSSE. *Deutsche Mediz. Wochenschr.*, 11 ott. 1935).

Sotto questo titolo l'A. comunica sull'organizzazione di pronto soccorso, sull'esperienza clinica e terapeutica acquisita in seguito alla grandiosa esplosione che a luglio 1935 si è verificata negli stabilimenti di Reinsdorfer. La gravità delle lesioni, il grande numero dei traumatizzati che richiedevano soccorso immediato hanno creato delle contingenze paragonabili soltanto a quelle che si verificarono nell'ultima guerra.

Come principio di pronto soccorso è stato adottato quello di medicare soltanto e non operare immediatamente, dato l'enorme afflusso dei feriti, il numero dei quali ascendeva a 300, fra cui 90 in condizioni di gravità. Sono stati creati 4 posti di medicazione; la quantità dei mezzi di narcosi e di strumenti chirurgici è stata volutamente limitata collo scopo di non invitare a interventi radicali data la scarsità di tempo. I malati trasportabili con indicazione operatoria venivano inviati all'ospedale; per quelli non trasportabili è stata improvvisata nel posto di medicazione principale una specie di ospedaletto da campo.

Considerando le difficoltà del trattamento chirurgico da adottarsi nei casi del genere l'A. si sofferma essenzialmente sul problema della narcosi, del materiale di sutura e sui mezzi di medicazione.

Per quel che riguarda la narcosi, questa è stata indispensabile in molti casi, trattandosi per lo più di malati agitati; tenendo presente anche lo stato depressivo dei traumatizzati, la

scarsezza del tempo, la mancanza di personale tecnico (anche per sorvegliare il risveglio) l'A. ha scelto i narcotici endovenosi (eunarcon, evipan); di questi 3 cc. venivano iniettati rapidamente; il resto della dose (fino a 8-10 cc.) a seconda le necessità più tardi e lentamente. I vantaggi sono stati evidenti: rapida narcotizzazione, possibilità di operare su individui non preparati (a stomaco pieno), immediato risveglio.

La questione del materiale di sutura si presentava altrettanto delicata, trattandosi spesso di ferite contuse, infette o predisposte all'infezione; occorreva adoperare materiale riassorbibile ma non troppo rapidamente, come spesso accade col catgut e di cui la sterilità doveva essere assoluta. In quest'occasione l'A. ha potuto fare una larga e favorevole esperienza con un tipo nuovo di materiale ricavato da fibre muscolari del cavallo e del bue (nel commercio sotto il nome di « Carnofil »); esso è già in origine sicuramente più sterile che non il catgut; accanto ad altri vantaggi tecnici (esso è più resistente e si imbeve meno del catgut) esso presenta un certo potere antibatterico, dovuto al fatto che nella sua preparazione viene anche impiegato l'olio di fegato di merluzzo. L'A. ha potuto constatare che a differenza del catgut i punti di sutura col carnofil non presentavano mai suppurazione.

Anche per quei che riguarda il materiale e la tecnica di medicazione l'A. ha adottato un procedimento finora poco diffuso. Egli ha fatto a meno (anche perchè spinto dalla necessità di tempo) della toletta completa della ferita alla Friedrich, la quale com'è noto comporta lavaggio accuratissimo, asportazione dei margini della ferita e di tutti i tessuti maltrattati. Dopo una pulizia sommaria, la ferita, indipendentemente dalla sua profondità, veniva riempita con pasta all'olio di fegato di merluzzo; quindi accostati i margini con qualche punto di sutura, essa veniva coperta da uno strato spesso della stessa pasta; successivamente fasciatura fissa.

I risultati di tale trattamento, secondo i dati dell'A., sarebbero più che incoraggianti; la ferita guariva rapidamente sotto la fasciatura, anche se non ricambiata; i tessuti necrosati venivano rapidamente delimitati, la granulazione e l'epitelizzazione sono stati talmente favorevoli da rendere superfluo quasi in tutti i casi l'eventuale trapianto. Elevazioni febbrili sono state osservate solo in due casi; è degno di nota che l'unica morte di un ferito grave è stata provocata da un embolo.

Tali sono i dati che l'A. ha potuto ricavare dalla dolorosa e grandiosa esperienza. Sono anzitutto degni di nota i dati riguardanti il nuovo sistema di medicazione che è stato preconizzato da Loehr.

Sarebbero interessanti nuove osservazioni in proposito, specie per quel che riguarda la necessità o meno del trattamento alla Friedrich originatosi dall'esperienza della guerra, quando ogni ferita sospetta di infezione veniva trattata come un tumore maligno, cioè escissa in toto fino ai limiti del tessuto sano.

S. MINZ.

MEDICINA DEL LAVORO.

Sangue ed intossicazioni professionali.

(D. V. SCHULZ. *Med. Welt.*, 17-VIII-1935, n. 33).

L'A. ricorda come si deve sempre tener presente che le alterazioni del sangue nelle intossicazioni professionali sono soltanto una componente della lesione; inoltre la lesione del sistema emopoietico varia secondo la costituzione dell'individuo e talvolta può farsi palese una deficienza del sistema emopoietico fino allora latente.

Nell'intossicazione da *piombo* (in tipografi, pittori, operai nelle miniere e che comunque maneggiano piombo) i sintomi caratteristici sono pallore con o senza anemia, orlo gengivale saturnino, coliche e paralisi. Si trova una policromatofilia con emorragie e con punteggiatura basofila, che è espressione di una rigenerazione patologica; aniso e poichilocitosi, che però non sono spiccate, spesso linfocitosi relativa. L'ematoporfirina nell'urina è molto spesso aumentata, misurata quantitativamente col metodo di Carriè e Herold (citato dall'A.).

Nell'intossicazione da *mercurio* troviamo un'anemia con emazie con punteggiatura basofila ma meno spiccata.

In quella da *arsenico* l'anemia fa parte del quadro morboso. Nell'avvelenamento coll'idrogeno arsenicale (AsH_3) si ha un'anemia emolitica con ittero ed emoglobinuria. Rimangono per lungo tempo sintomi anemici con normoblasti ed eritrociti con punteggiatura basofila.

Nell'avvelenamento con ossido di carbonio (CO) si trova spettroscopicamente carbossidoemoglobina nei primi momenti dopo l'estrazione del sangue. Uno dei postumi dell'avvelenamento con CO, specie ripetuto, è la polycythaemia rubra. Nell'intossicazione da fosforo si trovano colla colorazione al sudan, nei polinucleati granuli di grasso e nell'intossicazione cronica una iperglobulia.

Più interessante è il quadro ematico nell'intossicazione da benzolo e affini, che penetra per i polmoni per inalazione ed anche per assorbimento attraverso la pelle.

L'azione tossica sul midollo osseo conduce all'anemia aplastica. Il benzolo distrugge il sistema ematopoietico, granulopoietico e piastrinopoietico. Le conseguenze cliniche possono dunque essere o un'anemia di tipo aplastico, arigenerativo, o una diminuzione dei granulociti (fino a poche centinaia per cc.) con conseguente infiammazioni e necrosi in tutti gli organi ma specialmente nell'anello

linfatico di Waldeyier e infine una porpora emorragica di Werlhof.

Le combinazioni della serie aromatica con NO2 e con NH2 (nitrobenzolo, anilina ed altri) producono metamoglobina e una tinta grigio-bluastra della cute. Questa cianosi viene designata anche come anilismo. Le altre alterazioni sono simili a quelle che si hanno nell'intossicazione da benzolo. G. LA CAVA.

DIVAGAZIONI

Merce straniera nel linguaggio medico.

Il giusto risentimento dell'Italia contro le « Sanzioni » ha fatto sparire la merce straniera dalle vetrine dei negozi e tende ad eliminare molte delle parole straniere che si sono infiltrate nella nostra lingua e nelle nostre abitudini. Anche noi medici dovremmo mostrarci non da meno dei negozianti e, oltre alla battaglia per il farmaco italiano, ripulire il nostro linguaggio dalle troppe incursioni straniere, che lo deturpano, lo degradano e lo rendono troppo spesso simile ad un gergo. Alcuni anni fa ho richiamato, su queste stesse colonne, l'attenzione sull'argomento, ma la mia troppo debole voce — *vox clamantis in deserto* — non ha avuto eco di sorta. Ritorno ora a ribattere il chiodo, nella speranza che il momento propizio aiuti questa buona causa.

Nè si dica che la questione della purezza della lingua e della proprietà di linguaggio è trascurabile. Accanto al contenuto scientifico e tecnico, ha anch'essa la sua importanza per quel senso di dignità e di rispetto del proprio Paese, che ognuno deve possedere. Si deve poi tener presente che quegli che scrive e « fa gemere i torchi » è sempre uno che in quel momento, se non monta addirittura in cattedra, si porta almeno un tantino più in alto degli altri per fare intendere la sua voce. Ed ha quindi il dovere di scrivere accuratamente e di non convalidare, con l'autorità che si conferisce alla parola stampata, delle locuzioni prese di peso da lingue straniere o male adattate alla nostra, quando non mancano in questa frasi e parole corrispondenti.

Beninteso, sarebbe ridicolo desiderare nel linguaggio medico il purismo e la ricercatezza, che sono antipatici anche nella lingua letteraria. La nostra deve essere essenzialmente tecnica, incisiva nello stile e precisa nelle parole cercando di esprimersi il più che sia possibile con quelle veramente nostre. Con questo non si dice che alle volte qualche dizione straniera non possa usarsi; specialmente al giorno d'oggi, con gli incessanti scambi culturali fra le nazioni, certi termini internazionali si impongono e le scienze tecniche (meccanica, ingegneria, elettricità) ne sono piene. Un eccessivo nazionalismo in questo campo sarebbe anzi dannoso e lo mettono in opera, per es., i tedeschi quando usano *Fernrohr*, per telefono e *Gasbrust* per pneumotorace.

L'uso, o per meglio dire, l'abuso delle parole straniere nel linguaggio medico è spesso segno di ignoranza e di trascuratezza. Ignoranza della lingua straniera, per cui chi legge ha l'impressione che quel dato vocabolo stia proprio ad indicare quel dato fatto, mentre spesso non è che l'adattamento di un vocabolo comune; ignoranza della propria lingua, perchè chi scrive non conosce la parola italiana che meglio indicherebbe il concetto espresso da quella straniera; trascuratezza perchè lo scrittore « tira via » risparmiandosi la fatica di pensare e di scegliere una traduzione italiana adatta. In seguito, poi, si stabilisce l'abitudine ed il *vulgus* medico adotta come moneta corrente la parola straniera.

Esempî di quelli grossi ne ho raccolti parecchi. Ne cito alcuni, omettendo naturalmente la fonte, che ho segnato come documento, nei miei appunti.

Alcuni e sono quelli che, se non lo fanno per snobismo, appartengono a quella categoria che i meridionali chiamano « sfaticati », trasportano di peso la dizione straniera senza curarsi di tradurla. Ed ecco: *hungerpain*, *Herzblock*, *Arbeitshypothese*, *oral sepsis*, *barrage*, *coiffeur*, *dépistage*, *entourage*. Non si capisce il perchè tali termini non siano stati tradotti, il che non presentava difficoltà alcuna; senza contare che quando non si conosce la rispettiva lingua, non si può sapere certamente che i tre primi significano rispettivamente: dolore da fame, blocco cardiaco, ipotesi da lavoro.

Altre volte si trasportano in italiano senza alcun bisogno certe locuzioni, quando ne abbiamo delle nostre perfettamente corrispondenti ed ecco: « *vis-à-vis* », « *d'emblée* », ecc. Oppure, lo scrittore tenta alla meglio un adattamento ed abbiamo: *bendaggio* per fasciatura, *piaghe* per ferite, *pugnetto* per polso, *morbido* per morboso e *morbidità* per morbosità, *arteriale* per arterioso, *bordi* per margini od orlo e *debordare* per sporgere, *baldriana* per valeriana, *gormoso* per morvoso, *biseau* tradotto con « bisello » (termine inventato dallo scrittore per « ugnatura »), *a livello* (*à niveau*) per dire in corrispondenza. Qualche volta si tratta di vera ignoranza per cui si entra nel campo dei « per finire ». Ricordo il *tifo nella grossezza* (per gravidanza); la *durata dei seni* (per durezza); *rometacresolo* (per metacresolo greggio); l'*estratto libero azotato* (per estratto senza azoto); *ufficiali medici* da « *medical officers* », (che corrisponde a un di presso ai nostri ufficiali sanitari), « *factories* » (officine) tradotto come *fattorie*, *clorato di calcio* per cloruro di c.

Non parlo poi di alcune locuzioni purtroppo frequenti, come: « giuocare un ruolo », « fatti eclatanti », la febbre *presso* i fonditori, e come ultima amenità, la « *rotina* » terapeutica.

Perfettamente inutile è il continuare a scrivere alla francese *croup* per crup, come pure l'usare il *bleu*, per turchino od almeno blu. Così pure è ridicolo l'aggiungere una « *s* » per

indicare il plurale di certe parole straniere di uso corrente, come bar, tram, ecc. che dobbiamo invece adottare come indeclinabili, come va usato « *volta* » (misura elettrica) e non *volt* e *volts*.

Fra le parole che ricorrono più spesso vi sono *débit* (che può bene esprimersi con portata o deflusso) e *poussée*. Specialmente questa, la s'incontra ogni momento; i tedeschi non hanno esitato a tradurla con *Schub*, che ha lo stesso significato di spinta. In italiano, si può bene riprodurre il concetto in due modi: sia con balzo (malattia che procede a balzi, che forse è più significativo di « poussées » (che ammette l'idea di qualcuno che spinga) e con attacchi od accessi (per i singoli balzi).

Accenno anche a *rash*, che viene ritenuto come qualche cosa di speciale; « il *rash* premonitorio del vaiuolo » mentre invece in inglese significa un'eruzione generalmente fugace, come l'orticaria e lo strofulo.

Un altro esempio di pedissequa copiatura dallo straniero è l'adozione dell'abbreviazione di *pnx* per pneumotorace. Si vorrà forse giustificare questo dicendo che è derivata dal latino *pneumothorax*, ma non si vede il bisogno di ricorrere al latino per indicare una scoperta italiana, senza contare che è strano un tale modo di abbreviamento usando le prime e l'ultima lettera. Molto più logico e più significativo sarebbe adottare *pnt*, cioè le prime lettere delle due parole che compongono il vocabolo.

Certamente, non sarebbe possibile in pratica bandire tutti i termini stranieri, alcuni dei quali si impongono, altri sono italianamente intraducibili. Cito fra questi l'inglese «*failure*» ed il francese « *defaillance* », di fronte ai quali mi trovo sempre imbarazzato e che tento volta a volta di adattare alla meglio in italiano. Intraducibili sono « *choc* » e « *shock* », che tempo fa il Belfanti propose di tradurre con *ictus*, il quale però, anche perchè viene usato per una determinata occasione (I. apoplettico) non può essere adottato in linea generale. Anche il « *cornage* », parola quanto mai espressiva, rappresenta una difficoltà insormontabile. In tali casi, è giuocoforza adottare la parola straniera, mettendola fra due virgolette od in corsivo.

Se anche si farà qualche concessione, potremo con un po' di pazienza e di buona volontà ripulire il nostro linguaggio da tante scorie che offuscano l'armoniosa dignità della nostra lingua, pure rifuggendo da ogni arcigno ed arcaico purismo e sarà questa una benemerita opera di italianità, atta a tenere alto il livello spirituale del nostro Paese.

AZEGLIO FILIPPINI.

In un prossimo numero pubblicheremo:

"ANEURISMA DELL'AORTA TORACICA"

Lezione clinica

del prof. CESARE FRUGONI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Dott. BEPPINO DISERTORI. *Saggio di fisiologia del liquido cerebrospinale*. Vol. di pagg. 180, con 22 illustrazioni e 5 tabelle. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 24.

Riportiamo la significativa Prefazione scritta dall'illustre prof. Carlo Besta:

« Questa monografia vuol essere, come dice il titolo, un saggio di fisiologia del liquor: cioè un tentativo di rispondere alle questioni dibattute e controverse della natura e del significato del liquor, della sua sede di normale formazione e di riassorbimento, della circolazione e della funzione di esso rispetto al nevrasse, e alle questioni, strettamente affini, della sede, del significato e delle funzioni della barriera emato-liquorale, che separa il sangue dal liquido cerebro-spinale.

« L'autore ha raccolto abbondantemente i dati della letteratura, sottoponendoli, per quanto possibile, ad una revisione critica, basata sui risultati delle sue ricerche. Queste, solo parzialmente pubblicate in comunicazioni, note preventive e articoli, vennero compiute in un periodo di tre anni sul ricco materiale umano patologico della mia clinica, nella quale vengono eseguiti sistematicamente abbondanti prelievi di liquido per via spinale durante l'encefalografia e vengono praticate frequentemente le punture cisternali e quelle ventricolari per scopi diagnostici e terapeutici.

« Le ricerche esposte nel volume non riguardano però i problemi di patologia se non in via indiretta e subordinata. Il fatto patologico rappresenta ai fini di esse una condizione sperimentale verificata sull'uomo, la quale permette di risalire dalla funzione alterata alla funzione normale.

« Perciò il libro si differenzia dalle diverse monografie italiane sul liquor, compresa quella del Magaudda, la quale uscì dalla R. Clinica neuropsichiatrica di Messina allora da me diretta, e anche dalla maggior parte di quelle straniere; le une e le altre seguono un indirizzo prevalentemente descrittivo dei caratteri normali e patologici del liquido cerebro-spinale, il cui studio rimane subordinato alle finalità clinico-diagnostiche.

« Naturalmente anche questo libro mira in ultima istanza a fini clinici, ma solo in via indiretta e in quanto la maggior conoscenza della fisiologia del liquor in genere, e in particolare di quello dell'uomo, giova al progresso della liquorologia medica e delle sue applicazioni pratiche in neurologia, in psichiatria e in neurochirurgia. Basti accennare ai formidabili problemi di farmacologia del sistema nervoso, che lo studio della barriera ci permette di affrontare e di risolvere.

« Richiamo l'attenzione sui primi capitoli, che trattano il problema della natura del liquor. L'A. critica la moderna teoria dialisaria, che tende a definire il liquor quale un dializ-

zato del plasma, in equilibrio di membrana del Donnan con esso. Tutti gli autori, anche quelli che non accettano la teoria chimico-fisica nel suo complesso e non ammettono cioè la presenza d'equilibrio per le altre sostanze, ammettono però che almeno l'ione Cl^- si distribuisca tra sangue e liquor secondo esigenze puramente chimico-fisiche. È proprio nella prevalenza del Cl nel liquor che trova il suo argomento più favorevole l'ipotesi dell'esistenza d'un equilibrio di membrana fra i due umori organici. Ma le ricerche del Disertori dimostrano che l'anione Cl^- non segue affatto le premesse dell'equilibrio e tolgono ogni valore all'argomento fondamentale della teoria chimico-fisica della natura del liquido cefalorachidiano, accertandone la natura secretoria.

« Una conferma viene dalle recentissime ricerche dell'americano Louis B. Flexner della « Johns Hopkins University », il quale per altra via, cioè in base ad uno studio termodinamico delle concentrazioni ioniche del liquor, è arrivato alla stessa conclusione, che il cloro non si trova in condizioni di equilibrio, in quanto la sua concentrazione nel liquor implica un lavoro di 6.40 calorie per litro.

« Un capitolo è dedicato allo studio della distribuzione emato-liquorale dell'ione Br^-. I fatti dimostrano che la permeabilità a tale sostanza è notevolmente minore in corrispondenza dei plessi che in corrispondenza dell'ampolla meningea lombare, quasi la protezione verso componenti estranei sia maggiore là dove è più sviluppata la differenziazione anatomo-funzionale del nevrasse.

« L'ipotesi dell'esistenza delle funzioni parziali della barriera, sostenuta dalla scuola fisiologica moscovita di L. Stern, viene dimostrata valida anche nell'uomo attraverso lo studio di una particolare sindrome liquorale, già descritta dai miei allievi Disertori e Porta, dai quali venne attribuita ad una probabile malformazione congenita della barriera e. l. E viene provata la natura vitale dei fenomeni di permeabilità della barriera a varie sostanze estranee, i quali non sono riducibili a fatti di permeabilità puramente fisica.

« Per quanto riguarda la sede della secrezione del liquor, l'A. sostiene l'origine prevalentemente plessulare, in accordo con numerosi ricercatori antichi e moderni. Alle meningi spinali viene riconosciuta solo una funzione liquorpoietica potenziale, che può esplicarsi in determinate condizioni patologiche.

« Sul problema della circolazione del liquor, l'A. porta documenti comprovanti l'esistenza di una corrente ventricolo-cisternale, ormai quasi unanimamente ammessa, ma anche altri documenti che parlano in favore d'una parziale corrente transparenchimatosa, lasciando però ancora impregiudicata quest'ultima questione.

« Tratta infine l'argomento delle funzioni del liquido cefalorachidiano, rispetto al nevrasse e all'intero organismo. Oggi tali funzioni non si possono più ridurre a quella sola di protezione esclusivamente meccanica, perchè tutto ci induce a credere che il liquor eserciti anche funzioni di significato fisiologico più elevato, legate alle sue caratteristiche chimiche e biologiche, immunitarie, enzimatiche e ormoniche.

« Non dubito che la classe medica italiana farà buon viso al coraggioso lavoro del mio allievo; coraggioso e per la foga encomiabile con la quale sostiene le sue tesi, e per avere osato scrivere un intero volume su di un argomento in apparenza limitato, per quanto molto importante.

« Spero che i medici italiani si mostreranno pari all'aspettativa, tributando al libro del Disertori quel successo che ben merita.

« Prof. CARLO BESTA. »

Milano, giugno 1935 (XIII).

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

J. C. CALVÉ. *La tuberculose ostéo-articulaire.* Un vol. di 208 pagg., con 101 fig. Masson ed. Frs. 50. (Della « Bibliothèque de phtisiologie »).

In questo volume che non vuol essere assolutamente un trattato sulla tbc. osteo-articolare, il Calvé ha condensato il succo della sua vasta esperienza trentennale. Dopo avere inquadrato la localizzazione del bacillo di Koch nelle ossa e nelle articolazioni, nell'ambito della infezione tbc., malattia generale, l'A. delinea magistralmente i caratteri dell'evoluzione della tbc. osteo-articolare, tipicamente ciclica sotto l'influenza del trattamento conservatore.

Nel 3° capitolo, dedicato alla diagnosi, ne traccia le basi cliniche e radiologiche, mentre i compiti diagnostici riservati al laboratorio, sono passati in breve rivista dal dott. Mozer.

Nell'ultimo capitolo l'A. illustra e discute i punti fondamentali del problema terapeutico e infine si diffonde praticamente su alcune particolarità tecniche della cura.

Chiaro nella forma, densissimo di contenuto, il volume non costituisce soltanto una messa a fuoco di questo importante capitolo della tisiologia, ma ne sintetizza in brevi pagine le linee fondamentali. E. V.

A. ESSER. *Pathologisch-anatomische und Klinische Untersuchungen von Kriegsverletzungen durch Schädelschüsse.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo M. 5.00.

La motorizzazione dei mezzi di trasporto ha notevolmente aumentato la frequenza degli infortuni sopra tutto con traumi cefalici. In relazione si sono moltiplicati gli studî su gli esiti immediati e lontani delle lesioni violente cranio-cerebrali. Questa dell'Esser è una trattazione succosa dell'argomento. È sapientemente sfruttato l'abbondante materiale fornito al riguardo dalla guerra sopra tutto per gli esiti lontani ed il destino dei cranio-traumatizzati. DR.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Il V Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

(Roma, 6-9 novembre 1935).

Questo Congresso tenutosi all'Istituto « Carlo Forlanini », gremito di circa 500 medici è stata una significativa manifestazione di solidarietà umana e di italianità ed un esempio di fattiva e concorde unità di programmi, unitamente ad un'interessante rassegna dei promettenti risultati finora ottenuti.

È stato inaugurato da S. E. BUFFARINI. Alla cerimonia hanno parlato il march. DENTICE D'ACCADIA, vice-governatore di Roma, l'on. E. MORELLI, il sen. MARAGLIANO ed il prof. F. BEZANÇON. Nella stessa seduta inaugurale, S. E. BIAGI ha tenuto un'applaudita conferenza sul tema: *Assicurazione e tubercolosi*, illustrando il programma di costruzioni sanatoriali, che già raggiunge gli 11.000 posti-letto. Nel 1937, il programma sarà completamente ultimato e l'Istituto disporrà di 20.000 posti-letto. Il numero degli assistiti dal 1929 è di 230.000. L'entità delle spese di assistenza, in 6 anni e mezzo è stata di L. 75.000.000; la somma destinata all'attrezzatura sanatoriale di circa 500.000.000, che arriveranno a 650 a programma ultimato.

Diamo un breve resoconto dei temi svolti.

TEMA BIOLOGICO.

I componenti chimici del bacillo tubercolare.

Il relatore generale S. E. G. PETRAGNANI rileva che la separazione dei vari componenti del bacillo di Koch, il loro studio dal punto di vista chimico, e da quello delle azioni biologiche possono dare preziosi suggerimenti per la diagnosi, la terapia, la profilassi. I consueti mezzi di analisi hanno l'inconveniente di denaturare la materia che esaminano, ciò che non si verifica col metodo dell'O. Egli tratta la patina bacillare con 20 volte il suo peso di fenolo cristallizzato; il protoplasma batterico si disperde, si discioglie, per ricostituirsi in tipiche forme bacillari ogni qualvolta il fenolo batterico (*fenbatt*) viene trattato con un solvente del fenolo. I vari e rigorosi mezzi di controllo hanno dimostrato che i batteri passano effettivamente nel fenolo, in soluzione, anatomizzati nei loro costituenti.

In questo modo, non vengono (compromesse le qualità antigene assegnate ai varî complessi chè anzi, con la separazione di alcuni di essi (mediante acetone ed altri solventi), si accrescono le qualità antigene degli altri. Con i disintegrati, si sono avuti risultati biologici interessanti per la diagnosi, la terapia e la profilassi. Le qualità antigene dei desintegrati, che sono dimostrate dalla reazione di Wassermann, sono invece distrutte con l'acido solforico, sia per effetto di una dissociazione elettrojonica, sia per l'affinità specifica verso un dato anione, tanto è vero che l'acido cloridrico non disturba la ricomposizione dei corpi bacillari.

Le ricerche dell'O. sono state recentemente confermate da Paarmann.

Correlatori. G. DADDI ha intrapreso delle ricerche sull'azione dei lipoidi tubercolari, che esaltano i poteri di difesa nell'infezione sperimentale. A. OMODEI-ZORINI dimostra che la difesa del tessuto polmonare di fronte al bacillo di Koch è dovuta ai materiali lipoidei aderenti al germe. C. NINNI analizza le condizioni necessarie per la diagnosi sierologica della tubercolosi, le quali riguardano l'organismo da una parte e, dall'altra, le singole frazioni del bacillo che devono reagire con i sieri.

V. PUNTONI si occupa dell'azione delle varie frazioni del bac. tub. sullo sviluppo del bac. tubercolofilo, studiando quali sono quelle che possono funzionare come fattore di accrescimento e dimostrando che tale azione si deve alla frazione carboidrata. SIVORI e FIGARI dimostrano che le sostanze solubili del bac. di K. determinano i così detti corpi di reazione ed i fenomeni allergici, mentre quelle aderenti, specialmente i lipoidi, determinano la produzione dei reali principî difensivi. L. URIZIO deduce dalle proprie esperienze una nuova classificazione anatomo-clinica della tub., distinguendo una forma (muta) dovuta a sostanza lipoide ed una con i caratteri febbrili delle forme essudative, di origine proteica.

TEMA CLINICO.

Reinfezione endogena e superinfezione nella tub. polm. post-primaria.

Il relatore generale F. MICHELI accoglie i concetti di Aschoff, dichiarandosi favorevole ad ammettere l'importanza della esacerbazione di focolai preesistenti e della reinfezione endogena, pur non escludendo il possibile intervento di quella esogena. Gli argomenti che stanno a sostegno di questa tesi sono essenzialmente rappresentati dalla reinfezione linfoghiandolare endogena, dalla frequenza della bacillemia e delle lesioni polmonari da disseminazione ematogena, dall'origine degli infiltrati tisiogeni.

I numerosi ed importanti dati epidemiologici sono poco utilizzabili a questo scopo, perchè non sufficientemente dimostrativi.

Ad ogni modo, possono aversi entrambe le infezioni, eso- ed endogena; la prima, col concorso di modificazioni dell'equilibrio immunbiologico, può estrinsecarsi in due modi: come apporto di nuovi germi al polmone (od in altri organi) e conseguente formazione di nuovi focolai e come stimolo su vecchi focolai quiescenti.

Oltre al problema medico-legale, queste considerazioni pongono anche quello della profilassi, che può riguardare l'esposizione e la disposizione. Entrambe queste forme di profilassi fanno parte del nostro piano di lotta contro la tubercolosi, concepito e promosso dal Duce a difesa della sanità fisica e morale del nostro popolo.

Correlatori. G. COSTANTINI ammette entrambe le vie; la reinfezione esogena si verifica per il ritorno dell'individuo, già contagiato e quindi allergico, allo stato vergine; per quella endogena, l'O. sostiene l'origine retrograda, che oggi è ammessa anche da altri. V. LUBICH conclude per la prevalenza assoluta della reinfezione endogena pura, mettendo in dubbio l'esistenza della reinfezione esogena da stimolazione esogena.

T. LUCHERINI mediante il thorotrast ha dimostrato che le sostanze introdotte attraverso il sistema oro-laringeo si arrestano nella catena linfatica cervicale, senza raggiungere i gangli polmonari. G. LUZZATTO-FEGIZ sostiene la prevalenza della reinfezione endogena. G. RONZONI riferisce sulla forma post-primaria e sulla tubercolosi coniugale, confermando che la malattia negli adulti deve essere considerata come una ripresa dell'infezione acquisita nella prima infanzia ed eventualmente non spenta.

Tema terapeutico.

La cura dell'empiema para-pneumonico.

Relatore generale V. Monaldi. Espone la tecnica da lui proposta della detensione progressiva con lavatura pleurica, dimostrando i benefici risultati. Nella persistenza di lesioni polmonari, associa interventi parziali o totali di toracoplastica antero-laterale. In tal modo, è possibile combattere tutte le varietà di empiemi semplici.

Per quelli associati, specialmente con fistola polmonare, la clinica non è ancora in grado di fornire direttive ben definite. Considerati però i grandi sacrifici fisici e funzionali imposti dalla chirurgia radicale, appare doveroso tentare dapprima i procedimenti medici ad aspirazione (drenaggio chiuso con lavatura permanente, ventosazione forzata, detensione progressiva) che senza imporre al malato notevoli sacrifici danno una media di guarigioni superiore a quelle date dalla chirurgia.

Importante è soprattutto prevenire l'insorgenza dell'empiema e la sua trasformazione da semplice in associato e da chiuso in aperto. La maggior parte degli empiemi ad insorgenza acuta proviene da privati, da ambulatori e da case di cura, dove la tecnica pneumotoracica è meno scrupolosa. Almeno la metà di quelli trasformatisi in associati è attribuito a terapia incongrua o mal condotta.

Correlatori. U. Carpi ritiene che nell'empiema puro, la terapia deve essere conservativa, associata a scuotimento e lavatura della pleura; nell'empiema misto e nella perforazione polmonare, si deve ricorrere ad interventi prettamente chirurgici. Fra le misure preventive, dà particolare importanza all'eliminazione delle aderenze. G. Egidi riporta dei casi in cui dimostra la necessità dell'intervento chirurgico. V. Fici rileva l'importanza di una tecnica corretta per il pneumotorace e propone che fin da quando si è stabilita la pleurite sierofibrinosa, si inizii la lavatura della pleura già nella fase a freddo. La lavatura può essere utile anche negli empiemi putridi, purchè ancora chiusi.

Tema sociale.

Il lavoro in casa nella lotta contro la tubercolosi.

Il relatore generale G. Breccia rileva che il lavoro in generale ha importanza nella lotta contro la tubercolosi, sia perchè può cagionare o facilitare l'infezione, sia perchè può servire da ricupero ed alla stabilizzazione delle forme tubercolari in stazionamento od in silenziamento.

Tanto maggiore importanza ha il lavoro in casa, che si svolge nelle condizioni più gravi; eppure la sua necessità economica è tale che esso non può venire soppresso. Ad esso prendono parte individui di ogni età, alcuni dei quali deboli sì da da non poter lavorare negli stabilimenti.

La difesa antitubercolare del lavoro in casa deve pertanto considerarsi come una parte importante in quella generale della Nazione. Per essa, occorre far partecipare i lavoratori in casa a tutti i benefici sanitari e sociali assicurativi delle organizzazioni inquadrate nelle Corporazioni; dare ai poveri la casa sufficiente ed a prezzo accessibile, creare un Ufficio nazionale del lavoro in casa, con funzioni di vigilanza e di controllo, facilitando l'accesso ai dispensari ed inviando i gracili ai preventori diurni a cura integrale.

Quando il lavoro in casa è fatto da malati di tub. o da ex-tubercolosi, sarà necessario continuare la cura e fare la precisa profilassi per ridurre al minimo i pericoli di contagio; a tale scopo, sarà anche necessaria la sterilizzazione dei manufatti. Le provvidenze da adottarsi dovrebbero essere affidate ad un Ente che coordini, perfezioni ed integri la difesa individuale e sociale sanitaria.

Correlatori. Secondo F. Bocchetti, il problema prospettato dal R. è un problema dell'avvenire, non essendo oggi ancora sufficientemente caratterizzato, mentre d'altra parte esso è praticamente inesauribile ed incompletamente controllabile. Occorre poi modificare la mentalità della gente, poichè al giorno d'oggi, il malato ritiene ancora inconfessabile il suo male e lo nasconde. E qui, si rivela il valore essenziale della propaganda educativa e formativa.

Per le provvidenze proposte dal R., è necessario procedere per gradi, incominciando da quella che è più facilmente realizzabile, p. es., dall'istituzione di laboratori organizzati, che sarebbero un ottimo preludio ad una organizzazione sindacale sul terreno nazionale. Sfruttare al massimo i mezzi che abbiamo; creando nel Paese il grande movimento totalitario per l'assistenza generale e quella sanitaria.

A. Ilvento osserva che i problemi marginali della lotta contro la tub. sono ormai superati e perciò ci sentiamo abbastanza sicuri per affrontare quello fondamentale, di aggredire cioè la tub. nel seno della famiglia e spezzare la catena fatale che lo tramanda di generazione in generazione. Siamo tutti d'accordo sulla necessità di inspirarci al concetto che la tubercolosi si combatte specialmente nella seconda generazione, nel figlio del tubercolotico: ricerca dei casi iniziali o sospetti, assistenza dell'infanzia. Approva, in linea generale le conclusioni del R. dichiarando l'opportunità di sindacare i piccoli laboratori, sottoponendoli al controllo dell'Ispettorato corporativo; assistenza e cura sanatoriale dei colpiti, propaganda fra le massaie, sviluppo dei dispensari.

L. Sagona auspica un'azione tutelatrice da affidarsi all'Artigianato. Dimostra la necessità della diagnosi precoce, della bonifica sanitaria, istituzione di Scuole-giardino, coordinamento dei servizi sanitari. Per il lavoro in casa di individui tubercolizzati o fociferi, un serio sviluppo dell'assistenza domiciliare a traverso i dispensari, innestare nell'attività dell'Istituto fasc. Prev. soc. la creazione ed il funzionamento di opere post-sanatoriali. Affrontare inoltre per gradi, il problema della bonifica della casa, terreno fecondo della tub., dove è inumano che rimanga il tub. bacillifero.

Il problema, osserva E. Morelli è estremamente difficile nella pratica, ed allo stato attuale non si può che cercare di migliorare il tono di vita delle classi più umili e, per questo, agire attraverso le organizzazioni sindacali, che dovranno sorvegliare il lavoro domiciliare ed imporre gradatamente le varie assicurazioni. Assai utile sarebbe l'istituzione del medico sociale e delle assistenti sociali.

I magnifici risultati raggiunti con la diminuzione della tubercolosi sono dovuti oltre che alle molteplici provvidenze dello Stato, all'elevato ed ascensionale tenore di vita che il Regime assicura alle classi meno abbienti del nostro popolo.

* * *

La seduta di chiusura del Congresso si è svolta nel Palazzo Comunale di Littoria dove F. Bocchetti e G. Petragnani hanno svolto il tema sui *Consorzi antitubercolari nel nuovo orientamento della lotta contro la tubercolosi.* Ad essi si sono pienamente associati gli altri due Relatori Campani e Sagona.

fil.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le sincopi di origine indeterminata.

Come esistono delle angine pectoris senza causa nota, così si osservano delle sincopi di cui non si può rintracciare l'origine. È vero che mentre le prime terminano talora con la morte, le sincopi per lo più passano senza lasciar traccia. Tuttavia, L. Gallavardin (*Journ. de méd. de Lyon,* 20 sett. 1935) fra 37 osservazioni personali, ne riporta 3 mortali; in una, si potè trovare un'emorragia cerebrale, ma le altre due rimasero inesplicate.

Tali casi si presentano al medico come delle perdite di conoscenza breve e completa; i disturbi possono paragonarsi a quelli della malattia di Stokes-Adams, mentre i tracciati elettrocardiografici non rivelano nulla di anormale.

Evidentemente, si eliminano gli incidenti comiziali frusti, le perdite di conoscenza delle cardiopatie, dell'ictus laringeo, della vertigine di Ménière, di alcune affezioni digestive, della gravidanza o delle malattie infettive.

I disturbi di questo genere sembrano imputabili ad una sospensione momentanea dell'azione cardiaca. Il trattamento è essenzialmente sintomatico: iniezione di olio canforato, di caffeina a piccola dose (5 cg.), di coramina; il più spesso tutto è passato quando il medico arriva.

Il trattamento, in assenza di ogni causa apparente, si indirizzerà verso l'equilibrio delle funzioni digerenti, consigliando il riposo moderato e combattendo la costipazione. Talvolta sono in causa delle reazioni emotive, che possono manifestarsi anche a distanza (3-4 settimane) perchè lo « shock » si esplica dapprima sulle secrezioni interne, determinando poi tardivamente delle crisi sincopali.

Un fatto da mettere in rilievo è che nei casi dell'A. si trattava quasi sempre di uomini; è, del resto, di osservazione comune che l'uomo va più soggetto che la donna a crisi sincopali; non è raro, di fatto, vedere durante piccoli interventi (medicatura di un dito, iniezioni, punture esplorative) degli uomini robusti accasciarsi improvvisamente in una crisi sincopale, mentre ciò avviene più raramente con le donne. *fil.*

La connessione delle varie sensazioni cardiache con la circolazione cardiaca.

Le varie sensazioni che si hanno alla regione cardiaca (senso di pressione, palpitazioni, punture, crampi, ecc.) non rappresentano sintomi diversi, ma costituiscono un'unità, dipendente da due fattori: l'insufficienza delle coronarie e l'ipereccitabilità nervosa.

Sulla base di molte ricerche ed osservazioni. M. Hochrein (*Mediz. Welt,* 22 giugno 1935) conferma le vedute di Anrepp sui rapporti della irrorazione sanguigna delle coronarie con la prestazione cardiaca; in condizioni normali, la prima si adatta rapidamente alla seconda e cresce con essa. Ma nell'insufficienza delle coronarie, si ha una disarmonia fra l'una e l'altra per cui, dato un certo grado di nervosismo, si producono le accennate sensazioni, mediante le numerose terminazioni nervose cardiache.

Contro tali sensazioni, è anzitutto necessario ridurre il lavoro che si pretende dal cuore. La circolazione cardiaca può essere favorita anzitutto con i nitriti, che l'A. considera come la morfina del cuore, con tutti i suoi vantaggi e svantaggi, persino quello della nitritomania. Controindicata, malgrado il suo effetto dilatatorio sulle coronarie, è l'adrenalina e così pure la digitale. L'A. raccomanda il glucosio, il calcio, la caffeina, i preparati barbiturici, le inalazioni di acido carbonico al 4-5 %, i bagni di acido carbonico di breve durata ed insiste soprattutto sulla lotta contro il componente nervoso. *fil.*

Intervento diretto a favorire la circolazione del miocardio.

C. S. Beck (*Ann. of Surgery,* nov. 1935) prendendo lo spunto da un'osservazione operatoria di un'aderenza intrapericardica provvista di un cospicuo vaso arterioso e da un'altra osservazione anatomica di un cuore con obliterazione completa delle coronarie che traeva la sua irrorazione da aderenze vascolarizzate, istituì molteplici serie di esperimenti colle quali credette di poter dimostrare come sia possibile negli animali mantenere la funzione cardiaca dopo occlusione quasi completa delle coronarie, portando a contatto col miocardio denudato dell'epicardio un lembo muscolare peduncolato e provvisto di ricca vascolarizzazione.

Sulla base di questi principî teorici e dati sperimentali il Beck ha operato 6 pazienti di angina pectoris per sclerosi delle coronarie. L'intervento ha consistito nell'aprire il pericardio, asportare l'epicardio sulle facce anteriore e posteriore del cuore, mobilizzare un lembo di gran pettorale mantenendogli intatti i rami perforanti provenienti dalla mammaria interna e suturarlo sul cuore.

Il risultato operatorio è stato buono, l'intervento si è dimostrato possibile e ben sopportabile. In tutti i casi pare si sia avuto miglioramento della sintomatologia soggettiva, in uno di questi tali buoni risultati durano già da 10 mesi.

L'A. presenta il lavoro come nota preventiva mettendo ben in evidenza come tale intervento sia in una fase puramente sperimentale.

MANFREDO ASCOLI.

La terapia della trombosi delle coronarie.

La terapia, una volta fatta la diagnosi differenziale deve mirare a mitigare i dolori ed i disturbi eventualmente presenti, poi a ristabilire bene la circolazione e quindi deve badare al circolo periferico, ai segni delle embolie periferiche ed al comportamento del tratto gastro-intestinale.

Nello stadio acuto, grave, il malato si presenta molto inquieto e, come osservano N. von Jagic e O. Zimmermann (*Münch. med. Wochens.*, 11 ottobre 1935) risultano inefficaci il nitrito d'amile, la teobromina, la caffeina, la papaverina. Si è quindi costretti a ricorrere per calmare i dolori alla morfina, al pantopon, e simili per iniezioni (a dosi di 1-2 cg.). Beninteso, riposo assoluto in letto.

Spesso difficile è il combattere il vomito insistente; generalmente vi si riesce con una dieta assoluta per 1-2 giorni, concedendo soltanto piccole quantità di liquido. Utili sono anche la belladonna od il pantopon per suppositori.

Scomparsi od attenuati i fenomeni gravi dello stato anginoso, si potrà assicurare il riposo notturno mediante i bromuri ed il luminal.

Per quanto riguarda la terapia cardiotonica, questa verrà istituita quando se ne manifesti il bisogno, mediante la strofantina a dosi di mg. 0,15-0,20, eventualmente combinandola con eufillina e con iniezioni di glucosio ipertonico.

Contro l'insufficienza della circolazione periferica, meglio che l'adrenalina, ad azione pronta, ma fugace e talora seguìta da spasmo delle coronarie, si useranno l'efedrina o l'efetonina.

Dopo le prime 2-3 settimane di letto, è indicata la strofantina anche in quei malati che non hanno insufficienza circolatoria; si incomincerà con dosi piccole gradatamente crescenti, che danno anche subbiettivamente un miglioramento.

Il riposo assoluto in letto deve continuare per non meno di 4 settimane, somministrando una dieta blanda e badando alla regolare evacuazione delle feci. È bene continuare la strofantina, per un certo tempo a giorni alterni, sostituendola in seguito con la teobromina per bocca. Se manca la stenocardia, ma vi sono i segni di insufficienza cardiaca, è consigliabile la digitale a somminstrazione cronica intermittente.

Ricercare la presenza di un'eventuale lues, ma badare di non praticare la terapia specifica nelle prime settimane di miocardiomalacia. *fil.*

Legatura della carotide comune e della carotide interna.

Hugel (*Zbl. Chir.*, n. 44, 1935) riferisce un caso guarito senza disturbi di legatura dell'a. carotide comune in un giovane di 20 a. che aveva subito una ferita del collo.

In un soggetto invece di 70 a. nel quale in seguito all'asportazione di un sarcoma del collo fu dovuta legare l'ar. carotide interna e la giugulare interna, si ebbe perdita della coscienza e poi la morte in prima giornata.

L'A. pensa che la legatura della carotide comune e dell'interna sia sopportata meglio nei giovani che nei vecchi. P. STEFANINI.

Sindrome di Raynaud predominante ai lobuli degli orecchi, guarita col trattamento specifico. Sifilide ignorata.

G. Milian, A. Ravina e L. Périn (*La Presse Médicale*, N. 92, p. 1814, 1935), illustrano un caso di sindrome tipica di Raynaud localizzata agli arti ma specialmente agli orecchi, in cui l'anamnesi e la W. R. erano negative e in cui cure protratte di acetilcolina erano rimaste senza alcun effetto. Praticata una biopsia del lobulo dell'orecchio, all'esame istologico si riscontrò un'endo e peri-vascolite tipica, in seguito alla quale fu iniziata una energica cura antiluetica che portò la p. a guarigione. G. GENTILE.

Il trattamento dell'ipertensione.

J. L. Livingstone (*The Lancet*, 26 ott. 1935) dà le indicazioni seguenti:

1) *Casi iniziali.* Si tratta di giovani con sintomi trascurabili, senza ipertrofia del sistema cardiovascolare, ma soltanto con una pressione soggetta a variazioni. Tenerlo in osservazione, misurandone la pressione un paio di volte all'anno, non comunicando la cifra al paziente (fobia!). Evitare gli accessi di ogni sorta, specialmente tabacco, alcool, lunghe ore di lavoro e rincasare tardi la notte; almeno 5 notti la settimana con 9 ore di letto. Evitare altresì ogni possibile causa di ansia. Incoraggiare gli esercizi fisici anche duri, perchè tendono a diminuire la pressione. Negli individui robusti, trattamento per qualche mese con bromuri e luminal.

2) *Casi medi.* Pressione alta (150/95 e più) persistente, ma senza segni di ipertrofia cardiaca od altri sintomi. Si deve persuadere il paziente a curarsi seriamente, riducendo di molto il tenore di vita; abbreviare le ore di lavoro proibendo quello straordinario, con qualche esercizio fisico (golf) a metà giornata; riposo domenicale; sconsigliare il condurre l'auto.

Dieta ristretta per quanto riguarda le purine, fegato, reni, ostriche; carne rossa soltanto una volta al giorno; al venerdì, dieta strettamente vegetariana. Nei grassi, limitare grassi, patate, dolci, e consigliare una dieta che consista per la massima parte in vegetali, insalate e frutta. Pesarsi una volta la settimana; passeggiata giornaliera di un'ora od altro esercizio fisico; ogni 10 giorni, un bagno turco.

Cura di joduri: soluzione di Lugol, inco-

minciando con cmc. 0,30 (circa 6 gocce), mattino e sera e continuando con 8 gocce e poi 11 e 13; dopo una settimana, somministrare 8 gocce la sera, per 6 settimane. Utili sono le piccole dosi di tiroidina (non oltre 6 cg.). Possono essere dati dei calmanti per conciliare il sonno; 9 ore di letto ogni notte.

Trattare i foci settici e tener libero l'intestino con piccole dosi di sali ogni giorno; ogni settimana, un purgante (l'A. consiglia le pillole blu, a bese di mercurio).

Se dopo 6 settimane non si ha miglioramento, prescrivere il letto per 6 settimane, il che è indispensabile se vi è tubercolosi polmonare, ingrossamento della prostata od altro.

Se vi è tachicardia con nervosismo, mani umide ed eventualmente fibrillazione auricolare, rivolgere l'attenzione alla tiroide. Non sono rari i casi lievi di ipertiroidismo ed eventualmente potrà essere consigliabile una tiroidectomia parziale.

3) *Casi avanzati.* Pressione costantemente oltre 180/110, con segni di ipertrofia cardiaca, angina da sforzo, retinite, incipiente deficienza renale. Il trattamento di tali pazienti è essenzialmente palliativo e soltanto diretto a ridurre al minimo i sintomi ed a prolungare la vita. Si deve tener presente che in essi basta una moderata iperpressione per mantenere la circolazione renale; si dovrà quindi ricercare l'optimum di pressione per tenere al minimo i sintomi; se la pressione sale o diminuisce, il paziente non si sente bene. L'indicazione terapeutica principale consiste nel riposo ben dosato; i vaso-dilatatori, inutili per prevenire l'ipertensione, sono qui efficaci. Fra essi: il tetranitrato di eritrolo (15-30 mg.) o l'esanitrato di mannitolo (15-60 mg.) ogni 6 ore hanno un'azione più prolungata che il nitrito di sodio o la nitroglicerina. La cefalea e le vampate sono spesso assai incomode, ma con una dose adatta dei citati medicamenti possono di molto ridursi. Possono anche tentarsi l'eufillina e la teobromina (30 cg.). Utili gli estratti pancreatici, ma se con la prima somministrazione non si ottiene un abbassamento notevole, è inutile continuare. Analoga azione hanno l'acetilcolina e la padutin. *fil.*

La trinitrina nell'ipertensione arteriosa.

Come osserva A. Simili (*Cuore e circolazione*, ottobre 1935), la trinitrina o nitroglicerina gode molta fama presso gli autori anglosassoni, ma è meno attiva del nitrito di sodio e talvolta sembra fallire allo scopo. Essa ha inoltre azione dannosa sul cuore, può dare disturbi, quali: cefalea, cardiopalmo, tachipnea, nausea, vomito, collasso.

L'A. ha fatto uno studio completo, clinico e sperimentale su tale medicamento, concludendo che la sua azione appare del tutto indipendente dalla dose impiegata; talvolta, anzi, col crescere di questa, si hanno reazioni paradosse. Ne viene che, pur essendo essa tollerata anche a dosi assai più alte di quelle della farmacopea, è inutile raggiungere quelle elevate ed è consigliabile di non oltrepassare le XXX gocce *pro die*.

Per i suoi effetti dannosi sul miocardio, è sconsigliabile nei cardiaci. Tenuto conto della sua notevole azione vaso-dilatatrice, essa agisce soprattutto nelle sindromi anginose, ma l'A. consiglia di limitarne l'uso anche in queste, riserbandolo ai casi di forza maggiore. *fil.*

NOTE DI RADIOLOGIA

La colangiografia durante e dopo le operazioni sulle vie biliari.

La colangiografia postoperatoria ormai è entrata negli usi comuni delle indagini radiografiche in casi specialmente di fistole biliari. J. François (*Jour. belge de gastro-entérologie*, T. III, n. 5, maggio 1935, pag. 365) ne fa la storia e ne descrive la tecnica mettendo in rilievo l'importanza della scelta del liquido opaco, adoperando ora il thorothrast Heiden per epato-lienografia. Gli accidenti ed i danni si riferiscono a dolori epigastrici, a volte anche nausee e vomito a termine dell'iniezione nella fistola. Rarissimamente si può avere qualche giorno dopo. Perciò occorre iniettare il liquido lentamente e bisogna arrestarsi se si apprezza resistenza. L'indicazione è costituita dalla determinazione della permeabilità del cistico dopo colecistotomia, nella determinazione della durata del drenaggio vescicolare o coledocico, per dimostrare l'esistenza di ostacoli del coledoco, nel riconoscere lesioni dello sfintere di Oddi.

La tecnica della angiocolografia durante l'operazione, usata dal François, non è altro che quella di Miriggi perfezionata mediante l'uso di adatto letto operatorio ecc., permettendo di accorciare il tempo impiegato. Si può usare nelle affezioni vescicolari dolorose senza calcoli e senza infezione, specie quando nelle vescichette ipercinetiche si è costretti a fare una colecisti gastro o duodenostomia; per determinare la permeabilità del cistico; per giudicare della necessità di drenare il coledoco; per riconoscere ostacoli del coledoco (calcoli o stenosi del coledoco); per pancreatite cronica stenosante; nelle lesioni dello sfintere di Oddi (spasmo o stenosi). In tal modo nello stesso intervento operatorio si sceglierà immediatamente la linea di condotta, senza dover reintervenire. JURA.

TECNICA DI LABORATORIO.

Circa l'uso dell'acido solfosalicilico quale reagente per l'albumina.

Contro l'uso dell'acido solfosalicilico (a. s.) quale reagente per l'esame delle urine molti sono insorti, affermando che la rea-

zione è troppo sensibile. Di fronte a queste affermazioni E. Mader (*Münch. Med. Wschr.*, 22 novembre 1935) difende le necessità del medico pratico, asserendo che la prova dello a. s. s. è di grande valore per un orientamento grossolano. Se essa è positiva, si potrà passare alla ricerca dell'albumina mediante altri reagenti (ferrocianuro di potassio ecc.); se è negativa, si può essere sicuri che con l'urina non è eliminata albumina. L'A. alla soluzione al 20 % di a. s. s. preferisce l'a. s. s. in sostanza, aggiungendone un granellino all'urina da esaminare. M. NUNBERG.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. C. de P. di C.;

È interessante quanto Ella nota sull'uso di alcuni contadini di trattare le scottature con l'inchiostro e ciò perchè richiama molto la più moderna terapia delle ustioni con l'acido tannico e che, fino a oggi almeno, è il mezzo più adatto di cura. L'inchiostro è un sale ferrico dell'acido tannico e quindi si spiega come si possano avere risultati buoni. L'acido tannico va usato nella soluzione al 5 %, polverizzato o spruzzato 1-2 volte al giorno fino a trasformare l'escara in una specie di cuoio (si tratta di una vera conciatura) che verrà a cadere quando l'epitelio avanza al disotto dalle parti vicine. Le ustioni così trattate debbono essere possibilmente tenute scoperte, senza fasciature e sollevando le coperte del letto con archetti. Si evitano così fenomeni tossici, si ottengono cicatrici meno deturpanti delle usuali. È necessario soltanto di sorvegliare i tratti su cui è applicato l'acido tannico perchè talora una suppurazione partita dai margini si porta sotto la crosta; in tali casi occorre asportarla subito. P. V.

VARIA

Dermatite pigmentata da profumi e dermatite da bagno di sole sui prati.

(G. BERTACCINI. *Rass. medica*, giugno 1935).

L'A. riassume in questo lavoro quanto si è finora scritto intorno a queste due dermatosi, che è bene siano conosciute dal medico pratico, onde siano evitati errori di diagnosi, che, anche se privi di conseguenze dannose, non sono mai troppo piacevoli per chi li fa.

La prima è una curiosa affezione cutanea, descritta nel 1916 dal Freund di Trieste, e che questo A. stesso potè dimostrare dipendente dall'uso di acqua di colonia, e successiva esposizione della pelle al sole.

La seconda fu invece osservata e descritta da Oppenheim nel 1926: ricevette poi il nome di « dermatitis bullosa striata protensis » riferendosi ai caratteri morfologici dell'affezione ed al fatto che essa insorge in soggetti che dopo preso il bagno, si stendono a prendere il sole sull'erba. Questa affezione è stata osservata per la grandissima maggioranza dei casi in Austria ed in Germania, forse per la molto maggiore abitudine in quei paesi di fare dei bagni nei fiumi e negli stagni; qualche caso è stato osservato anche in Francia, specialmente in Alsazia, in Russia, in Jugoslavia: in Italia ne sono stati descritti finora soltanto quattro casi da G. La Cava, in soldati che avevano preso un bagno in un largo fosso presso Tivoli.

Le due dermatosi hanno di comune soltanto l'insorgenza dopo un bagno di sole, ed una pigmentazione persistente molto a lungo (più nella dermatite da oli essenziali, che nell'altra). Del resto sono più le differenze che le somiglianze: la reazione infiammatoria, intensa nella dermatite dei prati, con fatti essudativi e sintomatologia subiettiva intensa, è molto modesta, trascurabile ed in parecchi casi inosservata nella dermatite di Freund.

La forma e disposizione degli elementi eruttivi, caratteristica in entrambe le dermatosi, è diversa, pur avendosi nell'uno e nell'altro caso figure lineari: ma nell'una si tratta del decorso di gocce che colano in basso, esattamente riprodotto dalle pigmentazioni; nell'altra invece di linee sottili, corrispondenti a graffi, con varia direzione, o di forme di foglie, o di steli, incrociantisi variamente.

Mentre nell'una è sempre dimostrabile l'uso di acqua di colonia o di altri profumi contenenti alcuni olii essenziali, ed è accertata l'importanza di questi come foto-sensibilizzanti, il meccanismo di produzione dell'altra è più oscuro: l'ipotesi che si tratti anche in questo caso di una foto-dermite è da accogliere con riserva. Tutta la sintomatologia la avvicina di più alle dermatiti allergiche, senza che per ora si possa dire con certezza quale o quali siano le sostanze verso cui la cute è ipersensibile, o sensibilizzata.

G. LA CAVA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

F. DOMINICI. *Sulla morte per emorragia. Comportamento del cuore nella morte per emorragia.* — Boll. Soc. Biologia, Pavia, 1935.

A. SALMON. *Le rôle des noyaux tuberiens dans le mécanisme du diabète insipide.* Rev. Franç. de Endocrin., Paris, 1935.

G. BIZZARRI. *Conoscenza di un sistema (La libera scelta del medico).* — Tip. Vallecchi, Firenze, 1935.

A. SALMON. *Le rôle des noyaux diencéphaliques dans le mécanisme des crises épileptiques.* — Masson & C., Paris, 1935.

Atti III Congresso Nazionale di Nipiologia. — Arti Grafiche, Varallo Sesia, 1935.

S. DI MAURO. *L'iperestesia sessuale come manifestazione tardiva della encefalite epidemica.* — Tip. Strano, Catania, 1935.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Natura giuridica delle quote di partecipazione dovute ai sanitari ospedalieri.

Generalmente le amministrazioni ospedaliere integrano il trattamento economico dei sanitari associando allo stipendio fisso una quota di partecipazione alle controprestazioni dovute dai ricoverati abbienti. Questa forma di remunerazione è utile all'ente ed è anche teoricamente preferibile perchè tende a proporzionare la retribuzione alla effettiva attività professionale.

Si è molto discusso della efficacia del vincolo che l'amministrazione assume attribuendo una quota di partecipazione ai proventi. La quistione ha riflessi giuridici e pratici notevolissimi: è possibile modificare il trattamento già stabilito? si può sostituirne un altro meno favorevole? le amministrazioni sono obbligate ad osservare le istruzioni ministeriali 4 luglio 1933, riducendo la quota di partecipazione?

Risposte semplici.

Il rapporto d'impiego è fonte di diritti soggettivi e di interessi protetti: ai primi corrisponde *un obbligo* dell'amministrazione, la quale non può menomarli e comunque pregiudicarli; gli altri sono, è vero, protetti in varia misura dall'ordinamento giuridico generale o locale, ma l'amministrazione pubblica ha un *potere discrezionale* di determinazione. Quali sono i diritti soggettivi? Questo argomento delicatissimo non deve essere ora esaminato nella sua complessità. È sufficiente ricordare che, anche per disposizione legislativa (art. 227 t. u. 1934, n. 383) la quale è applicazione di un principio generale, le amministrazioni pubbliche « non possono modificare in danno dei rispettivi impiegati o salariati, che abbiano conseguito la stabilità, il *trattamento economico già raggiunto* ovvero il trattamento di quiescenza in vigore quando l'impiegato ha raggiunto il limite massimo di età e di servizio occorrente per essere collocato a riposo a sua domanda ». Almeno questi diritti non sono, dunque, modificabili. L'art. 227, che testualmente è stato qui riportato, prevede la condizione dell'impiegato stabile; ma la stessa regola si applica anche se sia stato costituito, per ufficio di titolare, un vincolo obbligatorio per tempo determinato. Conseguenza: se la quota di partecipazione è elemento economico e giuridico integratore dello stipendio, più esattamente se è parte del trattamento economico, è evidente che la norma attributiva della quota di partecipazione è fonte di un diritto soggettivo, al quale corrisponde un obbligo dell'amministrazione e questa non ha potere di modificarlo. In altri termini, « il trattamento economico già raggiunto » comprende la quota di partecipazione e questa è protetta come lo stipendio attribuito in misura fissa e costante.

Altra conseguenza: le istruzioni ministeriali 4 luglio 1933 vincolano gli organi gerarchicamente dipendenti e devono essere osservate da esse, ma limitatamente alla attività futura, cioè ai rapporti che *saranno* costituiti: certamente non hanno effetto sul passato e non possono legittimare qualsiasi modificazione del trattamento già stabilito da atti validi ed efficaci. Altre volte ho accennato a questa mia opinione. Vedo ora che il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione V) ha risoluto la controversia in senso identico, con sentenza 17 maggio 1935, n. 514, la quale si può così riassumere.

Le quote di partecipazione alle controprestazioni dovute agli abbienti ricoverati nell'ospedale, sono parte integrante dello stipendio, e, perciò, corrisponde ad esse un diritto quesito intangibile quando siano validamente attribuite dall'atto di nomina o dal regolamento organico. La circolare ministeriale 4 luglio 1933, limitando al massimo del 60 % il provento globale, contiene istruzioni valutabili, ma per l'avvenire e non può vulnerare i diritti che siano già acquisiti per effetto dell'atto di nomina o del regolamento. Anche questa è risoluzione netta, giuridicamente corretta e praticamente importante. Il caso così deciso presentava una particolarità. L'amministrazione aveva istituito una *casa di salute* annessa all'ospedale e aveva, s'intende, facoltà di chiuderla in qualunque tempo. Per questa condizione di temporaneità, si poteva ritenere che il chirurgo avesse *diritto* alle quote di partecipazione, sicchè fosse precluso il potere di modificazione? Il Consiglio di Stato ha risposto che, fino a quando la Casa di salute non venga soppressa, la percentuale non può essere negata nè modificata. Infatti il potere di sopprimere quel servizio non comprende anche quello di modificare le condizioni validamente stabilite per la remunerazione dovuta ai sanitari preposti al servizio stesso.

Per queste ragioni la V Sezione del Consiglio di Stato ha annullato la deliberazione della Congregazione di Carità di Faenza, che aveva ridotto le percentuali dovute al chirurgo in forza del capitolato, e il decreto del Ministero dell'Interno che aveva respinto il ricorso gerarchico dell'interessato.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Comitato permanente dell'Ufficio Internazionale di Igiene Pubblica.

Ha tenuto la Sessione ordinaria di ottobre, trattando numerose ed importanti questioni. Vi partecipavano per l'Italia S. E. A. Lutrario, come Delegato, ed il prof. A. Ilvento, per il Ministero delle colonie.

È stata esaminata la questione della nota *Convenzione sanitaria per la navigazione aerea*, che incomincia ad entrare in applicazione; la Commissione per tale questione era presieduta da A. Lutrario. Di grande importanza appare la difesa contro la possibile diffusione della febbre gialla per mezzo delle zanzare.

Fra le malattie infettive ed epidemiche, sono stati portati interessanti contributi sul *colera*, dal delegato delle Indie. Pure nelle Indie, sono stati fatti studî sulla durata dell'immunità nella *vaccinazione antivaiolosa*. Pure assai interessanti sono state le comunicazioni sull'andamento della *difterite*, che va aumentando in Germania e diminuendo in altri paesi. La vaccinazione, sebbene non obbligatoria per tutti, tende ad estendersi (per la Francia, si calcolano 2.280.000 vaccinati nel 1933-34). Parecchi resoconti epidemiologici dimostrano l'efficacia di tale pratica.

Altre comunicazioni sono state fatte sul *gozzo* e, dal Delegato italiano, sull'andamento della *pellagra* in Italia, dove dalla mortalità di 225 per milione (1882) si è discesi ad 1,7 (1933).

Pure molto importanti sono le comunicazioni di vari paesi (Stati Uniti, Canadà, Inghilterra, Francia) sul *Controllo igienico del latte* su cui, per altri Paesi (Italia, Germania) era stato riferito nelle precedenti sessioni. *fil.*

Cronaca del movimento professionale.

L'ammissione ai concorsi dei sanitari richiamati alle armi.

La « Gazzetta Ufficiale » reca il seguente Regio decreto:

Art. 1. — L'applicazione dell'art. 34 del regolamento 11 marzo 1935 n. 281, per quanto riguarda i concorsi per i posti di medico e di veterinario condotto, è rinviata al 1° gennaio 1938-XVII.

Nel frattempo i concorsi per il conferimento dei posti suindicati, anche se indetti anteriormente alla emanazione del presente decreto, si svolgeranno soltanto per titoli.

Nella valutazione dei titoli, secondo l'ordine di preferenza, il servizio medico o di veterinario prestato sotto le armi, sarà preso in considerazione subito dopo quello di condotta, previsto nella lettera *a*) degli articoli 45 e 48 del citato regolamento.

Art. 2. — Per l'ammissione ai concorsi di cui all'articolo precedente si prescinde dal limite di età, per i sanitari richiamati o trattenuti alle armi posteriormente al 1° gennaio 1935 per esigenze militari di carattere eccezionale o che dopo tale data si siano arruolati volontariamente, semprechè non abbiano superato il limite di età alla data suddetta e siano in possesso di tutti gli altri requisiti prescritti dal R. decreto 11 marzo 1935, n. 281.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RAVENNA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 31 genn., ore 16; direttore della Sez. Dispensariale di Lugo; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; età limite 40 anni al 20 nov.; docum. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

L'Università di Teheran richiede, per la sua nuova facoltà di Medicina, quattro professori aggregati, per insegnare le materie seguenti: patologia interna, batteriologia, fisiologia, anatomia. Rivolgersi alle Legazioni dell'Iran.

CONCORSI A PREMIO.

Premio « Baccelli » al merito clinico.

È aperto il concorso a un premio « Baccelli » fondato dall'Istituto Naz. Medico-Farmacologico, consistente in una medaglia d'oro al merito clinico. Possono concorrervi i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei professori ed assistenti universitari o addetti ai servizi degli Ospedali italiani. Le istanze debbono essere presentate al Rettore della Università di Roma (Segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia) non più tardi del 15 gennaio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Ministro dell'Educazione nazionale ha disposto i seguenti trasferimenti:

prof. Biagio Alaimo, da Catania, alla cattedra di Clinica oculistica della R. Università di Padova;

prof. Enrico Greppi, da Catania, alla cattedra di Patologia speciale medica della R. Università di Siena;

prof. Girolamo Lo Cascio, da Padova, alla cattedra di Clinica oculistica della R. Università di Napoli;

prof. Francesco Saverio Latteri, da Modena, alla cattedra di Patologia speciale chirurgica della R. Università di Messina;

prof. Tullio Terni, dalla cattedra di Istologia ed embriologia della R. Università di Padova, alla cattedra di Anatomia umana della stessa Università;

prof. Donato Ottolenghi, da Bologna, alla cattedra di Igiene della R. Università di Napoli;

prof. Armando Businco, da Palermo, alla cattedra di Anatomia e istologia patologica della R. Università di Cagliari;

prof. Riccardo Reitano, da Cagliari, alla cattedra di Anatomia patologica della R. Università di Catania;

prof. Mario Bertolotti, da Torino, alla cattedra di Radiologia medica ed Elettroterapia della R. Università di Napoli.

Il Ministro dell'E. N. ha proceduto alle seguenti nomine:

prof. Pasquale Marginesu, d'igiene a Parma;

prof. Giuseppe Mazzetti, d'igiene a Pisa;

prof. Mario Mazzeo, d'igiene a Sassari;

prof. Vincenzo Maria Palmieri, di medicina legale e delle assicurazioni sociali a Sassari.

Il Ministro dell'E. N. ha affidato incarichi d'insegnamento ai seguenti professori: a Torino, C. F. Cerruti, d'igiene; Felice Negro, di neuropatologia; Mario Ponzio, di radiologia medica; a Perugia: Giorgio Canuto, di medicina legale; Ignazio Scalone, di patologia chirurgica; Luigi Cattaneo, di clinica ostetrico-ginecologica; a Palermo: Francesco Tallo, d'igiene; a Cagliari: Riccardo Gallenga, di clinica oculistica; a Modena: Edoardo Ciambellotti, di clinica dermosifilopatica.

In esito a concorso, è stata costituita la seguente terna per professore-direttore della Scuola Ostetrica di Catanzaro: proff. Francesco Vozza, Giuseppe Tesauro, Nicolò Dallera.

Nel Comitato permanente della Federazione della stampa medica latina il Governo italiano ha designato quali rappresentanti dell'Italia i senatori D. Giordano e N. Pende e l'on. E. Morelli.

Il prof. Pietro Rondoni, accademico d'Italia, è nominato preside della Facoltà medica di Milano.

Il gr. uff. dott. Carlo Solmi, Consigliere della Corte dei Conti, è stato nominato presidente del Pio Istituto di S. Spirito e degli Ospedali Riuniti di Roma in sostituzione del Prefetto cav. di gr. cr. dott. Giuseppe Spano, collocato a riposo per aver raggiunto i limiti di età.

NOTIZIE DIVERSE

1° Congresso internazionale per l'umanizzazione della guerra.

Il Comitato permanente dei Congressi internazionali di medicina e di farmacia militari ha intrapreso, da qualche tempo, con la cooperazione di eminenti giuristi, un'azione diretta a migliorare la legislazione della guerra. Per tal modo è stata promossa la costituzione di un'« Associazione universale per la protezione internazionale dell'umanità »; essa terrà la prima sessione a Monaco (Principato), ove il Principe aveva già riunito una Commissione di studi nel febbraio del 1934.

I lavori si svolgeranno dal 10 al 12 febbraio; saranno trattati due temi: « Lo stato attuale della legislazione della guerra, specialmente per ciò che concerne la popolazione civile » (rel. prof. Dehousse); « I servizî di soccorso nella guerra dell'avvenire » (rel. dott. Voncken); verrà pure costituita l'Associazione. Tassa d'iscrizione 15 fr. francesi; inoltrandola prima del 20 gennaio, si avrà diritto a una riduzione del 40 % sulle ferrovie francesi. Rivolgersi al direttore dell'Ufficio internazionale di medicina militare: Dr. Voncken, Session d'études médico-juridiques, quai de Plasance, Monaco (per i pagamenti: C. C. P. 40730, Marseille).

L'iniziativa è quanto mai di attualità, poichè si minaccia la ripresa dell'impiego di aggressivi gassosi, sempre più tossici, nelle guerre dell'avvenire e poichè sono stati forniti largamente proiettili esplosivi agli etiopi, che se ne valgono contro gl'italiani.

Disciplina di manifestazioni culturali.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il R. D. L. 17 ottobre 1935-XIII riguardante la disciplina dei Congressi nazionali ed internazionali da tenersi in Italia, delle partecipazioni delle Delegazioni ufficiali italiane ai Congressi internazionali all'estero, delle pubbliche manifestazioni di scienza, arte, intellettualità, di beneficenza e di sport, delle commemorazioni ed onoranze.

La giornata della madre e del fanciullo.

Il 24 dicembre in tutti i Comuni d'Italia ha avuto luogo, organizzata dall'Opera Nazionale per la protezione della Maternità edell'Infanzia, la celebrazione della terza « Giornata della Madre e del Fanciullo ».

Durante le cerimonie, che si sono svolte alla presenza delle autorità e di grandi masse della popolazione, prima della distribuzione dei vari premi i Presidenti dei Comitati di Patronato hanno brevemente ricordato il significato della manifestazione rievocando altresì le origini e gli scopi dell'Opera Maternità ed Infanzia della quale ricorre il decennale. Alla fine in quasi tutti i Comuni, sempre a cura degli organi dell'O. N. M. I. sono stati tenuti speciali spettacoli cinematografici per le mamme e per i bambini.

In complesso, dai dati finora accertati risulta che sono stati distribuiti circa 85.000 premi in danaro per un importo complessivo di oltre 16 milioni e mezzo di lire (di contro a circa 65.000 premi per l'ammontare di 10 milioni di lire distribuiti lo scorso anno).

Sono state fatte molte altre assegnazioni.

La celebrazione ha assunto particolare risalto in Roma per la presenza della Principessa Maria di Savoia; a Napoli per la presenza dei Principi di Piemonte; a Gorizia per la presenza del Duca D'Aosta, ecc.

Dovunque le cerimonie si sono svolte in una atmosfera di vibrante entusiasmo e di riconoscente dedizione al Regime.

I problemi dell'industria idrotermale.

Alla presenza di numerosi delegati, si è riunita l'assemblea della Federazione nazionale fascista degli esercenti l'industria idrotermale, sotto la presidenza del gr. uff. Rebucci e con l'intervento dei rappresentanti della Confederazione fascista degli industriali.

L'assemblea, dopo avere approvato la relazione della presidenza sull'opera svolta della Federazione, ha espresso il suo compiacimento per il fatto che l'insegnamento dell'idrologia sia stato accolto tra quelli universitari. Indi si è occupata dei problemi relativi al regime delle contribuzioni radiofoniche, alle tariffe ferroviarie, alla protezione industriale delle sorgenti termali, agli approvvigionamenti delle materie prime, ai miglioramenti degli orari ferroviari e delle comunicazioni stradali interessanti i centri termali, alla istituzione e allo sviluppo delle colonie termali. Sulle varie questioni hanno interloquito diversi intervenuti. Il presidente, riassunta la discussione, ha chiuso l'assemblea inviando il più fervido saluto al Duce e invitando i convenuti a rivolgere il proprio pensiero ai valorosi combattenti in Africa Orientale.

Dispensario antitubercolare a Palazzolo sull'Oglio.

Il 24 dicembre, in Palazzolo sull'Oglio, ebbe luogo l'inaugurazione del nuovo Dispensario antitubercolare, con relativo gabinetto radioscopico, attrezzato modernamente, che, con munifica donazione e con altrettanta semplicità ed elevato sentimento altruistico, il comm. dott. Gian Marco Vezzoli, fondatore ed animatore del Dispensario stesso dal 1922, ha offerto al Consorzio provinciale antitubercolare di Brescia.

Alla cerimonia assistevano oltre 2000 persone, tra cui tutte le autorità locali. Parlarono il preside della Provincia e il prefetto di Brescia.

Echi della nostra impresa africana.

Il 27 novembre i corrispondenti di guerra dell'Agenzia Reuter e dei periodici « Excelsior », « Paris Soir », « Intransigeant » e « Gringoire », in Somalia, hanno inoltrato al Segretario generale della Società delle Nazioni un telegramma in cui protestano contro l'uso di proiettili esplosivi per fucili e mitragliatrici, usati dagli abissini, e dichiarano di tenere a disposizione della Lega i proiettili raccolti.

Il Governo italiano ha elevato protesta, presso la Società delle Nazioni, il 17 dicembre, contro l'uso di proiettili esplosivi, fatto in Etiopia, confermato da fotografie e radiografie riguardanti il sergente d'aviazione Dalmazio Birago, deceduto il 20 novembre ad Asmara in seguito a infezione gangrenosa consecutiva a ferita prodotta da proiettile di questa natura, e due ascari feriti, verso la stessa epoca, nel combattimento di Azbi; con una nota allegata erano trasmessi i documenti; il 21 dicembre il Governo italiano ha ribadito l'accusa, comprovata dalle testimonianze di giornalisti stranieri, alle quali la segreteria non aveva dato seguito, perchè non pervenute da parte di Governi. Il 28 dicembre la Sezione Informazioni della L. d. N. ha reso noto l'ampia e impressionante documentazione italiana.

La barbarie etiopica trova nuova conferma in queste documentatissime denunzie, che dimostrano anche l'offuscata coscienza dei difensori interessati di essa, i quali forniscono le armi inumane contro gl'italiani.

La « Gazeta Polska » riferisce dell'abuso che gli abissini fanno del segno della Croce Rossa; tutti gli edifizi importanti, in Etiopia, ne sono stati forniti. In senso identico depongono altre notizie. Gl'ingenui guerrieri, credendo a una virtù magica del segno, mettono al braccio una fascia con la croce rossa, o dipingono rozzamente da sè una croce rossa sul braccio.

Il prof. Aldo Castellani, ispettore superiore generale dei servizi sanitari militari e civili, si è recato nell'A. O., per uno dei suoi periodici giri d'ispezione.

La più moderna nave-ospedale attualmente esistente — l'« Heluan » — stazzante 7.000 tonnellate è giunta nel porto di Massaua.

A bordo della nave si trovano nove chirurghi specialisti e una ventina di assistenti.

L'« Italian American Community » di New York ha indetto, il 20 dicembre, una riunione « pro Croce Rossa », nel 19° distretto, a Brooklyn; la manifestazione è riuscita imponentissima; numerose e generose sono state le offerte per le Opere assistenziali.

Tre italiani che si recavano a questa riunione sono stati aggrediti e feriti da sei persone non identificate.

Un reparto della Croce Rossa Norvegese si è diretto in Abissinia; comprende un ospedale da campo per 30 persone e copiosi rifornimenti sanitarî.

Hanno abbandonato l'Etiopìa 18 infermieri della Mezzaluna Rossa, indignati per i maltrattamenti ricevuti, come pure per non essere stati pagati dopo aver prestato la loro opera per vari mesi.

Il « Paris Médical » del 21 dicembre ha riportato l'articolo del sen. Sanarelli su « Gli intellettuali francesi e l'Italia » — di cui demmo già notizia — facendolo precedere da espressioni di cordiale amicizia per l'Italia.

Il 22 dicembre, per iniziativa della Società Medico-Chirurgica della Romagna e sotto gli auspicî dell'Istituto di Cultura Fascista di Forlì, il prof. Giuseppe Franchini, direttore della Scuola di Patologia Coloniale presso la R. Università di Modena, ha tenuto in Forlì una conferenza dal titolo « Nosografia dell'Africa Orientale ».

Davanti ad un numeroso stuolo di medici accorsi da ogni parte della Romagna, e davanti a un pubblico enorme che gremiva l'Aula Magna del R. Liceo-Ginnasio, l'insigne scienziato ha illustrato la patologia delle nostre colonie e sulla guida di molte e chiare proiezioni ha dimostrato la importanza di questi studi, a cui i giovani medici devono con ardore dedicarsi, onde essere in grado di proteggere la salute e la vita dei nostri fratelli

combattenti e colonizzatori, e portare in quelle regioni, insieme ai costumi e alle leggi civili, i sistemi più razionali di profilassi e di terapia.

Continuano da parte dei colleghi francesi le manifestazioni di fraternità e le proteste contro le sanzioni. Ne rimaniamo profondamente grati, sovratutto per la viva cordialità con cui i loro sentimenti sono espressi.

Un po' dovunque.

Un recente « Foglio di disposizioni » del Segretario del Partito mette in evidenza, in merito alla difesa contro le sanzioni, il valore alimentare del latte; tra l'altro, questo può integrare il vitto a cereali. Anche il latte scremato costituisce un ottimo alimento; la parte mancante di grasso può essere sostituita da olio, lardo, strutto e (per le vitamine) da vegetali freschi.

La Casa editrice Masson & C.ie — una delle più grandi e più reputate di tutti i Paesi — ha deliberato di compiere un gesto di simpatia verso il nostro Paese, offrendo la continuazione gratuita degli abbonamenti in Italia per la durata di un trimestre, e cioè dal 1° gennaio al 31 marzo (ciò senza impegni da parte degli abbonati), per tutti i suoi periodici. Il comunicato aggiunge: « Noi speriamo ardentemente che la situazione attuale, così contraria ai sentimenti dell'immensa maggioranza dei francesi e così dolorosa per essi, cesserà senza ritardi ».

Il 7 dic. si è adunata ad Asmara la Sezione Eritrea della Società Italiana di Biologia Sperimentale; dopo una breve conferenza del presidente, prof. V. Cilli, sul tema « Immunità e premunizione », sono state fatte comunicazioni da: S. Palazzi, G. Zanettin, N. Colomba, F. Pistoni e V. Cilli.

Il Comitato d'igiene della S. d. N. si è adunato a Ginevra dal 7 al 12 ottobre, sotto la presidenza del dott. T. Madsen.

L'Associazione fra gli ufficiali sanitari d'Italia, inquadrata come gruppo culturale nella Sezione tecnica di medicina sociale del Sindacato nazionale fascista dei medici, terrà un convegno l'11 e 12 gennaio 1936 in Milano nell'Ufficio d'Igiene e tratterà un importante ordine del giorno.
Tutti gli ufficiali sanitari d'Italia sono pregati d'intervenire od almeno inviare l'adesione alla nuova Associazione.

L'Accademia Spagnola di Dermatologia e Sifilografia si è adunata il 16 e il 23 ottobre, sotto la presidenza del prof. Sánchez Covisa, assistito dai segretari E. Isla e L. Vallejo Vallejo.

La Società Nazionale di Chirurgia di Parigi ha cambiato il titolo in Accademia di Chirurgia; il cambiamento, autorizzato con decreto presidenziale del 29 novembre, ripristina in parte il vecchio titolo di « Reale Accademia di Chirurgia » del secolo XVIII.

L'Associazione della stampa medica belga ha tenuto l'8 dicembre l'assemblea annuale, sotto la presidenza del dott. Jules Hoste; la riunione fu preceduta da un banchetto, al quale partecipò il ministro dell'istruzione pubblica on. Bobesse.
Sono stati nominati membri corrispondenti per l'Italia i proff. R. Jemma, N. Pende, C. Martelli, R. de Blasio.

La Società medica belga di educazione fisica e di sport ha tenuto l'assemblea generale il 15 dicembre a Bruxelles nei locali della Fondazione Universitaria. Le adesioni si ricevono dalla segreteria: rue Sainte-Marie 24, Liége, Belgio.

La Società Medico-Chirurgica Veneziana si è adunata il 30 novembre, sotto la presidenza del prof. Fiocco; sono state fatte comunicazioni dai soci: Fabris, Busso, Brunetti (due com.), Fiocco (due com.), Marzollo.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 7 novembre, sotto la presidenza del prof. M. Donati; sono state fatte comunicazioni da: G. Galli, G. Rotolo, V. Pettinari, F. Cattaneo, M. Recchioni, G. Sanvenero-Rosselli, E. Ettorre.

La Società Marchigiana di Ostetricia e Ginecologia si è adunata il 15 novembre, a Senigallia, sotto la presidenza del prof. M. Floris; sono state fatte comunicazioni da: G. Matteucci, E. Carboni, A. Gusso, C. Guglielmi, M. Floris, E. Manca, M. David, U. Sartini, D. Righi.
Alla seduta intervenne il prof. Cacace, al quale venne fatta una manifestazione di ammirazione e di simpatia; il prof. Floris ne esaltò l'apostolato e il valore; rispose il Cacace, compiacendosi dell'attività svolta dalla Società.

Il 19 dicembre si è tenuta a Milano, nell'aula del Padiglione Granelli, in via Francesco Sforza 35, un'adunata della sezione lombarda della Lega italiana di igiene mentale, presieduta dal prof. Medea.

Alla Società Tosco-Umbra di Chirurgia il prof. Arturo Manna di Roma, presidente-fondatore della Società Italiana di Chirurgia plastica, ha tenuto, durante una seduta della Società Tosco-Umbra di Chirurgia, una interessante conferenza su: « Definizione, fini e campo d'azione della Chirurgia plastica ». Erano presenti il direttore della R. Clinica Chirurgia prof. Taddei e numerosi clinici ed ospedalieri di Firenze e della Provincia.

La Società Medica del Friuli si è adunata il 28 novembre; sono state fatte comunicazioni da: G. Pieri, G. Molinis, Santi, V. Gualdi, E. Da Pozzo.

Il Senato del Regno, in sede di bilancio del Ministero dell'E. N., ha discusso ed approvato la nuova legge sull'istruzione superiore.

Mons. Pizzardo, segretario degli Affari Ecclesiastici alla Città del Vaticano, ha visitato ed ammirato l'ambulatorio tenuto dal sen. Pende al Policlinico di Roma, per l'ortogenesi fisica, morale ed intellettuale degli adolescenti.

L'Università libera di Bruxelles ha istituito, in seno alla Facoltà medica, una Sezione di educazione fisica, la quale può conferire il titolo di specializzazione.

La Camera dei Deputati ha approvato un disegno di legge che autorizza la spesa di 4 milioni di lire a carico dello Stato per il completamento dell'Ospedale Civile di Cosenza.

Il 1° dicembre ha iniziato la sua attività il nuovo Reparto di traumatologia e ortopedia dell'Ospedale Umberto I di Ancona. Esso venne inaugurato il 28 ottobre u. s. È diretto dal prof. Mario Camurati.

Il prof. Luigi Condorelli ha tenuto la sua prolusione al corso di patologia medica nella R. Università di Bari, trattando il tema: « Sintesi di un decennio di ricerche cardiologiche ».

Il prof. Mario Bertolotti ha tenuto la sua prolusione al corso di radiologia medica e di elettroterapia nella R. Università di Napoli, trattando il tema: « I segni radiologici dell'idrocefalia nelle sindromi endocrine neurogene primarie ».

L'on. Ermanno Amicucci ha tenuto a Nizza, nella Casa degli Italiani, una conferenza su G. B. Bottero, medico, giornalista del Risorgimento, sul quale egli ha già pubblicato un apprezzato volume.

Il 16° « Salone dei medici, dentisti, farmacisti e veterinari » sarà aperto a Parigi dal 2 al 9 febbraio, nella Galleria Bernheim Jeune (Faubourg Saint-Honoré 83). La mostra comprenderà le consuete sezioni di pittura, scultura, arte decorativa, fotografia ed una sezione nuova: l'arte sulla letteratura medica. Le prenotazioni si accettano fino al 10 gennaio. Rivolgersi al segretario generale, Pierre Bernard Malet, rue Lecourbe 40, Paris XVe.

Ha compiuto 105 anni la contadina Maria Pieri vedova Baldazzi, abitante in un sobborgo di Firenze, Castello; conduce ancora vita abbastanza attiva.

È morto a Malta, in età di 72 anni, il dott. THEMISTOKLES ZAMMIT, noto per i suoi studi sulla febbre ondulante; i suoi metodi profilattici di questa malattia ebbero risonanza universale; la reazione diagnostica che porta il suo nome è largamente usata. Insegnava all'Università di La Valletta.

All'Istituto Butantan, della Facoltà medica di San Paolo (Brasile), sono morti di « tifo esantematico di San Paolo » (analogo alla febbre maculosa delle Montagne Rocciose) il dott. JOSÉ LEMOS MONTEIRO e il suo giovane assistente EDISON DIAS, in seguito a punture di zecche infette, con cui preparavano un vaccino contro la malattia. Alle due vittime della scienza sono state rese onoranze nazionali. Il nome del Monteiro era familiare a tutti gli studiosi di batteriologia, per le sue ricerche sul tifo di San Paolo, la febbre gialla, la pertosse e la tossina tetanica.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 25 novembre al 1° dicembre: Morbillo 200 (1162); Scarlattina 228 (580); Pertosse 75 (319); Varicella 106 (288); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 293 (523); Infezioni paratifiche 66 (88); Febbre ondulante 14 (14); Dissenteria 7 (7); Difterite e croup 363 (722); Meningite cerebrospinale epidemica 8 (9); Poliomielite anteriore acuta 19 (22); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 7 (9); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 33 (48), dichiarata — (—); Pustola maligna 17 (17).

Le malattie infettive nelle colonie italiane.

Dai dati forniti dal Servizio Sanitario del Ministero delle Colonie, stralciamo quelli che ci sembrano più interessanti per numero di casi o per importanza epidemiologica. Accanto al numero totale dei casi, mettiamo fra parentesi quelli dei nazionali (militari ed operai).

Settembre: *Vaiuolo*: Eritrea 8 (4); *Morbillo*: Eritrea 10 (1); *Febbre ricorrente*: Eritrea 23; *Parotite ep.*: Eritrea 16 (2); *Febbre tifoide*: Eritrea 23 (19); *Malaria*: Eritrea 155 (41).

Ottobre: *Vaiuolo*: Eritrea 10; *Varicella*: Eritrea 13; Somalia 24; *Febbre ricorrente*: Eritrea 12 (1); Somalia 17; *Parotite ep.*: Eritrea 25 (4); Somalia 7 (3); *Febbre tifoide*: Eritrea 7 (7); Somalia 2 (2); *Dissenteria*: Eritrea 3 (2); Somalia 18 (3); *Anchilostomiasi*: Somalia 18; *Malaria*: Eritrea 414 (168).

Novembre (1ª quindicina): *Varicella*: Somalia 64; *Morbillo*: Libia 23; Somalia 74 (6); *Febbre ricorrente*: Eritrea 2 (2); Somalia 6; *Parotite ep.*: Libia 8; Eritrea 4; Somalia 20; *Febbre tifoide*: Libia 1; Eritrea 5 (5); *Dissenteria*: Libia 5; Eritrea 6 (6); Somalia 56 (5); *Anchilostomiasi*: Somalia 31; *Malaria*: Eritrea 17 (12); Somalia 345 (46).

La *framboesia* figura per 24 casi in ottobre e 21 in novembre in Somalia.

In complesso, le condizioni sanitarie risultano assai soddisfacenti.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 13 Gennaio 1936 - XIV — Num. 2

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROLUSIONI

CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA

Prolusione all'insegnamento di clinica chirurgica.

Prof. GINO BAGGIO, direttore.

So di salire una Cattedra che ebbe lustro di sede e di Scuola da Antonio Ceci, ancora particolarmente vivo nell'animo dei Pisani, e che fu tenuta poi con grande operosità da Domenico Taddei, oggi successore del Maestro nella vicina Firenze.

L'onore e l'onere che me ne derivano — e che sono altamente accresciuti dalle fulgide glorie dell'intero Ateneo al quale la Cattedra appartiene — hanno prodotto in me un raccoglimento che si tramuta in duplice bisogno.

Voglio, innanzi tutto, ringraziare anche pubblicamente S. E. il Conte Cesare Maria de Vecchi di Val Cismon, Ministro dell'Educazione Nazionale, che decretò questo mio trasferimento, ed esprimere il mio ossequio alle Autorità universitarie e cittadine nel cui ambito d'azione mi reputo fortunato d'essere venuto a trovarmi.

Poscia, reso omaggio alla memoria e alla persona dei predecessori; prima ancora di iniziare il mio compito didattico, desidero presentarmi agli illustri Colleghi e Maestri della Facoltà e ai futuri allievi, dicendo sotto che luce quel compito io veda, donde tragga le origini, a quali finalità debba muovere.

Gli è perciò che Vi espongo — o Signori — questi miei pensieri riuniti sotto il titolo

DAI LIBRI DEGLI UOMINI AL LIBRO DI NATURA.

Chi fa lavoro esecutivo, esercita l'intelletto in opposte maniere, che ne controllano e rivelano la tendenza. Da una parte deve interpretare e ritenere ciò che è uso e regola di fare; dall'altra, constatando i risultati, giudica della praticità e quindi dell'attendibilità delle norme che ha seguito e le confronta mentalmente con altre che si presentino alla sua ideazione. Esegue, ma, in quanto rifletta su ciò che ottiene, è portato a creare.

*
* *

L'iniziato agli studi di Medicina e Chirurgia prende conoscenza della struttura e delle funzioni del corpo umano, integrandola con nozioni di biologia generale. Impara poi le cause di malattia e le derivanti alterazioni, e di queste apprende a ricercare e interpretare i segni vitali per erigersi a giudice dell'entità e della gravità delle nuove condizioni in cui l'organismo è travolto ed esperire i sussidii idonei a ristabilirne il normale equilibrio.

Esperienza di secoli lo guida in quest'impresa! Eppure: ad ogni piè sospinto può constatare quanto quella sua guida sia indeterminata.

Non aveva dimostrato Koch il tubercolo che si forma nella cavia per inoculazione del bacillo coltivato dai tessuti umani che eguale alterazione presentino al coltello del settore? Ed eguale è il bacillo che dal nuovo tubercolo coltivare si può! Eppure: De Giovanni, se lo riconosceva come causa del tubercolo, non lo riteneva responsabile della tubercolosi! Oggi, contro questa malattia proseguono le misure curative e profilattiche sociali, ma Sanarelli conclude che la difesa è da attendersi dalla resistenza selettiva naturale, raggiungibile attraverso il naturale contagio.

In scienze esatte ogni passo è una conquista; perchè il campo d'osservazione non muta e la logica è inflessibile. In biologia, rimane l'inflessibilità della logica, ma la sua applicazione avviene su argomenti nei quali il generale è sostituito dall'individuale.

Su questo incerto terreno, il chirurgo, chiamato a svolgere la parte più essenzialmente esecutiva del complesso lavoro sanitario, ha un campo d'azione tracciatogli dai predecessori, ma sa e sente che i limiti delle sue nuove imprese non saranno segnati che da lui medesimo.

Quando Durante aperse il cranio per asportare un tumore del cervello, Luciani opinava che facesse opera inconsulta; al Luciani, con l'esito dell'operazione, Egli dava invece il modo di studiare le funzioni psichiche dei lobi frontali. Nè diversa era ancora durante l'ultima guerra la sorpresa di quei colleghi estranei all'esercizio chirurgico, che ci vedevano aggiungere trauma a trauma su feriti del cranio inerti od epilettici e li ritrovavano dopo coscienti e tranquilli.

Più che trent'anni di chirurgia antibatterica avevano insegnato a combattere l'infezione dei tessuti mettendoli e mantenendoli allo scoperto fino a proliferazione reintegrativa. Ma i profondi ed estesi tamponamenti delle ampie incisioni tempestive erano seguìti presto da così rigoglioso tessuto di granulazione, che, a mantenerne ulteriormente disgiunte le contrapposte superfici, sembrava volere ritardare ad arte quella reintegrazione che natura mostrava di volere invece accelerare.

Sarà stata di un solo, l'iniziativa di medicare le micidiali ferite ricercando in profondità la grossolana causa potenziale dell'infezione, costituita dal corpo estraneo, per poi ridare artificialmente alle parti offese la capacità di difendersi nella precoce integrale adesione?

Il concetto teorico era stato affermato già da prima, ma nella pratica non era seguìto; e quando Colzi morì, dopo che Bassini, chiamato dalla fiducia del Collega, gli ebbe ridotto una frattura esposta e suturato accuratamente la ferita delle parti molli, noi, giovani studenti o neo-dottori, ci si meravigliava che Egli, il Maestro, avesse fatto ciò che avevamo imparato a non fare. I frangenti della guerra dimostrarono invece che era quello il metodo da seguire, in associazione alle recenti previdenze sierologiche, e che la sua ragione d'essere consisteva, non tanto nel risparmio di tempo, quanto nel fatto che la massima parte delle ferite così trattate evitava le gravi conseguenze della lunga esposizione agli insulti esteriori.

Particolarmente perniciose si manifestavano queste conseguenze sull'encefalo. Per cui tanto più giustificata vi appariva la nuova condotta. Ma, se l'obiettivo era poi quello di chiudere, non c'era ragione di demolire il riparo osseo più di quanto fosse necessario al completo dominio della ferita profonda, sulla quale ci si preoccupava di ricostruire soltanto il pericranio; e fu allora che mi parve razionale asportare a tal uopo soltanto il tavolato interno, e conservare l'esterno, in forma di lembi osteo-periostali, che da allora ho sempre usato in interventi per ferite craniche o per i loro esiti.

« Di chi è quell'incisione » mi chiese l'aiuto dopo avermi visto eseguire l'appendicectomia attraverso la breccia a lembo cutaneo-aponeurotico arcuato, che scopre il sottostante piano muscolare adeguatamente a tutte le possibili esigenze di spazio?

Con tale domanda egli mi richiamava alla memoria il collega di assistentato, il quale, avendomi udito dimostrare a studenti che nelle ernie inguinali interne, l'indice spinto direttamente attraverso la porta erniaria può uncinare il pube, osservava che tale particolare non era illustrato dai trattati. E, di fatti, non lo era almeno dai trattati che conoscevo io; ma l'uncinamento del pube poteva essere constatato lo stesso; come è vero che mediante un'incisione la quale nei due terzi inferiori segua la bisettrice dell'angolo costo-lombare e nel terzo superiore si volga in alto e all'esterno correndo sulle costole in direzione corrispondente a quella dei fasci inferiori del gran dorsale, permette di dissociare questi fasci e di aprire la guaina aponevrotica dei lunghi del dorso in modo che il lembo laterale dell'incisione sia spostato all'esterno e lasci quindi largo spazio profondo proprio in corrispondenza dell'angolo suddetto, dove più diretto e desiderato è l'accesso al rene.

Tutto ciò, se non lo dicono i trattati sui quali abbiamo studiato, lo dice la conformazione del corpo umano, che è accessibile a tutti e richiede soltanto di essere analizzata in det-

taglio e con obbiettività di discernimento: perchè, ad esempio, chi disconosca l'ampia utilizzabilità del muscolo retto nel costruire una valida parete posteriore di canale inguinale, disconosce l'anatomia.

Anatomia pura! Che trova — naturalmente — la sua più completa e più facile applicazione nelle incisioni, nelle dissezioni, nei riconoscimenti di organi e di piani e nella loro adeguata ri- o neo-costruzione; come, ad esempio, nel far aderire anche in superficie, invece che soltanto marginalmente, i tessuti destinati a ristabilire la resistenza contentiva di una parete addominale erniosa.

Anatomico è pure il concetto di fissare un rene operatoriamente lussato — tanto più se inciso — per evitare che, disponendosi anormalmente, inginocchi l'uretere e il peduncolo vasale e determini perciò ritenzione d'urina nella pelvi o stasi sanguigna nel parenchima e consecutiva emorragia dalla recente ferita.

Anatomico è il principio di fissare la vescica ai margini dei muscoli retti prima di aprirla, per evitare che l'urina settica da essa versantesi inquini il labile cellulare sottoperitoneale e produca flemmoni minacciosi o la diffusa sepsi urinosa.

In tali contingenze — però — l'anatomia non risponde più soltanto alle richieste dell'integrità costruttiva; ma altresì a quelle della resistenza generale dell'organismo; e il chirurgo che la segua e l'applichi, entra sempre più — anche inavvertitamente — nell'esercizio del riconoscimento e della soluzione degli infiniti e grandi problemi tra i quali l'opera sua si aggira. Perchè, non basta più la correzione della deformità o la ricomposizione delle parti sconnesse dal trauma o l'asportazione del tumore o il dominio del processo infettivo.

Intervenire precocemente con la sutura di un nervo per guidare le neofibrille a sostituire le necrosate, interrompere radici nervose e anche un intero cordone del midollo spinale per correggere uno stato spastico, rintracciare e recidere o asportare gli intrecci o i filuzzi o i cordoni o i gangli del simpatico per togliere con essi le vie del dolore o di inceppo alla libera circolazione sanguigna, aprire le arterie per asportarne emboli, sia pure l'arteria polmonare, modificare il giuoco delle secrezioni interne agendo demolitivamente sull'una o sull'altra ghiandola, sono tutte imprese che il chirurgo compie da tempo: studiandosi giornalmente di migliorarne i risultati col raffinamento della tecnica e con la precisazione dell'obbiettivo, ma persuaso di seguire un cammino in certa maniera ormai segnato dall'esperienza.

Altri, campi d'azione, egli ha ancora: sui quali l'opera sua si svolge con maggiore confidenza e tuttavia con minore convinzione di conoscerli sufficientemente per dire che la via seguita sia quella definitiva. Fa su di essi ciò che è dettato dalle esigenze cliniche e dalle alterazioni anatomiche, per liberare l'organismo da un danno attuale e da un pericolo potenziale. Ma non ha stabilito ancora in quale misura il suo atto corrisponda alla entità dell'affezione che vi combatte.

Tutta, la chirurgia funzionale, è impacciata da questa incognita! Ma basta — per dimostrare ciò che dico — soffermarsi alla chirurgia dell'apparato digerente; la quale è — del resto — fra le chirurgie viscerali — la predominante.

Perchè — volendo assicurarsi la possibilità di liberare il suo malato da un'ulcera che pure ha sede nel duodeno — non si perita il chirurgo di asportare quasi tutto uno stomaco anatomicamente indenne?

Perchè l'esperienza gli ha dimostrato che la causa di quell'ulcera sta nella funzione di quello stomaco: che è — naturalmente — alterata o che — per meglio precisare — non armonizza con la resistenza che possono opporle i tessuti dello stomaco stesso: in quanto che si tratta di funzione digestiva, cioè disgregativa e quindi, eventualmente, corrosiva.

Ma: qual'è il nodo essenziale di quel pervertimento di funzione gastrica? Che — fra le altre cose — non può essere congenito, o di tale può avere soltanto la disposizione dell'organo ad ammalare: perchè abitualmente si manifesta soltanto in età ormai adulta!

Si ha ragione di dire che, della funzione gastrica, siano coinvolte e la secrezione e la motilità: in quanto che, ove manchi il potere digestivo del succo gastrico, l'ulcera non si forma, e, formandosi, si localizza nelle sedi sulle quali agisce con particolare energia la forza motoria. Ma: non potrebbe — per esempio — limitarsi alla sola alterazione secretiva, il primum movens? Essendo che, dove questo si manifesti, basti il solo fatto della motilità normale, a dare le manifestazioni ulcerose, mentre, ove quel succo si limitasse a passare, sulle superfici gastriche, senza esservi forzato contro dalla validità delle contrazioni, darebbe conseguenze diverse dall'ulcera? E — d'altra parte — non può essere la grossolana alterazione dell'ipercloridria, la causa che si cerca, perchè essa può esservi senza l'ulcera.

Scendiamo dallo stomaco nell'intestino e soffermiamoci ad un altro — anche più rigoglioso — campo di attività chirurgica.

Quante volte non asporta il chirurgo un'appendice che, a giudicare da ciò che presenta ai suoi occhi di diagnosta anatomico, si direbbe innocente? E — badate — non è mica soltanto la misura del prevenire che lo determina a questo! Egli intende invece di curare! E nemmeno si può persuadere che siano le modeste alterazioni riscontrate al microscopio (che in materia di vie digerenti sono poi sempre assai problematiche) la causa dei dolori che la malata accusava allo stomaco, al fianco, all'ipocondrio o dall'altro lato, o che siano responsabili di tante svariate e indeterminate disfunzioni dell'apparato digestivo e di altri ancora. Eppure: talvolta, compiuta quella piccolissima demolizione, vede i dolori scomparire e le funzioni regolarsi! Ma. talvolta! Non sempre! Ora:

se ne è l'appendice la causa, perchè non è più costante il successo? E, se non lo è, per quali ragioni può esso determinarsi dopo l'appendicectomia?

Troppo frequenti sono le diagnosi di colecistite invocate a giustificare le facili colecistectomie! Eppure: il chirurgo continua a riconoscerle! Segno che la conseguente operazione può essere accettata!

Ma ci sono, attraverso a tutte queste incognite etiologiche e alle incertezze, e talvolta sorprese, di risultati terapeutici, delle considerazioni che possono fermare il nostro pensiero! E sono fondamentalmente in primo luogo il fatto che non di rado questi organi ammalano assieme, in secondo, quello che sono tutti e tre collegati funzionalmente.

Io mi sono già orientato verso il concetto che le suddette affezioni rispondano ad un'unica concatenata causa dispeptica. Ma, quando considero il lavoro che mi ha condotto a questo punto, quello che sto facendo ancora e quello che ancora rimarrà da compiere, mi sembra di trovarmi di fronte ad una scrittura di cui si cerchi la chiave. E leggervi bisogna: perchè bisogna agire, perchè ormai è il malato che domanda quest'azione: e il chirurgo vuole darla per intero: fino in fondo: ma — appunto — in quella misura cui accennavo prima: che dia piena garanzia della sua necessità, ne adegui i mezzi a tutti i particolari, e legittimi i pericoli che, nonostante l'accuratezza, inevitabilmente bisogna correre.

Ora, domandiamoci un po': di che genere è il lavoro richiesto dalle suddette considerazioni? Per quali vie si esplica? Quali nostre attività involge?

Io penso quasi con incredulità ai miei primi esperimenti sullo stomaco, intrapresi con intendimento tecnico e disvelantimi invece un filo conduttore scientifico che seguo tutt'ora.

Avevo eseguito delle esclusioni piloriche sui cani e avevo visto derivarne delle ulcere digiunali. A quel punto l'esperimento apriva un'altra pagina, della clinica, e con essa una sequela di nuovi problemi tecnici e scientifici: che volevano essere collegati, coordinati nelle relazioni di loro interdipendenza e impostati per lo svolgimento secondo i mezzi di ricerca.

Da una parte il fenomeno umano: in tutta l'oscura complessità dei suoi componenti; dall'altra un organismo biologicamente inferiore e presumibilmente sano, nel quale si vorrebbe riprodurre il fenomeno attraverso modalità che permettano di indagarne la genesi.

Quanta collaborazione di disparate attività intellettuali! Sembrerebbe che non fosse nemmeno possibile analizzarle; e — considerandole — si capisce invece il discredito — o per lo meno la indifferenza — dei quali le gratifica chi non le coltiva.

Gli è che l'esperimento biologico non sarà mai l'integrale riproduzione del fenomeno umano, e che di questo bisogna limitarsi a studiare con quel mezzo soltanto determinati aspetti, singoli risalti, per poi ricomporre i risultati e ricostruire l'insieme sul controllo originario. Più facili gli uni, ad essere in questa maniera scissi, più difficili gli altri: per natura loro, per minor somma di nozioni su di essi raccolte, i problemi patologici che vogliano essere studiati all'esperimento esigono la più accurata discriminazione clinica, il chiaro preciso possesso delle leggi generali della patologia, la critica più severa delle analogie, la fedeltà e la meticolosità del rifacimento, lo scrupolo delle nuove osservazioni, la potenza sintetica dell'interpretazione: che a sua volta sarà interpretazione di esperimento finchè ci si limita a considerare ciò che dall'esperimento proviene e sarà soluzione del problema clinico soltanto quando il lavoro di inversa discriminazione ed analogia abbia permesso di riscontrare nella clinica ciò che dall'esperimento risulta.

Altre volte è la clinica stessa che, per fortuite particolari condizioni in cui il fenomeno si presenta, crea di esso il naturale fortunatissimo esperimento. Bisogna saperlo riconoscere e seguire.

Ma non manca il momento in cui il chirurgo dovrà riprodurre lui, nell'organismo umano, le nuove condizioni: che. se non rappresentano l'esperimento patologico, saranno invece quelle dell'esperimento terapeutico.

Quale sagacia e coscienziosità di giudice potrà valutare mai l'opera dell'uomo che di sua iniziativa muta nel suo simile l'originario rapporto dei visceri per averne differente equilibrio di funzione che corregga quello formato da Natura?

Questo è il libro! Che affascina e conquide con la profondità del contenuto, che assilla e tormenta nel susseguirsi degli enigmi, che annienta ed esalta nel cimento dell'interpretazione!

Esso esige o forma una mentalità di dedizione, di fine a sè stessa, nella quale, anche il grandioso orgoglio di sapersi artefici del più gran bene che l'umanità estimi, scompare di fronte all'intimo compiacimento di una verità disvelata.

In tale atteggiamento appaiono a noi lontani i primati delle nostre discipline: da Leonardo ai Vesalio ai Falloppio, da Serveto a Colombo a Cesalpino ad Harvey a Malpighi ad Aselli, da Bonet ai Valsalva ai Morgagni, dai Sydenham ai Baglivi ai Lancisi ai Ramazzini, dai Lanfranchi ai Santo ai d'Acquapendente ai Tagliacozzi ai Paré ai Mercurio ai Magati, agli Scarpa, ai Troja, ai Porta e a tutti coloro che all'arte del sanare manualmente lasciarono dettami e leggi da formarne una base scientifica.

Vennero poi le dimostrazioni di Pasteur a integrare e divulgare i principii enunciati da Redi e da Spallanzani e a dar corpo di dottrina alle affermazioni di Agostino Bassi. Lister ne trasse la naturale applicazione, e la chirur-

gia fece il balzo che l'attendeva dopo l'avvenuta conquista degli anestetici: assurgendo, nel possesso dei mezzi e attraverso il riconoscimento dei risultati e le esigenze sociali, ad esercizio professionalmente disciplinato.

Sublime missione di pietà e d'ordinamento, esso chiede al cuore e all'intelletto umano le più dure prove, perchè ciò che in suo nome l'uomo all'uomo affida, sorpassa ogni valore. E sarebbe già sufficiente compenso a chi lo pratica, il godimento dell'assolta impresa, se la vita non avesse le sue esigenze materiali: come potrebbe bastare il tormento del riconosciuto errore per risparmiare l'odiosa procedura che commina le severità della legge a chi può esser vittima dell'altrui incomprensione o di meditati ricatti.

Elementi morali e esigenze materiali impostano quell'esercizio di professione sulla base della personale fiducia. E questa è beneficio che si incontra o si conquista più per virtù di facoltà affettive che per quella di verità intellettive.

Non è — certo — il denaro che può compensare l'autorevole menzogna del curante il quale, reso ormai inerme di mezzi tecnici, sfrutta ancora a beneficio del morente le risorse del suo potere umanitario! Ma: quanto è lontano mentalmente quest'uomo da quell'altro che, di fronte alla stessa inesorabilità del male, oltre alla sofferenza dell'animo per una vita che si perde, prova il tormento intellettuale del voler comprendere l'intima ragione dell'insuccesso e del non trovarla!

Maestra di sapere e di vita, la Clinica guida l'allievo a contatto con le difficoltà della futura pratica, aprendone — appunto — l'animo e l'ingegno alle nuove comprensioni e stimolandone le attitudini; e il Clinico, maestro di altri e di sè stesso, a queste individuali manifestazioni imprime automaticamente il segno della sua personalità.

Ecco gli indirizzi! Ecco le Scuole! Ecco il progresso o l'arresto o il regresso stesso che si va compiendo nel cammino del sapere: conquistatore indubbiamente di nuovi veri nella somma dei tempi, ma non con ritmo progressivo e costante: perchè l'errore autorevolmente bandito fuorvia la massa e perchè la verità dalla modesta origine rimane sconosciuta, se pure deliberatamente non la contrasti la funesta attività di inconfessabili interessi.

Mi ritorna a questo proposito — impreciso forse nella parola ma lucidissimo nel contenuto — il giudizio di un valoroso medico-radiologo — il quale, morendo ancor giovane, dopo aver pagato volta a volta a brandelli di carne le sue preziose conquiste scientifiche, volle lasciarci anche questo avvertimento: che dalla scelta di un assistente può dipendere un cinquantennio di vita scientifica.

Tale considerazione è monito severo a coloro che hanno, con l'alto onore, la grande responsabilità dell'organizzazione universitaria; ma analogo valore possono avere per chi all'organizzazione ormai appartiene: richiamandogli il compito che gli incombe e obbligandolo all'auto-esame.

Senonchè, parlare a sè stessi è incomparabilmente più difficile che dire di sè agli altri. Ed io che non ho avuto ritegno di seguire nella presente analisi della vita didattica le tracce del mio lavoro, perchè soltanto dall'opera propria si può avere ammaestramento del meccanismo attraverso il quale l'opera s'è compiuta, non saprei dire fino a che punto abbia assolto complessivamente il mio dovere. Ma trovo di poter continuare nella valuzione di ciò che a tale dovere sembra più rispondente, desumendolo dall'esperienza generale della vita e dalle considerazioni stesse che fin'ora abbiamo fatto.

La Clinica non è la scuola del professionista. Essa è semplicemente scuola *sul* malato e *per* il malato: della quale deve beneficiare chi farà la professione come chi preferisce continuare la sua attività nel campo della Scuola stessa. Scuola d'applicazione per i medici la dissi in altra circostanza. E credo d'aver detto bene: perchè è il crogiuolo dove si fonde e si plasma tutto ciò che proviene dagli altri insegnamenti medici per giungere allo scopo che lo determina: la cura del malato.

Ma, se non è la scuola del professionista perchè tale egli si forma da sè alla prova della sua intraprendenza alla sagacia del suo discernimento al successo delle sue qualità umanitarie, è pur sempre la fonte dalla quale egli ritrae le massime per la sua condotta tecnica. E, se dall'applicazione assurgerà all'idea, diventerà egli stesso un artefice della grande Scuola.

Ora, la scuola che ritrae la sua ragion d'essere dal carattere applicativo, non può essere che la scuola delle leggi di Natura.

Leggere nel gran libro è dunque il compito che a noi incombe per insegnare. Disporre l'animo a quella lettura è la preparazione che si domanda a chi alla Scuola accede. La quale esige umiltà di lavoro e fermezza di proposito.

Maestro ed allievo devono essere alleati in un unico intendimento: adeguarsi alla realtà. Teorie, ipotesi, escogitazioni, espedienti, tutto dev'essere considerato: nulla a priori ricusato. Ma tutto dev'essere sottoposto al vaglio di Natura e nulla sarà accettato che alle sue leggi non risponda.

Difficile compito, nelle odierne proporzioni della lotta per la vita! Perchè impone spesso la rinuncia a frutto di lavoro che può essere stato anche particolarmente faticoso. Ma unica salvaguardia al lavoro di tutti e all'umana Società, per la quale quel lavoro dev'essere presidio di salute e di vigore! Mentre, d'altra parte, chi a tale indirizzo si attenga, per sacrificio che subisca, disporrà sempre di una forza che, o presto o tardi porterà i suoi compensi.

E, se questa è la via da seguire per tutti coloro che abbracciano l'arte sanitaria, in parti-

colar modo lo è per il chirurgo: che ridà la salute attraverso la minaccia di un'arma. Particolarmente per lui, ponderatezza e controllo devono stare quindi all'avanguardia di ogni sua azione. Nessuna conquista di pubblico varrà la conquista di noi stessi di fronte alla tentazione di un'audacia immatura, e nessuna forza eguaglierà quella della meditata nozione patogenetica, nel tentare le vie fino allora temute!

Bando, al *teatro* operatorio! Se mancano le convinzioni personali in proposito, si consideri che chi si faceva in passato maestro di azzardi chirurgici, scrive ora che preferisce guarire il malato in più volte anzichè mandarlo all'altro mondo in una volta sola; e si pensi che, se è giudizioso operare sul midollo spinale con tanta lentezza da rendersi noiosi a chi presenzia (anche questo è un altro che lo scrive) di tessuti vitali e quindi sensibili e traumatizzabili sono pure costituiti gli altri, organi e visceri del corpo umano, e che non meno utile sarà anche per essi risparmiare, con la dolcezza del tocco, ogni manovra più lesiva del necessario; il che male si accorda col proposito di guadagnar tempo.

Sotto i panni del tavolo d'operazione è un essere umano, che ha posto la sua vita nelle mani che si muovono al di sopra; e chi ad esso guardi deve comprendere la religiosità dell'atto dalla circospezione con la quale quelle mani si muovono.

Ma non è a questo momento che incomincia la prova del chirurgo. Altra ne avrà subita in precedenza! E, se a questa non sempre egli sarà ancora abbastanza preparato, per motivo che la sua maturità professionale è relativamente recente, non per questo le si potrà sottrarre.

Egli è ed è stato sempre esecutore per eccellenza. Senonchè, in passato, più o meno lontano, eseguiva ciò che gli consigliava od ordinava il medico, cioè il dotto: oggi esegue piani che sono per lo meno accettati, se non formulati, dalla sua personale esperienza. In ciò, anche la personale responsabilità assume forma, più che misura, diversa dal passato, perchè, se prima aveva responsabilità soltanto operatoria, ora ha la complessiva responsabilità terapeutica. In questa, al concetto dell'esecuzione è associato quello dell'indicazione, dell'intervento. E molte volte, o per lo meno nelle circostanze più gravi, a lui soltanto è devoluta la parola decisiva. È vero che la collaborazione medico-chirurgica — mai sufficientemente auspicata — spesso fa precedere la decisione chirurgica da analogo consiglio medico. Ma ciò non è sempre, e quand'anche sia, fra il consiglio operatorio del medico e la decisione interventistica del chirurgo, corre tutta la distanza che passa fra il pensare e l'agire. La prospettiva dell'intervento, con le sue diverse possibilità e modalità, coi suoi eventi e i suoi esiti, non la può fare che il chirurgo. In realtà è dunque lui che risolve il problema spesso angoscioso dal quale, oltre alla salute o alla vita del malato, possono dipendere la tranquillità o l'eterno tormento psichico e le stesse condizioni materiali della famiglia!

Anche qui, sapere e coscienza si confondono.

Ogni decisione d'intervento dev'essere il responso d'un chiaroveggente! Ogni intervento compiuto dev'essere un calcolo chiuso!

Grande presunzione, suoneranno queste parole a chi ascolta o legge! Invece: non sono che un grido d'aspirazione: che lancio a me stesso prima ancora che ad altri. Ma, appunto per ciò, sono la prova d'una lunga, profonda, maturata convinzione di indirizzo da dare all'opera nostra grandiosa perchè non manchi al suo fine.

Signori che avete avuto la bontà d'ascoltarmi, se vorrete seguirmi anche nel lavoro che tra voi mi accingo a svolgere, siate cortesi di rendervi conto di quest'aspirazione e di ricercare nell'opera mia, al di là del frutto che vi rende, lo scopo che la guida. Non sempre le forze bastano all'animo. Ma, se la via è segnata, la meta è raggiunta: perchè nuove energie intervengono e il cammino proseguirà.

Mi sia d'augurio la storica fierezza della vostra città e la storia di tutto, il nostro popolo, giovane virgulto dell'annosa quercia, che anela all'originaria grandezza!

Mi guidi ancora il lieto ricordo dei miei Maestri, tutti, chè tutti vivono nel mio pensiero e nelle mie azioni.

Mi assista la vostra collaborazione, o Colleghi, ai quali si rivolge il mio saluto onesto e deferente.

Mi conforti il passato delle mie modeste fatiche nell'Università di Cagliari, che molto mi insegnò per la scuola e per la vita e che mi richiamo con sofferenza e con gioia: nelle persone e nella memoria dei Colleghi antichi e recenti, nei volenterosi assistenti, nella generosa Studentesca, alla quale ho lasciato parte di me stesso, e negli amici della Città.

Ma, se le forze mi dovessero cedere o la fede mancare, sovvengami che porto anch'io, assieme ai Maestri e ai Colleghi che mi precedettero, la mia parte di eredità di una Scuola che non vuol morire, perchè ha radici salde e profonde nelle origini stesse della moderna chirurgia, alimentate sempre da linfa abbondante e generosa, che il Fondatore ravvisò ed insegnò nella perfetta aderenza alla dottrina e nell'eclettico giudizioso impiego delle risorse tecniche. All'illustre continuatore, prof. Roberto Alessandri, giunga ora il mio omaggio devoto e riconoscente come il dì della prima lezione, e per Suo mezzo salga alla memoria del grande Vecchio che signoreggiò per più di mezzo secolo nella vita chirurgica Italiana e rimarrà nella storia.

Mi sia, il pensiero di tanto fasto, incentivo e sprone, fino all'ultima energia: e sarà ben data, se continui a guidarla l'ambizione di una decorosa gara d'ascesa, della quale è pegno, oltre al personale prestigio, la realizzazione dei più fondamentali postulati dell'umana solidarietà.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA

La negatività della splenocontrazione adrenalinica non esclude la struttura sanguigna del tumore di milza.[1]

Prof. ENRICO GREPPI, direttore.

Studiando largamente la risposta contrattile della milza all'adrenalina (in parte anche alla vasopressina ipofisaria) ho insistito più volte sulla frequenza e sul significato della splenocontrazione nel campo delle splenomegalie croniche ad apparenza clinica « bantiana » (2).

La grande maggioranza dei tumori cronici di milza combinati con fatti d'anemia, di gastrorragia, di epatite sclerotica, rivela una struttura in buona parte congestizia, un contenuto sanguigno mobilizzabile sotto lo stimolo contrattile.

I gradi più elevati di splenocontrazione, corrispondenti a forti variazioni della massa di sangue circolante che dipendono in buona parte dall'espressione del viscere, secondo le prime osservazioni mie e di Villa distinguono e fino a un certo punto *caratterizzano* i voluminosi tumori congestizi delle così dette splenomegalie « tromboflebitiche » tipo Cauchois-Eppinger-Frugoni. Per parte mia e altrui (Dominici, ecc.) non si è mai negata tuttavia la possibilità di reazioni scarse od anche nulle da parte del tumore splenico in queste medesime condizioni, riconducibili verosimilmente all'associarsi ed al prevalere della sclerosi del viscere in confronto della componente sanguigna.

Personalmente ho anche più volte ammonito sulla necessità di valutare la sensibilità generale all'adrenalina, ripetendo la prova in caso di un primo esito negativo prima di affermare la irriducibilità di un dato tumore splenico: ricordo p. es. un caso di ittero emolitico splenomegalico in cui la prova ripetuta offrì, contrariamente alla prima volta, una netta risposta positiva, generale e splenica. Il diverso grado della risposta all'ormone è cosa nota a tutti i ricercatori, sebbene si debba ammettere per l'esperienza nostra, concorde con il postulato della fisiologia sperimentale, che per l'appunto la milza dimostra una precoce squisita sensibilità allo stimolo dell'adrenalina, manifesta per dosi ancora poco o punto avvertite dal sistema nervoso e vasomotorio del soggetto (p. es. 1/4 di mg. intramuscol. secondo le ricerche attuali del mio assistente Spadaccini sui malarici).

Osservazioni recenti mi hanno convinto che la negatività comprovata della splenocontrazione può effettivamente riscontrarsi anche in casi di voluminose milze a ricco contenuto sanguigno, ciò che viene ancora ad allargare il campo delle splenomegalie congestizie oltre i limiti della riducibilità provocata dal tumore di milza.

Un primo esempio mi è stato cortesemente riferito dal collega Prof. Bombi, chirurgo a Ragusa, a proposito di un caso di sindrome di Banti ascitica, operato di legatura dell'art. splenica e deceduto dopo venti giorni per cachessia e deficienza circolatoria: all'effetto negativo dell'adrenalina fece contrasto il reperto anatomico di milza sanguigna con modica sclerosi diffusa.

Il Bombi, trattando di questo caso alla Soc. medico-chirurgica di Catania già prima dell'exitus, per non rinunciare al presupposto di milza congestizia (che infatti trovò piena conferma ancora in vivo nel rimpiccolimento del viscere dopo l'intervento) credeva poter attribuire la mancata splenocontrazione alla presenza di un trombo occlusivo nella vena splenica. L'autopsia non confermò la supposizione nè io saprei meravigliarmene, conoscendo come non sia affatto rara l'assenza di tromboflebite in pieno campo di splenomegalia a quadro clinico « tromboflebitico ». Comunque, resta il fatto di una splenomegalia congestizia non reagente in vivo all'adrenalina.

Mediante la puntura profonda del tumore di milza con ago di grosso calibro, io ho potuto riconoscere il contrasto in due casi, uno dei quali controllato anche anatomicamente.

Dimostratasi scarsa la splenocontrazione adrenalinica anche in prove ripetute, nell'un caso e nell'altro *la puntura del tumore splenico*, seguita da prudente lenta aspirazione, *ha dato esito a ricca fuoruscita di sangue* — circa 15 cmc. tosto interrotti dall'allontanamento dell'ago — con caratteri ematologici di « sangue splenico » secondo le indagini in corso di Spadaccini e De Vincolis.

Si trattava di un caso di ittero cronico epato-splenomegalico, e d'un caso di sindrome bantiana in base ascitica iniziale su pre-

---

(1) Comunicazione al 41° Congr. Medic. interna, Bologna, ottobre 1935.

(2) Vedi il capit. « Malattie della milza » in FERRATA: « Emopatie », vol. II, 1934 (Vallardi, Milano).

gressa lue. Quest'ultimo, venuto all'exitus dopo pochi giorni per cachessia ed emorragia terminale, permise di constatare direttamente la natura congestizia del tumore splenico: il tragitto riconoscibile della puntura pregressa fece anche escludere l'errore eventuale dell'aspirazione di sangue da un grosso vaso anzichè dall'intimità dell'organo tumefatto.

Osservo incidentalmente come la ricca componente sanguigna in questo caso, confermando un'altra nostra recente osservazione di sindrome bantiana in luetico (v. Deleonardi: Rivista Sanitaria Siciliana, 1935), riveli un aspetto alquanto diverso dalle correnti vedute sul carattere *produttivo* dominante nelle splenomegalie clinicamente riferibili a lue pregressa attiva.

Nei limiti di queste osservazioni, escluso ancora una volta (anche nel mio reperto di autopsia) ogni impedimento tromboflebitico al deflusso del sangue dalla milza, io credo che la ragione della risposta negativa all'adrenalina risieda sostanzialmente nella scarsa sensibilità generale, vasomotoria e viscerale, mostrata dai soggetti verso l'ormone simpatico.

Specialmente il soggetto luetico, simigliante per molti aspetti al caso del Bombi, era in condizioni gravi di depressione generale e di ipotonia neuro-vegetativa. E non è illecito pensare — secondo argomenti da me esposti anche di recente (3) — che un certo grado di *atonia* in seno alla milza giustifichi l'inerzia del viscere alla prova dell'adrenalina, oltrechè la patogenesi stessa della splenomegalia.

CONCLUDENDO:

Esistono splenomegalie a ricco contenuto sanguigno, che non rispondono con netta riduzione di volume allo stimolo dell'adrenalina.

La puntura dell'organo, prima del controllo chirurgico o anatomico, può rivelare la condizione del viscere in contrasto con la prova funzionale (aspirazione abbondante di sangue).

L'esito negativo della prova è in rapporto con la scarsa sensibilità generale e *viscerale* all'ormone nel singolo soggetto, non con la presenza di ostacoli grossolani al circolo venoso splenico. Può incontrarsi in sindromi diverse, per lo più del tipo « bantiano » in senso lato, nelle quali un certo grado di atonia intrinseca della milza ha parte notevole e spesso dominante nella patogenesi della splenomegalia.

---

(3) Boll. Soc. Med.-Chir., Catania, 1935; idem, in Medic. internaz., Milano, ott. 1935.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE S. SALVATORE - PESARO
DIVISIONE MEDICA diretta dal prof. F. FRATINI

Sindrome anurica per avvelenamento da funghi

per il dott. VINCENZO DEL MONTE, assistente.

Da quando il Fratini ha trattato quest'argomento in una nota comparsa nella Rassegna Clinico Scientifica del 1931, n. 3, null'altro è uscito sulla stampa medica in proposito se si eccettua una comunicazione fatta dal Salvolini all'Accademia Medica del Piceno ed una dal Lüttichau alla Società Medico-Chirurgica bolognese. Parrebbe dunque che questa sindrome per avvelenamento da funghi dovesse esser rara e forse circoscritta a questa regione, perchè il caso del Salvolini appartiene ad Ancona ed i funghi furono comperati in quel mercato, mentre quello del Lüttichau era insorto a Pesaro.

I casi finora riscontrati ammonterebbero a 10; oltre ai 6 riferiti dal Fratini, c'è quello del Salvolini, un altro del Lüttichau ed i due di cui parlerò, avvenuti a pochi giorni di distanza nell'autunno scorso. E poichè in uno di questi mi fu dato di fare l'esame autopsico riferisco brevemente sul medesimo.

Il 23 settembre u. s. viene inviato d'urgenza dal medico curante e ricoverato nel reparto medico certo Adamo J. (Cart clin. n. 1449) con diagnosi generica d'anuria. L'ammalato che si meraviglia non poco della preoccupazione del medico, ci riferisce che il 21 aveva mangiato dei funghi, i quali pare fossero ovuli e tutti d'una specie, raccolti dalla moglie in una pineta. Detti funghi in quantità cospicua furono cotti con l'olio ed ingeriti dai componenti la sua famiglia (4 persone) ed anche da una famiglia vicina, in totale 10 persone. Il paziente forse a spiegare la ragione del suo male, dice di averne ingeriti più degli altri. Fatto sta che poco dopo la fine del pasto ha notato un qualche cosa d'insolito in se stesso che consisteva in senso d'oppressione e vampate di calore al viso. Tutto questo però ben presto scomparve, tanto che occupò il pomeriggio nei propri lavori agricoli nulla avvertendo.

Solo alla sera, mentre si disponeva per il pasto ricomparvero i disturbi notati a mezzogiorno, aumentati da senso di peso all'epigastrio, ambascia, conati di vomito e quindi vomito di materie alimentari ingerite a mezzogiorno; egli precisa di aver riscontrato anche traccie di funghi. Ciò lo fece desistere dal proposito di mangiare; così si coricò a letto dove poco dopo comparve qualche dolore di modica intensità su tutto l'addome senza localizzazione precisa ed accompagnato da qualche scarica diarroica e premiti. Anche questo poco dopo scomparve ed al mattino del 22 egli stava apparentemente bene. Notò solo che men-

tre la sera dell'ingestione dei funghi vi era stata un'abbondante emissione d'urina, tanto che in un paio di volte ne emise circa un litro e mezzo, senza contare la poca perduta durante le scariche alvine, urina limpida e molto pallida, da quel momento non aveva più urinato, nè sentiva il bisogno di farlo.

Da notarsi che di tutti quelli che mangiarono quei funghi, solo la moglie si lamentò di un po' di malessere poco dopo il pasto, malessere che consisteva in qualche sforzo di vomito; per tutti gli altri i funghi sono passati inosservati.

Il paziente che è un contadino ha sempre goduto buona salute ed era al momento attuale in completo benessere; non è mangiatore, nè fumatore.

Al suo ingresso in ospedale, 50 ore circa dopo l'ingestione dei funghi, non ha il minimo disturbo, nè l'esame obbiettivo rileva alcun che di anormale, solo si nota un colorito terreo della sua pelle ed una intolleranza per un decubito prolungato in qualsivoglia posizione; egli ha bisogno, senza sapere la ragione, di muoversi ad ogni tanto. Il polso non teso, ritmico batte sugli 80; il respiro è tranquillo. Nulla mette in evidenza l'esame degli organi toracici ed addominali. Solo l'ammalato ci avverte di una sensazione di pressione più che dolore alla regione dorso-lombare. Vi è un leggero stato subfebbrile (37,5-37,8) che l'accompagnerà fino all'esito. La pressione arteriosa si aggira sui 130 la Mx. e sui 75 la Mn. In tale stato egli continua i suoi giorni mantenendo normali le funzioni di mangiare e defecare, senza mai emettere urina ad onta dei diuretici somministrati, quali: la teobromina, diuretina, caffeina ed i preparati a base mercuriale. Man mano però che le ore più che i giorni passano, aumentano in lui il senso d'oppressione, d'ambascia, d'agitazione che sin dal primo gior-



FIG. 1.

no aveva manifestato ed in pieno lucidità di mente viene a morte in settima giornata dall'ingestione dei funghi.

La necroscopia eseguita mise in evidenza (tralascio tutto il resto trovato normale): un modico versamento pleurico a sinistra, un fegato di aspetto e volume normale, così pure la milza, vescica completamente vuota, vie renali pervie, non calcoli nel bacinetto. Aperte le loggie renali si tolgono i reni dalla capsula a cui aderiscono tenacemente; essi si presentano di colorito più pallido del normale con una sbiadita punteggiatura rossastra, ingranditi, del peso di circa 220 gr. ciascuno. Al taglio la struttura macroscopica appare a chiazze emorragiche sparse con una cisti grande quanto un chicco d'uva in quello di sinistra, ripiena di liquido limpido; la divisione fra sostanza corticale e midollare appare abbastanza conservata.

L'esame microscopico del rene (vedi fig. 1-2-3) mostra che la struttura dell'organo è profondamente alterata tanto nella porzione midollare quanto in quella corticale. La capsula in qualche

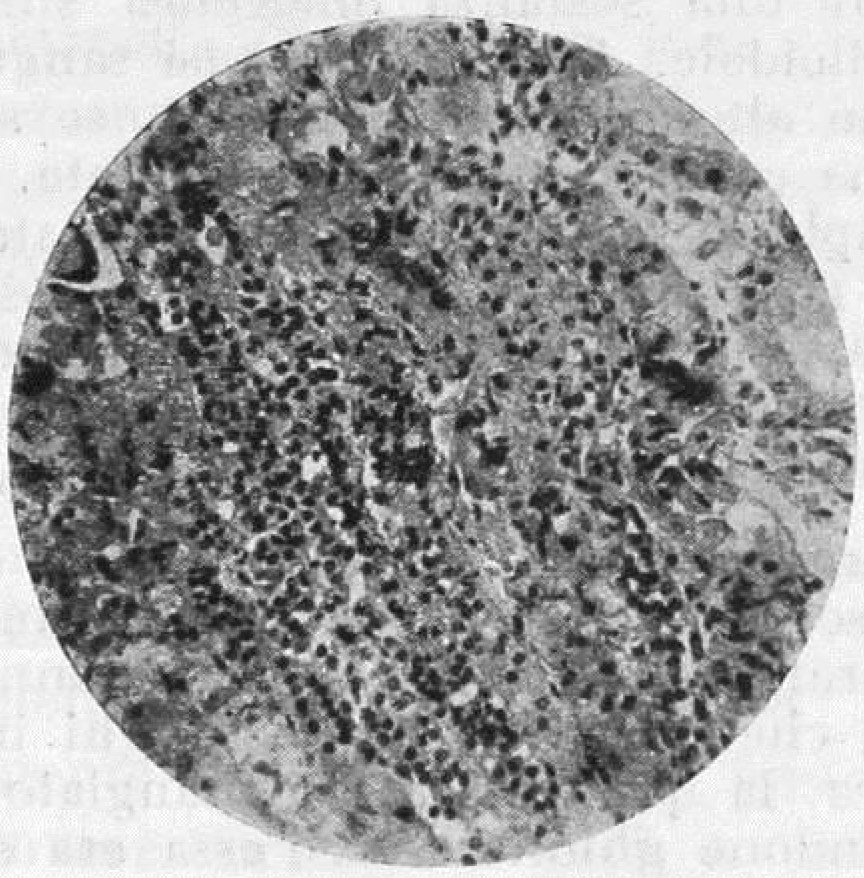


FIG. 2.

punto appare ispessita e nella zona sottocapsulare si notano qua e là piccoli infiltrati parvicellulari; tali accumuli parvicellulari si trovano inoltre in vicinanza di qualche glomerulo. I vasi sanguigni appaiono un po' dilatati e ripieni di sangue. Con un ingrandimento maggiore si possono osservare meglio le alterazioni strutturali dell'organo. I glomeruli si presentano congesti con profonde alterazioni a carico dell'endotelio di rivestimento dei vasi. Infatti in alcuni punti le cellule appaiono rigonfie, con protoplasma granu-



FIG. 3.

loso e con scarsa affinità alle sostanze coloranti. Il nucleo in qualche punto è più rigonfio, in qualche altro è spezzettato ed intensamente colorato. Nello spazio capsulare si nota in molti glomeruli la presenza di una sostanza jalina amorfa. L'epitelio di rivestimento della capsula è in molti punti sfaldato e gli elementi cellulari, anch'essi notevolmente alterati, si trovano immersi nella sostanza jalina sopradescritta. In qualche punto intorno al glomerulo si notano accumuli cellulari costituiti in massima parte da linfociti, qualche cellula epitelioide e qualche cellula eosinofila. Alterazioni più accentuate si osservano a carico dei tubuli contorti. L'epitelio di rivestimento è tra-

sformato in un ammasso di sostanza granulosa amorfa, in cui non è più possibile riconoscere alcun limite cellulare. I nuclei sono in gran parte scomparsi; solo residua qua e là qualche frammento nucleare intensamente colorato. In alcuni punti l'epitelio di rivestimento del tubulo è desquamato e forma ammassi di sostanza amorfa nell'interno del lume. Alterazioni pressochè identiche a quelle dei tubuli contorti si osservano nella sostanza midollare; quivi qualche lume tubulare dilatato è ripieno di una sostanza omegenea simile a sostanza colloidale. A carico dei vasi sanguigni non si rilevano alterazioni apprezzabili, se si eccettua la cospicua congestione già menzionata.

In complesso le alterazioni riscontrate a carico del rene possono riferirsi a un processo degenerativo gravissimo che ha colpito la parte tubulare del rene; solo qua e là si notano piccoli focolai di nefrite interstiziale.

Così pure nell'altro caso capitato in quei giorni, non sotto la nostra osservazione, ma riferitoci dal curante, si trattava di una donna fino allora sana che aveva ingerito i funghi insieme ad una amica, la quale ne aveva mangiato oltre misura essendone ghiotta. Anch'essa era stata colta dai soliti disturbi intestinali lievi e poi da anuria, mentre l'amica ghiotta era rimasta immune. Un campione d'urina prelevato nella fase poliurica preanurica dava il seguente reperto: pallida, debolmente acida, P. S. 1009, tracce d'albume con 14,34 % d'urea e scarsi cloruri, mentre nel sedimento si trovavano rarissimi globuli rossi con frammenti di cilindri jalini. E senza essere passata dall'anuria alla fase poliurica ipostenurica venne a morte in settima giornata.

Quindi in totale 10 casi con sintomatologia unica, di cui 8 seguiti da morte tutti in sesta settima giornata; 2 soltanto sono guariti perfettamente senza tracce di lesioni renali.

Il problema etiologico rimane ancora insoluto. Non spenderò parole inutili per dimostrare che il veleno contenuto nei nostri funghi è di natura completamente diversa da quelli già noti. Infatti i disturbi dati dai veleni emolitici, alcaloidi (muscarina, ecc.), tossialbumine (amanito-tossina, fallina), principi resinoidi, sono di tutt'altra natura del nostro; soltanto i lievi disturbi intestinali han di comune, ma ben poca cosa per volerli far rientrare in una di queste categorie. Possiamo soltanto ripetere che pare siano funghi locali, appartenenti a specie mangerecce, in quanto nessun caso è stato descritto fuori di Pesaro; solo in quello del Salvolini i funghi erano stati comprati nel mercato d'Ancona la cui provenienza, per la vicinanza, poteva essere anche i dintorni di Pesaro. Quello però che pare molto strano è il fatto che anche nel caso da me riferito di 4 persone, di cui 2 bambini, uno solo si ammalò e morì. Per quale ragione? si dovrebbe dire che questi funghi il cui veleno contenuto è termostabile ed insolubile, essendo stati tritati e cotti insieme, fossero capitati tutti ad una persona; cosa molto difficile a credere. È stata avanzata la ipotesi che il veleno agisce dopo che l'individuo li ha mangiati ripetutamente, come se la prima volta servisse a sensibilizzarlo, ma rispondo io nei miei due casi i funghi erano stati mangiati una volta soltanto e dal secondo in minor copia dell'amica. Ed allora? Un locus minoris resistentiae nei reni? No in via assoluta, perchè tutti i casi tanto i sopravvissuti quanto gli altri avevano precedenti morbosi renali indenni. Non ci resta quindi che l'ipotesi che il veleno ignoto possa o no esser assorbito attraverso l'intestino ed una volta entrato in circolo il suo luogo d'eliminazione sia il rene, il quale attaccato con piccole quantità dia delle lesioni ancora suscettibili di guarigione, mentre con quantità maggiori dia lesioni tali, come nel caso da me descritto, in cui non è più possibile il ripristino della funzione e quindi la vita dell'individuo.

Sulla patogenesi dell'anuria parla ampiamente l'esame istologico il quale ha messo in evidenza lesioni gravissime sopratutto a carico dei tubuli e secondariamente dei glomeruli. Che la lesione glomerulare sia secondaria lo dimostra il fatto che in tutti i casi all'anuria ha sempre preceduto una fase poliurica la quale ci dimostra lo stato eretistico dei vasi glomerulari mentre i tubuli, già minorati, non possono più concentrare riassorbendo. Secondariamente avviene la lesione glomerulare che produrrà l'anuria, la quale persiste finchè il veleno agirà ulteriormente. Tale ipotesi ci spiega anche il perchè il sedimento di quelle urine, prodotto cioè in fase poliurica, mostra appena qualche frammento di cilindro jalino senza alcun eritrocito. Il filtro glomerulare è ancora pervio ed attraverso esso passa ancora l'urina che conterrà pochi sali disciolti in quanto il tubulo che comincia a degenerare avrà perduto già la sua funzione che è quella di riassorbire parte dell'acqua glomerulare. Quando la lesione, la distruzione colpirà i glomeruli, quando l'epitelio capsulare sarà anch'esso trasformato in sostanza amorfa, allora insorgerà l'impossibilità da parte del rene di secernere l'urina. Nei casi poi in cui all'anuria segue una nuova poliuria con urina ipostenurica, io credo che quella sia in dipendenza del ripristino della funzione glomerulare lesa secondariamente ed in minor intensità, tanto che in questi casi l'anuria è stata di minor durata. A funzione glomerulare restaurata il prodotto d'escrezione sarà sempre poco concentrato perchè, come

abbiamo visto l'epitelio tubulare ridotto ad un ammasso amorfo senza più speranza di restitutio ed integrum, non potrà più elaborare il prodotto glomerulare.

Ma un'altra cosa interessante presenta il nostro caso ed è che la lesione renale ha un aspetto tutto suo, diverso da quanto ci si aspetterebbe di trovare. Infatti se la volessimo paragonare all'anuria sia pure rara, della glomerulo-nefrite diffusa, a parte il reperto dell'urina, troveremmo di sostanzialmente diverso che la lesione in essa è prevalentemente glomerulare ed essi glomeruli si presentano esangui, tumidi con numerosi nuclei; nel nostro caso invece il glomerulo è sì colpito da processo degenerativo, ma vi è un'iperemia ed una dilatazione vasale ed i nuclei dell'epitelio capsulare sono anch'essi notevolmente alterati. Inoltre nel nostro caso la lesione è prevalentemente tubulare ed è passata attraverso i suoi stadi di rigonfiamento torbido con degenerazione jalina delle cellule, le quali hanno perduto il loro contorno ed i nuclei sono quasi scomparsi. Quindi un'anuria nettamente diversa da quei casi rarissimi riscontrati nella glomerulo-nefrite diffusa.

Questa esclusione, e tanto più per le lesioni riscontrate, ci porta a pensare ad una forma di nefrosi. Ora il confronto è allettante invero e più difficile ne è la differenziazione che secondo me sussiste per motivi istopatologici e clinici. Nelle nefrosi siano esse a degenerazione jalina, lipoidea o grassa la parte colpita è il tubulo che presenta le sue cellule rigonfie di granuli di grasso, di vacuoli o di sostanza jalina; sono rigonfie tanto che qualche volta giungono ad ostruire il lume; il nucleo rimane quasi offuscato da queste sostanze eterogenee contenute nella cellula, mentre la parte glomerulare rimane intatta, anzi il glomerulo si rinviene ipertrofico ed iperemico. Nel nostro caso invece la degenerazione è sì prevalentemente tubulare, ma anche i glomeruli ne sono colpiti, tanto che mentre in alcuni vi sono cellule giunte allo stadio di rigonfiamento torbido, in altre anche il nucleo è intaccato, spezzettato, rigonfio e colorato intensamente e l'epitelio capsulare è anch'esso sfaldato e conglobato fra la sostanza jalina amorfa. L'altro motivo di differenziazione è d'ordi ne clinico: nelle nefrosi non si giunge di regola all'anuria e l'urina secreta contiene grande quantità d'albume e di cilindri, inoltre lo edema è quasi costante; tutte cose queste che nei nostri avvelenati non si sono mai verificate.

Passeremo ora in rassegna le diverse lesioni renali prodotte da medicamenti. Nella terapia aurica sono state descritte lesioni renali aventi le une carattere nefritico ed altre di nefrosi. Mentre il Giauni ha trovato lesioni soltanto a carico del glomerulo e dei vasi sanguigni, altri (Wollender) parlano di lesioni esclusivamente tubulari tanto da essere interpretate come una nefrosi bismutica, la quale è caratterizzata da iperemia glomerulare, senza alterazioni della capsula di Bowman con rigonfiamento torbido ed infiltrazione grassa dei tubuli contorti i quali sono ostruiti da cilindri jalini e da epiteli desquamati.

Anche le alterazioni prodotte dai sali di tallio, studiate col metodo Suzuki con la colorazione vitale del litio carminio, mostrano secondo Leigheb fatti iperemici ed emorragici tanto nella corticale che nella midollare, specialmente a carico dei vasi nutritizî; nulla invece nel glomerulo e nella capsula. Per i tubuli invece si notano alterazioni che giungono fino alla necrosi specialmente nei tubuli contorti di primo ordine nel loro primo tratto. Nell'intossicazione subacuta sempre da tallio si ha dilatazione della capsula per presenza di cilindri epiteliali granulosi, jalini ed ematici che occludono i tubuli nella porzione distale; nei tubuli di primo ordine degenerazione torbida e vacuolare, i nuclei difficilmente colorabili mentre le cellule si sfaldano fino alla disepitelizzazione del tubulo. Insomma la precisa localizzazione delle alterazioni per intossicazione da tallio sarebbe la parte ascendente dell'ansa di Henle.

Ci sarebbe ora da pensare alle lesioni renali nell'avvelenamento da sublimato; francamente è la forma che più si avvicina al nostro caso. In essa infatti l'anuria s'instaura attraverso una poliuria iniziale che nei casi fortunati può riprendere dopo un periodo più o meno lungo d'anuria; e questa ripresa della funzione renale è sempre di buon augurio. Non solo, ma il reperto delle urine è sempre abbondante d'albumina e di cilindri, il che ci conferma quanto l'esame istologico dice: essere cioè le lesioni prodotte dal mercurio tubulari, le cellule degli epiteli dei tubuli hanno un protoplasma torbido, granuloso con nuclei scomparsi per scarsa affinità cromatica.

Ora a parte il caso mio in cui l'anuria è stata persistente fino all'esito, in tutti gli altri che sono di una identità costante hanno avuto sì una poliuria iniziale seguita da anuria, ma nei casi in cui vi è stata una ripresa della funzione renale si è avuta ugualmente la morte. Non solo, ma non vi è mai stato edema ed il reperto delle urine è sempre stato

di tracce d'albumina con basso peso specifico e scarsi frammenti di cilindri jalini. Per la parte istologica non ho bisogno di ripetere che le lesioni riscontrate appartengono sia al sistema tubulare degenerato in tutte le sue parti sia al glomerulo che è coinvolto anche esso dal processo insieme con la capsula. Mi par giusto quindi assegnare a questo reperto degenerativo renale una forma tutta sua particolare che pur partecipando delle nefrosi inquantochè la lesione è prevalentemente tubulare, pur tuttavia potrebbe far parte delle nefriti perchè il glomerulo viene coinvolto sia pure secondariamente al processo degenerativo e distruttivo. Ma da entrambe le forme si differenzia oltre che per i caratteri istopatogenetici anche per il prodotto della funzione renale in cui non si trova quanto ci si aspetterebbe di rinvenire in una nefrosi o nefrite.

Pertanto è doveroso riconoscere quanto dopo una serrata logica ed acuta discriminazione pensava il Fratini sull'insorgenza di questa sindrome renale. Difatti le nostre deduzioni ci portano ad un'unica conclusione: « che la lesione dei reni... non deve essere infiammatoria nè una comune nefrosi, ma consistere prevalentemente in un processo degenerativo dei tubuli accompagnato da un'oscura alterazione che abolisce la funzione glomerulare ».

Va da sè dopo quanto abbiamo riscontrato che nessuna causa extrarenale può essere chiamata in giuoco a spiegare l'anuria sia essa nervosa centrale o periferica, sia endocrina. Nè d'altra parte credo ammissibile quanto il Lüttichau pensava e cioè essere l'uremia causa della morte, mentre una sudorazione provocata eliminante grande quantità di azoto ureico possa salvare il paziente. Coi tubuli renali ed i glomeruli ridotti a tale stato non vale l'urea eliminata coi diversi litri quotidiani di sudore a rendere reversibili le lesioni dei reni. Piuttosto potrebbe essere chiamato in causa il sudore come modo d'eliminazione del veleno a noi ignoto e quindi far sì che la degenerazione degli epiteli renali non giunga fino allo stadio di necrosi non più suscettibile di restitutio ed integrum. Soltanto nel caso in cui all'anuria si sostituisce una poliuria con urine a basso peso specifico si potrà credere che il paziente venga a meno, pur urinando in gran copia, per ritenzione azotemica e soltanto in quel caso potrà essere indicata una profusa sudorazione che serva a sbloccare, mi si perdoni l'espressione, il grande accumulo di sostanze azotate e di sali dovuti all'anuria ed all'isostenuria. Nè credo giovevole in simili casi le decapsulazione renale, come è stata pure tentata, perchè appunto non risolverebbe nulla, in quantochè i glomeruli oltre ad essere risultati all'esame autopsico iperemici, le lesioni di essi sono tali che anche con una maggior irrorazione sanguigna il compenso nella loro funzione non si potrebbe avere.

Purtroppo dopo quanto abbiamo esposto ci sembra vana ogni terapia almeno fino a quando ci rimarrà ignoto l'agente etiologico il quale pare sia circoscritto alla zona pesarese, poichè nessun caso di avvelenamento da funghi è paragobanile al nostro e per la sintomatologia e per il reperto anatomico.

Ho creduto pertanto oppurtuno colmare una lacuna dell'esatta descrizione fattane dal Fratini, mostrando a chi l'avrà letto quali siano le lesioni anatomo-patologiche di questo avvelenamento che fino ad oggi ha dato una mortalità dell'80 %.

RIASSUNTO.

È riferito un avvelenamento da funghi con sintomatologia esclusivamente renale. Vengono descritte le alterazioni anatomiche dei reni che, a parere dell'autore, non possono essere inserite nelle nefriti, nè nelle nefrosi pure.

BIBLIOGRAFIA.

F. FRATINI. *Anuria da funghi.* Rassegna clinica scient., 1931, n. 3.

G. GIAUNI. *Nefrite emorragica di origine aurica.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 13, 1932.

LEIGHEB. Atti del Congresso dermatologico della XXIV riunione, 1928.

LÜTTICHAU. *Sindrome non comune per avvelenamento da funghi.* Bullettino Scienze Mediche, Bologna, 1932, n. 3.

SALVOLINI. *Anuria per avvelenamento da funghi.* Atti Acc. Med. Chir. del Piceno, 1933, n. 1.

G. VOLLENDER. *I sali d'oro nella terapia della tubercolosi.*

PROBLEMI TERAPEUTICI

Nuove direttive della terapia farmacologica.

Dott. Kurt Wolff (Milano).

La moderna terapia farmacologica preferisce in genere i farmaci chimici-sintetici a quelli fitoterapici-naturali, partendo da questo punto di vista: coi prodotti chimici-sintetici si può dimostrare una efficacia sicura, controllabile senz'altro nell'esperimento sugli animali. La prova sugli animali si crede perciò elemento principale per tutti gli esperimenti farmacologici. Vi sono però due fattori essenziali, che la farmacologia moderna trascura: il fatto che l'animale non permette di registrare le reazioni psichiche più fini come p. es. nausea, vomito, mal di capo ecc. — cose abbastanza importanti per la dosatura del farmaco — ed inoltre il fatto che il risultato dell'esperimento sugli animali non è senz'altro paragonabile alle reazioni dell'organismo umano, reazioni molto differenti da quelle che si verificano negli animali (1). La farmacologia moderna sopravaluta l'importanza del cosidetto esperimento scientifico e trascura di considerare che nelle nostre piante vi sono delle materie non misurabili e non dosabili, di grande valore però per l'effetto terapeutico. Davvero l'efficacia degli alcaloidi e glucosidi, estratti dalla pianta, non è mai identica a quella di tutti gli elementi costitutivi della pianta. Così p. es. è noto, che tutta la foglia di Digitale rinforza tanto la diuresi che i digitossidi sono eliminati presto, mentre i glucosidi isolati di Digitale, che si trovano quasi in tutti i prodotti del commercio, provocano facilmente dei disturbi. Sappiamo anche, che la somministrazione di oppio in polvere provoca raramente il « desiderio di morfina ».

Quando invece si propinano soltanto alcoloidi isolati, il « desiderio di morfina » può sopravvenire più facilmente (G. Madaus). Il potere tossico dell'atropina estratta da belladonna è molto più forte di quello della belladonna stessa. Oltre una più grande efficacia tossica dei prodotti chimici isolati in confronto ai prodotti fitoterapici, i singoli componenti chimici possono mostrare — isolati — un'efficacia completamente diversa fra se stessi. Essi possono indebolirsi o rinforzarsi, cosa evidente nei 20 differenti alcaloidi dell'oppio.

Così gli alcaloidi del ciclo piridico-fenantrenico aumentano il tono degli organi vegetativi e le contrazioni automatiche (papaverina), mentre il ciclo benzile-isochinolinico ha piuttosto un'efficacia rilassante e ostacola i movimenti (morfina). Secondo lo Straub la narcotina, senza efficacia quando è isolata, rinforza l'effetto della morfina. Da questi esempi risulta senz'altro, che tutti gli elementi costitutivi delle piante hanno un'efficacia completamente diversa dei singoli componenti, che possono sostituirsi, indebolirsi o rinforzarsi.

L'efficacia farmacologica dei singoli componenti di una pianta è stata esperimentata e misurata spesso in modo scientifico-analitico; in qual modo però i singoli componenti si dimostrano efficaci nella pianta stessa, ed il loro insieme nell'organismo umano, una volta assorbiti come farmaci, si può registrare difficilmente. Le ricerche sull'efficacia biologica della pianta medicinale nell'organismo umano sono non meno complicate e difficili della vera conoscenza dell'insieme dei nostri ormoni nell'organismo. Conosciamo l'efficacia dei singoli ormoni; li abbiamo esaminati nell'esperimento sugli animali. Le reazioni fini degli ormoni fra se stessi e coi singoli organi però rimangono sempre un problema molto difficile dell'endocrinologia.

In qual modo i prodotti chimici-sintetici siano di minore efficacia di quelli naturali, lo sappiamo dall'uso della vitamina D, applicata in modo sintetico-artificiale in confronto a quella naturale che si trova nel fegato di merluzzo. Secondo il Poulsson la vitamina D artificiale-sintetica disturba in modo visibile l'equilibrio fra le vitamine A e D, che non si verifica mai nell'applicazione dell'olio di fegato di merluzzo. Anche le aggiunte di vitamina D artificiale all'olio di fegato di merluzzo non migliorano quell'ultimo. Secondo nuovi esperimenti, l'uso del carbonato di calcio nei disturbi del ricambio del calcio non provoca nessun effetto terapeutico, perchè il carbonato di calcio in genere non viene assorbito dall'organismo umano, mentre, secondo il Madaus, i gusci d'uovo somministrati in polvere hanno un ottimo effetto terapeutico.

Questi due esempi ci dimostrano in modo abbastanza chiaro la superiorità dei prodotti naturali in confronto a quelli chimici-sintetici. La spiegazione di questo fatto la dobbiamo cercare nello scopo e nel significato della nostra terapia farmacologica e di tutta la terapia in genere. Quale è il nostro concetto fon-

(1) Vedi Kurt Wolff: *I principi vitali nella terapia (omeopatia)*. La Fitoterapia, 1934, n. 4.

damentale sull'efficacia dei nostri farmaci? Da una parte facciamo una terapia palliativa p. es. nei casi di calcoli biliari, che possono provocare dei dolori forti. In questo caso la morfina, un prodotto dunque puramente chimico, non è certamente sostituibile. Dobbiamo però sempre tener conto, che si tratta soltanto di una terapia sintomatica di efficacia passeggera, che talvolta può essere necessaria ma che non cura mai o migliora la malattia. Inoltre vi è l'opoterapia che parte dal concetto di sostituire gli ormoni mancanti o insufficienti. Il diabete, causato da insufficienza d'insulina, viene trattato coll'insulina stessa. Quando però non somministriamo più l'insulina, ritornano i disturbi. Il diabete dunque non si limita soltanto alla patologia dell'apparecchio insulare, ma il suo corso è influenzato anche dalle condizioni psichiche, dalla nutrizione, dalla costituzione. L'insuccesso dei prodotti opoterapici nell'età critica è ormai noto abbastanza. I disturbi climaterici della donna richiedono una terapia ben diversa da quella opoterapica (B. Aschner).

La moderna terapia costituzionale, alla quale appartengono la fitoterapia e l'omeopatia a causa dei suoi principii fondamentali si avvicina nuovamente alla vecchia dottrina ippocratica (A. Castiglioni). Lo scopo della terapia costituzionale è completamente differente da quello della terapia sintomatica o dell'opoterapia. La terapia costituzionale vuole dunque influenzare la costituzione stessa. Questa viene considerata misurabile ed immutabile, acquista già dal germe stesso dal Kretschmer, Bauer, Viola, mentre il Brugsch ed il Aschner affermano che la costituzione è soggetta all'influenza di fattori che la possono modificare. Già Ippocrate pone al centro della costituzione l'equilibrio fisico e psichico, che non è mai stabile e durevole, ma viene disturbato e ristabilito. Soltanto quando queste oscillazioni non sono più ritmiche e vengono interrotte, subentra, secondo Ippocrate, la malattia.

Anche la riforma neoippocratica del nostro secolo è basata su queste idee. Lo scopo della terapia costituzionale dunque è ristabilire l'equilibrio disturbato nell'organismo umano. Tutti i nostri mezzi terapeutici devono soltanto, secondo la terapia costituzionale, stimolare l'organismo malato all'autoguarigione. Non il farmaco guarisce, ma l'organismo deve guarirsi da sè stesso. L'aumento della forza sanatrice della natura è cosa principale di ogni mezzo terapeutico. Da questi principii risulta in modo indiscutibile, che tutti i nostri farmaci non devono essere altro che « regolatori delle reazioni vitali » ed agire come « catalizzatori » (Hahnemann, C. B. Inverni). Per questo scopo mi sembrano i farmaci omeopatici e fitoterapici essere meglio adatti di quelli chimico-allopatici, perchè essi non evitano soltanto più facilmente le idiosincrasie e le intossicazioni, ma si prestano anche meglio all'assimilazione e possono perciò risvegliare ottimamente la forza sanatrice della natura. Alla fitoterapia vorrei dare la preferenza, perchè le piante possiedono delle materie finora non ancora misurate (secondo Inverni, Madaus, Kroeber si tratta di vitamine (2), secondo me di « potenziale elettrico »), che sono di grande importanza nelle reazioni finissime dell'organismo umano.

RIASSUNTO.

L'Autore parte dal concetto che tutti gli elementi costitutivi delle piante medicinali hanno un'efficacia diversa di quella degli alcaloidi e glucosidi, estratti da esse, e tenta di dimostrare la superiorità terapeutica della fitoterapia, che — a causa dei suoi principii biologici — corrisponde ottimamente al moderno concetto terapeutico della riforma neoippocratica.

BIBLIOGRAFIA.

B. ASCHNER. *Die Krise der Medizin. Konstitutionstherapie als Ausweg.* Stuttgart, 1933, ediz. V.
A. CASTIGLIONI. *L'orientamento neoippocratico del pensiero medico contemporaneo.* Torino, 1932.
S. CHARETTE. *Précis d'Homeopathie.* Nantes, 1932.
G. B. INVERNI. *Piante medicinali e loro estratti in terapia.* Bologna, 1933.
G. B. INVERNI. *Orientamenti.* La Fitoterapia, 1934, n. 6.
L. KROEBER. *Das neuzeitliche Kraüterbuch.* Stuttgart, 1934.
H. LECLERC. *Précis de phytothérapie.* Paris, 1927.
G. MADAUS. *Aufwaerts zur biologischen Therapie.* Dresden, 1934.
S. VIOLA. *La costituzione individuale.* Bologna, 1933.
K. WOLFF. *Il potenziale elettrico nella dieto- e fitoterapia.* La Fitoterapia, 1935, n. 4.
ID. *Cosa è l'omeopatia?* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1934, n. 47.

(2) A riguardo delle vitamine il PUGLIESE s'esprime così: « L'indagine farmacologica di quelle sostanze nutritive accessorie che vanno sotto il nome di vitamine porta a conchiudere che esse sono stimolanti di molte e forte di tutte le attività funzionali ». Vedi A. PUGLIESE: *Enzimi, Ormoni, Vitamine.* Scientia, 1933, n. 2.

TRIBUNA LIBERA

Risposta al dott. Da Villa a proposito del mio lavoro "Sulla mors timica in conseguenza dell'applicazione di un apribocca,,

Nel fasc. n. 40, 1935, del *Policlinico,* Sez. Pratica, pag. 1955, leggo una lunga nota del dott. Da Villa intitolata: « Mors Timica », che vorrebbe essere una critica feroce e demolitrice della documentazione clinica ed anatomopatologica del caso di *mors timica* in conseguenza dell'applicazione di un apribocca da me pubblicato in *Policlinico,* Sez. Pratica, 1935, pag. 1679.

Se non che l'A., dopo un lunga disamina, non sempre confortata da citazioni scientificamente esatte, allo scopo di distruggere la diagnosi posta di mors timica, finisce candidamente (vedi ultimo periodo) col riconoscere giusta la stessa diagnosi da me formulata clinicamente e convalidata dal reperto anatomopatologico.

Ciò premesso mi limiterò a prendere in considerazione alcune tra le affermazioni più salienti del collega, dal cui commento balzeranno ulteriori argomenti e dati in appoggio alle conclusioni diagnostiche del caso in discorso.

L'affermazione gratuita dell'innocente apribocca non credo possa far colpo su nessuno quando tutti sanno ed i lettori hanno visto più volte ripetuto nel mio lavoro la coincidenza del tutto occasionale tra la mors timica e l'applicazione dell'apribocca.

E così pure tutti, compreso il dott. Da Villa, riconoscono nel quadro clinico e nel reperto anatomo-patologico macro e microscopico presentato dalla piccola P. il quadro completo dello stato timo linfatico con ipertrofia timica come è descritto nei trattati dei nostri Maestri più sommi. (Vedi Pende: *Endocrinologia,* e Falta: *Malattie delle ghiandole sanguigne*).

La esclusione fatta a priori dal dott. da Villa, in base alle caratteristiche macroscopiche del cuore da me descritte nel caso in discorso, che si fosse trattato di una mors timica, è una concezione tutta personale e molto aprioristica in aperto contrasto con l'esperienza anatomo-patologica circa lo stato del cuore nella mors timica. Per ciò rimando il collega a pag. 993 del classico trattato di Pende: *Endocrinologia.* In esso il predetto collega troverà che il cuore nella mors timica risponde perfettamente ai caratteri che sono stati descritti nel nostro caso.

Quanto poi all'eventuale intervento dell'insufficienza paratiroidea a completare la sindrome che ha presentato la nostra P. faccio notare al collega che essa fu invocata in sola via di ipotesi, dopo aver escluso altre condizioni morbose capaci di determinare il trisma e la contrattura dei muscoli della nuca fra le quali prima di tutte l'infezione tetanica anche nella sua forma di tetano cefalico, per moltissime ragioni già esposte.

D'altra parte tale ipotesi trova appoggio, oltre che nel dottrinario di fisiopatologia endocrina già citato, anche nell'esperienza clinica. Sono stati infatti descritti casi di spasmofilia associati ad ipertrofia timica da Mouriquand e Weil (v. *Presse Médicale,* n. 25, 26 marzo 1930). Gli AA. hanno descritto un caso di iperplasia timica accompagnata a spasmofilia in una piccola che presentava laringospasmo ed i segni di Trousseau-Chvosteck.

Morgan-Rolph-Brow (*Jour. of the Am. Med. Associat.,* 5-III-1927) in una statistica di 54 casi di ipertrofia timica riscontrarono: in 29 spasmi dei muscoli inspiratori, in 9 sincopi, in 8 cianosi, in 7 tosse ostinata rauca, in 6 respirazione nasale rumorosa, in 5 attacchi di soffocazione.

Molte altre ricerche sarebbero state assai più utili di una inopportuna ed ingiustificata puntura lombare tanto invocata dal collega, ma come risulta dal testo del lavoro la bimba rimase sottoposta alla nostra osservazione per un periodo non più lungo di 10-15 minuti.

L'unica ricerca possibile, dopo un sommario esame obbiettivo, fu quella da noi ritenuta indispensabile della autopsia, che fu eseguita e corredata anche del reperto anatomopatologico microscopico.

E con questo resta in modo certo documentata la diagnosi della forma morbosa presentata dalla P. di uno stato timo linfatico congiunto a trisma e contrattura dei muscoli della nuca che sono stati interpretati sulla scorta dei dati di fisiopatologia e di osservazioni cliniche, come espressione di uno stato di ipoparatiroidismo.

L'applicazione dell'apribocca e della spatola linguale, rese necessarie per completare l'esame obbiettivo, non rappresenta che una condizione del tutto occasionale nel determinismo della morte che riveste i caratteri della così detta mors timica.

Dott. Alessandro Caribotti.

Rimini, ottobre 1935, anno XIII.

Con questo articolo consideriamo chiusa la polemica.

La Redazione.

In un prossimo Fascicolo pubblicheremo:

ANEURISMA DELL'AORTA TORACICA

LEZIONE CLINICA

del prof. **CESARE FRUGONI**

BIOGRAFIE.

CH. RICHET

Poche vite di uomini scienziati furono armoniche come quella di CH. RICHET. E nessun uomo, al tempo nostro, ebbe come Lui la virtù di comunicare l'entusiasmo della Scienza e la fede nell'avvenire dell'umano potere sulla Natura. La sua sicurezza era incrollabile. Non si stancava mai di ripetere « ... *l'avenir et le bonheur de l'humanité dependent de la Science* » (CH. RICHET. *Le Savant.* Hachette, éd., Paris, 1923).

Ha combattuto non solo con la penna, ma anche con la parola e la sua parola eloquente, mentre aveva gli accenti di un'anima inspirata, risuonava, sempre, così alta e forte, che, pur conservando impeccabile il rigore scientifico, era pervasa da calda potenza di idealità e pareva, in certi momenti, inebriata di verità. Perciò la sua eloquenza scientifica così spesso si elevava ad altezze liriche. Era un piacere ascoltarlo e faceva gioire della gioia che solo la verità può dare.

Durante il suo lungo tirocinio di insegnante CH. RICHET ha potuto assistere, prendendovi larga parte, al grande movimento che ha trasformati i nostri metodi ed ha fatto delle Scienze biologiche la base della Medicina. « ... *Les sciences médicales sont, en effet, des sciences biologiques* »: (CH. RICHET. *Apologie de la Biologie.* G. Doin, éd. Paris, 1929).

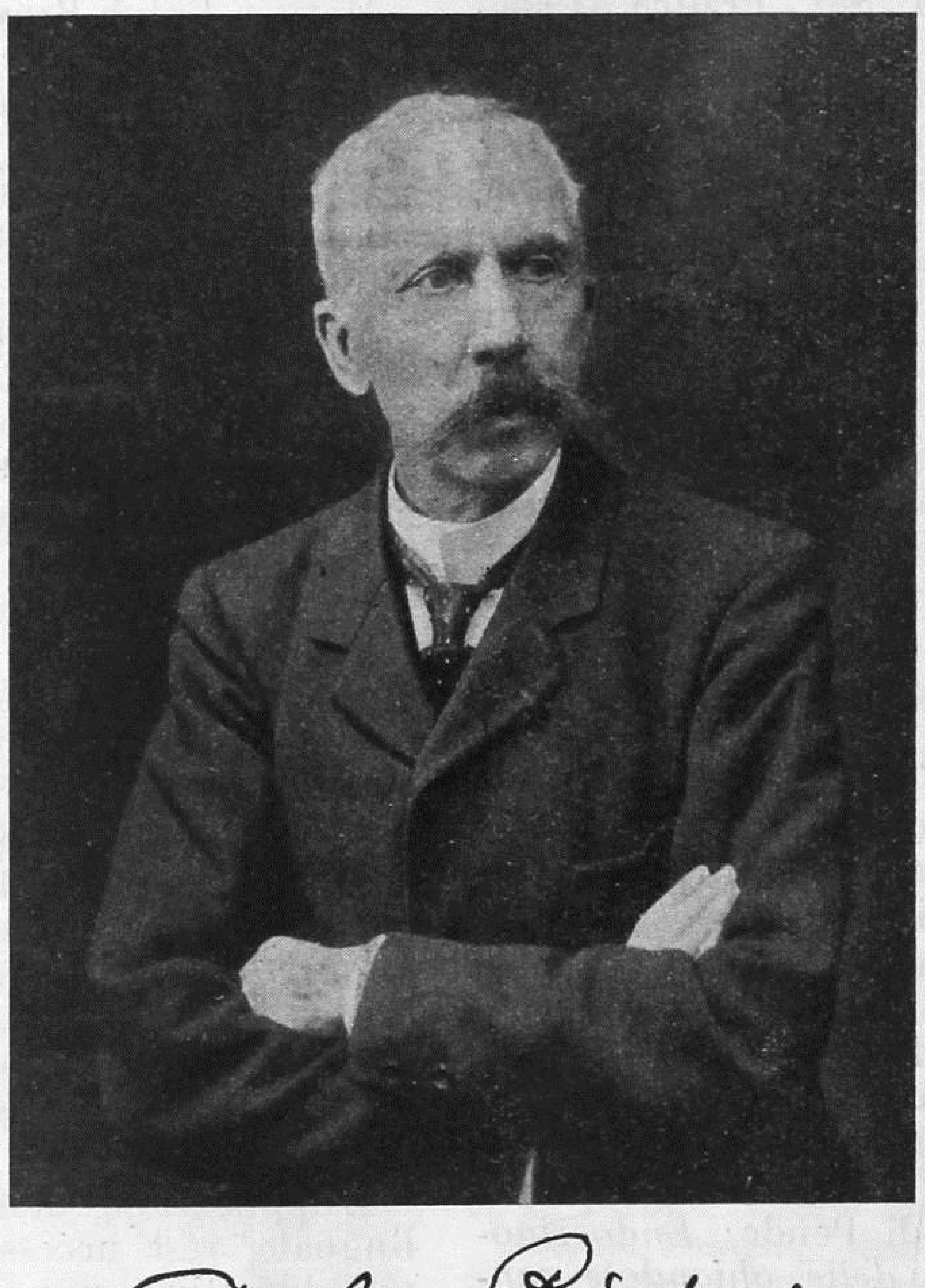
Le scienze biologiche, in vero, hanno esercitato ed esercitano un'influenza feconda nei progressi della medicina pratica e concorrono ad arricchire il sapere e perciò anche il potere del Clinico che raccoglie tutti i raggi di esse per illuminare con un fascio convergente il campo delle sue osservazioni.

Uomo di genio è stato un nuovatore. Ciascuna volta, in vero, che CH. RICHET intraprendeva uno studio, scopriva un fatto nuovo.

Ed il *principio della sieroterapia*, questo grande metodo che s'impose non solo nella Terapia ma anche nella vita dell'umanità, non si deve a CH. RICHET e suoi collaboratori? (CH. RICHET. *Souvenir d'un physiologiste.* Pyronnet ecc., éd., Paris, p. 40, 1933). La scintilla, che in un'ora sublime illuminò il suo spirito, segnò l'inizio di quella feconda rivoluzione della Terapia, per cui, fra l'altro, milioni di bambini furono e sono preservati dalla difterite ed è ormai scomparso quello spavento per la tremenda infermità che agghiacciava il cuore alle madri e che il CARDUCCI scolpì nei suoi versi famosi:

« Entra ella, e passa e tocca; e senza pur volgersi [atterra
Gli arbusti lieti di lor rame giovani;
Miete le bionde spiche, strappa anche i grappoli [verdi ».

Ma la scoperta che coronò tutto il suo lavoro scientifico (*sul calore animale; sul meccanismo della regolarizzazione termica* ecc.), e gli fece, nel 1913, assegnare il Premio Nöbel, fu quella dell'« *Anafilassi* ». Più di 4.000 lavori sono apparsi in Francia ed all'Estero consacrati allo studio di tale questione!



1850 - 1935.

CH. RICHET, letterato, drammaturgo, ma anche filosofo ha creato la *metapsichica*, che è ancora assai incerta e di cui i risultati sono molto discussi. Ma non si può negare l'interesse del tentativo ed inviando a me, onorandomi della sua stima e della sua alta amicizia, un suo ultimo libro « *La grande Speranza* » (ediz. ital. Mondo occulto, Napoli, 1934), così mi scriveva: « ...*il est quelque peu audacieux, mais je crois que les savants ne doivent pas avoir peur de dire ce qu'il croient être la vérité* ».

Per noi Italiani, CH. RICHET ebbe un'irresistibile simpatia ed a 65 anni, con fervore giovanile e con fede illuminata sostenne a Roma, nel tragico autunno del 1914, la necessità, con noi *interventisti*, dell'unione tra Francia ed Italia, auspicante a costituire la forte e fraterna unione dei popoli latini. Nel maggio radioso che fu « ... *squisitamente e divinamente rivoluzionario* », così mi scriveva « ... *voici donc arrivé le moment que j'éspерais!... l'union des nos grands et nobles pays. Après la victoire, nous cherchons de la rendre, cette union, indissoluble* ».

Nell'ora che volge il vegliardo si trovò all'avanguardia nell'« *Appello degli intellettuali francesi* » ed in data 10-10-1935, con nostalgia verso la Patria nostra, avente il divino dono della bellezza e l'aureola di una incomparabile storia civile, mi scriveva per l'ultima volta:

« 10-10-1935.

Cher Collègue et ami,

Merci de votre précieuse lettre qui me va au coeur.

Depuis longtemps je considère l'Italie comme une seconde patrie; comment pourrais-je ne pas prendre parte pour aller contre des nègres, des marchands d'esclaves et presque des antropophages.

A Vous en toute amitié fidèle

CHARLES RICHET ».

Salutiamo, romanamente, questo grande francese scomparso, il cui pensiero, seguendo, senza dubbio, le nozioni scientificamente acquisite, ma sorpassandole e dominandole, si è innalzato alle generalizzazioni le più ardite, ha conquistato a Lui l'immortalità terrestre, per la sua fedeltà alla Scienza « ...La grande liberatrice, capace, di sviluppare, al tempo stesso, la forza morale dell'uomo ». A. BONANNI.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Dolori addominali come sintomi di affezioni cerebrali.

(J. S. WECHSLER. *Journ. Amer. Medic. Assoc.*, 31 agosto 1935).

Le affezioni cerebrali di solito non sono accompagnate da dolori addominali. Quando nei tumori o altre malattie del cervello si hanno dolenzie gastriche, queste o vengono trascurate o sono attribuite alla nausea ed al vomito. Se il dolore è notevolmente forte si pensa a concomitanti malattie gastro-intestinali o della cistifellea, oppure si suppone che il tumore sia primitivo in queste sedi e secondario o metastatico nel cervello. La rarissima evenienza di dolori addominali nei tumori del quarto ventricolo è da qualcuno attribuito a partecipazione del vago. Molti anni fa l'A. fu colpito dalla osservazione di tre casi di ascesso frontale, di tumore intrapontile e del cervelletto, nei quali si verificarono violenti dolori addominali, che non erano affatto spiegati dalle condizioni assolutamente normali degli organi addominali.

Si poneva quindi la quistione se le affezioni cerebrali possono in qualche modo coinvolgere le vie nervose viscerali efferenti dalla corteccia attraverso l'ipotalamo alla regione del vago in modo da spiegare i dolori addominali. Una tale quistione si riallaccia ad altre. Si potrebbe in effetti pensare che l'emicrania addominale non sia altro che un esponente viscerale della condizione centrale. La stessa considerazione si potrebbe fare per i dolori addominali che possono costituire l'aura dell'accesso epilettico o esserne l'equivalente. Ancora più interessanti al riguardo sono i dolori addominali che sogliono verificarsi nell'encefalite acuta e cronica senza che vi siano lesioni radicolari atti a spiegarli. Il fatto dimostrato da Cushing che la iniezione di estratto pituitario nei ventricoli eccita la motilità gastrica, sconvolge la peristalsi e provoca pilorospasmo proverebbe che le lesioni cerebrali siano capaci di provocare dolori addominali. A dare ancora più rilievo alla quistione va aggiunto il fatto che le lesioni corticali sono talvolta accompagnate dall'ulcera peptica. Infine hanno anche importanza i dati sperimentali: l'ablazione della corteccia premotoria spesso determina intussuscezione.

La presenza di dolori addominali nelle affezioni cerebrali finora non è stata adeguatamente controllata. Ma ciò non vuol dire che sia rara. In effetti nello spazio di pochi mesi l'A. ha potuto constatarne ben 16 casi, di cui riferisce la storia clinica. Si trattava di affezioni endocraniche varie (ascessi epidurali e cerebrali, tumori, aracnoiditi). In tutti i casi i dolori addominali erano violenti e localizzati in modo da far fare la dagnosi di appendicite. Nella maggioranza dei casi fu praticata l'operazione, ma l'appendice fu trovata normale.

La interpretazione del meccanismo di produzione dei dolori addominali nelle affezioni cerebrali è difficile, date le scarse conoscenze sull'anatomia e fisiologia delle vie efferenti viscerali o autonome del cervello. Le difficoltà risultano ancora maggiori in relazione al fatto che nei casi esaminati le sedi delle lesioni cerebrali non erano le medesime, quantunque nella maggioranza dei casi il tumore aveva sede nella regione dell'ipofisi o prossima ad essa.

Le osservazioni cliniche di Cushing sull'insorgenza dell'ulcera peptica nei tumori del cervello medio, e i risultati dei già ricordati suoi esperimenti sulle iniezioni intraventricolari di estratto ipofisario, farebbero supporre per analogia che i dolori addominali siano in rapporto a lesioni del sistema autonomo posto nella corteccia cerebrale, nell'ipotalamo o nella regione del vago.

D'altra parte fin dal 1876 Bochefontaine dimostrò che l'eccitazione del giro sigmoide nel cane provoca contrazioni peristaltiche del piloro e talvolta anche del duodeno e dell'ileo. Altri sperimentatori dimostrarono che l'eccitazione corticale inibisce la peristalsi, in relazione al fatto che l'eccitazione del vago rimane senza effetto se le sue connessioni con la corteccia sono intatte, ma provoca peristalsi se la corteccia è asportata o se il vago è sezionato a varî livelli. Lo spavento provocherebbe, quindi, diarrea, in conseguenza di un'improvvisa inibizione corticale.

Ma recentemente Watts e Fulton in base ad esperimenti fatti sulle scimmie dimostrarono che la corteccia cerebrale contiene elementi del sistema autonomo sia inibitorî che eccitatori. Dimostrarono inoltre che le stazioni di passaggio dalla corteccia all'ipotalamo sono il nucleo rosso, la sustantia nigra ed il vago.

Il fatto che il dolore addominale, accompagnato per lo più anche da nausea e vomito,

può costituire l'aura o l'equivalente di un attacco epilettico, ed il fatto che l'eccitamento della zona motoria può dare sperimentalmente i medesimi effetti, prova l'esistenza di nuclei del sistema autonomo nella corteccia cerebrale.

La stessa fame morbosa può essere dovuta ad eccessiva motilità dello stomaco. Spiller constatò tale sintoma in un glioma del ponte e Watts in un meningioma del lobo frontale.

Gli accessi di emicrania possono essere accompagnati o anche del tutto sostituiti da violenti dolori addominali che possono mettersi in conto dei disturbi vasomotorî delle porzioni del cervello nella quale hanno sede gli elementi del sistema autonomo.

Il caso dell'encefalite non può essere invocato per la localizzazione cerebrale dei dolori addominali data la diffusione del processo morboso nella massa encefalica.

I dolori addominali isterici o psicogenici sono generalmente vaghi e diffusi, di rado sono intensi e sufficientemente localizzati per simulare una qualsiasi sindrome addominale. Tuttavia è di comune esperienza il fatto che vengono operati per appendicite, ulcera gastrica, colecistite individui i cui organi addominali sono poi trovati affatto sani. Non è dubbio che all'origine di questi dolori si trovano fatti emotivi. Del resto è ben noto come le paure improvvise possano provocare aumento della peristalsi intestinale e diarree, nonchè aumento delle contrazioni dello stomaco e vomito. Non è ben chiaro se questi fatti sono in rapporto ad un processo d'inibizione o di eccitazione, ma sembra ben certo che si tratta di fatti cerebrali nei quali sono involti circuiti della corteccia, dell'ipotalamo e del vago. Poichè l'irritazione o in genere le lesioni della corteccia o di altre parti del cervello possono provocare dolori addominali, non è improbabile che i dolori addominali isterici siano l'espressione di un processo psicofisiogenico, che è a sua volta l'esponente di disordini funzionali delle più alte attività cerebrali. DR.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA.

La prostigmina nel campo ostetrico-ginecologico.

(P. SPOTO. *La Ginecologia*, aprile 1935).

La prostigmina è l'estere dimetilcarbaminico del metilsofato di m.-ossifeniltrimetilammonio ed è una sostanza che presenta tutti i pregi della fisostigmina senza averne le azioni secondarie e tossiche.

Le sue principali caratteristiche sono le seguenti:

a) azione peristaltogena analoga a quella della fisostigmina;

b) nessuna azione tossica sul cuore, sui vasi e sui centri nervosi;

c) nessuna azione di crampo sui muscoli ciliari;

d) rapida dissociazione nell'organismo.

Per queste proprietà la prostigmina è stata subito oggetto di studio, dopo la sua scoperta da parte di Wite e Stedman e di Aeschlimann e Reinert, e in breve tempo sono stati pubblicati numerosi lavori scientifici su di essa e sulle sue applicazioni sopratutto in chirurgia.

In ostetricia e ginecologia importanti ricerche sono state fatte da AA. stranieri che hanno usato il nuovo farmaco per ristabilire il peristaltismo intestinale, sia dopo operazioni sull'utero ed annessi, sia dopo il parto. In Italia la prostigmina non era stata oggetto di studio sistematico ed è perciò che l'A. ha ritenuto opportuno fare una serie di ricerche tendenti a saggiare l'azione del preparato sia dal punto di vista sperimentale che da quello clinico.

A) Contributo sperimentale: si tratta di una serie di ricerche su animali a sangue caldo (cavia, coniglio, gatto) eseguite allo scopo di indagare l'azione della prostigmina sull'apparato digerente, genitale, urinario. Da questi esperimenti l'A. ha dedotto che la prostigmina esplica una azione eccitante qualunque sia il tipo di fibra muscolare liscia sottoposta alla prova. Tale azione è come intensità, massima per la fibra intestinale, minima per la fibra uterina, media per la fibra vescicale e l'uretere. Riguardo all'intestino l'azione eccitante si manifesta prevalentemente sul tenue, mentre inferiore e meno costante appare l'azione sul crasso.

Mentre la fibra uterina reagisce molto poco alla presenza della prostigmina, e così pure l'uretere, la vescica invece appare discretamente influenzata da questa sostanza.

Il preparato è altamente efficace anche in minime concentrazioni, mentre vi è una grande distanza tra le concentrazioni eccitanti e quelle deprimenti.

B) Contributo radiologico: l'A. ha eseguito ricerche sopra sei pazienti affette da malattie ginecologiche ma con funzionalità dell'apparato digerente normale o quasi, allo scopo di studiare il comportamento dello stomaco e dell'intestino (tenue e crasso), prima e dopo l'iniezione di prostigmina. I risultati di queste ricerche sono esposti in una tabella: da essa appare chiara una netta riduzione del tempo di svuotamento dello stomaco dopo l'iniezione del farmaco; tale riduzione è meno evidente ed incostante per l'intestino tenue; per il crasso è segnalato un notevole ritardo nel tempo di svuotamento. Da queste e da altre costatazioni sembrerebbe che l'azione della prostigmina si esplicasse solamente sulla 1ª e 2ª porzione dell'apparato digerente (stomaco, tenue); ma in realtà anche il crasso ne è influenzato, come è stato possibile all'A. costatare nel corso di radioscopie.

Dopo l'introduzione della prostigmina per via endovenosa, tutte le pazienti hanno accusato piccoli disturbi di origine vagale.

C) Contributo clinico: l'A. riferisce intorno a n. 118 casi clinici: 10 osservazioni riguardanti pp. affette da stipsi in gravidanza;

12 osservazioni riguardanti pp. con malattie ginecologiche e stipsi ostinata; 32 osservazioni riguardanti pp. in puerperio con atonia intestinale; 20 osservazioni riguardanti pp. in puerperio con paresi vescicale; 44 osservazioni riguardanti laparotomizzate per indicazione ostetrica o ginecologica, affette da distensione dell'addome per mancata canalizzazione dell'intestino.

Ad ogni singolo gruppo di osservazioni è dedicata una tabella comprendente varie colonne nelle quali è registrato: 1) il tempo di comparsa dei primi segni di più energica peristalsi; 2) il tempo di inizio della ventosità; 3) il tempo di comparsa dello stimolo alla minzione od alla defecazione; 4) il tempo impiegato per l'evacuazione; 5) i dati della temperatura; 6) quelli del polso; 7) del respiro; 8) della pressione e 9) in una ultima colonna i punti più salienti dei protocolli sperimentali. La via di introduzione del farmaco è stata in un primo tempo quella intramuscolare ed in seguito anche quella endovenosa; quest'ultima via ha dato i risultati migliori ed è riuscita sempre ben tollerata.

La dose adoperata è stata di mg. 0,5 in cc. 1,1 di veicolo.

I risultati ottenuti sono stati i seguenti:

a) la prostigmina non è stata eccessivamente efficace a vincere la stipsi che si verifica in molte pazienti nelle gravidanze avanzate; le iniezioni però sono state sempre ben tollerate e l'utero gravidico non ne è stato influenzato; il polso e la pressione hanno subìto lievi oscillazioni;

b) lo stesso dicasi per le pp. affette da malattie ginecologiche con stipsi ostinata;

c) il terzo gruppo di osservazioni, comprendente le pp. affette da atonia intestinale, meteorismo, distensione dell'addome in puerperio (parto spontaneo od operativo) ha dimostrato la grande efficacia della prostigmina in questi casi: dopo introduzione della medicina per via endovenosa si è quasi sempre avuto costante senso di energica peristalsi, seguito a brevissimo intervallo da ventosità e diminuzione della distensione addominale con immediato sollievo della paziente;

d) in donne laparotomizzate affette da distensione dell'addome per mancata canalizzazione dell'intestino, la prostigmina è riuscita a ripristinare la canalizzazione stessa, rimuovendo tutti i disturbi che accompagnano il quadro dell'ileo paralitico;

e) nei casi di paresi vescicale infine l'effetto farmacologico non è stato così manifesto come per i casi di paresi intestinale; tuttavia la prostigmina ha sollecitato lo stimolo alla minzione che in molti casi è avvenuta dopo ripetute iniezioni di essa. Vicentini.

Il trattamento dell'eclampsia.

(B. Stroganoff. *Traitement de l'éclampsie*, Masson).

Nel trattamento dell'eclampsia due tendenze opposte si dividono il campo, quella degli interventisti ad ogni costo e quella dei non interventisti. L'A. rappresenta la parte estrema di questi ultimi ed espone il suo metodo in questa recente pubblicazione.

Gli accessi eclamptici, egli osserva, hanno un'influenza nefasta sul cuore e sul respiro e contribuiscono alle complicazioni dell'apoplessia, della polmonite, della setticemia. È quindi necessario sopprimerli ad ogni costo, trattando con la stessa energia le eclampsie della gravidanza e del parto; si daranno dosi minori di narcotici in quelle post-partum, ma se esse tendono ad aggravarsi, si ricorrerà alle quantità medie ed anche massime.

Durante l'accesso, evitare che la paziente si faccia del male o si morda la lingua. Dopo l'accesso, dare dell'ossigeno sino alla fine dell'asfissia. Durante l'accesso, il cloroformio è nocivo, ma è invece utile se la paziente respira ed ha delle convulsioni cloniche.

In seguito, si elimineranno tutte le cause di irritazione: silenzio completo, camera oscura, esplorazioni ridotte al minimo, sorveglianza ininterrotta. Trasporto della malata sotto cloroformio, pochi contatti. Somministrazione della morfina e del cloralio sotto cloroformio.

All'inizio: morfina (mg. 15). I ora: cloralio (g. 2 per il retto o se la malata è cosciente per bocca). III ora: morfina come sopra. VII ora: cloralio come sopra. XIII ora: cloralio g. 1,5. XXI ora: cloralio g. 1,5. Le due ultime somministrazioni si fanno generalmente senza cloroformio.

Nei casi gravi e nelle donne robuste, si aumenterà la dose di morfina a 20 mg. e del cloralio a g. 2,5; mentre si abbassano rispettivamente a mg. 10 e g. 1 nelle prime due ore dopo il parto. Se la malata è cosciente, il cloralio si darà per bocca con del latte; altrimenti per via rettale, con latte o soluzione fisiologica o, meglio, soluzione di Ringer: 100 cmc. a 40°.

Durante i due primi intervalli, qualche volta si dà del cloroformio alla comparsa dei segni prodromici della crisi convulsiva (2-5 cmc. in 3-5 minuti). Se il parto non avviene nel giorno seguente, si dà del cloralio (g. 1-1,5, 3 volte per 24 ore). Se lo stato generale è buono e non si hanno accessi per 12 ore, diminuire la dose dei narcotici.

Se malgrado tale trattamento, le crisi convulsive si ripetono 3 volte od anche 2, in forma grave, fare un salasso di 400-500 cmc.; non lo si pratica se il parto si compie nelle 2 ore seguenti.

Compiere il parto non appena possibile (forcipe, versione, ecc.); se non vi sono controindicazioni e vi sono dolori ed apertura del collo di un dito e più, rompere la sacca.

Stimolare le funzioni vitali degli organi principali: tener la malata calda, dare del tè o del latte caldo (per il retto, con soluzione fisiologica, se la malata è incosciente). Dare dell'ossigeno dopo la prima crisi convulsiva, circondare la malata di aria tiepida, rinnovando l'aria della stanza 4-5 volte al giorno.

La malata incosciente va messa di preferen-

za sul fianco destro; pulire la bocca ed il naso da sangue e mucosità.

Dopo la soppressione della crisi, se il polso è a 110 e più, dare 2 cucchiai di digitale (g. 0,6/200) 3 volte al giorno (per bocca o per via rettale); se il cuore s'indebolisce, canfora, caffeina, digalen.

Nelle donne che hanno a domicilio più di 6 crisi convulsive, fare subito il salasso e rompere la sacca.

Sorvegliare la paziente ed il bambino per le prime 24 ore dopo il parto.

Nei casi gravi, arrivare a 9 g. di cloralio e 40 mg. di morfina nelle 14 ore (introduzione più frequente). Sino alla soppressione degli accessi, dare più volte del cloroformio.

I segni prodromici della crisi eclamptica sono: l'aggravamento della cefalea (espressione dolorosa del viso), i gemiti, l'agitazione della malata, l'aumento di tensione del polso, la contrazione di muscoli isolati, i disturbi della vista nelle malate coscienti, la fissità dello sguardo, la torsione permanente della testa.

È formalmente controindicato l'introdurre dei liquidi *per os* nelle malate incoscienti e di dar da mangiare nella giornata in cui si sono avute le crisi. Il giorno dopo, dare del latte con del tè (non oltre 400 cmc. al giorno). Tener sempre conto di tutti i narcotici somministrati. *fil.*

DIETETICA.

Il regime dietetico condizionatamente libero nel trattamento del diabete mellito.

(B. W. ERCKLENTZ. *Deutsche Mediz. Wochenschr.*, 29 nov. 1935).

Il problema dietetico nel diabete melilto, anche dopo aver subito revisioni molteplici dopo l'inizio dell'era insulinica, non sembra che possa dirsi risolto; permane in linea di massima la regola fondamentale della dieta di risparmio, intesa nel senso qualitativo e quantitativo, come è stata formulata da v. Noorden; si odono però delle voci sempre più numerose in favore di una somministrazione meno limitata degli idrati di carbonio, fino a giungere alla dieta ricca in essi, preconizzata recentemente da Adlersberg e Porges.

Un nuovo tentativo piuttosto audace, ma già coronato da un certo successo, è stato recentemente intrapreso da Stolte, coll'introduzione di dieta libera nel trattamento del diabete dei bambini; l'A. somministrando quantità relativamente alte di carboidrati secondo il desiderio dei piccoli pazienti stessi, e associandovi un trattamento insulinico opportunamente dosato, ha potuto ottenere dei notevoli miglioramenti sia nello stato generale degli infermi, sia per quel che riguardava la tolleranza alimentare.

Ora, il nuovo procedimento leggermente modificato è stato da W. Ercklentz applicato ad un numeroso gruppo di malati adulti affetti da diabete mellito; l'A. comunica attualmente sui risultati della sua esperienza, accumulati nello spazio dell'ultimo biennio.

Il principio fondamentale adottato dall'A. nella scelta della dieta è rappresentato dal fatto che è lo stesso infermo a indicare la quantità desiderata dei carboidrati ed a sceglierne la specie; la limitazione viene caso mai applicata alla quantità globale delle albumine e dei grassi; la quantità giornaliera dell'insulina viene graduata più che altro in rapporto alla glicosuria (il trattamento richiede però un'accurata sorveglianza medica).

Lo schema del trattamento colla dieta condizionatamente libera è il seguente: l'infermo (a meno che non presenti sintomi di precoma) viene per due giorni sottoposto all'esclusiva dieta lattea (1 L. al dì): di solito tale misura transitoria è sufficiente per scaricare il ricambio, diminuire l'iperglicemia e l'acetonuria e provocare un sollievo subiettivo all'infermo. Se l'acetonuria è scomparsa segue un giorno senza carboidrati; nel caso contrario si passa subito al regime misto; in base ai dati di laboratorio dei giorni precedenti si associa o meno il trattamento insulinico. Nei primi giorni la dieta mista è composta in modo da fornire 1-2 gr. di glicidi, 1,5 di albumine, 1 di grassi per kg. di peso corporeo. L'esistenza di una glicosuria superiore a 20 gr. comporta l'indicazione dell'uso di insulina nella quantità di 30-45 u. divise in 3 volte; questa può e dev'essere aumentata nei casi di glicosuria più accentuata fino alla completa o quasi scomparsa di essa; raggiunto tale intento si passa alla dieta condizionatamente libera, nella quale i grassi e le proteine vengono mantenute nei limiti suaccennati, mentre viene soddisfatto il desiderio del p. nel riguardo dei carboidrati: non è raro che la quantità di questi raggiunge 300 e più gr., poichè esiste nell'organismo una vera sete e un reale bisogno di carboidrati; in questo periodo la quantità dell'insulina viene regolata in base alla reazione di Nylander da eseguirsi prima di ogni pasto; se questa risulta fortemente positiva la dose viene aumentata di 5 u.; nel caso di reazione debole, di due u. La negatività della reazione autorizza alla prudente diminuzione della dose.

È degno di nota il fatto che l'aumento della quantità di glicidi non comporta affatto una proporzionale richiesta di maggiore quantità d'insulina; la legge dell'equivalente insulinoglicidico non troverebbe quindi la sua conferma.

Va inoltre rilevato che dopo un certo periodo di tempo scema anche il bisogno subiettivo dei carboidrati da parte dell'infermo, il quale si limita a consumarne 150-200 gr. In quest'epoca può essere anche gradualmente abbassato se non addirittura sospeso l'apporto della insulina; viene allora anche fissato il trattamento stabile dell'ammalato che gli consente di riprendere il normale tenore di vita.

Nella sua esperienza (della quale vengono

citati alcuni casi tipici) l'A. finora non ha trovato casi ribelli al procedimento enunciato. Fanno eccezione solo i casi affetti da complicazioni mediche o chirurgiche che richiedono un'insulinizzazione intensa. (Va notato però che da alcuni casi citati risulta come l'A. anche in assenza di complicanze è ricorso talvolta alle dosi quotidiane di 100-150 u. di insulina).

Il successo del trattamento colla dieta condizionatamente libera si rende anzitutto evidente col miglioramento generale del paziente, col ritorno dell'euforia, dell'attività psichica e fisica normale (in parte forse dovuto al fatto che il p. non si trova sotto il continuo incubo di restrizioni impostegli dal medico). Secondo l'A., per virtù della dieta adottata e dell'apporto abbondante dei glicidi si ristabiliscono i processi normali del ricambio; le cellule si riforniscono di carboidrati dei quali prima risentivano la carenza; la glicemia viene abbassata di solito, come se fosse scomparsa la necessità di essa quale fenomeno compensatorio; migliora tutto il bilancio (per non dire tolleranza) dei glicidi, tanto da poter ridurre l'insulina. L'A. non esita ad ammettere che la dieta ricca di carboidrati permette perfino una guarigione o forse una rigenerazione del sistema insulare (Nixon e Richardson); giunge quindi a considerare il regime condizionalmente libero quale trattamento etiologico e non più sintomatico del diabete mellito.

Certo è che i risultati comunicati dall'A. si presentano incoraggianti e seducenti; essi confermano l'idea che l'introduzione dell'insulina permette anche una revisione completa dei concetti dietetoterapici inerenti al diabete; però solo una esperienza più vasta potrà dar ragione all'ottimismo più o meno giustificato nei riguardi della possibilità di un ripristino del ricambio quasi normale nell'organismo diabetico. S. MINZ.

DIVAGAZIONI

Arte medica e medicina artistica.

La medicina è un'arte la quale si congiunge con la maggior parte delle altre perchè mette in opera i mezzi e i procedimenti che a queste sono comuni, e si vale dei doni del talento che sono spesso innati ma perfettibili. È ciò che l'opinione popolare ha compreso ed espresso qualificando il medico « uomo dell'arte » e la sua missione « l'arte di guarire ».

L'arte di guarire si esercita sia con la diagnosi, sia con l'istituzione della cura, sia con la determinazione della prognosi e la sorveglianza della convalescenza; ma è soprattutto nella diagnosi che il medico dovrà rivelarsi artista sotto l'aspetto del *vero clinico*. Imitando gli artisti che prima di iniziare il loro lavoro cercano di cogliere l'insieme ed i dettagli più notevoli del soggetto da riprodurre, il medico dovrà con un colpo d'occhio rapido e sicuro, studiare l'*habitus* del suo malato, la sua attitudine, il giuoco della sua fisionomia, le sue reazioni apparenti, e penetrare o indovinare quelle che sono più o meno dissimulate nel corso dell'interrogatorio, che costituisce naturalmente uno degli atti più importanti dell'esame per giungere alla diagnosi non solo, ma anche per una esatta cura del malato.

Egli procederà quindi alla esplorazione morfologica, sensitiva e funzionale del malato e dei suoi diversi apparati o sistemi fisiologici. In questa esplorazione e nella interpretazione dei risultati, egli dovrà dar prova di una grande sagacia per determinare la vera origine auto, endo o esogena delle modificazioni o dei disturbi osservati ed i legami da stabilire fra di essi: questo sarà un lavoro di artista e di psicologo più che una sperimentazione scientifica. Ciò non vuol dire che la sperimentazione scientifica non abbia valore, e nessuno vuol negare l'importanza delle ricerche di laboratorio e tecniche; ma esame clinico e ricerche scientifiche avranno valore per quanto riguarda la conclusione utile al malato ed al suo medico, solo se questo dà prova nella loro ricerca di sagacia, di perspicacia, di sensibilità, di discernimento e di chiaroveggenza, nel senso più ampio della parola; insieme di qualità questo, la cui messa in opera ha importanza almeno uguale a quello delle conoscenze scientifiche. Tutte queste qualità sono perfettibili quando il medico le possiede, ma alcune sono innate e non si possono acquistare.

Medici di ieri e di oggi, giovani o anziani nella carriera, tutti hanno conosciuto dei maestri o dei colleghi sapienti, la cui coltura era ammirevole e che pure facevano degli errori di diagnosi. Ma hanno altresì conosciuto degli umili medici pratici che avevano dimenticato o negletto di conservare e soprattutto di aumentare le cognizioni apprese all'Università e che pure meravigliavano per la facilità e la rapidità della diagnosi. Questi sono degli artisti e non dei sapienti, perchè i mezzi da essi messi in opera sono dei doni speciali della intelligenza e non delle conoscenze scientifiche. Questi stessi doni o qualità permettono al medico che le possiede, di riconoscere precocemente, nel corso della malattia, un sintoma nuovo ancora impercettibile per gli altri, indice di una complicazione imminente, elemento nuovo capace di cambiare o di influenzare la prognosi, mentre questi stessi segni o sintomi sfuggiranno al pratico che non possiede le suddette qualità allo stesso grado. È questa una prova del doppio carattere, scientifico ed artistico, della medicina. L'importanza del carattere artistico della medicina appare anche nella istituzione e messa in opera del trattamento ed in questa parte del suo compito l'artista, che è il me-

dico, se veramente possiede la sua arte, dovrà porre tutta la sua fede, fede che il sapiente non può avere perchè sa che la scienza è fallace, fede che il medico artista saprà inculcare anche al suo malato, per la guarigione del quale essa costituirà un potente fattore. Così il medico non si contenterà di buttar giù alcuni geroglifici che il farmacista decifrerà non senza sforzo, e dar svogliatamente alcuni cenni sulla maniera di curare il malato, e le precauzioni da osservare, ma ne darà ampia conoscenza al malato ed ai famigliari, sottolineando l'importanza dei minimi dettagli con fiducia e sicurezza, cercando di crearsi nell'ambiente un'atmosfera di fiducia e di autorità, non disgiunta alla naturale bontà: occorre che il malato e i suoi famigliari abbiano fiducia nel medico, nell'efficacia della sua opera e speranza nella guarigione.

È necessario aggiungere che durante l'interrogatorio e durante la visita il medico si preoccuperà di stabilire fra sè ed il malato una vera comunione mentale, una specie di sincronismo vitale e gli infonderà un poco del suo proprio dinamismo, che verrà così a rinforzare l'attività del trattamento prescritto?

Qui è il segreto del vero medico, che, aggiungendo alla scienza così imprecisa la fede e l'anima dell'artista, ottiene dei successi con dei mezzi terapeutici che erano falliti nelle mani di altri colleghi, di lui forse meno artisti.

G. LA CAVA.

(Da « La vie Médicale, 4-5-1935).

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. GRASSI. *Acridinoterapia della blenorragia femminile.* Vol. di pagg. 136. Pisa, Tip. ed. U. Giardini, 1935-XIII.

Dopo un breve proemio, in cui è messa in evidenza l'evoluzione che dai tempi di Ehrlich in poi ha subìto il significato di chemioterapia, l'A. studia nella prima parte del suo lavoro la costituzione chimica dell'acridina e dei suoi derivati, la loro azione fotodinamica, quella sui germi « in vitro » e nel vivo, ecc. sino alle loro applicazioni terapeutiche, sia per iniezioni endovenose contro la blenorragia, sia quale acridinoterapia locale, nell'uomo come nella donna, con i loro vantaggi ed inconvenienti.

Nella seconda parte l'A. espone i risultati dei suoi studî personali sull'acridinoterapia locale della blen. femminile, che rimontano fin al 1931-32; le sue ricerche sperimentali sulla diffusione delle soluzioni acridiniche nei tessuti uterini e quelle terapeutiche con la tecnica da lui impiegata nell'uso di un nuovo derivato dell'acridina contro le cerviciti blenorragiche (iniezioni interstiziali, intramuscolari attraverso il muso di tinca, sottomucose nel canale cervicale) e le bartoliniti (iniezione, quando sia possibile, del preparato nel lume del dotto escretore, o intracutanee in corrispondenza del terzo inferiore delle grandi labbra).

Una casistica di 29 malate di cervicite e 39 di bartolinite documenta i risultati ottenuti che sarebbero molto lusinghieri al punto di potersi talvolta avere con un solo intervento « sicura e sollecita guarigione di queste localizzazioni dell'infezione gonococcica, finora molto resistenti ad ogni altra cura ».

Senza discutere i successi conseguiti (per quanto conosciamo tutti come possano essere fallaci, anche nelle mani più esperte, i nostri mezzi per affermare in modo indubbio la guarigione di queste malattie) è necessario qui fare qualche riserva, anzi tutto sulla possibilità d'introdurre nella pratica quotidiana, e specialmente in quella privata, il metodo suggerito dall'A. e che, « a priori » almeno, sembrerebbe, anche con le più scrupolose cautele, non del tutto privo d'inconvenienti e di qualche pericolo; e poi anche sull'asserita specificità antigonococcica dei derivati acridinici. La stessa Presidenza della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, a cui nella XXVII riunione nazionale (1931) fu commesso l'incarico di riassumere l'ampio dibattito svoltosi su questo tema, proprio nelle conclusioni in parte riferite dall'A., pur riconoscendo ai preparati acridinici un'azione generica antiparassitaria (antisettica) che si manifesta in modo più o meno spiccato anche contro l'infezione gonococcica, sia per applicazione locale che per via endovenosa, affermava che « le ricerche di laboratorio, le indagini sperimentali ed i tentativi di terapia acridinica nelle affezioni gonococciche non ci autorizzano finora ad attribuire a questi preparati il valore di agenti dotati di proprietà chemioterapiche (specifiche) antigonococciche »: ed alla distanza di 4 anni non ci sembra vi siano ancora delle buone ragioni per pensarla diversamente.

Ciò detto, additiamo volentieri agli studiosi questo lavoro, condotto con piena conoscenza dell'argomento, suffragata da una bibliografia pressochè completa, con rigore di metodo e, a parte le riserve fatte dianzi, con obbiettività di giudizii: merito questo tanto più notevole in quanto i nuovi preparati, ora largamente in uso, se han trovato osservatori sereni e prudenti — così come si dev'essere in queste cose — i quali ne hanno ridotto le indicazioni entro i loro giusti limiti, hanno pure dei fautori un po' troppo assoluti ed entusiasti per poter credere che siano sempre dalla parte della verità.

V. MONTESANO.

G. DE BERNARDIS. *La difesa sociale contro le malattie sessuali in Italia e negli altri paesi* (con 10 figure intercalate nel testo). Roma, Studio editoriale degl'Istituti universitarii, 1935, pp. 246, L. 20.

L'A., dopo alcuni cenni sull'anatomia dell'apparato genito-urinario e sulla riproduzione, descrive sommariamente le principali infe-

zioni sessuali, i metodi più comuni per curarle, i danni sociali che ne derivano. E dopo avere esaminato le cause ed i fattori d'indole generale che influenzano la diffusione di queste malattie s'addentra nello studio della loro profilassi individuale e soprattutto sociale.

Premesse alcune generiche considerazioni sull'argomento, l'A. riporta poi lo statuto dell'Unione internazionale contro il pericolo venereo con il testo delle deliberazioni prese in alcune delle assemblee generali dopo la sua creazione; esamina il problema profilattico per la prostituzione, quello dell'educazione sessuale, della obbligatorietà o libertà della cura, del certificato prematrimoniale, della profilassi della sifilide ereditaria e da baliatico, con un riassunto della legislazione vigente in materia nei vari stati di Europa e fuori di Europa.

Da ultimo, dopo un capitolo sulla storia della profilassi pubblica in Italia, sono riportati i principali provvedimenti legislativi ora da noi in vigore, fra cui il regolamento Mussolini del 23 marzo 1923, le disposizioni del nuovo codice penale sul contagio della sifilide e della blenorragia, le provvidenze per l'assistenza alla maternità ed all'infanzia, il testo unico della legge di P. S. sul meretricio 26 giugno 1931 ecc.

Brevi notizie sulla profilassi di queste malattie fra le forze armate e nelle colonie ed alcune considerazioni sulla profilassi pubblica in Italia chiudono il lavoro, i cui lodevoli intenti sarebbero stati forse meglio raggiunti con una trattazione un po' meno sommaria, e qua e là un po' meno affrettata, di questi importanti problemi a cui l'aumento della sifilide, segnalato negli ultimi anni in molti paesi, indipendentemente dai loro ordinamenti profilattici, conferisce un carattere di grande attualità.

La curva di diffusione della sifilide obbedisce a leggi che, bisogna riconoscerlo, ancora oggi ci sfuggono in gran parte, nè l'uso, se non si vuol dire abuso, di moderni e potenti mezzi di cura ci ha dato quei risultati che era lecito sperare, cioè almeno la diminuzione della sifilide fra le popolazioni se non la sua minore gravità (sifilide viscerale, nervosa, metalue) negl'individui colpiti. Occorre solo rilevare che sulla fine della guerra europea chi conosceva la storia della sifilide, potè prevedere facilmente la diminuzione che si sarebbe avuta subito dopo il periodo bellico, e l'ascesa successiva che attualmente si verifica; nè mancò qualche pubblicazione in proposito. Ma su questo, come sugli altri argomenti, nulla di molto nuovo ci dice il lavoro il quale è opera dunque di pura divulgazione, utile certo ai profani, ma che, anche per questi, avrebbe potuto essere in molte sue parti meglio approfondito.

Discreta la veste tipografica, meno che per le figure; bibliografia abbastanza aggiornata per i recenti lavori italiani.

V. MONTESANO.

G. HORNUS. *La periodicité saisonnière des maladies épidemiques et en particulier de la poliomyélite*. Editore Masson e C., Parigi. Prezzo Fr. 28.00.

La periodicità stagionale delle malattie infettive costituisce ancora uno dei più difficili problemi della biologia.

In uno studio condotto nell'Istituto Pasteur l'A. affronta il problema prendendo in considerazione le variazioni che possono verificarsi negli organismi colpiti e quelle dei microbi, ossia le modificazioni del terreno e del germe patogeno. Tali variazioni possono essere in rapporto ad un ritmo insito nella natura stessa degli esseri viventi o in rapporto ad influenze metereologiche, cosmiche o telluriche.

La monografia riassume l'insieme dei risultati forniti sull'argomento da numerosi ricercatori ed apporta un rilevante contributo personale di critica e di fatti nuovi. DR.

Scritti in onore di Ersilio Ferroni. Vol. in-8°, di 710 pagg., con molte fig. Suppl. al volume XVIII della « Riv. It. di Ginecologia ». L. Cappelli, Bologna, 1935. Ediz. fuori commercio.

Il significato di questo bel volume che raccoglie oltre 30 lavori, trascende quello delle consuetudini accademiche, essendo esso reale espressione di affetto e di ammirazione degli allievi per il Maestro, che ha loro dato l'insegnamento, l'incitamento, l'esempio.

Nel trentennio di assiduo lavoro didattico, clinico e scientifico, che il prof. Ferroni ha iniziato giovanissimo a Cagliari, egli ha creato uno stuolo di allievi valorosi e fedeli che fanno onore al maestro.

Gli importanti lavori qui raccolti lo dimostrano. Ne citiamo qualcuno. Sui tumori peritoneali (C. Decio). Sulla ormonuria gravidica (M. Trettenero). Malaria e gravidanza (L. Bacialli). Reperti istopatologici del sist. nerv. di donne eclamptiche (S. Scaglione). Sui tumori maligni in donne irradiate (G. Abruzzese). Attività ginnico-sportiva e funzione mestruale (R. Bolaffi). La gravidanza ovarica (C. Superbi), ecc. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La questione dell'agranulocitosi da medicamenti.

Sono spesso riferiti casi di agranulocitosi consecutivi all'uso di medicamenti come piramidone, luminal e simili. Da uno studio di V. Schilling (*Med. Welt,* 14 dic. 1935), si conclude che la diminuzione del numero dei leucociti in tali casi non è da considerarsi più frequente che con altri preparati attivi e che rimane il dubbio che si tratti di una rara ipersensibilità, ovvero che il processo morboso contro cui viene prescritto il rimedio sia esso stesso allergizzante e costituisca la vera causa.

Comunque, è consigliabile di rinunziare a tali mezzi, quando vi sia neutropenia, oppure dei sintomi clinicamente sospetti, come ulcere, necrosi e ricorrere piuttosto alla terapia vitaminica oppure stimolante (raggi Röntgen). Non è giusto rinunciare, per il sospetto di un tale pericolo, a questi rimedi che possono essere assai utili. *fil.*

Un caso di pseudo-tumore dello stomaco nel corso di una anemia perniciosa.

E. Weil-Benzaquen (*Arch. Med. App. Mal. Nutr.*, 9, 897, 1935) parla di un uomo di a. 41, che da molti anni soffriva di disturbi postprandiali caratteristici, aveva avuto anche delle ematemesi, sì da far pensare ad ulcera gastroduodenale. Da qualche mese era dimagrito notevolmente, i disturbi si erano fatti continui, si era grandemente anemizzato. Un esame radiologico aveva messo in evidenza un difetto di riempimento antrale. Un esame ematologico praticato all'ingresso in ospedale dava 1.100.000 globuli rossi con presenza di megalociti e V. G. di 1.08. Per le condizioni gravi del paziente fu fatta una trasfusione e fu istituita una terapia epatica, che in breve tempo portò ad un aumento notevole di globuli rossi, ed un ritorno normale della formula, e ad un miglioramento talmente notevole del paziente, che dopo un paio di mesi aveva riacquistato il primitivo benessere. Gli esami radiologici ripetutamente praticati, pur mostrando sempre una immagine lacunare, erano di una certa variabilità, sì che fecero dubitare della diagnosi di epitelioma gastrico. D'altra parte il rapido miglioramento aveva fatto escludere si trattasse di tale affezione, e aveva fatto diagnosticare una anemia perniciosa.

Gli AA. pur non dando la spiegazione della immagine radiologica del difetto di riempimento, dicono come nella letteratura siano riportati altri casi di anemia perniciosa in cui era presente una immagine lacunare dello stomaco, e in cui alcune volte è stato possibile anche palpare tumefazioni che poi non sono state ritrovate alla autopsia. Danno molta importanza a questa evenienza, dicono come bisogna sempre precisare quando ad un difetto di riempimento dello stomaco si accompagni una anemia a tipo pernicioso, come si debba sempre provare in questi casi una terapia epatica e gastrica, che in poco tempo risolve la diagnosi ed evita un intervento non solo inutile, ma anche molto pericoloso date le gravi condizioni di questi malati. U. BRACCI.

La cura della malattia di Vaquez.

F. Tronchetti (*Cuore e circolazione*, settembre 1935), si occupa della cura della malattia di Vaquez (o poliglobulìa essenziale), riportando anche due casi di osservazione personale.

In molti casi, le irradiazioni Röntgen costituiscono il rimedio essenziale, ma deve essere tenuta presente anche la terapia con la fenilidrazina, per via orale, alla dose variabile di cg. 20-30 per settimana. Il rimedio non presenta pericoli ed anzi in uno dei suoi malati, l'A. somministrò dosi ben più elevate (10-15 cg. al giorno per 5 giorni), senza osservare disturbi di sorta.

Pure buoni, ma meno efficaci sono gli estratti splenici per via ipodermica.

La cura va sempre seguìta con frequenti esami ematologici. *fil.*

Trasfusione di sangue incoagulabile. Relazione su 700 trasfusioni.

Christ (*Br. Beit. z. klin. chir.*, V. 162 p. 268, 1935) riferisce su 700 trasfusioni praticate dal 1927 al 1935 nella Clinica Chirurgica di Basilea. Le indicazioni non si limitano alle emorragie, ma si estendono largamente agli stati di shock, agli stati setticicronici, alle intossicazioni. Nelle intossicazioni (ustioni estese, morbo di Basedow, alcuni casi di ileo) viene praticata la trasfusione (500 cmc.) dopo salasso (300-400 cmc.). Anche in alcune psicosi la trasfusione ha dato immediati miglioramenti.

Le controindicazioni sono rare; le più importanti sono disturbi di circolo, trombosi e arteriosclerosi, anuria, uremia, ipertensione di alto grado.

Le trasfusioni vengono sempre praticate con sangue citratato, che secondo l'esperienza dell'A. non dà mai disturbi notevoli per la presenza del citrato. Disturbi lievi si hanno con e senza citrato. La trasfusione è oggi un mezzo indispensabile, che non può essere sostituito da infusioni di soluzioni saline.

P. STEFANINI.

NOTE DI RADIOLOGIA

La dimostrazione radiologica della fossa intercondiloidea e sua importanza per la diagnostica del ginocchio.

Kaiser (*Br. Beit. z. Klin. Chir.*, V, 161, p. 528, 1935) riferisce i risultati e i vantaggi della tecnica di Frik per mettere in evidenza ra-

diograficamente la fossa intercondiloidea. A ginocchio flesso di 125°-130°, in modo che il tetto della f. i. sia parallelo alla superficie articolare tibiale, il raggio centrale viene diretto perpendicolarmente all'asse della tibia verso l'epicondilo laterale. Quindi il tubo viene ruotato fino a che il raggio centrale cade sulla metà dell'interlinea proprio sotto la rotula. Il film, messo in uno chassis pieghevole, viene modellato sotto il ginocchio e sorretto da un adatto sostegno. I radiogrammi ottenuti con questa tecnica offrono una completa visione della f. i. che non è possibile ottenere con altre proiezioni. L'A. con numerose osservazioni corredate di convincenti radiografie dimostra che nella f. i. possono annidarsi corpi liberi articolari, corpi estranei, neoformazioni ossee ecc. che sfuggono del tutto con le normali proiezioni.

Egli conclude raccomandando di non trascurare mai la proiezione di Frik nello studio radiografico del ginocchio. P. STEFANINI.

IGIENE

La panna artificiale.

Fra le numerose frodi che mettono alla prova lo stomaco e la salute del povero consumatore, se ne è ora aggiunta un'altra: la panna artificiale, che viene proprio dal paese modello del latte e delle latterie, la Danimarca. È una miscela di oli diversi (cocco, arachide, ecc.), con del grasso di maiale, fatta sapientemente in modo tale che gli indici fisico-chimici sono a un dipresso quelli del burro. Così l'onesto industriale che ha scremato il suo latte, può aggiungere un altro vantaggio sostituendo la panna asportata con quella artificiale e mettersi così in pace con la sua coscienza e con la legge. Perchè purtroppo questo è il destino dei rapporti tra frodatori e consumatori, di essere cioè come Achille e la tartaruga; quelli, di fatto, sono sempre un passo avanti e non appena la legge li raggiunge per un verso hanno già messo in opera un nuovo sistema di frode. Di fatto, nella fattispecie il chimico può determinare la quantità di grasso, ma non stabilirne la natura, nel senso che le variazioni della panna naturale sono tali che rientrano in quel 10-15 % di falsificazione che costituisce già un buon margine per il furbo scrematore.

L'aggiunta di olio di sesamo potrebbe essere prescritta per la fabbricazione della panna artificiale che sarebbe in tal modo facilmente rivelabile. Ma non è impossibile che questa possa venir fabbricata da privati con i piccoli omogeneizzatori che sono in commercio almeno in Francia secondo quanto dice A. Raybaud (*Marseille-méd.*, 25 novembre 1935); si potrebbe forse ricorrere alla misura della dichiarazione obbligatoria di tali apparecchi come si fa per quelli della radio o degli alambicchi.

Lo stesso A., oltre ai rigori della legge attuale, propone per questi avvelenatori e frodatori del prossimo le pene che erano in vigore cinque secoli fa e che appaiono in un editto di Filippo Augusto. In quei tempi, agli annacquatori si faceva ingollare il latte da loro battezzato fino ai limiti del possibile purchè non ne morissero. I venditori di burro sofisticato si esponevano alla berlina con il burro sulla testa, fino a che questo fondesse; i cani potevano andare a leccarli ed il popolino poteva dar loro la berta. Punizioni forse più efficaci e sentite che le miti ammende del giorno d'oggi!

fil.

VARIA

Le sorgenti calde dell'Etiopia e le condizioni igieniche.

Alla Società di Idrologia e Climatologia di Parigi, il dott. Cattier, medico del Ministero degli esteri francese, ha tenuto una conferenza sul clima dell'Etiopia, dalla quale si desumono alcune interessanti notizie.

Esistono in Etiopia sorgenti calde che non sono ancora state sottoposte ad alcuna ricerca scientifica; l'indigeno vi si reca a bagnarvi le sue ulcere, che sono le più delle volte di origine luetica. La documentazione nosologica infatti indica una proporzione di luetici in Etiopia che raggiunge il 75 per cento.

Una mortalità enorme, in ragione del 65 per cento, colpisce i neonati. L'abissino muore giovane a causa dei suoi eccessi alcoolici, e di altro genere.

L'igiene delle città è talmente deficiente che nella stessa capitale dell'Etiopia non esiste alcun servizio di nettezza pubblica: le jene, gli sciacalli e gli avvoltoi pensano a ripulire la città da una parte delle immondizie, mentre le dejezioni umane rimangono a imputridire l'aria della città.

Numerose razze coesistono entro le frontiere etiopiche: una di esse, la razza Amhara, si è assicurata il dominio sulle altre, ridotte a una specie di servaggio. Vi sarebbero circa tre milioni di Amhara sopra una popolazione di 10-12 milioni di etiopici.

La razza Amhara deve il suo predominio al traffico delle armi, che, col contrabbando delle armi, rappresenta il commercio più fiorente dell'Abissinia.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Atti dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, vol. II. — Tip. Arti Grafiche, Città di Castello, 1935.

S. DI MAURO. *Rilievi clinici e sperimentali sulle narcolepsie.* — Tip. Studium, Napoli, 1935.

C. COMBA. *Patogenesi e profilassi della broncopolmonite nella difterite.* — Ind. Grafiche Stucchi, Milano, 1935.

Relazione sull'attività nel primo anno di funzionamento dell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori. — Arti Grafiche Lolli, Roma, 1935.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Le attribuzioni dei prefetti in rapporto ai concorsi dei sanitari condotti.

Molte amministrazioni ritennero che le disposizioni del T. U. 1934, n. 1265 concernenti la nomina dei sanitari condotti regolassero anche i concorsi singoli comunali. Era un errore. Già ho trattato questo argomento e ho poi segnalato la giurisprudenza del Consiglio di Stato che ha riconosciuto la efficacia ultrattiva delle disposizioni del vecchio T. U., precisando che il nuovo ordinamento, organico e completo, si riferisce ai concorsi provinciali che saranno indetti secondo le norme della nuova legge e del regolamento.

Questo è un punto già fissato e non se ne discute più.

Frattanto, però, si sono verificate deviazioni. In molti casi le graduatorie sono state approvate dal Prefetto come se i concorsi fossero regolati dalle nuove disposizioni. Ha valore questo atto? Certamente no, perchè il Prefetto non ha attribuzione di controllo della graduatoria. L'approvazione è irrilevante, come se non fosse avvenuta. Qualora sia fatto ricorso, l'atto del Prefetto deve essere annullato; ma se l'interessato non abbia agito, nessun pregiudizio ne deriverebbe perchè l'approvazione non avrebbe alcun valore giuridico e non modificherebbe l'ordinamento del concorso. Con sentenza 13 luglio 1935, n. 735 la V Sezione del Consiglio di Stato ha annullato l'atto di approvazione del Prefetto per incompetenza. Da questo punto di vista non c'è difficoltà: anzi, non c'è nemmeno una quistione seria. Tuttavia ho creduto opportuno di segnalare la nullità della approvazione, per chiarire che, svoltosi un concorso per condotta singola comunale, anche se il Prefetto abbia approvato la graduatoria, applicando erroneamente l'art. 69 del nuovo T. U., l'interessato che voglia agire contro l'atto conclusivo del procedimento, cioè contro la deliberazione di nomina, per vizio della graduatoria, deve ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale denunziando ed esibendo gli *atti della Commissione e la deliberazione*. Del provvedimento del prefetto basterà indicare la irrilevanza giuridica.

Valore delle tariffe professionali per l'assistenza agli abbienti.

I sanitari condotti sono *obbligati* per legge a prestare la loro opera, quando ne siano richiesti, anche alle persone che non hanno diritto alla cura gratuita. In tal caso, l'onorario ad essi dovuto risulta — come è noto — da speciali tariffe che hanno efficacia vincolatrice. Si può sostituire, in certi casi, la volontà contrattuale? Se in un Comune la remunerazione dovuta dagli abbienti era regolata da norme particolari, prevalgono queste o sono efficaci le tariffe, « proposte per ciascuna Provincia dall'associazione sindacale, giuridicamente riconosciuta, competente per territorio e approvate dal Prefetto? » L'art. 4 del T. U. 1934, n. 265, che riproduce la disposizione del corrispondente art. 4 del R. D. 1923, numero 2889, ha certamente efficacia obbligatoria per tutti, nel senso che la tariffa deve essere osservata anche se altre ne siano state o ne siano approvate dall'autorità comunale.

Se espressamente non sia stata convenuta una remunerazione diversa, per accordo fra le parti, è, senza dubbio, obbligatoria la tariffa approvata dal Prefetto. In tal senso è la sentenza 25 luglio 1935, n. 2992 della Corte di Cassazione, III Sezione civile.

Un'altra quistione è più delicata. Gli interessati possono, d'accordo, stabilire caso per caso il compenso liberamente? Io credo che nemmeno per consenso possa essere stabilita una remunerazione diversa. L'art. 4 fa un obbligo al medico condotto e protegge coloro che, pur non avendo diritto alla cura gratuita, hanno titolo all'assistenza sanitaria. È da considerare che in molti Comuni è uno solo il sanitario e, quindi, le libere contrattazioni si formerebbero in condizioni disuguali, corrette è vero dal sentimento del dovere, ma valutate dal legislatore che, appunto per disciplinare l'assistenza sanitaria del medico condotto, ha stabilito l'obbligo della prestazione e le condizioni della retribuzione, deferendo al Prefetto il potere di determinarla per tutti i Comuni della provincia, con criteri uniformi e in relazione alla speciale situazione del sanitario che, essendo impiegato, ha già una remunerazione minima sufficiente, presuntivamente, ai bisogni essenziali. Perciò la tariffa è *speciale* e non corrisponde a quella normale della libera professione ed è obbligatoria.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

L'Istruzione Superiore in Senato.

Come abbiamo già detto, il Senato ha discusso ampiamente la nuova legge sulla Istruzione Superiore. Dopo la discussione, S. E. De Vecchi di Val Cismon ha preso la parola in risposta ai singoli oratori.

Il Ministro ha ringraziato il relatore per la relazione brillante e per l'illustrazione orale che ne ha fatto. Ha accolto la proposta di emendamento dell'art. 12 (soppressione dell'ultimo capoverso).

Ha spiegato al sen. De Marchi la portata dell'articolo 1, che ha lo scopo di non far mancare alle Università i mezzi per la loro vita e che non può essere modificato. Quanto alle sue osservazioni sull'art. 12, la risposta è implicita in quanto ha già detto al relatore. Una riduzione del numero degli Atenei non è possibile. La legge del giugno non mira a diminuire il numero degli Atenei, ma tende esclusivamente ad unificare nelle Università i varî Istituti Superiori che pullulavano da ogni parte. L'oratore ha chiesto al Parlamento tre anni di tempo per applicare questa legge. Ma i senatori professori di Università sanno bene che l'applicazione è già avanzata, che anzi il lavoro è pressochè compiuto e che il Ministro dovrà usare del potere concessogli ancora soltanto per pochi mesi.

Al sen. Conti Sinibaldi, il quale ha parlato delle categorie contemplate dall'art. 9, non è sfuggita l'importanza dell'ultimo comma dell'articolo stesso. Egli sa che l'elencazione dei liberi docenti è corretta dalla possibilità che ha il Ministro di intervenire con provvedimenti giustificati da particolari esigenze dell'educazione nazionale e degli studi; è il Ministro che ha il potere di eliminare o di non rendere possibili le iniquità.

Agevolazioni per gli universitari in Africa Orientale.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Educazione Nazionale, ha approvato uno schema di R. Decreto legge che concede agevolazioni agli studenti universitari militari in Africa Orientale.

Agli studenti universitari destinati in Africa Orientale si concede l'iscrizione al corso successivo d'ufficio ed indipendentemente dall'obbligo di aver superato gli esami dell'anno precedente.

Gli studenti di cui sopra sono altresì dispensati dall'obbligo di frequentare i corsi e le esercitazioni e da quello di presentare una dissertazione scritta per il conseguimento della laurea o del diploma accademico.

Vengono poi concesse una proroga del normale termine di pagamento per tutte le tasse (eccetto che per quella di immatricolazione, che dev'essere versata all'atto della prima iscrizione) e la dispensa totale dalle tasse stesse per coloro che, indipendentemente dal loro merito scolastico, risultino in disagiate condizioni economiche.

Sono infine autorizzate sessioni straordinarie di esami, sia di profitto che di laurea, in aggiunta alle sessioni normali.

Le agevolazioni di cui sopra non riguardano gli studenti i quali, essendo già provvisti di una laurea o di diploma accademico, intendano iscriversi per il conseguimento di altra laurea o diploma.

Cronaca del movimento professionale.

Il servizio sanitario a bordo delle navi mercantili.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato il R. D. L. 10 ottobre 1935-XIII contenente norme per assicurare il servizio sanitario a bordo delle navi mercantili. Il decreto stabilisce:

« Per il periodo di tre anni dall'entrata in vigore del presente decreto e quando ne ricorra la necessità il Prefetto può, con proprio decreto, ordinare l'imbarco per non più di due viaggi annui in qualità di medico di bordo, dei medici autorizzati a norma dell'art. 28 del vigente regolamento per la sanità marittima, residenti nella Provincia.

L'imbarco dei medici di bordo avviene alle condizioni del contratto collettivo ad essi relativo o in mancanza alle condizioni che saranno stabilite dal comandante di porto capo del Compartimento marittimo, sentite le organizzazioni sindacali legalmente riconosciute della gente di mare e dell'armamento. Chiunque contravviene all'ordine del Prefetto è punito con l'ammenda da L. 1000 a L. 5000. La condanna importa la sospensione dall'esercizio della professione, indipendentemente dall'esito del procedimento penale.

Il Ministro per l'Interno, su proposta del Prefetto, può disporre la revoca dell'autorizzazione.

Il Ministro per l'Interno ha facoltà, per il periodo di 3 anni dalla entrata in vigore del presente decreto, di consentire, in casi di necessità e urgenza, l'imbarco in qualità di medico di bordo a sanitari non muniti della speciale autorizzazione di cui all'art. 28 del regolamento per la Sanità Marittima.

Il presente decreto entrerà in vigore il giorno della sua pubblicazione nella « Gazzetta Ufficiale » del Regno e sarà presentato al Parlamento per la conversione in legge. Il Ministro proponente è autorizzato a presentare al Parlamento il relativo disegno di legge ».

Il rappresentante degli Odontoiatri nei Sindacati Provinciali.

Risultando al Sindacato Nazionale Fascista dei Medici che alcuni Sindacati provinciali non hanno curato di ottenere la designazione del rappresentante della sezione odontoiatrica, che a norma dello statuto deve partecipare a quelle sedute del Di-

rettorio che trattano questioni concernenti la odontoiatria, il segretario on. Morelli ha disposto che sia assicurata in tutti i casi l'osservanza della su accennata disposizione la quale ha ora assunto particolare rilievo in rapporto all'entrata in vigore del decreto sulle nuove disposizioni giuridiche delle professioni sanitarie. In conformità di legge, i segretari dei Sindacati provinciali medici sono stati invitati a provvedere perchè sia subito nominato dal Direttorio uno fra gli appartenenti alla sezione odontoiatri del Sindacato a membro aggregato dei rispettivi Direttori provinciali per le questioni concernenti la odontoiatria, per i provvedimenti relativi all'iscrizione, cancellazione e provvedimenti riguardanti gli odontoiatri non laureati.

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza medico-legale a favore dei marittimi infortunati.

Tra il Commissario Ministeriale della Federazione Nazionale Fascista della Gente del Mare ed il Presidente del Patronato Nazionale per l'Assistenza Sociale è stata firmata una convenzione allo scopo di perfezionare dal punto di vista medico-legale l'assistenza esplicata a favore dei marittimi infortunati.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Estratti alimentari.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il 30 dicembre uno schema di R. Decreto contenente le norme per l'attuazione della Legge 13 giugno 1935-XIII n. 1350 sulla disciplina della produzione e del commercio degli estratti alimentari.

CONCORSI

POSTI VACANTI.

RAVENNA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 31 genn., ore 16; direttore della Sez. Dispensariale di Lugo; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; età limite 40 anni al 20 nov.; docum. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

VARESE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Il Presidente del Consorzio ha reso noto, in data 12 dicembre u. s., che il termine utile per la presentazione della domanda e dei documenti per essere ammessi al concorso a cinque posti di Assistente Sanitaria Visitatrice presso i Dispensari Antitubercolari di detta Provincia è prorogato fino alle ore dodici e trenta del 15 febbraio 1936-XIV.

L'Università di Teheran richiede, per la sua nuova facoltà di Medicina, quattro professori aggregati, per insegnare le materie seguenti: patologia interna, batteriologia, fisiologia, anatomia. Rivolgersi alle Legazioni dell'Iran.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Università di Coimbra (Portogallo) ha nominato dottore *honoris causa* il prof. L. Pautrier, clinico dermatologo a Strasburgo.

L'Accademia di Francia ha eletto socio Giorgio Duhamel, uno dei maggiori scrittori francesi, il quale è anche medico autentico: fu nei servizi ospedalieri di chirurgia, esercitò privatamente e, durante la guerra, venne addetto ad un'autoambulanza chirurgica; ha anche pubblicato alcune memorie sull'uso terapeutico dei metalli colloidali.

Dedicatosi completamente alla letteratura, le sue conoscenze di medicina e di biologia hanno avuto molti riflessi nei suoi lavori.

In seguito al trasferimento a Roma del sen. prof. N. Pende, è stato costituito il nuovo Consiglio Direttivo della R. Accademia Medica di Genova. Presieduto dal prof. Aldo Fabris, direttore dell'Istituto di anatomia patologica, è composto dei proff. M. Barbara, A. Da Gradi, A. Connio, S. Ricca, E. Musante, G. Rossi, G. C. Segale, G. Mazzacuva, A. De Martini.

Il prof. Mario Donati è nominato direttore della Sezione chirurgica dell'Istituto « Vitt. Em. III » di Milano per lo studio e la cura del cancro.

Il gr. uff. Francesco Polenza è nominato direttore generale dell'Edilizia e delle Opere Igieniche.

NOTIZIE DIVERSE

Echi della nostra impresa africana.

Attraverso dati contradittorî, è stato ricostituito l'episodio relativo all'accampamento della Croce Rossa Svedese in Etiopia: ci limitiamo a notare che una bomba lanciata da un aeroplano italiano e caduta su di una tenda ha ferito due svedesi, uno dei quali è venuto poi a morte.

Il bombardamento era stato fatto come rappresaglia contro l'uccisione e la decapitazione del sottotenente pilota Tito Minniti, caduto prigioniero: il rispetto sacro dei prigionieri non trova posto tra i sentimenti degli etiopi.

In primo tempo, da parte abissina, erano state diffuse notizie esageratissime e false, secondo cui tutti i membri della missione svedese — composta di 9 svedesi e 23 indigeni — erano stati uccisi dal bombardamento italiano. Si sono anche avute manifestazioni di cordoglio e di riprovazione in Svezia e altrove. Poi i fatti sono stati ridotti ai loro veri termini.

Essi hanno addolorato molto anche gl'italiani; ma sono stati inevitabili. Difatti è da considerare che le norme generali della Croce Rossa fissano ben nettamente che tutti i suoi istituti non possono confondersi con le linee degli armati e con i rischi che esse comportano. È fissata una certa distanza fra la Croce Rossa e i combattenti. Se questa distanza non è mantenuta, la responsabilità è solo di chi non la osserva. L'azione di guerra non consente di regolare a brevissima distanza il tiro dei bombardamenti. Molto più, in quanto i segnali della Croce Rossa non sono ben visibili dall'alto. È anche provato che l'Etiopia, la quale ha aderito alla Convenzione della Croce Rossa solo alla vigilia dell'inizio delle ostilità, abusa fino alle più

intollerabili esagerazioni dei segnali di questo istituto per proteggere cose che non possono in alcun modo confondersi con le sue funzioni umanitarie. Il simbolo della Croce Rossa si è rivelato troppo spesso un trucco per occultare persino depositi d'armi e ricoveri nei quali capi e armati si rifugiano durante i bombardamenti.

In queste condizioni diviene impossibile di rispettarlo, a meno che gl'italiani non si mettano in stato d'inferiorità o di paralisi.

Che poi la formazione sanitaria svedese possa essere stata presa di mira dagl'italiani volutamente, come qualcuno ha preteso, è tale assurdità, che non merita di essere considerata.

Sezione laziale della Società Italiana di Gastroenterologia.

In ordine alla comunicazione fatta dal prof. Frugoni al Raduno Nazionale di Gastro-enterologia tenuto in Roma nel maggio u. s. e conformemente alle disposizioni dello Statuto della Società Italiana, si costituisce a Roma una Sezione Laziale della Società Italiana di Gastro-enterologia.

Detta Sezione per l'anno scolastico 1935-36-XIV è presieduta dal prof. Frugoni, coadiuvato da un Comitato Direttivo composto dai proff. P. Alessandrini, S. Baglioni e G. Egidi; segretario il dott. Bonadies.

Della Sezione Laziale possono far parte tutti i cultori della specialità o quei medici chirurghi e radiologi, residenti in Roma o nel Lazio, che, nell'ambito della medicina generale, si dedicano con particolare attenzione alla Gastro-enterologia.

Compito della Sezione Laziale è quello di studiare, conformemente alle possibilità di ciascuno, i problemi inerenti alla Gastro-enterologia e alla alimentazione dal punto di vista clinico e sperimentale.

I risultati delle ricerche, le esperienze cliniche e quant'altro può essere utile allo sviluppo degli studi sulla specialità possono essere comunicati nelle sedute scientifiche che si terranno il 2° venerdì di ogni mese in ore da stabilire, ora nella sede della Clinica Medica della R. Università, ora presso il Reparto Speciale di Gastro-enterologia dell'Ospedale di S. Spirito. A dette sedute partecipano e comunicano i soci. I colleghi non iscritti potranno partecipare alle sedute ma non alle discussioni se non presentati da un socio regolarmente inscritto.

La quota di iscrizione alla Sezione è di L. 30 annue.

Per ogni seduta verrà redatto per cura del segretario un breve riassunto da pubblicare nei principali periodici medici d'Italia.

Il nuovo sanatorio di Genova.

Il nuovo complesso sanatoriale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, inaugurato recentemente a Genova, occupa un'estensione di 47.000 mq., mentre le costruzioni propriamente dette si estendono per 5.000 mq., accogliendo 500 letti.

Il sanatorio, protendentesi a forma di U, si apre su di un vasto piazzale col prospetto di un pronao a sei colonne, nelle cui trabeazioni s'intercala il segno della doppia croce.

Il corpo centrale dell'edificio, nel piano immediatamente superiore all'atrio, è riservato al personale medico ed alle suore. Quivi è pure la cappella. Al secondo piano sono le sale chirurgiche, del sole artificiale, di applicazione dei raggi X, del pneumotorace; mentre nel terzo piano sono collocate le infermerie di degenza per i malati che abbiano subìto atti operatori. Nel medesimo corpo centrale, nei locali dello scantinato, sono i magazzini dei viveri, distribuiti mediante appositi montacarichi.

Le ali, invece, sono occupate dalle infermerie; quella a nord riservata alle donne, quella a sud agli uomini. Ogni infermeria, limitata a sei letti, è dotata, nella parte sud, di verande coperte con serrande avvolgibili e può essere isolata mediante porte a vetri scorrevoli. Ai servizi di lavanderia, stireria, guardaroba ed a locali di servizio del personale di fatica sono adibiti gli scantinati delle due ali, uniti da due gallerie sotterranee. L'ala destinata alle donne è dotata di un piano di più per la sezione maternità ed infanzia.

L'impianto idrico, oltre ad un piccolo serbatoio bilanciante di 300 mc., disporrà anche di un secondo serbatoio per un milione di mc. d'acqua.

Corsi internazionali di perfezionamento medico a Berlino.

L'Accademia berlinese per il perfezionamento dei medici organizzerà a Berlino i corsi seguenti:

Risultati pratici delle moderne indagini nel campo della medicina interna (24 febbraio-4 marzo), onorario: 50 RM; Sifilide degli organi interni (5-7 marzo), onorario: 20 RM (corsi 1 e 2 riuniti: 60 RM); Progressi pratici conseguiti nella diagnosi radiologica e radioscopica, nonchè nella radioterapia con riguardo ai criteri clinici, patologico-anatomici e fisiologici (9-14 marzo), onorario: 70 RM; Cura della tubercolosi (nel tubercolosario municipale di Berlino « Waldhaus Charlottenburg » situato a Sommerfeld; 16-21 marzo), onorario: 50 RM; Una settimana di ostetricia e ginecologia (23-28 marzo); onorario: 50 RM; Una settimana per le 28 marzo), onorario: 50 RM; Una settimana per le operazioni di laparatomia (20-26 aprile), onorario: 70 RM; Introduzione e corso di perfezionamento di omeopatia (20 aprile-16 maggio): il corso è diviso in 2 parti: i primi 15 giorni saranno dedicati a lezioni di carattere generale sulla materia, mentre gli altri 15 giorni comprenderanno dimostrazioni di perfezionamento; l'onorario è per ciascun corso di 40 RM, per tutti e due di 75 RM; gli assistenti medici verseranno rispettivamente RM 20 e 40; Corsi speciali in tutti i rami della medicina, così per quanto riguarda la pratica ospedaliera e come per le ricerche di laboratorio; tali corsi hanno luogo ogni mese; la tassa d'iscrizione è di 50 a 80 RM per 8 lezioni doppie.

Per corsi speciali sono previste le principali lingue straniere.

Per i programmi e informazioni particolareggiate, rivolgersi alla Segreteria della « Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung », Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

I medici stranieri o tedeschi stabiliti all'estero fruiscono sulle ferrovie del Reich del ribasso del 60 %. Inoltre, valendosi dei cosiddetti « Marchi registrati », il medico straniero può ridurre sensibilmente la spesa del proprio soggiorno in Germania. A tale scopo egli farà bene di assumere le necessarie informazioni presso la propria banca e prima di mettersi in viaggio.

Azioni giudiziarie.

Una recluta belga, cui si era praticata un'iniezione di vaccino antitifico al braccio sinistro, ha riportato una paralisi dell'arto, con impotenza completa: ha intentato causa contro lo Stato, reclamando 350.000 franchi per danni; la causa è giunta in Corte d'Appello, che ha riconosciuto giustificata l'azione giudiziaria, ma prima di pronunziarsi sull'indennizzo, ha ordinato una perizia medica per accertare se la paralisi provenga dall'iniezione.

In una casa di salute di Parigi di proprietà del dott. Candelot, il dott. Wladimir Passek, di Charcov, aveva praticato un innesto intradermico di testicolo di montone, sulla persona di certo sig. Janson; seguì un tetano, ad esito letale. La vedova ha intentato azione giudiziaria per danni, adducendo un difetto di asepsi. Il Tribunale correzionale di Parigi (10ª camera) ha ammesso soltanto l'esercizio illegale della medicina da parte del medico russo, non fornito di diploma francese; per tale infrazione, ha condannato, oltre al dott. Passek, anche il dott. Candelot.

Un po' dovunque.

Il presidente degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, sen. Luigi Devoto, ha convocato per il 6 gennaio una riunione, allo scopo di prendere in esame i provvedimenti da adottare contro l'uso di materiali di medicazione stranieri negli ospedali. Della riunione daremo notizie nel prossimo numero.

Per il 18 gennaio è indetta a Roma l'Adunata delle forze culturali della Nazione, promossa dal Consiglio centrale dell'Istituto Nazionale Fascista di Cultura, presieduto dal sen. Giovanni Gentile. Verrà riaffermata la partecipazione totalitaria della cultura italiana all'azione del Regime, per la difesa della libertà e dell'avvenire della Patria.

Il 6° Congresso internazionale di fisioterapia si terrà a Londra dal 12 al 16 maggio 1936; quota d'iscrizione 2 ghinee. Informazioni presso il segretario generale, Dr. Eidinow, Upper Wimpole Street 4, London, W. 1., Inghilterra.

Nel VII Congresso Panamericano del Bambino, tenutosi recentemente in Messico, su proposta dei proff. Bambarén e Suarez di Lima, fu approvato il voto che nei futuri Congressi — i quali sono dedicati allo studio integrale del bambino — vi sia una Sezione di Nipiologia. In tal modo la Nipiologia, fondata dal prof. Cacace e definita dal prof. Bambarén una concezione latina, integrativa superba, s'impone sempre più in America e riceve una nuova consacrazione.

La Società tedesca di medicina interna terrà la sua 48ª riunione dal 23 al 26 marzo 1936 in Wiesbaden, sotto la presidenza del prof. Schwenkenbecher, direttore della Clinica Medica di Marburgo. Informazioni presso il sig. Bürger, Bierstädter Höhe 5, Wiesbaden, Germania.

Il prossimo congresso francese di urologia si adunerà a Parigi nel 1936, sotto la presidenza del prof. Pasteau e discuterà il tema « Le anomalie pielo-ureterali », relatore Darget; per il 1937 è stabilito il tema: « Trattamento chirurgico delle nefropatie mediche (nefriti, ipertensione) », relatori: Chabannier, Gaume, Lobo Oneil.

Il 9° Congresso francese di stomatologia avrà luogo a Parigi, nella Facoltà medica e nella Sorbona, dal 5 al 10 ottobre 1936, sotto la presidenza del dott. Pont (Lione). Temi: 1° « Studio comparativo dei trattamenti delle infezioni periapicali croniche » (trattamento medico e con agenti fisici: dott. Soleil; trattamento chirurgico: dott. Duclos); 2° « Trattamento ortodontico » (incidenti, accidenti e complicazioni: dott. Izard; controindicazioni assolute e relative: dott. Quintero); questione in discussione: « Complicazioni immediate e mediate delle estrazioni; loro trattamento » (dott. Landais). Rivolgersi al segretario generale, dott. Dechaume, rue de Rivoli 182, Paris.

Dall'8 al 10 giugno 1936 si terrà il 2° Congresso nazionale spagnolo di dermatologia e sifilografia, sotto la presidenza del dott. José Sánchez Covisa. Temi: « Classificazione delle alterazioni cutanee conglobate sotto la designazione comune di eczema del lattante »; « Tentativo di sistematizzazione dei trattamenti salvarsanici »; « Epidemiologia della lebbra »; « Stato attuale del trattamento della lebbra ». Rivolgersi al segretario generale, Dr. José Gay Prieto, avenida de la República 12, Grenada, Spagna.

Il Congresso annuale di neurologia, psichiatria ed endocrinologia della Romania si è svolto dal 6 all'8 ottobre a Chisinau. Temi: Le infezioni neurotrope; Il problema della responsabilità (dal punto di vista psicologico, psichiatrico e medico-legale); La fisiopatologia dell'ipofisi.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 24 novembre, in comune con la Società Piemontese di Chirurgia, sotto la presidenza dei proff. M. Donati e L. Bobbio. Sono state fatte comunicazioni da: G. Zaccarini, F. Fedeli, L. Pizzagalli, E. Gioja, G. Peracchia, V. Pettinari, M. Donati, A. Sostegni, L. Di Natale, G. Cavalli, A. Poli.

La Società di Ostetricia e Ginecologia delle Venezie si è adunata il 1° dicembre a Padova, sotto la presidenza del prof. A. Bertino, assistito dal segretario prof. E. Maurizio. Sono state fatte comunicazioni da: F. Gall, E. Opocher, O. Viana, G. Revoltella (due comunic.), A. Martinolli; tutte hanno dato origine a discussioni.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 28 dicembre, sotto la presidenza del prof. D'Alessandro. Sono state fatte comunicazioni dai soci: C. Sala, Nicoli, Gualini.

Sette anni or sono veniva fondato a Filadelfia un Comitato per lo studio del trattamento delle malattie reumatiche, sotto la presidenza di Ralph Pemberton; da allora le società congeneri si sono moltiplicate negli Stati Uniti ed ora superano il numero di 150. Sono stati organizzati servizi ospedalieri speciali e consultazioni. Gli Stati Uniti sono ormai alla testa della campagna contro le malattie reumatiche.

Si è adunata a Londra una conferenza organizzata dal Consiglio centrale per l'educazione fisica ricreativa; fu presieduta da lord Astor; vi erano rappresentate 140 organizzazioni nazionali e altri enti. Venne posta in rilievo l'opportunità di imprimere ulteriore e poderoso incremento a questa attività.

Il Parlamento greco ha deliberato l'istituzione di due nuove cattedre nella Facoltà medica di Ate-

ne: la neurologia viene staccata dalla psichiatria e forma un insegnamento a sè, e viene fondato *ex novo* l'insegnamento di clinica terapeutica.

Il Collegio medico di Calcutta ha celebrato il suo centenario; al Collegio, che costituisce la più importante scuola medica dell'India, sono aggregate altre istituzioni: una Scuola per infermiere, una Scuola di medicina tropicale e l'Istituto panindiano d'igiene e sanità pubblica. Le due ultime istituzioni sono sorte grazie alla liberalità della Fondazione Rockefeller.

La sede dell'Associazione Medica Americana a Chicago verrà ingrandita, innalzandola di due piani; vi sarà aggiunta una grande sala di riunioni; verrà tutta rivestita con pietra da taglio.

Il Principe di Piemonte si è recato a visitare gl'infermi ricoverati nell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli.

L'Università di Firenze è stata autorizzata, con R. Decreto, ad accettare la donazione di L. 22.000 disposta a suo favore dai fratelli ing. Flavio e dott. Silvio Dessy, per l'istituzione di un premio da intitolarsi al nome di Francesco Dessy, da conferirsi ogni 2 anni all'autore di un lavoro scientifico in anatomia e fisiologia e scienze affini, o in patologia generale e scienze affini, pubblicato nel precedente quinquennio da un laureato in una Università del Regno.

Nella Clinica Medica dell'Università di Genova, presenti l'on. Casaretto, presidente del Comitato Genovese della Croce Rossa Italiana, il marchese Cambiaso, il dott. De Rossi e la sig.na Stella Diana, ispettrice della Croce Rossa, è avvenuto il cambio di servizio di assistenza infermiere della Clinica Medica voluto e organizzato dal nuovo direttore della Clinica Medica di Genova, prof. Sabatini. Il personale infermiere ospedaliero è ritornato a prestare servizio negli Ospedali Civili ed è stato sostituito con le infermiere diplomate della C. R. I., in parte inviate espressamente dalla Presidenza Generale di Roma. Hanno parlato il prof. Sabatini e l'on. Casaretto. Sono stati inviati telegrammi alla Marchesa Targiani e a S. E. Cremonesi.

L'Associazione Medica Americana (Consiglio degli studi medici e degli ospedali) ha raccolto, pel 1934, i dati relativi a 6230 istituti ospedalieri, rappresentanti il 96,78 % del numero totale. Durante l'anno essi ricevettero 7.147.416 malati, con una media di 830.000 presenze al giorno. Nelle maternità e in altri ospedali nacquero 700.000 bambini. Da 20 anni il numero dei letti si accresce quasi regolarmente di 25.000 l'anno. Nel 1934 cessarono di funzionare 103 ospedali, per fusioni, fallimenti o semplici chiusure.

Col 1936 l'« Igea », allegato agli « Annali d'Igiene », che tanto favore è riuscita a cattivarsi nella classe medica, assume il nuovo nome di « L'Attualità Medica », più aderente al suo carattere. Per la ricchezza, la varietà e la freschezza delle informazioni, sarà un utile *complemento di tutte le riviste mediche* e, come prima, il suo programma sarà di *farsi leggere per intero*. Direttore ne è il sen. Sanarelli. L'abbonamento annuo importa L. 15 per l'Italia e L. 25 per l'Estero; numeri separati rispettivamente L. 1,50 e L. 2,50. Sede degli uffici: via Antonio Salandra (già delle Finanze) 14, Roma (130).

Per speciale concessione della R. Prefettura di Milano si è potuto pubblicare il fascicolo VI di « Acta Medica Italica » raggiungendo le pagine duecento e dando una documentazione completa di quanto l'Italia ha fatto, e fa, nel campo della Stomatologia.

Tutti i Maestri della Stomatologia italiana hanno collaborato a questo fascicolo che è in vendita come i precedenti (L. 10) a totale beneficio degli Orfani dei Medici caduti in guerra.

La Direzione di « Acta Medica Italica » annuncia che, adottando il concetto e la formula proposti in « Forze Sanitarie » dal Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, la pubblicazione dei suddetti « Acta » si sospende temporaneamente per contribuire alla resistenza nazionale.

Verrà però attuato, nei primi mesi del 1936-XIV, il Fascicolo riguardante la Medicina Coloniale Italiana, essendo evidente il carattere eccezionale d'attualità e di speciale interesse di tale argomento.

Sotto gli auspicî della Società Italiana di Pediatria, presieduta dal prof. G. B. Allaria, l'« Ufficio Stampa Medica Italiana » pubblicherà, entro il primo semestre del 1936-XIV, un volume intitolato: « La Pediatria in Italia ». Il volume avrà la collaborazione di tutti i pediatri italiani, e sarà posto in vendita a totale beneficio dell'Opera nazionale per gli Orfani dei Sanitari taliani con sede in Perugia.

Il « Comitato di corrispondenza per l'igiene industriale » presso l'« Ufficio internazionale del lavoro » che ha sede a Ginevra, ha commemorato il compianto prof. Mariano Luigi Patrizi.

Si è celebrato a Vienna il 100° anniversario della nascita di Adam Pollitzer, considerato il fondatore dell'otologia moderna. È morto pochi giorni prima della celebrazione.

L'Università di Marburgo ha fatto collocare una lapide sulla casa dove, il 24 novembre 1861, nacque Augusto Bier, in Helsen. Il discorso ufficiale è stato tenuto dall'attuale direttore della Clinica chirurgica di Marburgo, prof. Klapp.

Un'esposizione fatta da medici collezionisti si è tenuta a Milwankee (Stati Uniti); vi figuravano, tra l'altro, una raccolta di fotografie « a tre dimensioni » e una raccolta di motti spiritosi di negri, oltre le consuete collezioni di libri rari, quadri, acqueforti, acquarelli, lavori sbalzati, insetti, francobolli ecc.

Il Laboratorio fisico-chimico dell'Istituto di patologia e igiene del lavoro dell'Ucraina, a Charcov, diretto da W. G. Gurevitch e I. B. Kogan, annunzia di essere riuscito a preparare una soluzione artificiale che può sostituire il sangue nelle trasfusioni, superando nelle proprietà un prodotto similare tedesco; è chiamata « Urkrinfusine ».

Il Governo della Germania ha deciso di sospendere, dal 4 gennaio, la concessione di permessi di viaggio per la Svizzera, a titolo di rappresaglia contro analoghe misure della Svizzera, adottate il 24 dicembre. Lettere di credito e permessi di recarsi nel territorio elvetico vengono concessi solo a quei tedeschi che dovessero farlo per ragioni di cura — specialmente nei sanatorî — o per studio.

Nel gabinetto di chimica farmaceutica dell'Università di Modena il dott. Aldo Stanzani e la

dott.a Lea Toni sono stati investiti al volto dallo scoppio di un vaso di vetro contenente una soluzione di nitrato d'argento e di soda; il primo è rimasto molto gravemente colpito agli occhi.

Un aeroplano della Croce Rossa Britannica, proveniente da Cartum e destinato al trasporto dei feriti sul fronte nord dell'Etiopia, si è fracassato a centoventi chilometri a nord-ovest di Addis Abebà. Il pilota inglese è rimasto leggermente ferito. L'apparecchio è andato completamente distrutto.

Un incendio sviluppatosi a Londra nell'abitazione di un medico ha determinato la morte di cinque persone di famiglia. Il medico, dott. Philip Franklin, un laringologo americano stabilitosi da alcuni anni a Londra, aveva acquistato la casa (nel quartiere orientale, sulla Wimpole Street). Egli si era allontanato per la fine della settimana; l'incendio, provocato da un corto circuito, cominciò la domenica mattina, alle 6,30, nel piano inferiore, mentre tutti dormivano ai piani superiori; i pompieri riuscirono a domarlo in 40 minuti, ma trovarono tutti gli abitanti morti e cioè la moglie del medico, la di lei nipote e tre persone di servitù.

A Puesti. in Moldavia (Romania), in occasione delle recenti feste natalizie, gran numero di famiglie consumarono carne di un manzo che poi risultò essere morto di rabbia. Sul luogo si è recato un gruppo di sanitari, per praticare la vaccinazione antirabbica di tutta la popolazione. I due macellai che hanno posto in vendita la carne infetta sono stati arrestati.

Al Policlinico di Pavia si presentava, per esservi ricoverato, certo Primo Spairani di anni 56, in stato di ubbriachezza. Il medico di guardia lo rimandava indietro. Poco dopo lo Spairani si ripresentava e, per convincere il personale di essere ammalato, si gettava a terra, ma batteva violentemente la testa, riportando lesioni così gravi che, nonostante ogni cura, è poi venuto a morte.

A New York il colonnello Wildman, di 85 anni, ha sposato una settantenne figlia del generale Burnside, eroe della guerra di secessione.

Colpito da fiero morbo, è deceduto, a Ferrara, dopo pochi giorni di malattia, a soli 31 anni il prof. Manlio Pisa, docente di patologia medica, assistente nella R. Clinica Medica di Roma.

Alla desolata famiglia, le nostre più sincere condoglianze.

Il dott. Raffaele Costa, di 27 anni, addetto alla Clinica « 28 Ottobre » di Milano, creata dall'Azienda tramviaria municipale di questa città, è caduto vittima del dovere, in seguito ad un'infezione contratta l'11 settembre 1934 mentre assisteva un'ammalata sottoposta ad un grave atto operatorio. Egli è deceduto dopo inenarrabili sofferenze, in una Casa di salute alla Pineta di Sortenna. La sua fine ha prodotto profonda costernazione tra i congiunti, gli amici e nella famiglia medica.

Il prof. Azzo Azzi, ordinario di batteriologia all'Università di Torino, ha perduto in Africa Orientale il figlio, Francesco Azzi, studente al quinto anno di medicina, sottotenente di complemento in Cavalleria, capomanipolo della Legione universitaria; era stato fra i primi ad avanzare domanda di volontario e fu aggregato ai primi reparti che lasciarono l'Italia. È caduto da eroe, ad af Gagà.

All'illustre Genitore — il quale è stato volontario nella grande guerra, decorato di medaglia d'argento al valore — le nostre commosse condoglianze.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 2 dicembre all'8 dicembre: Morbillo 220 (1139); Scarlattina 208 (514); Pertosse 81 (261); Varicella 118 (304); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 251 (444); Infezioni paratifiche 58 (73); Febbre ondulante 19 (21); Dissenteria 12 (16); Difterite e croup 368 (766); Meningite cerebro-spinale epidemica 5 (5); Poliomielite anteriore acuta 14 (19); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 6 (10); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 30 (46), dichiarata — (—); Pustola maligna 17 (17).

Indice alfabetico per materie.

C Frugoni, Red. capo A. Pozzi, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 20 Gennaio 1936 - XIV — Num. 3

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. C. FRUGONI.

Particolarità cliniche di una paraplegia pottica in soggetto tabetico.

Dott. MANLIO PISA.

Un caso di notevole interesse ci è occorso di osservare recentemente in Clinica: non già per rarità di forma o per eccezionalità di reperti, ma per la coesistenza di due affezioni, sfumata l'una e conclamata l'altra, che ledendo entrambe la funzionalità del sistema nervoso rendevano la diagnosi alquanto delicata e, fra loro intrecciandosi, modificavano in parte il quadro classico e abituale dell'una e dell'altra.

E appunto per queste sue peculiarità il nostro Maestro ci ha consigliato di descriverlo e di commentarlo brevemente.

* * *

A. Silvio, di anni 35, ferroviere pensionato.
Il gentilizio non presentava dati di particolare interesse mancando qualsiasi accenno a malattie o ad intossicazioni capaci di agire in via ereditaria sul sistema nervoso. Nessuna anormalità nemmeno nell'anamnesi fisiologica: a 28 anni contrasse matrimonio con donna apparentemente sana che ebbe due gravidanze condotte a termine, non aborti: i figli morirono nei primi anni di età per malattie imprecisate dell'apparato respiratorio. Non ebbe abitudini di vita irregolari, non fu etilista. Fumatore di sigarette, fino a venti al giorno.

Non registrò alcune infermità fino all'epoca bellica, quando fu ferito da arma da taglio alla regione sopraorbitaria e da proiettile alla regione soprapubica. Nessuna delle ferite penetrò in cavità e non si ebbero conseguenze durature. Nel 1922, all'età di 26 anni, notò la comparsa di chiazze di depigmentazione cutanea al dorso delle mani, alle regioni esterne delle braccia e alle gambe: in questa occasione venne praticata una R. W. che diede esito nettamente positivo, con sorpresa del p. che non aveva mai avuto nozione di un contagio spirochetico. Venne istituita per 18 mesi una cura specifica per mezzo di iniezioni sottocutanee di un preparato non determinato. In seguito, malgrado gli avvertimenti medici, la terapia venne del tutto trascurata.

Otto anni dopo (1930) in seguito ad anormalità riscontrate nella sua attività professionale, anormalità che, secondo le deposizioni del malato, pare fossero sopratutto constatabili nella forma dei rapporti di servizio da lui compilati, il p. venne sottoposto a visita medica. Interrogato su quelle che fossero allora le sue condizioni, il p. affer-

mava di essersi sempre sentito in buona salute e di non aver avuto sentore alcuno di una qualsiasi forma morbosa: diceva solo che da qualche tempo aveva avvertito allora saltuariamente dei dolori brevi, trafittivi, a tipo folgorante, agli arti inferiori.

Dobbiamo alla cortesia del prof. G. Sai, direttore dell'Ospedale Provinciale Psichiatrico di Trieste, cui anche quì vogliamo esprimere il nostro ringraziamento, i seguenti dati che si riferiscono ai reperti dell'accennata visita medica. Il malato era torpido, apatico, scriteriato, euforico; presentava qualche inceppamento nella favella. All'esame delle pupille si constatò miosi notevole mentre la reazione alla luce era dubbia. Non vi era Babinski. Venne praticata una puntura lombare che diede il seguente esito: Nissl 0,02 %; Pandy +++; Mastice 1:2-1:16 (+++); Meinicke +++; Müller +++; R. W. parzialmente positiva; nel sedimento 7-15 linfociti per campo.

Venne praticato un trattamento malarico (8 attacchi) cui seguì una cura neosalvarsanica: ad un anno di distanza (1931) il p. si presentò psichicamente reintegrato, ma con reazioni psichiche un po' lente e con memoria alle volte incerta.

Negli ultimi due anni avrebbe goduto sempre buona salute: non ebbe a lamentare cefalee nè vertigini nè disturbi della deambulazione o della sensibilità. Normale era la favella, normali le funzioni sfinteriche. Negli ultimi mesi si veniva invece affievolendo in modo molto notevole il potere sessuale.

Il 1° gennaio 1934 rimase a lungo esposto al freddo ed all'umidità. Il giorno dopo avvertì un malessere diffuso, con senso di indolenzimento e doloretti ossei vaghi e successivamente, insieme a lieve tosse e senso di febbre, si manifestò un dolore toracico alto, piuttosto vivo, che si irradiava anteriormente a fascia verso le regioni mammarie, accentuandosi coi colpi di tosse. Nei giorni successivi, in condizioni pressochè invariate, rimase a letto: la febbre permase costante, raggiungendo dei massimi intorno ai 38,5. Il 10 gennaio, sfebbrato da qualche giorno e scomparsa la sintomatologia generale, pur continuando i dolori a cintura al torace, si alzò: era un po' curvo, fenomeno questo che egli ed i famigliari attribuirono al fatto doloroso esistente, e notava una evidente incertezza della marcia per spiccata debolezza degli arti inferiori. In 3 giorni, con rapidissima progressione, si manifestò una totale incapacità alla deambulazione prima e alla stazione eretta poi, sicchè dal 13 gennaio fu totalmente immobilizzato a letto. Il 16 gennaio si instaurò una totale ritenzione di orina: il p. non fu più in grado di evacuare la vescica, dalla quale poche gocce di orina uscivano in seguito a compressione sulla regione pubica, mentre si avevano perdite involontarie in seguito a colpi di tosse. Il p. entrava in Clinica il 17 gennaio 1934.

Al momento dell'ingresso i dati più salienti dell'esame obbiettivo erano riassuntivamente i seguenti. Il p. era notevolmente sofferente per vivi dolori alle regioni sottomammarie che, rendendo molto difficili i movimenti del tronco, obbligavano ad un decubito costantemente supino. La psiche appariva integra senza alterazioni della ideazione e della memoria, sicchè il p., completamente orientato nel tempo, era lucido e ricordava esattamente i fatti pregressi. Non anomalie o inceppamenti della favella.

Soggetto brachitipo; chiazze di vitiligo alle mani, alle ascelle, al fianco d, alle caviglie e sulla faccia dorsale del pene. Polso ritmico, di frequenza aumentata (108). Respiro di tipo normale, simmetrico, frequente (28), senza segni di dissociazione toraco-addominale. Nulla a carico del sistema linfoghiandolare.

Capo. — Normale la motilità attiva e passiva; non rigidità nucale. Nulla a carico dei nervi cranici (III, IV, V, VI, VII). Integre la statica e la dinamica oculopalpebrali. Pupille estremamente miotiche, totalmente rigide alla luce, con accenno a dilatazione paradossa. Assente il riflesso all'accomodazione. Presenti i riflessi corneali. Indolente la compressione sui bulbi oculari con assenza del riflesso oculo-cardiaco. Attenuatissimo il riflesso faringeo. Velo pendulo deviato a d. con conseguente medializzazione del pilastro s.

Collo. — Nessun rilievo notevole a carico dello scheletro, dei muscoli, dei vasi e della tiroide.

Torace. — Cifosi angolare della colonna con vertice fra le vertebre V e VI le cui apofisi spinose erano notevolmente sporgenti. Indolente la pressione e la compressione sulle vertebre; la compressione del rachide in senso verticale, mentre non provocava alcun dolore in sede vertebrale, causava una notevole accentuazione dei dolori toracici anteriori e una irradiazione dolorosa verso la radice degli arti inferiori. La pressione diretta sul torace non destava alcuna sofferenza. L'esame dell'apparato respiratorio e del centro circolatorio era negativo.

Addome. — Non dolori soggettivi. Evidente gibosità della metà inferiore per presenza di una voluminosa tumefazione mediana, data evidentemente dalla vescica urinaria sopradistesa, giungente in alto alla ombellicale trasversa e bilateralmente fino a circa 6 cm. dalla linea mediana. Normali i limiti degli organi ipocondriaci.

Sistema nervoso. — Agli *arti superiori* non alterazioni della motilità attiva e passiva, della forza muscolare, della sensibilità e della reflettività. Negativa la manovra di Stewart-Holmes e la manovra indice-naso. Non tremori, dismetria, adiadococinesia. Indolente la compressione del nervo ulnare nella doccia olecranica. Al *tronco* la motilità attiva (passaggio dalla posizione supina alla seduta) era molto difficultata dai dolori toracici: la tensione dei muscoli addominali avveniva però regolarmente. Ovunque normale la sensibilità tattile. La sensibilità dolorifica presentava invece notevoli alterazioni: a livello della V costa esisteva una striscia trasversale, alta circa 2 dita, di evidente iperalgesia, dalla V alla VII costa gli stimoli dolorosi erano avvertiti molto scarsamente, mentre al di sotto della VII costa si passava a totale analgesia. Per quanto riguarda il termotatto si aveva evidente iperestesia al freddo in tutta la striscia iperalgesica, dove il caldo invece veniva percepito scarsamente e incostantemente. All'addome il freddo era esattamente percepito e provocava reazione muscolare di difesa: il caldo era invece avvertito irregolarmente, scarsamente, e per lo più scambiato col freddo. La compressione dei testicoli non provocava alcuna reazione dolorosa. I riflessi addominali si comportavano variabilmente; per lo più si avevano a d. solo il superiore mentre a s. mancavano sempre il medio e l'inferiore. Agli *arti inferiori* la motilità attiva era spiccatamente compromessa da ambo i lati, ma

più a d. In genere, pur essendo i reperti alquanto variabili, erano accennati solo i seguenti movimenti: flessione della gamba sulla coscia e della coscia sul bacino, flessione dorsale del piede e plantare delle dita. La motilità passiva era conservata e rivelava un certo grado di ipertonia muscolare. Forza muscolare ridottissima; impossibile la stazione eretta. Sensibilità: normale la tattile, totalmente spenta la dolorifica, grandemente alterata la termica nel senso che gli stimoli provocati col caldo e col freddo venivano quasi sempre confusi e che i secondi prevalevano sui primi. Il senso di posizione era integro per i movimenti elementari e compromesso per quelli più complessi. Indolente la compressione del tendine di Achille. Per quanto riguarda i riflessi, si notava modica accentuazione dei patellari con costante riflesso controlaterale degli adduttori e clono rotuleo, iperriflessia achillea con clono variabile dei piedi, mediopubico assente a d. e presente debole a s. Assenza dei riflessi di Babinski, Oppenheim e Gordon. Movimenti di triplice retrazione alla torsione e compressione del piede.

Esame oftalmoscopico. Leggera sfumatura delle papille per presenza di lieve intorbidamento grigiastro peripapillare; emorragie retiniche bilaterali, in OD fra retina e vitreo, in OS nello strato delle fibre nervose.

Esame laringoscopico. Velo palatino nei movimenti di fonazione spostato a D (paresi). L'aritenoide di D sorpassa la linea mediana.

Esame radiologico del torace. Spondilite anteriore in D4, D5 e D6 con distruzione notevole dei corpi di D5 e D6 e assenza dei dischi intervertebrali corrispondenti. Crollo della colonna e deformità cifotica di modico grado. Ombra da ascesso freddo ossifluente ad estrinsecazione mediastinica. Nulla di notevole all'apparato respiratorio e al centro circolatorio.

Cutireazione alla tubercolina intensamente positiva. *Reazioni di Wassermann, Meinicke e Kahn* negative. *Reazione di Ghedini-Weimberg e intradermoreazione alla Casoni* negative. *Pressione arteriosa* 75-138. *Esame delle orine ed esame emocromocitometrico e istologico del sangue*: nulla di notevole. *Esame del liquor c. r.*: pressione iniziale 19, finale 10 (estratti cc. 4); aspetto di acqua di roccia; R. W. negativa; Pandy fortemente positiva; cellule 3 per mmc.

Riassumendo, si trattava di un uomo di media età, in cui un'affezione cutanea aveva fatto prima sospettare e poi accertare l'esistenza di una lue ignorata, che era stato sottoposto quattro anni prima a malarioterapia per una malattia evidentemente mentale e che rapidamente, ma non improvvisamente, si era fatto paraplegico dopo aver presentato una sintomatologia dolorosa toracica modicamente febbrile.

Acquisita o congenita che fosse, la lue si rivelò attraverso il sintomo cutaneo della vitiligo: dato questo che non occorre commentare, ben nota essendo la correlazione fra questa peculiare forma di depigmentazione cutanea e l'infezione sifilitica. Non già che si tratti di un rapporto costante, dato che la vitiligo può associarsi a diverse malattie (alla anemia perniciosa, alla difterite, a disendocrinopatie varie ecc.), così come può insorgere dopo traumi o in soggetti alienati (è stata anzi ventilata l'ipotesi della esistenza di un centro encefalico regolatore del cromatismo cutaneo); ma certamente, dopo le osservazioni prime di P. Marie, la coincidenza fra sifilide antica e vitiligo è stata assodata in numerosi lavori, fra cui istruttivi e in parte ricchi di abbondanti statistiche quelli di Guillain e Laroche (20), di Tourain (31), di Milian, Horowitz e Massot (26) e di Monitz e Fontes (28).

Invece il primo quesito riguardava la diagnosi retrospettiva della forma mentale da che il malato era stato affetto in precedenza, dati i rapporti che essa forma poteva avere con la malattia che aveva portato il p. alla nostra osservazione. E bastavano i dati fornitici dal prof. Sai a permettere l'affermazione che si era trattato di una paralisi progressiva: oltre alle alterazioni psichiche che rivestirono caratteri sia del tipo esaltato (euforia) che del tipo depressivo (torpidezza, apatia) le alterazioni pupillari, la curva tipica della reazione del mastice, con flocculazione alle basse diluizioni, la positività delle reazioni sierologiche nel liquor, la necessità della istituzione di una malarioterapia e l'effetto reintegratore della psiche da questa esercitato, erano più che sufficienti a farne fede.

Più delicata fu invece la soluzione del problema successivo, che doveva dare l'impostazione a tutta la diagnosi: se cioè il malato avesse o meno una tabe in atto. Anamnesticamente vi erano pochi dati, ma di grande interesse: la nozione cioè dei precedenti dolori lancinanti, tipicamente tabetici, e la repentina caduta del potere sessuale. Inoltre non poteva trascurarsi la nozione che secondo alcuni AA. [Dosuzkov (14)] nei paralitici progressivi malarizzati può, per effetto o meno della malarioterapia, rivelarsi una serie di sintomi (ariflessie, ipoestesie, Romberg, disturbi della sensibilità profonda) della serie tabica.

Ora su questo punto la diagnosi era non facile: non si potevano considerare come sintomi utili le analgesie dei testicoli e del tendine di Achille data la complicanza della paraplegia e per la stessa ragione non si poteva dar valore alla acuta e totale ritenzione di orina che pure può costituire un sintomo di tabe prezioso, talora un segno precocissimo, come nel caso descritto da Birnbaum (7) in cui essa rivelò la forma in una gravida che non aveva mai presentato fenomeni tabetici.

Nemmeno sui caratteri del liquor si potevano fare discriminazioni. Se si fosse anzi trattato di dare un significato ai reperti della puntura lombare in un caso in cui non vi fossero stati altri intrecci patologici remoti o recenti, essi avrebbero potuto forse escludere la diagnosi di tabe: non sarebbero stati in chiave nè la negatività della R. W. nè l'elevato tasso albuminico che, contrastando con lo scarso, se pur non normale, contenuto in cellule, indirizzava molto più verso i caratteri del liquor da compressione midollare (dissociazione albumino-citologica) che verso quelli del liquor tabetico.

Nemmeno il segno di Argyll-Robertson, presente, avrebbe potuto, se preso a sè, autorizzare la diagnosi di tabe. Innanzi tutto perchè era già stato segnalato 4 anni prima e poteva quindi rapportarsi alla pregressa paralisi progressiva. E poi per il fatto che, a parte le nozioni esistenti sulla presenza di Argyll-Robertson non tabetici in casi di traumatismi cranici, di traumi del mesencefalo o della calotta peduncolare, di meningiti, di lesioni orbitarie e dei globi oculari e di encefalite — forme queste che non potevano essere messe in causa —, è stata recentemente descritta da Adie (2) una sindrome, di cui si sono poi occupati in particolare Bussy (9), Barré e Helle, (5), Barré e Klein (6) e Guillain e Sigwald (21), in cui la assenza del riflesso fotomotore, spesso unilaterale, ma talora anche bilaterale, si associa ad ariflessia tendinea e spesso ad assenza del riflesso oculocardiaco, tanto da simulare in pieno una tabe incipiente oligosintomatica. La diagnosi differenziale fra sindrome di Adie e tabe si fonda appunto sulla negatività dei reperti umorali (sangue e liquor) e in più sulla presenza frequentissima di caratteristici disturbi simpatici (brividi, pruriti, sensazioni improvvise di caldo e freddo, crisi di aritmia e di brusca sudorazione a zone circoscritte).

Nel caso nostro, tralasciando ogni discussione sull'assenza del riflesso fotomotore che non poteva non essere espressione di una lue neurotropa data la nozione sicura dell'infezione spirochetica, bisognava considerare in modo particolare il reperto del liquor nella sua relativa negatività; da un lato per la nozione della precedente malarizzazione che, come affermano fra altri Wüllenweber (32) e Claude e Dimolescu (11), secondo i quali il comportamento delle reazioni sierologiche, citologiche e umorali nel liquor costituisce un importante dato per giudicare degli effetti della piretoterapia può profondamente alterarne le caratteristiche luetiche e dall'altro lato per l'esistenza di una causa paraplegizzante che poteva essere — come in effetto era — tale da dar luogo ad un liquor coi caratteri del liquor da compressione. E si doveva aggiungere che se la ritenzione acuta di orina poteva rientrare nell'orbita della paraplegia, la grandissima tolleranza e la assoluta analgesia della enorme sovradistensione vescicale doveva ravvicinare alla nozione della analgesia di ben accertata origine tabetica.

E vi erano due fatti, che, per verificarsi certamente al di sopra e all'infuori del focolaio midollare che dava luogo alla paraplegia, assumevano un valore diagnostico di alto grado. L'uno di essi era la analgesia alla compressione del nervo ulnare (sintomo di Birnacki), tipica alterazione di sensibilità profonda tabetiforme, cui si doveva per forza ravvicinare la analgesia alla compressione dei bulbi oculari con assenza del riflesso oculocardiaco. L'altro era dato dalla emiparesi del velo palatino che, per quanto rara, può rientrare nel quadro della tabe [Ferrio (15)] e dalla medializzazione della aritenoide di D, denunciatrice questa di una compromissione dei muscoli intrinseci della laringe, con prevalenza dei costrittori (cricoaritenoidei posteriori) sui dilatatori. Tutto ciò insieme ai surriferiti dati anamnestici, veniva a costituire un blocco di segni positivi che neutralizzava sicuramente la negatività e la possibile dubbia interpretazione dei segni umorali e pupillari e di alcune alterazioni della funzionalità sfinterica e della sensibilità profonda.

Era insomma lecita l'affermazione di una paraplegia di senso e di moto insorta repentinamente in un soggetto portatore di tabe oligosintomatica: si trattava di determinare la causa di questa paraplegia.

Si potevano lasciar da parte evidentemente la polineurite, la mielite acuta infettiva e l'ematomielia. Andavano invece considerate altre forme che si potevano e si dovevano riallacciare alla infezione spirochetica e alla tabe dorsale. Da Mon Fah Chung (27) sono stati raccolti e sistematizzati 34 casi di paraplegia sifilitica a rapido sviluppo, a volte instauratasi nel corso di una notte o di 24 ore con perdita totale della sensibilità e imponenti disturbi sfinterici: forma originata dalla trombosi di vasi spinali importanti ed evidentemente riallacciantesi a quella che da Dejerine era stata chiamata « l'attacco di paraplegia ». È noto poi che la meningomielite sifilitica può dare delle paralisi rapide, apoplettiformi che riconoscono come fondamento anatomico una mielomalacia totale. Esiste una forma di tabe, detta combinata o atassoparaplegica, la cui insorgenza può anche essere brusca o per lo meno molto rapida. Vi è altresì una forma di atassia acuta tabetica che è stata descritta iso-

latamente fino dal 1902 e che è stata poi più profondamente indagata da Decourt (13). E infine sono descritte da Girot (19) delle paraplegie sifilitiche, precedute da claudicazione intermittente di tipo spinale che prendono alternativamente diversi gruppi muscolari estensori e flessori, ma che solo raramente danno luogo a turbe sensitive obbiettivamente rilevabili.

Possibilità tutte queste che andavano considerate e la cui minuta discussione porterebbe quì ad esorbitare i limiti puramente pratici imposti a questa nota che vuole essere soltanto l'illustrazione di un caso e non una elencazione di diagnosi differenziali. Del resto la diagnosi diretta si poteva facilmente impostare su tre dati di fatto:

1) l'esistenza di dolori a cintura, di tipo radicolitico, che portavano a localizzare la lesione all'infuori del midollo;

2) la constatazione di un gibbo, per quanto poco marcato e indolente;

3) il reperto radiologico della colonna vertebrale.

Quindi lesione vertebrale con secondaria compromissione midollare: di che natura questa lesione che la sintomatologia clinica e radiologica localizzavano fra la IV e la VI dorsale? Era senz'altro da tralasciarsi la possibilità di una neoplasia (focolai molteplici, in generale natura metastatica, sintomatologia dolorosissima), di spondilite infettiva (tifo, maltese), di localizzazione vertebrale di echinococco (molteplicità di focolai, non rigidità della colonna, non positività delle reazioni sierologiche e cutanee), di una osteite vertebrale luetica (in genere lues attiva, sintomatologia dolorosissima, assenza di quadro radiologico distruttivo, sede di preferenza la cervicale alta, non segni di compressione midollare). Nè, per il tipo dei disturbi della sensibilità presentati dal malato e per l'assenza totale di una storia siringomielica, si poteva invocare una lesione vertebrale riportabile alla siringomielia, la quale può dare non solo rachiopatie deformanti diffuse ma anche forme localizzate come quella descritta da Cornil e Francfort (12) clinicamente, radiologicamente e anatomopatologicamente indifferenziabili dall'osteoartropatia vertebrale tabetica. E infine mancava qualsiasi nozione di trauma: il che portava ad escludere, oltre le comuni fratture del rachide, anche la possibilità di un caso analogo a quello di André-Thomas, Schaeffer e Huc (3) in cui la tabe si accompagnava — non si poteva affermare che lo avesse prodotto — ad un quadro di osteoporosi diffusa, sicchè un trauma di modesta entità dava luogo a numerose e cospicue deformazioni vertebrali.

Ci si doveva restringere a considerare principalmente due eventualità: osteoartropatia vertebrale tabetica e spondilite tubercolare. Alla prima di esse portava, se non la nozione che la osteoartropatia tabetica in genere può frequentemente accompagnarsi a vitiligo [Brouardel, Giroux e Lory (8)], la constatata indolenza della lesione vertebrale che provocava dolori solo in via indiretta, radicolalgica. Ma il concetto, diffusissimo peraltro, che le lesioni vertebrali tabetiche siano tipicamente indolenti, non è assoluto e non può essere una sicura base diagnostica: innanzi tutto si possono avere, come afferma Frugoni (18) sulla scorta di osservazioni sia personali che tratte dalla letteratura, accanto a forme con indolenza assoluta anche manifestazioni dolorose che vanno dalle « sensazioni penose o cupe locali, spontanee e provocate, ai dolori vivi e persino vivissimi e atroci della parte »; e poi si può avere la mancanza del dolore inversamente in lesioni vertebrali di tutt'altra natura e persino pottiche [Lance (23) pag. 169 e seguenti].

Ancora: l'osteoartropatia vertebrale tabetica è nella grandissima maggioranza dei casi a sede lombare [Abadie (1); Frugoni (18); Roger, Pourcines e Recordier (29) ecc.]; esso non dà luogo, come è dimostrabile anche anatomopatologicamente, ad alterazioni del lume vertebrale sicchè con essa mancano i fatti di compressione midollare: e infatti Baduel (4) nel suo primo caso, in cui vi era anche paraplegia, pensa che questa sia da mettersi in conto ad una lesione midollare luetica; ha un quadro radiologico tipico in cui accanto a fatti atrofico-rarefacenti ve ne sono altri ipertrofico-osteofitogeni, quadro che nel caso in esame mancava.

Esclusa l'osteoartropia vertebrale tabetica, si doveva senz'altro affermare la spondilite tubercolare. Con questa si accordavano la sede dorsale, la paraplegia e sopratutto il reperto radiologico della distruzione plurivertebrale con compromissione del disco e principalmente quello dell'accesso ossifluente ad estrinsecazione mediastinica; e contro questa non costituivano certo — per numerosissime osservazioni consacrate nella letteratura e nella pratica quotidiana — un ostacolo insormontabile nè la costituzione brachitipa del soggetto, nè l'assenza di altre manifestazioni o localizzazioni tubercolari e neppure la subitaneità dell'insorgenza.

È certamente raro, come secondo le osservazioni di Sorrel Dejerine affermano Forestier e Chevallier (16), che la paraplegia sia il primo segno di un Pott ignorato, ma è possibile: e appunto questi AA. citano un caso di qua-

driplegia a rapidissimo sviluppo e ad altrettanto rapida guarigione in un soggetto che non aveva altro segno precedente della sua spondilite. Nel nostro malato però la tabe incideva certamente nel quadro classico della paraplegia pottica: e innanzi tutto mancava quel comportamento altamente iperspastico che secondo Sorrel Dejerine (30) costituisce una delle caratteristiche delle forme ad insorgenza rapida ed improvvisa. Secondariamente, e questa è una delle caratteristiche del caso, vi era totale indolenza delle vertebre colpite, sia alla compressione e percussione diretta che portando su di esse lo stimolo attraverso la compressione longitudinale della colonna. Non poteva non ritenersi una manifestazione di alterazione tabetica della sensibilità profonda, rapportabile e senz'altro ravvicinabile a quelle analgesie vertebrali tabetiche di cui riferiscono Frugoni (18) in riguardo alla rachidocentesi, Ayer in un caso citato da Roger, Poursines e Recordier (29), in cui un aneurisma aortico produsse in un tabetico delle vaste erosioni vertebrali del tutto indolenti e Lòtsy (24) che riporta l'osservazione di un tabetico in cui una paraplegia era stata determinata dall'eccessiva formazione callosa verificatasi a riparazione di una frattura traumatica di due vertebre lombari, passata del tutto inavvertita in totale analgesia.

Andava insomma posta la diagnosi di paraplegia pottica a rapido sviluppo insorta in soggetto luetico, precedentemente affetto da paralisi progressiva e per questo malarizzato, portatore di tabe dorsale oligosintomatica, in cui per l'esistenza della tabe mancavano i segni dolorosi diretti abituali della lesione vertebrale, mentre la sintomatologia tabetica e quella della paraplegia in parte si sovrapponevano e si intrecciavano e nel liquor si avevano reperti del tipo di quelli da compressione midollare e non quelli di una forma sifiliticotabica in ragione della predominanza della forma compressiva e degli effetti della pregressa piretoterapia.

* * *

In corso di degenza si è osservato un fatto che merita un breve commento.

Dopo circa 20 giorni dall'ingresso insorgeva rapidamente una voluminosa tumefazione dell'articolazione del ginocchio D, con tutti i segni del versamento intraarticolare. Nessuna dolorabilità, nessuna limitazione dei movimenti passivi. In circa tre giorni la tumefazione raggiungeva il massimo, senza che si manifestassero segni cutanei di flogosi, e poi cominciava a diminuire: in capo a una settimana era totalmente scomparsa. Alla radiografia non risultò nessuna lesione dei capi ossei: solo l'interlinea articolare era meno luminosa che dal lato opposto. Una puntura dell'articolazione non potè effettuarsi, per ragioni contingenti, che in fase di detumefazione: e diede esito a circa 3 cc. di liquido citrino, piuttosto denso, che, lasciato a sè, coagulò rapidamente in una massa gelatinosa fibrinoide che non si retrasse e non lasciò spremere alcuna parte liquida.

La sistemazione di questo episodio nel quadro morboso non ci pare facilmente possibile, potendosi esso interpretare in vario modo. Si può fare astrazione dalle para-osteoartropatie, la cui descrizione spetta più particolarmente a Ceillier (10), che sono state notate frequentemente nei paraplegici di guerra e che, pur mancando nella statistica di Sorrel Dejerine (30), si possono secondo lo stesso Ceillier riscontrare anche nelle paraplegie da lesione vertebrale luetica o tubercolare: sono queste particolarmente caratterizzate da un lungo decorso iperostosizzante, che dà luogo alla formazione di masse osteofitiche, sicchè, in ultima analisi, se un'analogia vi è fra tale forma e la artropatia tabetica e siringomielica, vi è pure una somiglianza con i reperti della miosite ossificante. È evidente che non si poteva parlare di un fatto simile in un malato che aveva avuto un solo sprazzo articolare fugacissimo, in cui tutto si era limitato al versamento, non più ripresentatosi nei sei mesi durante i quali il p. fu sotto la nostra osservazione.

Allora idrartro fugace in campo di paraplegia pottica [Lance (23)] — da attribuirsi ad un disturbo trofico o forse anche, secondo alcuni, a una transitoria compromissione articolare della stessa natura tubercolare del processo vertebrale — o artropatia tabetica di tipo corrispondente alla forma benigna di Charcot che [Jäger (22)] si può avere in casi iniziali ed appena accennati di tabe e che può persino insorgere, con improvviso idrartro, in casi di paralisi generale progressiva [Maignon (25)]? Non crediamo si possano fare in proposito delle affermazioni. Nel momento in cui la forma si manifestava il malato era chiaramente un paraplegico da spondilite tubercolare e solo più sfumatamente un tabetico: ma ciò — dopo quanto abbiamo detto più sopra — non poteva costituire un criterio differenziale. Se non vi fosse stata la coagulazione del liquido ad impedirne l'analisi minuta, forse si sarebbe potuto avere un indirizzo diagnostico più esatto: sopratutto avrebbe costituito un dato decisivo la positività della R. W. nel liquido si-

noviale accanto alla negatività di essa nel sangue, secondo i criteri diagnostici esposti da Forkner (17) in un lavoro riassuntivo sui caratteri dei liquidi articolari in condizioni normali e patologiche.

In assenza di questo dato, il modo di insorgenza era tale da far pensare ad una complicazione tanto della tabe che della paraplegia: contro l'una e contro l'altra possibilità stava però la circostanza che il liquido sinoviale, per il fatto stesso della sua rapida coagulazione, era certamente fornito di un alto contenuto proteico e particolarmente fibrinoso, era cioè presumibilmente un liquido a carattere almeno parzialmente infiammatorio quale — almeno per quanto ci consta — non si suole trovare nelle artropatie di natura trofica. Sicchè andava anche prospettata — ripetiamo, senza possibilità di affermazioni — la possibilità che l'episodio fosse da attribuirsi, totalmente o parzialmente, ad una infiammazione specifica tubercolare della sinovia, indolente ed inavvertita appunto in ragione della contemporanea compromissione della sensibilità, per duplice ragione manifestatasi.

RIASSUNTO.

Viene descritto e discusso nella diagnosi e nella sintomatologia un caso di paraplegia pottica insorta in soggetto luetico già malarizzato per paralisi progressiva e affetto contemporaneamente da tabe dorsale oligosintomatica.

BIBLIOGRAFIA.

1) ABADIE. Cit. da FRUGONI (18).
2) ADIE. Brit. Med. Journ., fasc. 3673, 928, 1931.
3) ANDRÉ-THOMAS, SCHAEFFER e HUC. Presse Méd., 41, 985, 1933.
4) BADUEL. Riv. Crit. Clin. Med., 5, 537, 553, 569, 1905.
5) BARRÉ e HELLE. Rev. Neurol., 41, 542, 1934.
6) BARRÉ e KLEINE. Rev. Neurol., 41, 590, 1934.
7) BIRNBAUM. Deut. med. Woch., 37, 1572, 1904.
8) BROUARDEL, GIROUX e LORY. Bull Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 38, 1632, 1922.
9) BUSSY. Journ. Méd. de Lyon, 15, 237, 1934.
10) CEILLIER. *La para-ostéo-arthropatie des paraplegiques par lésion de la moëlle épinière et de la queue de cheval.* Thèse de Paris. Ed. Lahure, 1920.
11) CLAUDE e DIMOLESCO. Encéphale, 24, 528, 1929.
12) CORNIL e FRANCFORT. Presse Méd., fasc. 17, 243, 1928.
13) DECOURT. *L'ataxie aigue tabétique.* Ed. Doin. 1927.
14) DOSUZKOV. Rev. Neurol., 39, 749, 1932.
15) FERRIO. *Diagnosi Clinica delle Malattie interne.* UTET, 1927.
16) FORESTIER e CHEVALLIER. Rev. Neurol., 34, 532, 1927.
17) FORKNER. Journ. of Lab. a. Clin. Med., 15, 1187, 1930.
18) FRUGONI. Riv. Crit. Clin. Med., 15, fasc. 1, 2, 3, 1914.
19) GIROT. *Paraplégies spasmodiques syphilitiques.* Ed. Doin, 1925.
20) GUILLAIN e LAROCHE. Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 30, 91, 1914.
21) GUILLAIN e SIGWALD. Ibid., 13, V, 1932.
22) JAEGER. *Die Arthritis bei Tabes u. Syringomielie.* Inaug. Dissert., Freiburg, 1912.
23) LANCE. *La tuberculose vertébrale.* Ed. Flammarion, 1923.
24) LOTSY. Fortsch. a. d. Geb. d. Roentgenstr., 34, 655, 1926.
25) MAIGNON. *Contribution à l'étude de l'ostéoarthropatie hypertrophyque des tabétiques.* Thèse de Paris. Ed. Morel, 1911.
26) MILIAN, HOROWITZ e MASSOT. Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 46, 631, 1930.
27) MON FAH CHUNG. Arch. of Dermat. a. Syphil., 14, 111, 1926.
28) MONIZ e FONTES. Rev. Neurol., 38, 732, 1931.
29) ROGER, POURSINES e RECORDIER. Marseille Méd., 70, 65, 1933.
30) SORREL DEJERINE. *Contribution à l'étude des paraplégies pottiques.* Ed. Masson, 1926.
31) TOURAINE. Paris Méd., 9, 451, 1919.
32) WÜLLENWEBER. Münch. med. Woch., 80, 1181, 1933.

NOTE E CONTRIBUTI

Splenoprognosi e splenoterapia nelle malattie infettive acute.

Dott. GIUSEPPE PULEO
medico chir. condotto — BIVONA (Agrigento).

Nel 1929 mi occupai del valore prognostico della detumefazione rapida della milza in alcune malattie infettive acute.

In cinque anni di ulteriori osservazioni mi è stato possibile vedere ancor più confermato quello che avevo allora segnalato.

Brevemente ritorno sull'argomento, mentre rimando il lettore al suddetto mio lavoro, ove sono descritte per esteso le osservazioni.

Nell'esame obbiettivo di ammalati affetti da varie forme di malattie infettive acute (infezioni tifosimili, pioemia, grippe, tifo addominale, paratifo A e B, reumatismo art. ac., amebiasi, febbre melitense) notai *che nei casi ad esito letale* la milza subiva il seguente comportamento: in primo tempo si aveva tumefazione più o meno notevole, in secondo tempo si aveva rapida detumefazione fino alla scomparsa o quasi, mentre le condizioni generali si aggravavano sino all'*exitus*.

Nelle forme gravi ad esito favorevole la tumefazione della m. era a principio più o meno marcata ed aveva tendenza a decrescere, parallelamente al migliorare dei fenomeni mor-

bosi o a mantenersi tumefatta fino a malattia risolta.

Nelle forme lievi il tumore di milza era di grado più o meno notevole, ma non aveva la tendenza alla rapida detumefazione, ma se la milza regrediva rapidamente, anche tutto il quadro morboso migliorava e la malattia volgeva a guarigione.

Tali osservazioni potei fare in circa 200 ammalati, trenta dei quali descrissi schematicamente nel lavoro citato.

Dall'esame obb. della milza veniva a trarsi pertanto un elemento importante per la prognosi della malattia, ma principalmente interessante è la costatazione della *detumefazione rapida* dell'organo nel corso di essa.

Questa rapida detumefazione ha un valore prognostico importante, imponendo tal segno una prognosi molto riservata, se non infausta.

Infatti negli ammalati ove constatai il fenomeno si ebbe quasi costantemente esito letale, per lo aggravarsi dei sintomi, per complicazioni a carico di organi importanti (cuore, reni, meningi ecc.).

Questo *segno della milza* ha, a mio parere, un serio valore e nelle mie osservazioni ulteriori del quinquennio 1929-1934 l'ho trovato ancor più confermato.

Una detumefazione costante della milza con tendenza alla diminuzione del volume in parallelismo col miglioramento dei varî sintomi della malattia, ha costituito un elemento di prognosi favorevole.

Ed ancora una *tumefazione progressiva della milza* con miglioramento dei fenomeni morbosi ha imposto una prognosi molto favorevole.

Riepilogando:

Il *segno della milza* nelle malattie infettive verrebbe così schematizzato:

1) detumefazione rapida o rapidissima della milza nel decorso di una infezione: prognosi gravissima;

2) tumefazione costante con tendenza alla diminuzione lenta o lentissima; prognosi riservata o favorevole, se parallelamente si ha miglioramento del quadro generale del processo morboso;

3) tumefazione lieve con graduale riduzione e fenomeni morbosi lievi; prognosi favorevole.

* * *

Nel quinquennio 1929-1934 potei studiare altri 200 casi, compresi numerosi casi di malattie acute dell'apparato respiratorio.

Per brevità non riporto i casi nella loro storia clinica e ripartisco il numero di essi secondo le forme morbose.

Infezioni tifosimili	casi N.	80
Setticemia	» »	8
Pioemia	» »	2
Influenza	» »	30
Tifo	» »	5
Paratifo A e B	» »	10
Reumatismo articolare ac.	» »	8
Amebiasi	» »	1
Febbre melitense	» »	2
Sepsi delle vie urinarie	» »	15
Broncopolmonite	» »	30
Polmonite	» »	9

L'esame della m. venne fatto a paziente in posizione diagonale sul lato destro (semilaterale), in modo da aversi una posizione intermedia tra la dorsale e la laterale destra, con la gamba un po' flessa ed il braccio sinistro sollevato in alto. Ho fatto sempre vuotare il colon con un enteroclisma, prima dell'esame.

L'età dei pazienti è variata dai 5 ai 60 anni. Questo numero di osservazioni aggiunto ai precedenti forma un complesso di circa quattrocento casi sottoposti allo studio.

Posso affermare che il segno della milza è stato da me costatato nella quasi totalità dei casi.

* * *

Anatomo-patologicamente si distingue un *tumore acuto di milza*, suscettibile di rapida diminuzione, ove si riscontrano i segni di una forte iperemia dell'organo (consistenza molle, polpa rosso scura, capsula violacea: istologicamente dilatazione dei vasi sanguigni, specie dei seni cavernosi, ove si riscontrano eritrociti, batteri, leucociti, grosse cellule con batteri e detriti cellulari. I follicoli sono un po' ingrossati e possono avere zone di necrosi).

Tale tumore acuto si ha nelle forme lievi a decorso favorevole e di breve durata, sparisce presto con la diminuzione della congestione dell'organo ed il riassorbimento delle cellule proliferate. La polpa è bruna per la distruzione ed il riassorbimento dei globuli rossi e la milza diviene più piccola, flaccida, raramente si ha aderenza della capsula splenica colle parti vicine.

Nelle forme morbose gravi ed a lungo decorso la milza è sede di una vera e propria infiammazione (*splenite acuta*) ed in tal caso è più molle, la polpa è grigio rossastra, chiazzata talvolta per emorragie, se la degenerazione è intensa può assumere l'aspetto giallo roseo.

È intensa in tal caso la proliferazione delle cellule della polpa, la maggior parte in dege-

nerazione granulo grassosa, specie gli endoteli semilunari delle vene. I globuli rossi ed i globuli bianchi sono aumentati di numero e sono reperibili gli agenti causa della malattia.

Se il tumore regredisce per la risoluzione della malattia si ha degenerazione delle cellule proliferate e riassorbimento di esse.

Possono residuare ingrossamenti e se la forma morbosa ha andamento cronico, l'ispessimento della capsula e delle trabecole può essere più notevole e si può avere iperplasia della polpa ed iperplasia dello stroma.

Questi i due tipi di tumore di milza nelle malattie infettive (Kauffmann) dal punto di vista isto-patologico.

Fisiopatologicamente la questione è molto più complessa.

Il quadro anatomico non dice ciò che l'organo fa ma ciò che l'organo è nella sua compaggine, nella sua struttura.

La milza ha certo nelle malattie infettive una funzione molto importante, lungi ancora dall'essere chiaramente definita.

Fra tutti gli organi si può dire che la milza è quello che si presta più male allo studio della sua funzione.

Mentre per il rene, per esempio, abbiamo il prodotto escretivo, l'urina, che ci illumina molto sulla sua funzione, per la milza poco o nulla abbiamo che ci possa permettere di vagliarne la funzione.

L'ingrossamento dell'organo, per quanto un segno importante, è tuttavia un segno grossolano e non può svelare la fisiopatologia dell'organo.

Molti AA. si sono occupati della fisiopatologia della milza nelle malattie da infezioni (Bardac, Trendelenburg, Tizzoni, Cantani, Benario, Blumenreich, Jacoby, Queirolo, Lepin, Lyonnet, Besançon) per citare i più noti e dalle loro osservazioni si può dedurre che la milza è un organo di difesa delle malattie infettive acute. L'ablazione chirurgica della milza nel corso di malattie infettive acute ha dato risultati disastrosi (Mayo).

La milza è da considerare come una grande glandula linfatica intercalata nel torrente circolatorio col compito di arrestare e neutralizzare i prodotti nocivi; per le sue speciali condizioni di circolo, per il rallentamento della circolazione nella sua polpa, esso è l'organo più adatto alla fermata degli agenti infettivi, verso i quali reagisce anatomicamente e funzionalmente.

La milza rappresenta la stazione più importante del sistema reticolo-endoteliale, apparato, che, come è noto, ha funzioni importantissime (emocateretica, biligenetica, sul metabolismo del ferro, delle proteine, dei grassi e dei lipoidi, sul ricambio idrico e salino, funzione eritropoietica, di regolazione del calibro dei capillari, ed infine funzione immunitaria: molti attribuiscono al sistema reticolo-endoteliale la genesi degli anticorpi ed interpretano la azione dei vari preparati antinfettivi a stimolazione del s. r. e.

La « milza è sede di correlazioni e scambi funzionali, più che di funzioni isolate e specifiche operando a mò di serbatoio e di filtro o spugna della massa sanguigna circolante, da cui accoglie sia prodotti normali, sia sostanze ed influenze anormali per qualità e quantità ». (Greppi).

In questi ultimi decenni è stato un rifiorire di studi sulla milza.

Secondo Barcroft e Viale la m. sarebbe l'organo regolatore di tutti i corpuscoli del sangue, rossi e bianchi. Essa contraendosi può lanciare in circolo i globuli bianchi e rossi secondo le necessità dell'organismo, per es. nell'esercizio muscolare, nelle emorragie, nell'asfissia acuta, nell'intossicazione da ossido di carbonio, nella depressione atmosferica, nel dolore ecc.

La m. può essere stimolata a contrarsi a mezzo di iniezioni endovenose di adrenalina.

Basta l'iniezione endovenosa di 2/10 di milligrammo di adrenalina per provocare nell'uomo una contrazione della milza, che si rende manifesta dopo 20' circa con un forte aumento degli elementi rossi circolanti.

Tale aumento di eritrociti manca negli individui splenectomizzati.

Izar ha fatto delle importanti ricerche al riguardo ed ha applicato la prova della iperglobulia da contrazione allo studio diagnostico della natura delle splenomegalie. Infatti la reazione ematica positiva si ha nelle splenomegalie da stasi, nei tumori di milza da infezione, nei tumori splenici da stasi portale senza alterazione anatomica dell'organo e nei tumori di m. da leucemia.

Si ha reazione ematica negativa nella malaria cronica con cachessia, nei tumori di m. da stasi portale con alterazione anatomica, nelle splenomegalie primitive (Morbo di Banti, morbo d Gamna-Gaudy, granulomi, neoplasie, splenomegalie genuine).

Tale prova permette di dare un giudizio sulla opportunità o meno di una splenectomia, affermando l'intervento una reazione negativa, controindicandola una reazione positiva o dubbia.

Viola con l'azione dell'adrenalina, con la

azione del freddo e del lavoro muscolare ha provocato nell'uomo accessi di natura malarica, per la contrazione della milza.

Alcuni AA. però non danno molta importanza al potere contrattile della milza, asserendo che nell'uomo tale potere è molto inferiore a quello degli animali.

Levi non attribuisce grande importanza al numero dei globuli rossi o bianchi dopo splenocontrazione all'adrenalina. Egli dell'avvenuta contrazione si assicura del conteggio dei residui nucleari ed endotelioidi di origine splenica, che aumentano grandemente nel sangue dopo la contrazione della milza.

Pende e Bufano provocando un iperspleniismo sperimentale con somministrazione via rettale di milza fresca, hanno riscontrato:

1) segni di eccitamento atipico della funzione leucocitogena del midollo osseo, dimostrata dalla presenza in circolo di forme immature delle tre serie di globuli bianchi;

2) costante aumento della resistenza osmotica delle emazie.

Ammettono una secrezione interna della milza protettrice dei globuli rossi (funzione emofilattica della milza) e spiegano così la emolisi che si verifica negli operati di splenectomia, emolisi che può essere arrestata colla somministrazione di succo splenico.

Nota è l'azione della milza sul metabolismo e sullo accrescimento.

Già T. Silvestri nel 1902 e Richet nel 1911 osservarono che gli animali splenectomizzati avevano bisogno di una alimentazione più abbondante per mantenersi, specie di maggiori sostanze proteiche.

Negli animali splenectomizzati si ha tendenza all'aumento del metabolismo basale (Peracchia).

Dalle ricerche di Richet risulta che la m. ha una influenza notevole sulla assimilazione degli alimenti, specie degli idrati di carbonio (Lauda).

È nota l'azione della m. sulla secrezione gastrica e sulla peristalsi intestinale, dovute probabilmente all'istamina ed alla colina in essa contenute.

La m. trattiene il ferro introdotto colla alimentazione ed impedisce la siderosi: la mancata funzione della m. può produrre una siderosi epatica, renale, ed intestinale (Chevalier).

La milza influenza il ricambio del calcio: infatti gli animali splenectomizzati hanno ritardo nella consolidazione delle fratture (Pacetto) e nella guarigione di ferite cutanee (Rigano, Izar).

La milza ha funzione antiblastica e le esperienze di Brueda dimostrano che nei ratti smilzati si ha attecchimento rapido degli innesti di carcinoma e sarcoma, mentre nei controlli, dopo un piccolo attecchimento si ha scomparsa.

Anche in vitro le culture di tessuto blastomatoso sono facilitate nel plasma degli animali splenectomizzati.

* * *

Importanti sono le ricerche sugli effetti della introduzione di estratti splenici nell'organismo.

Ricerche di Bisceglie hanno accertato che in tutti gli animali l'estratto splenico iniettato produce una iperleucocitosi, sia in quelli trattati con estratto splenico della stessa specie, sia in quelli trattati con e. s. di specie diversa.

La reazione leucocitaria iniziatasi dopo mezz'ora raggiunge il massimo dopo due ore e perdura ancora per un certo tempo.

L'iperleucocitosi è a carico di tutta la serie bianca, ma specie dei linfociti.

Negli estratti splenici usati dal Bisceglie non vi era traccia di sostanze proteiche, sicchè la iperleucocitosi prodotta dalla iniezione di estratto splenico è da interpretarsi come una reazione degli organi leucopoietici allo stimolo specifico dell'e. s.

Conclude l'A. che la milza oltre a potere produrre in se stessa cellule bianche del sangue (come il midollo osseo e come le glandule linfatiche) ha anche una azione stimolante diretta sui centri leuco-linfopoietici.

L'iniezione di estratto splenico fa aumentare considerevolmente il numero delle emazie (Simon e Spillmann) dei leucociti con aumento dei linfociti e comparsa di eosinofili (Monier, Storti) aumenta notevolmente il tasso emoglobinico (Danilewsky e Selensky, Bayle), aiuta favorevolmente la digestione per la sua azione sul pancreas (Schiff, Herzen), facilita l'assimilazione in genere e specie degli idrati di carbonio.

L'opoterapia splenica arresta la demineralizzazione, diminuisce l'eliminazione dei fosfati e del calcio, aumenta l'ione calcio del sangue (Hannover), regola lo stato colloidale del sangue (funzione colloidogenica di Bayle), ha funzione colesterinogena (Abelous).

Data la complessità della funzione splenica, specie nelle malattie infettive, è logico pensare come la lesione di essa possa influire molto sul decorso della stessa malattia. Riferendoci al quadro anatomico della prima fase del tumore di milza dobbiamo ammettere come in un primo tempo vi sia una forte congestione

della milza, ciò che ne determina il tumore acuto.

Ma se l'elemento infettivo ha grande virulenza le lesioni non si limitano alla sola congestione, ma interessano l'elemento splenico attivo, potendosi verificare anche la necrosi dei follicoli, tale da impedire all'organo quella attività, che esso potrebbe svolgere come organo di difesa nelle infezioni.

La funzione di difesa della milza, considerata come un grande organo linfoide intercalato nella massa sanguigna, va intesa in rapporto all'insieme degli stimoli, che essa riceve nel suo sistema reticolo-endoteliale, di cui è ricchissima, per opera di germi, sospensioni colloidi e cristalloidi, prodotti di disfacimento ecc. e negli stimoli che riceve il suo tessuto linfatico in senso stretto (Mottura).

È molto varia nelle varie infezioni il grado di reazione sia del sistema reticolo endoteliale, che del sistema linfatico, per cui si possono avere iperplasia del s. r. e. coesistente ad atrofia linfatica e viceversa.

Ciò varia secondo il tipo degli stimoli, la intensità di essi, forsanco la costituzione organica, le correlazioni di difesa.

In tali condizioni la milza non può svolgere quella sua funzione endocrina complessa, di cui abbiamo parlato e che ha certamente importanza nel fronte di difesa, che l'organismo oppone alla infezione.

La detumefazione rapida, che io ho riscontrato mi fa pensare, che la congestione iniziale sia seguita da una rapida azione necrobiotica degli elementi attivi della milza e da relativa decongestione, onde il reperto obbiettivo della diminuzione rapida di volume nelle forme gravi.

Nelle forme gravi, ove però il tumore di milza si mantiene notevole è da interpretarsi come la congestione della milza persista, ma che gli elementi attivi di essa subiscano fatti di degenerazione, ma non tali da far perdere loro la completa funzione sicchè è da pensare che la funzione antinfettiva della milza si sia mantenuta in determinati limiti.

Tale la spiegazione, che mi sono dato del fenomeno, senza avere la pretesa di averla risolta.

* * *

Dove la somministrazione di estratti splenici a scopo terapeutico ha raggiunto i migliori risultati è stato nella cura della tubercolosi.

La splenoterapia della t. b. c. fu proposta dal Bayle, dopo che gli studi sperimentali e clinici misero in luce le varie influenze che l'opoterapia splenica aveva sul sangue, sul calcio, sullo sviluppo del tessuto connettivo, sullo stato generale, sul potere immunitario dell'organismo ed anche direttamente sul b. di Koch, che pare subisca negli individui trattati una trasformazione in forme frammentate e granulari.

I risultati furono ottimi in tutte le forme tb. meno nelle forme avanzate; da far ammettere il 100 per 100 di guarigioni nel primo stadio della t. b. ed il 75 % negli altri e guarigioni più rapide delle tubercolosi localizzate (tumori bianchi).

Pare che l'estratto splenico agisca come un siero antitubercolare.

L'appassionante argomento è stato studiato da una schiera di studiosi e specie tra noi da vari AA. quali Sforza, Piazza, Russo, ecc.. e sperimentalmente di recente anche da Lombardo.

I migliori risultati si hanno cogli estratti globali introdotti per os e per iniezione, secondo le modalità proposte dal Bayle.

Anche nella tubercolosi osteoarticolare ottimi risultati ha avuto oltre al Bayle il Fleigel.

Forse l'azione della splenoterapia nella tbc. è data in parte dal contenuto in lipoide degli estratti (lecitina e colesterina) che hanno azione eccito proliferativa del sistema reticolo endoteliale, sull'appetito, sulla nutrizione, sulla mineralizzazione dell'organismo.

Ma in parte sono dovute ad un vero fattore ormonico, non perfettamente individuato, che esplica probabilmente la sua azione sulla eritropoiesi, sulla mononucleosi, sull'equilibrio acido basico, ecc.

Comunque è accertato che la terapia splenica è un'arma molto utile nella tubercolosi.

Recentemente il Bayle ha trattato 102 casi di malattie infettive con estratto spleno-surrenale.

Ha usato negli adulti 10 cc. di estratto spleno-surrenale due volte al giorno e nei bambini un cc. per ogni anno di età, con minima quantità di estratto surrenale.

Ha trattato vari casi di grippe, febbre tifoide, parotite, febbri eruttive, polmonite, bronco polmonite, erisipela, con risultati brillanti, con guarigioni, si può dire, al 100 %, dato che l'A. asserisce di avere avuto un solo insuccesso.

Le iniezioni vennero praticate per via sottocutanea e non provocarono nessun fatto locale e generale.

Il trattamento verrebbe ad essere quindi completamente inoffensivo.

Il Bayle si spiega l'azione dell'estratto spleno-surrenale sia per l'azione sul sangue, sulle emazie, sui leucociti, sull'emoglobina, sulla re-

golazione dello stato colloidale, di cui fa cenno più sopra, e forse sopratutto per l'azione di contrazione della milza provocata dall'estratto stesso, contrazione che obbligherebbe la M. ad immettere nel sangue i vaccini, che la m. stessa verrebbe a produrre a spese dei batteri stessi distrutti.

Le iniezioni di estratto spleno-surrenale provocherebbero pertanto una autovaccinazione.

Recenti ricerche di De Candia e Frola hanno dimostrato che il trattamento con ormone corticale negli stati infettivi sperimentali attenua notevolmente l'intensità morbosa della malattia.

* * *

Dai lavori suddetti risulta evidente l'importanza della splenoterapia nelle malattie infettive acute.

Ho pertanto voluto trattare alcuni casi capitati alla mia osservazione con estratto splenico. Ho usato la Lienasi Serono (estratto glicerico al 25 %) alla dose di un cc. al giorno per adulti e mezzo per i bambini, e la Endosplenina dello I. S. M. alla dose di 5 cc. a giorni alterni per adulti e 2-3 cc. per bambini.

Ho trattato precisamente;

N. 8 casi di b. polmonite
» 5 » » febbre tifoide
» 2 » » polmonite
» 1 » » parametrite
» 1 » » osteomielite settica
» 1 » » setticemia da scottature gravi
» 2 » » reumatismo a. a.

In tutto 20 casi, comprendenti bambini ed adulti. Tutti sono stati trattati colla sola splenoterapia e coi comuni rimedi sintomatici. In alcuni ho aggiunto l'adrenalina al millesimo per os. Nel reumatismo ar. ac. ho dovuto aggiungere anche il salicilato di sodio, ma benchè si trattasse di forme gravi, tuttavia ho osservato che sono occorse dosi minori per ottenere buon effetto.

Sarebbe troppo lungo riportare le storie cliniche dei singoli ammalati e passo direttamente al risultato delle osservazioni.

Lo studio è stato diretto solo al lato clinico. I migliori risultati li ho avuti nelle febbri tifoidi, specie nei bambini.

Dopo poche iniezioni ho visto migliorare il quadro morboso sia dal punto di vista della temperatura, delle condizioni generali, delle condizioni locali. Anche le b. polmoniti e le polmoniti si sono molto avvantaggiate della cura splenica che ha portato miglioramenti nella temperatura, nel polso, ed ha abbreviato in modo non comune il decorso della malattia

La terapia splenica non ha portato alcun vantaggio nel caso di osteomielite settica, forma molto grave in un bambino di 12 anni, che decedette malgrado l'atto operativo.

Nessun vantaggio potei notare nel caso di setticemia da scottature gravi, in una bambina di un anno, ma trattavasi di un caso molto grave, in cui nessuna terapia avrebbe potuto essere utile.

Nel caso di parametrite la opoterapia splenica influì bene sulla temperatura e sulle condizioni generali, specie ostacolando in modo blando la stipsi ed influendo pertanto in via indiretta sulle condizioni locali addomino-pelviche.

Ripeto che nei due casi di reumatismo art. ac. ho associato anche il salicilato di sodio, ma in piccole dosi, benchè si trattasse di casi importanti.

Ho osservato che la guarigione è stata più rapida e più stabile.

Dei venti casi; diciotto guariti: due decessi; ma torno a ripetere che, questi due casi erano di una gravità eccezionale e nessuna terapia avrebbe potuto portare vantaggi.

I casi trattati non sono molti, ma mi permettono di notare come la terapia splenica ha molto valore nella terapia degli stati infettivi acuti.

Anzitutto non dà alcuna reazione generale, clinicamente apprezzabile, ed è perfettamente tollerata. Influisce bene sulla temperatura, sul polso, sul sensorio, sulla funzione intestinale, non dà anafilassi.

L'azione della terapia splenica è da attribuirsi a tutte le influenze, che l'estratto di milza ha sulla leucocitosi, sulla stimolazione della funzione del reticolo-endoteliale, sul potere immunitario, e forse sull'azione ormonica vera e propria della milza, ancora non perfettamente conosciuta.

La splenoterapia non deve considerarsi una proteinoterapia, in quanto non ha la caratteristica di questo genere di terapia (reazione febbrile, cui seguirebbe modifica della curva febbrile stessa ecc.).

Comunque la sua azione sarebbe da considerare nel campo della terapia aspecifica delle malattie infettive, e come ben dice il Bayle, da considerare come opoterapia degli organi di difesa.

Quando altre ricerche avranno stabilito il limite preciso di azione dei vari organi di difesa, non è difficile che il trattamento opoterapico relativo, potrà aumentare le nostre armi contro le malattie da infezione, armi ancora non perfettamente definite nella loro essenza.

RIASSUNTO.

L'A. attribuisce al volume della milza un valore prognostico nelle malattie infettive acute, specie alla detumefazione rapida dell'organo nel decorso di esse (segno della milza).

Ha trattato alcuni casi di malattie infettive con estratto splenico e conclude che l'opoterapia splenica ha influito favorevolmente sul decorso di esse.

Mette la terapia splenica nel campo della terapia aspecifica delle malattie da infezione e precisamente nella opoterapia degli organi di difesa.

Bivona, novembre 1934-XIII.

BIBLIOGRAFIA.

1) PULEO. *Valore prognostico della detumefazione rapida della milza in alcune malattie infettive acute.* La Cultura Medica Moderna, Palermo, n. 5, 1929.

2) BAYLE. *Il trattamento delle malattie infettive con l'opoterapia degli organi di difesa.* Journal des Praticiens, n. 25, 1933.

3) G. VIALE. *La milza organo regolatore del numero dei corpuscoli rossi e bianchi circolanti.* Policlinico, Sez. Prat., n. 30, 1927.

4) BAYLE. *La splenoterapia della tubercolosi.* La Medicina Internazionale, n. 3-4, 1931.

5) LAUDA. *Le funzioni della milza.* Wiener Klinische Wochenschrift, aprile 1933.

6) PENDE e BUFANO. *La funzione della milza in rapporto al sangue circolante.* Haematologica, Archivio 1931, f. 1, pag. 45.

7) PAUL CHEVALIER. *La funzione splenica.* La Presse Médicale, n. 6, agosto 1923.

8) LAUDA. *La questione della secrezione interna della milza.* Wien. Klin. Woch., agosto 1932.

9) VIOLA. *Contributo allo studio della splenocontrattilità.* Policl., Sez. Prat., n. 34, 1931.

10) DE GAETANO. *Contributo sui poteri antiblastici della milza.* Ibid., n. 44, 1930.

11) PACETTO. *Influenza della milza sul processo di guarigione delle fratture.* Ibid., n. 48, 1929.

12) O. FLEIGEL. *La terapia splenica nella tubercolosi articolare.* La Cultura Med. Mod., n. 7. 1930.

13) BRUEDA. *Influenza della milza sullo sviluppo neoplastico.* Ibid., n. 4, 1929.

14) DOMINICI e GIORDANO. *Alcune ricerche sulla milza intesa quale riserva di sangue.* Policlinico, Sez. Prat., n. 38, 1929.

15) BISCEGLIE. *Sull'azione, che gli estratti splenici esplicano sugli elementi corpuscolati del sangue.* Biochimica e terapia sperimentale, maggio 1935, fasc. 4.

16) STORTI. *Sull'azione biologica degli estratti di ghiandule linfatiche e degli estratti di milza.* Monitore di Endocrinologia, n. 5, 1934.

17) LOMBARDO. *Opoterapia splenica e surrenalinica nella tubercolosi sperimentale.* Rivista Sanitaria Siciliana, n. 17, settembre 1934.

18) PIAZZA-LUCACER. *Risultati e significato della splenoterapia della tubercolosi polmonare.* Riv. San. Sic., n. 20, 1929.

19) IZAR. *Valore diagnostico della splenocontrattilità alla adrenalina.* Ibid., n. 16, 1929.

20) RICHET. *L'influenza della milza sulla nutrizione.* Acad. des Sciences de Paris, 4 giugno 1923.

21) REITANO. *La milza nell'infezione tubercolare.* Treves, Milano, 1933.

22) ROSSI. *Effetti della legatura dei vasi splenici sulla struttura e funzione della milza.* Annali Italiani di Chirurgia, n. 2, 1927.

23) CIOFFI e MAROTTA. *La milza e l'epiploon nella produzione di anticorpi riguardo la tubercolosi polmonare.* La Cult. Med. Mod., n. 23, 1924.

24) RIGANO-IRRERA. *L'influenza della milza nel processo di guarigione delle ferite cutanee.* Policl., Sez. Prat., n. 46, 1931.

25) *La tisiologia nella pratica medica.* Pubblicazione Wassermann, 1933, Milano.

26) MAYO. *Statistica di 500 splenectomie.* Annals of Surgery, settembre 1928.

27) DE CANDIA-FROLA. *Ricerche sperimentali sull'azione dell'ormone corticale nelle infezioni acute.* Policl., Sez. Prat., n. 3, 1934.

28) LOMBARDI. *Il sistema reticolo-endoteliale.* Notiziario di diagnostica e terapia, n. 7-8, 1934.

29) GREPPI. *Spunti dottrinari e pratici per la classificazione delle malattie della milza.* Rivista San. Sicil., n. 20 e 21, 1934.

30) XL Congresso della Società Italiana di Medicina Interna. Relazione BOERI sulla: *Terapia aspecifica delle malattie infettive.*

RIVISTE

La formula di Read per la determinazione del metabolismo basale.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

La determinazione del metabolismo basale, che si esegue ormai correntemente nelle Cliniche ed in varî ospedali ed istituti, non è ancora entrata nell'uso corrente del medico pratico probabilmente perchè esige apparecchi abbastanza costosi e di maneggio che, pure essendo semplice, è un po' malagevole per chi non ha l'abitudine del laboratorio. Eppure tale determinazione ha notevole importanza, oltre che biologica, per la diagnosi, la prognosi e la condotta di certe terapie.

Le notevoli differenze individuali e la costanza dei risultati per lo stesso individuo anche attraverso lunghi anni (1) dimostrano che si tratta di un meccanismo strettamente individuale e di un processo delicato e preciso dell'organismo, che sa adattarsi a tutte le variazioni imposte dalle condizioni interne ed esterne. Esso ci rispecchia lo stato endocrino e costituisce il reagente più fine delle fluttuazioni incretorie della tiroide, tanto che ogni malattia di questa ghiandola richiede lo studio del metabolismo basale, il quale è inoltre sotto l'influenza anche dell'ipofisi, delle gonadi, dei surreni, del timo. La terapia del morbo di Basedow, specialmente con lo jodio e con i raggi X, esige un continuo controllo

(1) DE BOIS, ZUNTZ ed allievi hanno sperimentato su loro stessi per dei decenni, trovando deviazioni non oltre il 7 %.

del M. B., se si vogliono evitare i pericoli derivanti da dosi eccessive.

Dal punto di vista diagnostico, l'indagine del M. B. è utile negli stati subfebbrili, nel dimagrimento, nell'adiposità. Nei primi, può fare orientare la diagnosi verso il morbo di Basedow ai primi stadî, anzichè verso la tubercolosi o la sepsi. Nel dimagrimento, l'aumento fa pensare ad un'ipertireosi, mentre una cifra normale depone per una sindrome plurighiandolare e la diminuzione per una scarsa nutrizione. Nell'obesità, si ritiene generalmente che il M. B. sia basso e si tende ad usare la tiroidina, il che può essere dannoso; di fatto, nel 15-20 % dei casi di obesità, si ha un aumento del M. B. e sono proprio questi che sopportano male la tiroidina, mentre si giovano del prolan.

La diagnosi etiologica del dimagrimento nelle sindromi di stenosi esofagea è facilitata dalla determinazione del M. B., che è aumentato nei casi di cancro e diminuito in quelli di diverticolo.

Anche nella prognosi, lo studio del M. B. può fornire utili indicazioni. Così nei casi di sepsi cronica, la prognosi tende ad essere favorevole se il M. B. è normale anzichè aumentato; altrettanto si può dire per la tubercolosi polmonare. Nell'anemia perniciosa, il M. B. è aumentato, mentre le remissioni sono annunciate dalla sua diminuzione.

Queste ed altre nozioni possono trarsi dalla determinazione del M. B., donde si vede l'utilità di essa e la convenienza di avere un metodo che sia alla portata del medico pratico e che, pur essendo semplice, fornisca indicazioni sufficientemente fidate.

***

In base allo studio di 600 casi, Read ha stabilito una formula empirica, mediante la quale è possibile, senza speciali apparecchi, ma soltanto misurando la frequenza del polso e la pressione sanguigna, ottenere risultati che collimano con le determinazioni metaboliche.

L'idea di trovare una relazione fra la frequenza del polso ed il M. B., rispettivamente con la quantità di ossigeno assorbita, risale a Lavoisier, il quale aveva già trovato un rapporto costante fra tale quantità di ossigeno e la frequenza del polso moltiplicata per la frequenza della respirazione. D'altra parte, è noto che l'attività del sistema cardiovascolare è intimamente connessa con il funzionamento della tiroide, che è il principale regolatore del M. B.

La formula originale di Read è:

$$M.B. = 0{,}683\ [F.P. + (P.D. \times 0{,}9)] - 71{,}5$$

modificata poi nella seguente:

$$M.B. = 0{,}75\ [F.P. + (P.D. \times 0{,}74)] - 72$$

dove M. B. = deviazione del metabolismo basale, da quello che dovrebbe essere nell'individuo in cui si fa la misura.

F. P. = frequenza del polso al minuto primo.

P. D. = pressione differenziale (differenza fra la massima e la minima) in mm. di Hg.

La deviazione — come si usa per il M. B. viene espressa in per cento e sarà positiva se il risultato della sottrazione è positivo, negativa (algebricamente) in caso contrario.

Indubbiamente, la formula è ingegnosa e comoda esimendo essa non soltanto dagli apparecchi e dalle relative manipolazioni, ma anche da calcoli e riferimenti a tabelle ed a nomogrammi.

La determinazione della frequenza del polso e della pressione differenziale si fa nelle stesse condizioni che per il M. B., cioè al mattino a digiuno, nella massima quiete. I risultati sono migliori (e cioè più concordanti con quelli delle ricerche metaboliche) se la determinazione si fa al mattino, subito dopo che il paziente si è svegliato, anzichè nella camera speciale per le ricerche sul M. B.

Diamo qualche esempio del calcolo. Siano: F. P. = 72. P. Mx. = 135. P. Mn. = 90. quindi, P. D. = 45.

P. D. × 0,74 = 33,3. 72 + 33 = 105. 105 × 0,75 = 78. 78-72 = 6.

L'individuo ha un M. B. superiore del 6 % a quello normale per la sua statura ed il suo peso.

Se invece, fossero: F. P. = 68 e P. D. = 30, si avrebbe:

P. D. × 0,74 = 22,2. 22 + 68 = 98. 98 × 0,75 = 67,50. 67-72 = — 5. L'individuo ha un M. B. inferiore del 5 %.

I calcoli possono essere risparmiati mediante l'uso della tabella allestita da Rachmann che riportiamo (v. Tab. I).

Una modificazione della formula di Read è stata proposta da Gale:

$$M.B. = (F.P. + P.D.) - 111.$$

Salvo poche eccezioni, gli AA. che si sono occupati dell'argomento hanno sempre usato la formula di Read. Del resto: Rachmann, che ha fatto delle determinazioni di confronto ha trovato che la formula di Gale non è raccomandabile.

***

Come si comprende agevolmente dalla considerazione della formula, i due fattori su cui essa si basa sono la frequenza del polso e la pressione differenziale, le sole variabili che vi si trovano, mentre i coefficienti numerici fissi sono stati trovati empiricamente.

La maggiore influenza sul risultato finale viene esercitata dalla frequenza del polso, sia perchè si tratta di cifre sempre più alte, sia perchè nel calcolo, la pressione differenziale viene moltiplicata per una cifra inferiore alla unità e tende quindi ad abbassarsi. Di fatto, per ogni battito del polso, si ha una variazione di 0,735. mentre per ogni mm. della pressione differenziale, la variazione è di 0,559.

TAB. I. — *Calcolo del Metabolismo Basale secondo la formula di Read.*

Frequenza del polso	Pressione differenziale in mm. di mercurio									
	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
60	— 13	— 11	— 8	— 5	— 3	+ 1	+ 4	+ 7	+ 10	+ 12
64	— 11	— 8	— 5	— 2	+ 1	+ 3	+ 6	+ 9	+ 12	+ 15
68	— 8	— 5	— 1	+ 1	+ 4	+ 7	+ 10	+ 12	+ 15	+ 18
72	— 5	— 2	+ 2	+ 4	+ 6	+ 9	+ 13	+ 15	+ 18	+ 21
76	— 2	+ 1	+ 5	+ 7	+ 10	+ 13	+ 16	+ 19	+ 21	+ 24
80	+ 2	+ 5	+ 8	+ 11	+ 13	+ 16	+ 19	+ 22	+ 24	+ 28
84	+ 4	+ 7	+ 11	+ 14	+ 16	+ 19	+ 22	+ 24	+ 27	+ 30
88	+ 7	+ 11	+ 14	+ 17	+ 19	+ 22	+ 25	+ 28	+ 30	+ 33
92	+ 11	+ 13	+ 17	+ 20	+ 22	+ 25	+ 28	+ 30	+ 33	+ 36
96	+ 14	+ 17	+ 20	+ 22	+ 25	+ 28	+ 31	+ 33	+ 36	+ 39
100	+ 17	+ 19	+ 23	+ 25	+ 28	+ 31	+ 34	+ 36	+ 39	+ 42
104	+ 20	+ 23	+ 26	+ 29	+ 31	+ 34	+ 37	+ 39	+ 42	+ 45
108	+ 23	+ 25	+ 29	+ 32	+ 34	+ 37	+ 40	+ 42	+ 45	+ 48
112	+ 26	+ 29	+ 32	+ 35	+ 37	+ 40	+ 43	+ 45	+ 48	+ 51
116	+ 29	+ 32	+ 35	+ 37	+ 40	+ 43	+ 46	+ 48	+ 51	+ 54
120	+ 32	+ 35	+ 38	+ 40	+ 43	+ 46	+ 49	+ 51	+ 54	+ 57

Di questo si deve tener conto per evitare grossi errori, nel senso di non applicare la formula in pazienti in cui per condizioni esterne si hanno alterazioni nel polso. Anzitutto, quindi, nei bambini i quali — con la loro tachicardia fisiologica — darebbero cifre abnormemente alte; a tale fatto si debbono i risultati sfavorevoli di alcuni AA. come Cameron, Kitchen e McRea. Così pure, non si applichi la formula in caso di scompenso cardiaco, di aritmia o di bradicardia di ogni sorta (p. es., da ittero). La pressione, invece, comanda l'esclusione soltanto se la massima è superiore a 160 (quindi in tutti i casi di ipertonia). Secondo Read, sarebbero anche da escludersi i casi di glomerulo-nefrite che, invece Rachmann ammette purchè la pressione massima non superi i 160.

Quando si tratta di ragazzi con abnormità di sviluppo (in eccesso od in difetto) i valori sono molto divergenti da quelli ottenuti con le determinazioni metaboliche; in tal caso, però, secondo Kemény, la formula di Read darebbe valori più attendibili che le dette determinazioni.

***

Non tutti gli AA., che hanno controllato i valori ottenuti con la formula di Read con quelli delle ricerche metaboliche (apparecchi di Krogh o di Knipping) hanno avuto risultati concordi. Ne espongo alcuni nella tabella II, da cui si vede che, accanto ad alcuni pienamente favorevoli, ve ne sono altri nettamente contrari. Può darsi che variazioni nella tecnica portino a queste differenze; da segnalare è inoltre il fatto che i risultati molto sfavorevoli di Rodriguez ed Ayala riguardano unicamente dei tubercolosi. Tali AA. hanno elaborato matematicamente i loro dati per ricavare la deviazione standard e l'errore medio probabile, calcoli che sono utilissimi quando le osservazioni sono molto numerose, ma che possono condurre a valutazioni erronee quando si tratta di pochi casi (20 nello studio degli AA.).

Non bisogna poi trascurare che già per il M. B. normale, si ammette una deviazione da — 7 a + 7 e che quindi, il confronto non dovrebbe farsi partendo dalla perfetta coincidenza. Nè si deve esigere che i due dati concordino nel 100 % dei casi quando la coincidenza delle osservazioni biologiche si aggira sull'80 % circa. Ora, come risulta dalla tabella, le differenze fra il Numero di Read e le determinazioni non arrivano al 20 % in una proporzione di casi che per qualche A. è del 72-76 %, ma che per altri arriva al 90-96 %.

Si tratta, quindi, di un'approssimazione soddisfacente, per cui si può concludere che la formula di Read offre al pratico un metodo comodo e spiccio per la determinazione ap-

TAB. II. — *Differenza fra i risultati ottenuti con la formula di Read e quelli avuti con le determinazioni metaboliche.*

Autori.	Percentuali dei risultati con differenze					
	inferiori a				superiori a	nessuna (coincidenze)
	5 %	7 %	10 %	20 %	20 %	
Umber	35 %		64 %	91 %	9 %	
Habs			60 %	90 %	10 %	
Bertheau	42 % (59 %)		87 %	96 % (100 %)	0·4 %	
Rachman		47 % (69,2 %)		92,7 %	7,1 %	22,8 %
Read			60 %			
Böger e Voit				76 %	24 %	
Olmes				72 %	28 %	
Rohr e Franquela . .	27 %		52 %	85 %	15 %	
M. B. oltre + 30 %.	22,8 %		33 %	72 %	28 %	
M. B. sotto — 5 % .	8 %		45 %	82 %	18 %	
Valori del M. B fra — 5 % e + 30 %.	30 %		59 %	91 %	9%	
Kemény				84 %	16 %	
Gran	28 %		51 %	86 %	14 %	8 %
Rodriguez e Ayala .			25 %	35 %	65 %	
Blanco e Blasco . .			40 %			

prossimativa del M. B. Essa va certamente usata circondandosi di tutte le precauzioni necessarie, va eseguita con cura e facendo le esclusioni accennate. Il Numero di Read fornisce così un dato che, unito a quelli dell'esame clinico può essere di notevole utilità. Esso è ben lungi dall'essere la stessa cosa del M. B., ma decorre parallelamente con esso e ne indica, quindi, indirettamente le variazioni. A tale scopo, è bene utilizzabile come controllo e come conferma delle determinazioni metaboliche dirette e per seguire la terapia dei casi di ipertiroidismo. Per quanto si debba sempre diffidare delle applicazioni matematiche alla biologia, questa formula, radicata nell'empirismo, nella sua elasticità dipendente da fatti biologici può — entro i limiti che ci si devono imporre — prestare segnalati servigi.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

E. KEMÉNY. Wien. klin. Wochens., 1933, n. 20.

L. RODRIGUEZ-CANDELA e A. E. AYALA. Medicina, Madrid, agosto 1934.

BLANCO S. e BLASCO. Arch. de med., cir. y esp., 16 aprile 1930.

V. J. RACHMAN. Acta med. scandinavica, 1934, fasc. I-IV.

B. GRAN. Monitore di endocrinologia per il med. prat., nov.-dic. 1933.

OLMES. Klin. Wochens., 1933, n. 3.

M. READ. Journ. amer. med. assoc., 1922, n. 24.

UMBER. Deut. med. Wochens., 1932, n. 33.

K. ROHR e E. FRANQUELO. Schweiz. med. Wochens., 16 dic. 1934.

SUNTI E RASSEGNE

FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA.

Inibizione della leucopoiesi da parte di alcune droghe.

(*Journ. Amer. Med. Ass.*, 10 ag. 1935).

Il fatto constatato dei rapporti fra somministrazione di alcuni composti e particolarmente l'amidopirina e il manifestarsi di granulocitopenia, ha condotto molti studiosi ad interessarsi degli effetti di tali sostanze sui granulociti circolanti. I risultati sperimentali ottenuti sugli animali si sono dimostrati di dubbio significato. La somministrazione di droghe sospette di essere implicate come fattori etiologici, ha avuto poco effetto nella maggior parte dei casi, anche quando tali sostanze erano somministrate in dosi massive. Ciò non è sorprendente se si pensa che la granulocitopenia è molto rara a verificarsi nella pratica clinica, malgrado le grandi quantità di amidopirina e di droghe similari usate nella pratica. L'attenzione degli investigatori è stata quindi distratta dallo studio del sangue circolante per concentrarsi nello studio delle alterazioni che avvengono nel midollo osseo.

Miller, dell'Istituto Rockefeller, ha somministrato amidopirina in dose di 0,30 gr. per kgr. di peso giornalieri a sei cani, per bocca. Anche con una dose così alta non si ebbe nessuna notevole diminuzione nel numero dei granulociti circolanti, malgrado il trattamento fosse continuato per quattro settimane e più: vi fu invece una diminuzione di vario grado del numero dei granulociti circolanti. Purtuttavia, malgrado l'assenza di alterazioni a carico dei leucociti circolanti, notevoli alterazioni furono riscontrate a carico del midollo osseo.

In questo infatti gli elementi ematopoietici non maturavano ed il numero delle cellule giovani relativamente indifferenziato era aumentato: i granulociti erano diminuiti di numero, quasi ridotti a zero. Nei casi più gravi anche la primitiva struttura del midollo osseo in isolette ematopoietiche era stata disturbata. Ne deriva quindi che alterazioni si possono avere nel midollo osseo senza che il riflesso ne appaia negli elementi formati del sangue circolante.

Ma una maggiore dimostrazione riguardante il meccanismo di azione di certe sostanze cicliche nella produzione di una granulocitopenia è stata portata da Climenko. Questo A. ha determinato gli effetti che la somministrazione ai conigli di amidopirina, antipirina, dinitrofenolo, idroclorato di fenilidrazina catecolo e ortochinone aveva sulla risposta dei tessuti leucogenici alla stimolazione con acido nucleinico. Normalmente la somministrazione di questo acido produce un rapido aumento del numero dei leucociti circolanti: si trovò che dopo la somministrazione di uno dei composti ciclici sopradetti, la capacità dei tessuti ematopoietici a rispondere al suddetto stimolo era perduta già molto prima che fosse possibile osservare una qualsiasi variazione nei costituenti cellulari della circolazione periferica: tale azione era più potente per la fenilidrazina, meno potente per l'antipirina. Nel midollo osseo si trovarono alterazioni simili a quelle che furono osservate da Miller. Il dinitrofenolo richiese un dosaggio di 20 mg. per kg. per arrivare ad inibire la leucogenesi; con questo dosaggio si aveva un aumento preliminare della percentuale di cellule giovani circolanti, ma questa reazione presto spariva in pochi giorni, durante la somministrazione della droga. Poco tempo dopo questa somministrazione l'acido nucleinico non dava più alcuna risposta. Non è stato ancora accertato quanto a lungo possa durare tale refrattarietà alla somministrazione di acido nucleinico.

Dall'insieme di queste ricerche deriva come alcune determinate sostanze cicliche possano provocare notevoli alterazioni del midollo osseo, senza che queste alterazioni diventino apparenti negli elementi formati del sangue circolante: se questo avvenga anche negli uomini, così come è accertato per gli animali, non è ancora noto; è probabile però che la inibizione della funzione fisiologica del midollo osseo avvenga più frequentemente di quanto non si creda comunemente, e che dei danni non ancora calcolati si abbiano specialmente quando una infezione concomitante aumenta la richiesta fisiologica di granulociti circolanti. Studi ulteriori sicuramente elimineranno la incertezza della tesi più comunemente accettata, che cioè la produzione, della granulocitopenia dipenda dalla presenza di una ipersensibilità nella persona che prende il medicamento. G. LA CAVA.

L'epatonefrite apiolica.

(J. VAGUE. *Gazette des Hôpitaux*, 20 e 27 novembre 1935, nn. 94 e 95).

L'apiolo ha una duplice azione tossica: sul sistema nervoso e sul fegato e rene. Essa sarebbe dovuta secondo le più recenti ricerche ad una impurità costituita dal fosfato di triorto-cresile. Le descrizioni di epatonefriti apioliche sono nella letteratura più rare di quelle delle polineuriti. L'A. riporta le storie cliniche di sei malati studiati da vari autori ed uno anche da lui e già pubblicate in varie epoche. Quattro dei sei malati sono morti; i due sopravvissuti hanno presentato durante alcuni giorni una sindrome morbosa molto grave.

L'evoluzione della intossicazione può essere distinta in due periodi netti: un primo periodo itterico (epatico) con scarsi sintomi renali;

un secondo periodo caratterizzato dalla scomparsa dell'ittero e da oliguria ed aumento della azotemia.

Nei malati nei quali l'affezione è terminata con la morte, l'ittero è apparso in tre casi al quarto giorno e nel quarto al decimo giorno: è stato sempre un ittero franco con decolorazione delle feci e presenza di sali e pigmenti biliari nelle orine. La sindrome tossica è stata uguale nei quattro casi: diarrea, vomiti, ipotermia, prostrazione, adinamia, sonnolenza; sintomi meno costanti sono stati: segni pseudo-tetanici frusti, miosi, midriasi, abolizione dei riflessi tendinei, dimagramento intenso e rapido.

Considerevoli le perturbazioni umorali: azotemia progressivamente crescente, glicemia elevata, variazioni irregolari del cloro sanguigno. Costanti in tutti i casi: oliguria progressiva, albuminuria, cilindruria.

La sindrome emorragica concomitante fu discreta, precoce in due osservazioni, tardiva nelle altre due.

I due casi che furono suscettibili di cura e di guarigione appaiono all'A. discutibili riguardo alla loro genesi e forse uno di essi non era neppure di origine apiolica.

Intossicazione apiolica sperimentale. È stata oggetto di pochi lavori; perciò l'A. ha stimato opportuno eseguire ricerche in proposito. Esperimentando sulla cavia con l'apiolo verde liquido, egli ha realizzato una intossicazione iperacuta terminata con la morte entro le 24 ore e con dosi meno forti una intossicazione più prolungata permettente una sopravvivenza di alcuni giorni. Per la somministrazione dell'apiolo ha usato la via digerente e la sottocutanea.

Da questi studi sperimentali egli ha tratto le seguenti conclusioni: 1) l'apiolo verde è poco tossico per la cavia; la dose mortale per questo animale è di grammi cinque per kg. e per giorno; 2) L'intossicazione rapida è caratterizzata da paraplegia o paraparesi del treno posteriore e disturbi d'origine cerebellare. Se l'intossicazione si prolunga per alcuni giorni, i disturbi metabolici hanno il sopravvento: l'animale dimagra notevolmente, non mangia più, è abbattuto e muore in coma dopo qualche giorno, in preda a convulsioni terminali. In questi casi vi è costantemente azotemia tra 0,90 e 1,50, ipoglicemia, albuminuria, cilindruria ed ematuria microscopica.

Anatomia patologica. Non si conoscono finora esami anatomici sicuri e precisi, riguardanti le epatonefriti apioliche nell'uomo. Nel caso personalmente studiato dall'A. (J. Vague e L. François, *Soc. de Méd. de Marseille*, 9 gennaio 1935), benchè l'esame istologico sia stato fatto in eccellenti condizioni, purtroppo la diagnosi di epato-nefrite apiolica non è risultata assolutamente certa e perciò i reperti perdono alquanto di valore.

Sono quindi più attendibili quelli relativi agli organi delle cavie morte per intossicazione sperimentale.

Dallo studio di questo materiale e da quello degli organi del malato morto per supposta intossicazione apiolica, l'A. è giunto alle seguenti conclusioni: 1) l'intossicazione acuta determina, nell'uomo e nell'animale, delle lesioni sopratutto parenchimatose del fegato a tipo di degenerazione grassa periportale con reazione ipertrofica e iperplastica della zona media del lobulo e delle lesioni di glomerulo-tubulo-nefrite acuta congestiva, interstiziale, ma sopratutto degenerativa; 2) l'intossicazione iperacuta produce una necrosi a predominio centro-lobulare e periportale del fegato ed una glomerulo-nefrite congestiva, poco degenerativa; 3) infine in certi casi a decorso prolungato, nell'uomo, le lesioni epatiche sarebbero forse di tipo reazionale o giungerebbero anche a guarigione, mentre l'evoluzione fatale sarebbe dovuta alla tubulo-nefrite epiteliale degenerativa.

VICENTINI.

ORGANI DIGERENTI.

I segni radiologici diretti nelle coliti ulcerose non specifiche.

(S. KADRNKA, R. AUDEOUD. *Archives des mal. app. dig. et. mal. de la nutrition*, ott. 1935).

In questo breve lavoro gli autori si propongono di descrivere quelli che possono essere chiamati i segni radiologici diretti della colite ulcerosa, e cioè l'edema infiammatorio e soprattutto l'ulcerazione. Lasciano quindi da parte i segni già noti che si riscontrano comunemente in un malato affetto da colite e cioè i segni cinetici come l'accelerazione del passaggio, gli spasmi totali o segmentari, la stasi e la ipotonia a monte delle lesioni, ed alcuni segni statici quali l'indurimento della parete profonda, la congestione della mucosa e quelle immagini che rivelano un contenuto anormale dell'intestino: s'interessano invece di quegli aspetti radiologici che permettono, in seguito all'interpretazione dei clichés, di passare dalla presunzione alla certezza della diagnosi.

Le ulcerazioni digestive danno radiologicamente delle immagini per addizione secondo l'espressione di Ledoux Lebard. È noto che delle ulceri coliche tipiche danno delle immagini per addizione poco profonde e il cui asse di propensione è parallelo all'asse del lume intestinale mentre che inversamente l'asse di progressione dell'ulcera gastrica è perpendicolare al grande asse dello stomaco.

Secondo il grado di evoluzione della ulcerazione le immagini saranno molto differenti. L'ulcera che non è penetrata nella profondità della parete si traduce di profilo con una immagine a sperone perpendicolare all'asse dell'intestino. Questa formazione diverticolare appare subito dopo la distensione e persiste

anche dopo l'evacuazione della sostanza di contrasto.

Questa fissità e questa incidenza sono i due caratteri che ci permettono di differenziarla dalle immagini analoghe della pericolite e delle aderenze. La diagnosi differenziale è invece spesso impossibile a fare fra questo sperone ed un diverticolo al suo stadio iniziale non ancora provvisto del suo rigonfiamento terminale. Lo sperone non è dunque patognomonico di una perdita di sostanza poichè lo si può incontrare all'infuori di ogni processo ulceroso. E invece possibile affermare la presenza di una ulcerazione quando a questo sperone succede una immagine a testa di chiodo o una produzione dendritiforme che traduce probabilmente gli stadi successivi di perforazione dell'ulcera e la sua penetrazione. Se l'ulcerazione si estende, l'immagine prende l'aspetto di un bernoccolo e se i bordi del cratere sono minati o scollati l'immagine ricorda la linea di un fungo. Tutte queste immagini hanno valore soltanto se sono costanti. Data la molteplicità delle lesioni nell'affezione sopradetta queste immagini sono per lo più giustapposte ad altre immagini simili. Queste irregolarità estese sono facilmente descriminabili dall'aspetto rosicchiato che dà la pericolite, aspetto infinitamente variabile, che si modifica con la più o meno grande replezione colica e che sparisce generalmente coll'evacuazione dell'eccesso di liquido opaco. Se poi si studia l'immagine di faccia del rilievo interno si constata che le ulcerazioni sono difficilmente identificabili specialmente quando sono isolate. L'aspetto finemente granuloso dell'immagine del rilievo interno farà supporre, senza però nessuna certezza, la presenza di piccole ulcerazioni superficiali: le grandi ulcerazioni descritte da Stierling come delle macchie sospese sono rare. Delle larghe superfici esulcerate alternantisi con delle papule di mucosa edematosa ricordano l'aspetto del lastricato di una strada o del guscio di una tartaruga: questa conformazione è abbastanza frequente e si è generalmente d'accordo nell'attribuire ad essa valore diagnostico. Così anche l'aspetto raggiato, nodulare o pseudopoliposo, è caratteristico di un processo di riparazione. I pezzi operatori o anatomici mostrano a questo livello una superficie esuberante e granulante e dei molteplici isolotti di mucosa che ricoprono la superficie interna dei noduli neoformati. Infine esistono delle modificazioni infiammatorie della mucosa, che pur non essendo patognomoniche di colite ulcerosa poichè sono inerenti a qualsiasi stato congestizio, pure sono indispensabili nel quadro di una colite. Segno radiologico caratteristico di queste modificazioni è l'allargamento delle pliche, fenomeno che aumenta in funzione dell'acuzie del processo congestizio. L'allargamento delle pliche è spesso così considerevole che provoca l'appiattimento completo del rilievo interno. G. LA CAVA.

Pericoli e risultati nel trattamento dell'amebiasi.

(P. W. BROWN. *Jour. Am. Med. Assoc.*, 26 ottobre 1935).

L'A. in 15 anni ha avuto occasione di trattare 835 casi di amebiasi, e di avere notizie dei resultati di 523. I rimedi usati furono: l'ipecacuana, il joduro doppio di emetina e bismuto, l'arsifenammina, il treparsolo, lo stovarsolo, l'yatren, il vioformio ed il carbarsone.

L'ipecacuana fu usata nei primi anni, ora è stata quasi abbandonata per la difficoltà di un esatto dosaggio e perchè frequentemente provoca nausea e vomito: l'A. li ha infatti osservati su 18 dei 36 casi trattati con essa, cioè nel 50 %. Il joduro doppio di emetina e bismuto, fu somministrato a 35 pazienti: in 2 si ebbero nausea e vomito ed in altri 2 aumento della diarrea. Presentemente è poco usato, gode ancora di un certo favore in Inghilterra, ma è stato spodestato dall'introduzione del cloridrato di emetina. Questa è stata impiegata in 554 casi. Da principio si somministrarono dosi varianti da 0,25 a 1,17 gr. in un mese, poi queste variarono da 0,39 a 0,65. Non si è avuto nessun esito letale, ma si lamentano 18 casi di neurite, 15 dei quali ricevettero una dose superiore a 0,65 gr. in un mese, 2 di 0,65, ed 1 di 0,52 gr. Altri 4 malati presentarono orticaria e 2 una reazione locale intensa al punto di iniezione.

La dose di 0,65 gr. in un mese sembra che non si debba oltrepassare per evitare complicanze, che però possono presentarsi anche con dosi minori, come nei 3 casi citati, a causa di intolleranza individuale all'emetina.

Per evitare reazioni locali la iniezione va fatta esattamente nel sottocutaneo e non endomuscolare o intradermica. Non si sono osservate le complicazioni cardiache riportate da alcuni autori.

I composti arsenicali, arsifenammina, treparsolo e stovarsolo sono stati somministrati rispettivamente a 38, 301 e 203 infermi.

Il treparsolo ha dato 8 casi di eritema tossico, cioè il 2,6 %, lo stovarsolo 13 casi, il 5,6 % e 2 di neurite multipla.

Le dosi raggiunte, quando si produssero queste complicanze, variarono da 1 a 3,75 gr.

Lo yatren, il vioformio ed il carbarsone, furono usati in un piccolo numero di malati: con il yatren si è notato diarrea nella metà dei casi, e con il carbarsone un caso di eritema tossico fra gli 8 trattati.

I risultati, con questi vari medicamenti, sono stati i seguenti: con l'emetina si è osservato il 55, con l'arsifenammina il 9, con l'ipecacuana il 27, con l'yatren il 18, con lo stovarsolo il 15 e con il treparsolo l'11 % di guarigioni. I migliori risultati si sono avuti somministrando nello stesso tempo l'emetina ed il treparsolo, il 95 % di guarigioni.

Il metodo di cura adottato presentemente dall'A. è il seguente: gr. 0,065 di cloridrato di emetina per iniezione 2 volte al giorno per 3 dì, una settimana di sosta, e per altre 3 giorni 2 iniezioni di gr. 0,043. Insieme con l'emetina 25 ctg. di treparsolo durante i 2 pasti per 4 giorni. Se non vi è alcun segno di intolleranza per l'arsenico, il treparsolo si fa prendere per altre 2 serie di 4 giorni con l'intervallo di 10 giorni.

Se dopo questo trattamento, le amebe non sono scomparse dalle feci, si prescrivono 3 gr. di yatren per bocca al giorno per 3 settimane, con una settimana di intervallo per ognuna di cura. Se ancora le amebe persistono si consigliano 6 iniezioni, una alla settimana, di arsifenammina. ZITO.

LARINGOLOGIA.

Le affezioni acute della gola.

(E. WATSON-WILLIAMS. *Practitioner*, gennaio 1936).

La maggior parte delle affezioni acute della gola sono caratterizzate da un dolore nella regione della faringe o della laringe, che si aggrava nell'atto dell'ingoiare o del parlare e che dura qualche ora o tutt'al più qualche giorno.

La *faringite acuta semplice* è caratterizzata da un senso di molestia più che di dolore alla fauci. La faringe e le tonsille sono arrossate e secche in primo tempo e successivamente coperte da uno strato di muco o muco-pus.

Si cura con bagni caldi, bevande calde, lassativi, polvere del Dower o aspirina.

Conviene però tener presente che la condizione può costituire la fase iniziale dell'influenza, del tifo, del morbillo, della scarlattina, del vaiuolo, e che può presentarsi nella sifilide secondaria come inizio di placche mucose o di ulcerazioni delle fauci, negli individui affetti da gotta, reumatismo o di dispepsia, e infine essere manifestazione di iodismo.

La *faringite acuta settica* è generalmente streptococcica, ma può essere anche data da stafilo- e pneumococchi, nonchè da altri batteri.

L'inizio è sempre improvviso con brivido e forte malessere. In rapporto alle manifestazioni locali si possono avere forme: catarrali, edematose, suppurative o flemmonose, emorragiche, gangrenose. La mortalità è alta.

La cura deve essere indirizzata a combattere l'infezione generale, a sostenere le forze, ad evitare i pericoli dello strozzamento. Si somministrerà per os e si faranno pennellazioni locali di tintura di percloruro di ferro e glicerina. Il ferro si può dare anche insieme a chinino e digitale. Si faranno iniezioni quotidiane di 30 cmc. di siero antiscarlattinoso.

Quando l'edema fosse minaccioso bisogna praticare la tracheotomia.

La *tonsillite acuta* è quasi sempre dovuta allo streptococco. La distinzione in follicolare e parenchimatosa è semplicemente di grado.

L'inizio è improvviso con febbre, malessere, stipsi, lingua patinosa, alito fetido, dolore alle fauci. Le tonsille sono rosse e ingrossate e ricoperte di strati biancastri di essudato fibrinoso, che possono essere asportati senza dare sangue; talvolta si hanno piccole ulcerazioni superficiali. La faringe è arrossata e i gangli cervicali sono ingorgati; nelle forme gravi si possono avere adeniti cercivali e trisma considerevole.

In ogni caso è conveniente procedere all'esame batteriologico.

L'infermo deve osservare il riposo a letto, deve alimentarsi con cibi preferibilmente liquidi o molli e facilmente digeribili: non bisogna eccedere nel latte.

Come purgante si darà il calomelano.

I salicilici giovano sia per abbassare la febbre come per alleviare il dolore alle fauci. Se ne possono fare anche applicazioni locali.

Si prescriveranno gargarismi a base di clorato di potassio, glicerolo o timolo.

Le applicazioni calde esterne sotto forma di cataplasmi sono giovevoli.

Conviene tener presente che la tonsillite acuta e la faringite acuta possono avere gravi complicazioni (la setticemia e l'ascesso cerebrale) e che la tonsillite può costituire il fatto iniziale del reumatismo articolare acuto e che è molto comune nella scarlattina.

L'*ascesso peritonsillare* può manifestarsi come fatto isolato o più frequentemente a seguito di una tonsillite, in genere quando la risoluzione di questa si è già iniziata. Ricompare la febbre ed il dolore diventa unilaterale, il disturbo della deglutizione si aggrava, mentre compaiono linfoadeniti cervicali e trisma.

All'esame si rileva che una delle tonsille è spinta verso la linea mediana dal gonfiore sottostante. Successivamente il palato molle diventa edematoso, la parola difficile, la voce velata. Di rado si apprezza fluttuazione. L'ascesso è situato tra la tonsilla e il suo letto.

Talvolta la suppurazione abortisce a seguito di un'iniezione intramuscolare di un cmc. di butirrato di manganese all'1 %. Nel caso che invece i fenomeni si aggravassero bisogna ricorrere all'apertura dell'ascesso per la via delle tonsille previa anestesia locale o generale quando esiste trisma.

L'*ascesso faringeo* è una suppurazione dell'aponevrosi bucco-faringea all'esterno della parete muscolare e perciò in stretta relazione con i vasi profondi. Può seguire ad un ascesso dentario o tonsillare. La sintomatologia generale è simile a quella dell'ascesso tonsillare, ma con più intenso trisma e disfagia; il paziente non può ingoiare la saliva, che cola dalle labbra. Manca l'edema del palato molle, la tonsilla è rotata verso l'esterno più che spinta verso l'interno, i recessi laterali della faringe sono colmati dal gonfiore. Esiste ade-

nite cervicale di solito mascherata dall'infiltrazione dura e dolente dei tessuti profondi dell'angolo mascellare. La cura consiste essenzialmente nell'apertura dell'ascesso.

L'*ascesso retrofaringeo* è costituito dalla suppurazione delle glandule linfatiche della parete posteriore della faringe. Colpisce per lo più i bambini dell'età di circa un anno. Il bambino rifiuta il cibo, è agitato, respira con difficoltà ed emette grida tipiche che sono state paragonate a quelle dell'anitra. La parete posteriore della faringe è spinta in avanti ed è fluttuante. La cura consiste nell'apertura dell'ascesso ed eventualmente nella tracheotomia.

La *tonsillite membranosa* è una tonsillite streptococcica o pneumococcica, nella quale le placche di essudato tendono a riunirsi ed a coprire uniformemente tutta la superficie delle tonsille. Si costituisce una membrana che difficilmente si stacca, ma è sempre meno aderente di quella della difterite. La diagnosi differenziale con questa ultima affezione non sempre è possibile, a meno che non si pratichi l'esame batteriologico.

Di solito il dolore locale ed i primi fatti generali sono più intensi che nella difterite e non cedono alle iniezioni di siero antidifterico.

Nelle forme decise di difterite la membrana è più grigia, è di solito asimmetrica, copre i pilastri delle fauci che sono profondamente congesti, si distacca con gran difficoltà e senza emorragie abbondanti. In genere nella difterite, al contrario di quanto avviene nella tonsillite membranosa, i fatti locali sono più accentuati di quel che siano quelli generali. Tuttavia è da rilevare che vi sono casi di difterite, fortunatamente rari, nei quali le membrane mancano del tutto. Il piccolo paziente è calmo, silenzioso, pallido, accusa un leggero dolore alle fauci, ha poca o niente febbre, ma presenta un edema evidente del collo. Le tonsille sono ingrossate, ma brunastre ed edematose più che rosse e infiammate e non presentano membrane. In questi casi il trattamento antidifterico deve essere energico.

La tonsillite membranosa ha una prognosi di solito riservata. Possono sopravvenire complicanze bronchiali e pulmonari.

Nelle forme streptococciche giova molto il siero antiscarlattinoso. Le forme pneumococciche non si giovano della sieroterapia.

La *faringo-tonsillite ulcerativa* può costituire una complicanza di tutte le forme di faringiti e tonsilliti specie settiche, delle forme erpetiche della bocca, nonchè delle lesioni neoplastiche del tubo intestinale.

Il *pemfigo* della faringe può verificarsi come complicanza di altre forme di pemfigo ed anche isolatamente. I disturbi generali sono leggeri. Localmente si constatano grandi vescicole giallastre, sparse irregolarmente, con scarsa reazione dei tessuti circostanti. Per permettere l'alimentazione del paziente conviene prima dei pasti fare polverizzazioni di anestesina o ortoformio. L'affezione si giova di cure arsenicali per via parenterale.

La *tubercolosi miliare acuta* della faringe può verificarsi in pazienti di tubercolosi pulmonare avanzata. Le ulceri sono numerose, superficiali, irregolari, e la mucosa circostante è molto pallida. Il trattamento è sintomatico. La condizione ha significato molto grave.

L'*angina di Vincent* è dovuta ad infezione da bacillo fusiforme e spirochete. Si verifica in individui deperiti con carie dentaria. Il primo sintoma è il dolore nella deglutizione. Spesso è affetta una sola tonsilla che è coperta da un'ulcera profonda, irregolare con una membrana verdastra o grigia, facilmente rimuovibile con scarsa sanguificazione, ed emanante un odore nauseabondo. Il tessuto circostante presenta pochi segni di reazione, ma nelle forme gravi si può avere diffusione dell'ulcera alla faringe, alle gengive con edema considerevole, trisma ed adeniti cervicali.

L'affezione si cura con l'arsenico per via parenterale.

L'*angina agranulocitica* è un'affezione ulcerativa della faringe che si verifica in individui con agranulocitosi. L'attacco è improvviso con febbre, malessere, dolori articolari, dolore delle fauci. Le tonsille ed i pilastri sono ingrossati ed arrossati e presentano chiazze di necrosi, che si trasformano rapidamente in ulcerazioni.

La condizione è spesso provocata dall'ingestione di piramidone.

Si cura con iniezioni di preparati nucleinici ed eventualmente con la trasfusione di sangue.

La *laringite catarrale acuta* rappresenta per lo più la diffusione di una faringite. I primi sintomi sono un senso di tillichio alla laringe, tosse e raucedine. Con il progresso dell'affezione si ha un dolore localizzato al pomo d'Adamo, la raucedine diventa più intensa fino all'afonia. La febbre non è costante.

Le corde vocali sono arrossate e ricoperte di uno strato di muco o di muco-pus, talvolta presentano ulcerazioni, ma quasi mai sono edematose.

La cura è simile a quella della tonsillite, talvolta all'applicazione esterna sono preferibili quelle fredde con acqua ghiacciata.

Giovano molto le polverizzazioni di paraffina liquida contenente mentolo, cocaina e olio di pino.

La *laringite stridula* è costituita da uno spasmo della laringe nel corso della laringite acuta. Improvvisamente il bambino è preso da un attacco di tosse, urla, e sembra quasi morto per arresto della respirazione.

Durante l'attacco bisogna fare spugnature fredde alla faccia od al petto, fare un'iniezione di atropina; eventualmente praticare la tracheotomia. Dopo l'attacco per calmare il piccolo paziente e prevenire nuovi attacchi somministrare bromuri.

La laringite difterica è per lo più una complicanza della difterite delle fauci, ma può sopravvenire anche isolatamente. La sintomatologia è simile a quella dei corpi estranei nella laringe (raucedine intensa, disfagia; la febbre può mancare). La diagnosi è possibile solo con l'esame laringoscopico, ma nei casi sospetti conviene senz'altro praticare la cura antidifterica.

La *laringite traumatica* può verificarsi quando si sforza la voce; possono esserne colpiti artisti di canto quando ritornano sulle scene dopo il riposo e gli oratori specie durante le campagne elettorali. I sintomi sono: raucedine o afonia completa, dolore nel parlare o nel tossire ma non nel deglutire. La laringe presenta un'intensa congestione dei margini delle corde e talvolta emorragie sull'epitelio delle corde.

La cura consiste nel riposo assoluto della voce, pastiglie calmanti, inalazioni. DR.

IGIENE.

Attività ginnico-sportiva e funzione mestruale.

(R. BOLAFFIO. *Scritti in onore di E. Ferroni. Suppl. della Riv. it. di ginec.*, 1935).

In uno studio essenzialmente basato su osservazioni personali, l'A. esamina il problema dei rapporti e riflessi che può avere l'attività ginnico-sportiva sulla funzione mestruale.

Risulta anzitutto che una sana pratica ginnastica e sportiva, opportunamente indirizzata e contenuta in limiti razionali, non può in alcun modo esser fonte di perturbamenti alla funzione ciclica. Anzi, l'esercizio fisico praticato fuori del periodo, può influenzare nel miglior modo il ciclo mestruale, traducendosi in un reale mezzo terapeutico, nel trattamento di talune irregolarità ed esplicando altresì una efficace prevenzione di quei disturbi della sfera genitale femminile, che sappiano essere essenzialmente legati alla vita sedentaria.

Per quanto riguarda la questione di praticare lo sport durante il periodo catameniale, le osservazioni dell'A. conducono ad affermare che l'esercizio fisico non esercita alcuna influenza perturbatrice sulla mestruazione in atto. Ma occorre rilevare che si trattava di ragazze ad andamento mestruale del tutto regolare e di attività fisica contenuta anche in quei giorni nei consueti limiti. Soltanto in quattro, si ebbero modificazioni in senso sfavorevole (due di esse erano ipermenorroiche).

Quando si tratta di donne con apparato genitale sano, in cui le funzioni cicliche si compiono normalmente, può quindi essere ammessa un'attività sportiva moderata, purchè non oltrepassi la misura abituale e non implichi l'esposizione a stimoli organici esagerati. Sono dunque da bandirsi nel periodo catameniale gli allenamenti particolarmente intensi e più ancora le competizioni, che reclamano una prestazione fisica spinta al massimo grado.

È poi possibile lo sviluppo di turbe mestruali assai gravi e permanenti, con danno alla capacità generativa, per effetto di sport irrazionali o praticati in modo incongruo. Questo deve esser tenuto presente dal medico sportivo a cui è affidato l'incarico della selezione e della preparazione delle giovani destinate all'agonistica. Nelle selezione fisiologica in base alla valutazione fisica, come pure nei controlli nel corso di allenamenti, si dovrebbe rivolgere particolare attenzione anche al comportamento mestruale, sia per motivare eventuali controindicazioni, sia anche per la sospensione di ogni attività in quei casi in cui le funzioni cicliche risultino sfavorevolmente influenzate.

Le controindicazioni sono date da quel gruppo di dismenorree legate a vizi di posizione dell'utero, o ad impedimenti nel deflusso del sangue mestruo per cause patologiche (stenosi del canale cervicale, ipertrofia longitudinale del collo, ecc.) od a fatti infiammatori a localizzazione annessiale od uterina.

Un'altra controindicazione ad ogni pratica sportiva nel periodo e nei giorni precedenti, è data dalla febbre mestruale sia essa espressione di uno stato morboso genitale od extra-, accertata o latente. La coincidenza di malattie delle vie biliari con la mestruazione ed il riacutizzarsi di esse, la congestione delle vie aeree, la frequente febbricola delle tubercolotiche o degli stati preturbecolari, la più facile insorgenza delle malattie infettive nel catamenio debbono esser motivo di un prudente riserbo da parte delle donne non perfettamente sane, nei riguardi dell'attività sportiva nei giorni mestruali. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

CRISTAL P. *Précis de Chimie biologique médicale.* Masson & C., Paris, 1935. 80 Fr.

È un volume di 600 pagine, di chiarezza e concisione ammirevoli.

La trattazione è divisa in quattro parti: nella prima sono esposti i concetti fondamentali generali della chimica biologica — costituenti e composizione dell'organismo umano e degli alimenti. — Inoltre vi è in questa prima parte un breve capitolo introduttivo sul concetto di stato di soluzione e di stato colloidale, ed una esposizione sintetica degli aspetti biologici e fisiopatologici della chimica dei composti di carbonio ed idrogeno.

Le tre parti successive sono dedicate ciascuna ad uno dei grandi gruppi in cui modernamente si raccolgono le sostanze organiche di interesse biologico, e ciò ai glucidi, ai lipidi e ai protidi.

L'interesse notevole del libro è appunto la sua modernità, che consente all'A. di prospettare i problemi della chimica biologica alla luce delle più recenti classificazioni ed interpretazioni.

Ciascuno di questi grandi gruppi di sostanze è trattato prima dal punto di vista strettamente chimico (descrizione delle varie sostanze), poi da quello fisiopatologico.

La trattazione del capitolo « glucidi » si estende dal metabolismo del glucosio a qualche cenno di diabetologia; da cui l'A. passa ad una trattazione della dottrina dell'equilibrio acidobase, che viene ad essere vitalizzata dall'interesse della questione clinicobiologica prima svolta, ma che sarebbe stata al suo giusto posto nella Iª parte del libro, vicino al capitolo « stato soluto e stato colloidale ».

Dei lipidi è detto molto sinteticamente ma molto chiaramente. L'A. non si addentra molto nella patologia del metabolismo dei lipidi ed è peccato, perchè analogamente a quanto aveva fatto per il diabete, ne avrebbe resa più completa la trattazione.

Il capitolo dei protidi è molto ben fatto: particolarmente limpida l'esposizione che riguarda i nucleoprotidi e gli acidi nucleici.

Come l'A. stesso dice nella prefazione il suo libro non può certo dirsi completo. Prima di tutto manca ogni accenno alla biochimica inorganica; eppure anche questa è parte importante della biochimica medica. Poi non è trattata la biochimica degli ormoni e vitamine e non vi è che qualche frammentario cenno di fermentologia. Non vi è nessun riferimento di tecnica. Ora in certi capitoli (lipidi per es.) di recente sistematizzazione sarebbe stato utile qualche cenno di analisi organico-biologica.

Nel complesso direi che questo compendio è troppo ricco di formule ed incompleto per lo studente che deve orientarsi sicuramente in tutti i campi della chimica biologica. Ed è male, perchè la chiarezza dell'esposizione è veramente straordinaria.

È molto utile per il medico che fa della medicina sperimentale sotto l'angolo visivo della chimica biologica, perchè lo mette al corrente di tutte le nuove vedute in argomento, in una forma che, per la limpidezza, la concisione, l'eleganza dello stile può dirsi senz'altro piacevole.

La sua modernità e la parte preponderante data in tutti i capitoli ai contributi e alle vedute delle scuole biochimiche francesi, fanno ritenere che il libro di Cristal troverà anche posto nelle biblioteche dei chimici biologi italiani, che vi potranno trovare materia per utili raffronti. M. COPPO.

The Rockefeller Foundation. Annual Report, 1934.

The Rockefeller Foundation. International health Division. Annual Report. 1934. Due volumi di rispettive pagg. 408 e 253, con figure. New York, 49 West, 49th Street.

Sono questi i consueti resoconti annuali della nota Fondazione Rockefeller, che estende la sua benefica azione in tutto il mondo, dall'Islanda alla Cina, al Sud-America. Varî sono i campi in cui essa si esplica, in quanto che, dal 1924, altri se ne sono aggiunti a quello della pubblica salute. Il primo volume è il resoconto generale, che considera tutte le attività: scienze mediche (specialmente ricerche sull'igiene mentale ed istruzione dei medici ed igienisti), scienze naturali (sviluppo fisico e mentale, genetica), sociali (rapporti internazionali, sicurezza economica, amministrazioni pubbliche, criminalogia) e tutto quanto riguarda la diffusione della coltura. Le spese per il 1934 sono state di quasi 13 milioni di dollari.

Il secondo volume è dedicato alla sanità pubblica internazionale e riguarda la lotta contro la febbre gialla, la malaria, l'anchilostomiasi ed altre malattie (tubercolosi, difterite, ecc.) nelle varie parti del mondo, gli aiuti concessi per servizi sanitari, per l'istruzione sulla pubblica igiene; fra questi l'Italia figura per 939 mila dollari dati complessivamente per l'Istituto di Sanità pubblica, di cui è riportata la fotografia. *fil.*

F. LORENZOLA e G. POZZI. *Alimenti. Legislazione e cenni chimici.* Un vol. in-16° di 408 pag., cartonato. E. S. A. V. I. T., Vercelli, 1935. L. 15.

Il libro degli AA., rispettivamente Direttore ed assistente del Lab. chimico prov. di Vercelli, risponde alla reale necessità di avere a portata di mano le disposizioni riguardanti gli alimenti e le bevande e ciò, sia per gli Ufficiali sanitari e chi si occupa di laboratorio,

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

come pure per i magistrati e gli avvocati, che debbono occuparsi delle relative vertenze.

Di ogni sostanza, sono qui date le nozioni generali sulla provenienza e composizione, un cenno sulle sofisticazioni ed adulterazioni, nonchè sul significato delle principali determinazioni che si eseguono su di esse, sui criteri sui quali si fonda il giudizio. Sono poi dati i riferimenti alle disposizioni di legge e spesso riportate anche queste integralmente. Qualche cosa è sfuggita; come, p. es., la circolare della Direzione Gen. di San. Pub. riguardante la reazione al furfurol di certi oli di oliva, che può far sospettare la presenza di olio di sesamo. Così pure, sarebbe stato bene riportare le parti essenziali della legge sul cacao e cioccolato e non limitarsi a citare gli estremi della legge. Ma si sa che in opere di questo genere qualche cosa sfugge sempre e chi usa il libro deve sempre completarlo e tenerlo aggiornato.

Invece, gli AA. potevano risparmiarsi alcune delle considerazioni generali che si trovano al principio, dove s'incomincia proprio *ab ovo*, dando le caratteristiche generali degli esseri viventi; tutte nozioni superflue per chi sa ed inutili ed insufficienti per chi non sa.

Queste osservazioni nulla tolgono al valore del libro, che è l'unico del genere in Italia e che si presenta molto utile nella pratica.

A. F.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 16 dicembre 1935

Presidente: Prof. A. PENSA.

Sul significato dell'imagine röntgen delle impressioni digitiformi del cranio.

Dott. G. E. DOLFINI. — L'O. comunica la constatazione, frequente sopratutto nel cranio infantile, emersa da una disamina casistica che sarà esposta, discussa e documentata nel lavoro per esteso, di accentuazione dell'imagine radiologica delle impressioni digitiformi del cranio, in assoluta assenza di fatti ipertensivi endocranici in atto o pregressi: non di raro egli ha invece riscontrato la concomitanza di processi distrofici variamente localizzati o diffusi.

In tali casi l'O. è indotto ad attribuire al rilievo craniologico significato di carattere puramente costituzionale.

La "Triade siero-ematologica di M. Ascoli„ per la diagnosi dei tumori maligni.

Dott. E LEONIDA BELUFFI e dott. ANGIOLA MAZZOCCO. — Gli OO. hanno applicato le « nuove reazioni di M. Ascoli » per la diagnosi dei tumori maligni in 100 tumori maligni, 37 benigni e 45 controlli, prima e dopo l'operazione e in molti casi, prima e dopo Roentgen e radiumterapia. Le tre prove, bilirubina-etere, acidimetria e glicolisi, si sono dimostrate incostanti e variabili: le alte percentuali di risultati positivi nelle tre serie di affezioni esaminate non confermano, nel campo clinico, il valore specifico e diagnostico delle reazioni non permettendo una differenziazione netta dei tumori maligni dai benigni e da altre affezioni a carattere cronico.

Trombosi porto radicolare dopo splenectomia per morbo di Werlhof.

Dott. FRANCO CAPELLA. — L'O. espone un caso di morbo di Werlhof in donna di 23 a. con manifestazioni emorragiche dall'età di 8 a., operata di splenectomia e venuta a morte in 18ª giornata per estesa trombosi porto-radicolare con infarto intestinale. Richiamata la rarità di tale complicanza nelle splenopatie piastrinopeniche, crede di poter ravvisare le cause della trombosi nello stato di particolare deperimento della paz., nella imponente piastrinosi post-operatoria ed ancora in una trasfusione di sangue, praticata in 15ª giornata, che avrebbe accelerato e completato il processo trombotico già in atto e non ancora manifesto.

Ulteriore contributo alla conoscenza dei diverticoli gastrici.

G. S. DONATI. — Esposta la storia clinica di una paz. sofferente da 30 a. di disturbi ritenuti sempre causati da un'ulcera gastrica e riscontrata invece al tavolo operatorio affetta da diverticolo gastrico, l'O. discute i rapporti di questa malformazione con la sintomatologia clinica. Rilevate le caratteristiche anatomiche, strutturali e topografiche si conclude trattarsi di un diverticolo di tipo congenito. Seguono accenni alla terapia.

Mielosi eritremica splenomegalica con aplasia mieloide.

E. STORTI. — L'O. illustra un caso di mielosi eritremica con splenomegalia presentante un nuovo importante carattere: l'aplasia completa del midollo osseo. L'O. in base a una disamina critica di tutta la casistica sulla mielosi eritremica finora consegnata alla letteratura discute sulle modificazioni che la personalità clinica di tale forma morbosa è venuta subendo attraverso alla casistica. Egli fissa quelli che crede siano i caratteri fondamentali del processo, i caratteri cioè che si sono dimostrati presenti in tutti i casi finora descritti. Il caso ha inoltre permesso di dimostrare per la prima volta la inefficacia completa nel processo eritremico della cura antiperniciosa a base di estratti di fegato, di mucosa gastrica e di preparati ferro-arsenicali.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

I preparati endocrini nei disturbi ginecologici.

Da uno studio di E. Novak (*Journ. amer. med. assoc.*, 31 ag. 1935) risulta che l'organoterapia ha apparentemente un certo valore nel trattamento delle emorragie funzionali e dei sintomi della menopausa. Invece, la terapia ovarica sembra inefficace nell'amenorrea sebbene i preparati di tiroide abbiano effetto in alcuni casi. Nella dismenorrea è talvolta utile l'uso degli ormoni della gravidanza analoghi al lobo anteriore della pituitaria, ma in tali casi non va trascurato l'effetto che si ottiene con la correzione dei fattori costituzionali, psichici ed ambientali, che sono spesso la causa più importante del successo.

L'uso degli estratti di organo specialmente della tiroide è pienamente giustificato nella sterilità, ma va fatto soltanto dopo serie considerazioni e l'eliminazione di altri fattori eziologici. Di evidente utilità risulta anche l'organoterapia estrogenica della vulvovaginite gonococcica delle bambine, come pure l'organoterapia non ginecologica del testicolo non disceso.

In complesso, però, non vi sarebbe da disperarsi se l'organoterapia ovarica ci venisse improvvisamente a mancare. Purtroppo, essa non è ancora fondata su solide basi ed i bisogni urgenti del medico pratico che deve curare il suo caso non permettono di lavorare seguendo un piano idealmente scientifico. Ma nessun medico può curare adeguatamente dei disturbi endocrini senza avere delle buone conoscenze sulle funzioni endocrine e sui loro vicendevoli rapporti: argomento vasto, confuso e soggetto a rapidi cambiamenti, sicchè il medico che non ha tempo di occuparsene a fondo finisce per attingere la sua cultura in materia dai prospetti delle ditte che allestiscono i relativi preparati. Invece, sarebbe assai utile se chi si occupa a fondo della materia esponesse ogni tanto in brevi articoli chiari e sintetici le nozioni aggiornate su tale argomento in modo che il medico pratico ne avesse una norma.

fil.

Malattia cistica e suo trattamento con la follicolina.

E. Dahl-Jversen (*Lyon Chirurg.*, 5, 1935) ricorda come questa mastopatia cistica, istologicamente caratterizzata da abbondante neoformazioni di galattofori e di lobuli e di connettivo pericanalicolare e periacinoso e specialmente da formazioni cistiche di cui molto ben visibili macroscopicamente, è stata di recente trattata favorevolmente con la follicolina.

Questa affezione (displasia mammaria) al pari del fibromioma uterino (displasia uterina) e più freq. nelle nubili, e nelle religiose; più nelle nullipari che nelle pluripari; a volte si accompagna a dismenoree. Vi sono rari casi in uomini. Si tende a dargli una base umorale, legata ad una disfunzione ovarica e proprio ad iperfunzione del corpo luteo. Tale ipotesi sarebbe avvalorata dai buoni risultati ottenuti con le iniezioni di follicolina.

Sperimentalmente l'A. non è riuscito negli animali a riprodurre la m. c. adoperando alte dosi o di ovaio o di corpo luteo o di follicolina.

Ricorda poi come l'affezione possa rappresentare una lesione precancerosa (dal 10 % al 50 % sec. i vari AA.).

Il trattamento si basa sulla somministrazione di preparati follicolari per molto tempo, potendo l'affezione recidivare; spesso si deve ancora ricorrere ad interventi chirurgici che però saranno del tipo conservativo.

R. GRASSO.

L'operazione di Rotter nelle annessiti e suoi risultati recenti.

H. Rotter (*Revue de Chirurgie*, N. 8, pagina 598, 1935), dopo aver fatto rilevare i gravi disturbi che seguono alle operazioni demolitive dell'apparato genitale femminile, si dichiara partigiano del trattamento conservativo. Nei casi di annessite sub-acuta e cronica, ribelli ai comuni trattamenti medici (diatermia, ecc.) egli vanta i buoni risultati ottenuti con l'operazione da lui per primo praticata nel 1930 e che ha eseguito nei quattro anni successivi su 166 casi. La mortalità operatoria è stata nulla e su 115 casi rivisti dopo anni, l'A. ha potuto constatare una guarigione completa in 93 casi, cioè nell'80,9 %; in 10, cioè nell'8,7 % un notevole miglioramento, e in soli 12 casi, cioè nel 10 %, un risultato negativo.

L'operazione ideata ed eseguita dall'A. consiste nella legatura dell'arteria e delle vene spermatiche, decorrenti nel legamento infundibulo pelvico, e che provoca una iperemia venosa nel piccolo bacino e sopratutto nelle trombe e nelle ovaie.

G. GENTILE.

SEMEIOTICA

La scelta e l'interpretazione delle varie prove della funzione renale.

Per molti anni R. A. Freiberg (*Journ. Am. Med. Ass.*, 16 nov. 1935) si è occupato di determinare il valore relativo di tre metodi per lo studio della funzione renale, e cioè del potere di concentrazione secondo la modificazione di Laschmet e Newburgh (peso specifico dell' urina dealbuminizzata), dell'« urea clearence test » di Peter e Van Slyke, e della prova della eliminazione della fenolsul-

fonftaleina. Le osservazioni sono state 412 su 254 ammalati di svariate forme di nefropatie. La prova della concentrazione è l'unica che misura il massimo della funzionalità renale, è la più sensibile, e spesso dimostra una diminuzione di quella, quando altri metodi falliscono. Può dare risultati erronei solo in casi di edemi, ma in assenza di questi un peso specifico basso dell'urina indica sempre alterazioni della funzionalità renale.

La funzione escretrice dell'urea, misurata con l'urea clearence test, in molti casi risulta diminuita, dopo la diminuzione del potere di concentrazione, così che la prova di Van Slyke è un metodo meno sensibile. Con il progredire delle lesioni renali, i dati forniti da queste due prove decorrono, in genere, paralleli.

Quando le lesioni renali sono gravi, ed il peso specifico dell'urina diviene fisso ad un dato livello (isostenuria), l'urea clearence sola indica l'ulteriore aggravamento delle lesioni. L'impossibilità di ottenere durante la prova de Van Slyke, una certa quantità di urina, fa sì che si abbiano risultati poco esatti.

La prova di 2 ore della eliminazione della fenolsufonftaleina non è un metodo sensibile della funzionalità renale. Teoricamente la misura del colorante escreto nei primi 15 minuti dovrebbe dare dati esatti, ma gli ostacoli pratici che si incontrano nel fare questa prova la rendono insicura. Ad ogni modo si può affermare che quando il 28 % o più del colorante viene eliminato nei primi 15 minuti dopo l'iniezione, non esistono lesioni renali apprezzabili; se la quantità è minore l'interpretazione è molto difficile.

La determinazione dell'urea nel sangue e dell'azoto non ureico non dà ragguagli esatti, perchè si sa che si possono avere valori elevati di questo senza che esistano lesioni renali, come nei casi di disidratazione, ed inversamente valori normali con gravi alterazioni dei reni.

L'A. conclude che per avere i dati più accurati e più completi sulla funzione renale si debbano ricercare il potere di concentrazione e l'urea clearence. ZITO.

MEDICINA PREVENTIVA

Sull'efficacia del tossoide allume-precipitato nell'immunizzazione contro la difterite.

J. E. Haine (*Brit. Méd. Journ.*, 9 novembre 1935) ha usato il metodo di una sola iniezione di tossoide allume-precipitato, come immunizzante contro la difterite, su 1160 bambini, la maggior parte scolari, appartenenti a località dove la difterite era endemica.

I risultati sono stati eccellenti: la reazione di Schick praticata dopo 2 mesi dall'iniezione è stata negativa nel 91 % dei casi. In nessun bambino così trattato si è osservata l'insorgenza della difterite.

M. Maughten, J. H. White hanno sperimentato questo metodo su 370 bambini con Schick positiva. Dopo il trattamento questa risultò negativa nel 92 % dei casi. Si sono osservate delle reazioni locali attorno al punto di iniezione, induramento ecc., più frequenti e marcate nei ragazzi al disopra dei 12 anni, senza però altre complicanze spiacevoli. Gli AA. ritengono il metodo di sicura efficacia, e credono possibile ora l'immunizzazione di larghe comunità, difficile a realizzare prima con il metodo delle tre iniezioni. ZITO.

VARIA

Le avventure di un medico numismatico del secolo XVII.

Una curiosa avventura fu quella capitata a Jean-Foi Vaillant, medico vissuto dal 1632 al 1706, celebre per la sua scienza numismatica e membro dell'Accademia per le Inscrizioni e le Belle lettere. Mentre viaggiava nell'Africa del Nord, venne catturato ad Algeri da un corsaro, che lo trattenne in prigionia per oltre quattro mesi. Al momento di ritornare in Francia, un altro corsaro di Tunisi lo catturò a sua volta ed il bravo Vaillant, per non perdere tutto come aveva fatto col primo, inghiottì 15 preziose medaglie d'oro, che aveva potuto raccogliere. Soddisfatto in un primo tempo per aver così salvato il suo tesoro, al ritorno in patria, si preoccupava perchè non lo aveva ancora rimesso in luce. I varî colleghi consultati gli diedero pareri diversi, sicchè egli per non decidere quale dovesse seguire, lasciò fare alla natura. E questa vi provvide bene perchè al suo arrivo a Lione aveva già deposto metà del suo carico, e potè trattare la vendita con un appassionato collezionista al quale promise di dare anche le altre non appena avesse potuto; e la sera stessa, di fatto, potè mantenere i patti stabiliti.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

F. PARODI. *Il funzionamento della Scuola professionale e del Sanatorio di Camerlata.* — F.lli Pallotta, Roma, 1935.

P. A. MEINERI. *Riproduzione fotografica delle antiche lapidi ed iscrizioni esistenti nell'Istituto Dermosifilopatico di S. Maria e S. Gallicano.* — Arti Grafiche Lolli, Roma, 1935.

M. RAGAZZI. *Relazione sull'Ufficio Municipale di Igiene e Sanità di Genova.* — Editori F. Pagano, Genova, 1935.

A. GUERRICCHIO. *Osservazioni clinico-statistiche sulla leishmaniosi viscerale e cutanea in Lucania.* — Rif. Medica, Napoli, 1935.

DE CIGNA. *Esiti estetici in chirurgia otorinolaringoiatrica.* — Tip. Sambolino. Genova, 1935.

C. ORTALI *Le acque minerali di Nepi.* — Tip. Moderna Commerciale, Roma, 1935.

D. CONTE. *Il vitalismo nella patologia.* — Matullo Press, Newark, 1935.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Il periodo di prova e le disposizioni del nuovo ordinamento.

Come prima, il sanitario condotto « acquista diritto alla stabilità dell'ufficio e dello stipendio *dopo* due anni di prova in un medesimo Comune o consorzio di Comuni » (articolo 79 T. U. 1934, n. 1265). Come prima, « la dimissione del sanitario condotto per fine del periodo di esperimento deve essere disposta con deliberazione, adottata dal Podestà o dal Presidente del Consorzio, non più di sei mesi e non meno di tre mesi prima della scadenza del periodo suddetto ». C'è questa differenza: è ora stabilito il termine *minimo* della prova. Permane invece la disarmonia, almeno apparente, tra la disposizione che subordina l'acquisto della stabilità al compimento di tutta la prova e quella che limita la possibilità del licenziamento per fine dell'esperimento, fissandone il termine massimo. Qual'è la condizione giuridica del medico condotto dal 21° al 24° mese di servizio o dal 9° al 12°? Egli è effettivamente stabile, se non può essere più licenziato per fine del periodo di prova? La risposta deve essere negativa, perchè l'art. 70 espressamente subordina la stabilizzazione del rapporto d'impiego, *per tutti gli effetti*, al compimento del termine del periodo di prova. Se il sanitario condotto fosse licenziato dopo il 21° mese (1° comma dell'articolo 70) o dopo il 9° mese (ultimo comma) non sarebbe violato il diritto di stabilità, ancora non perfezionato. La scadenza del termine massimo per il licenziamento motivato dal risultato della prova, estingue questo potere ma non determina senz'altro la *stabilità*. So che la giurisprudenza tende ad una soluzione diversa (vedere da ultimo la decisione della V Sezione del Consiglio di Stato; 22 giugno 1935, n. 672); vedo le conseguenze pratiche più favorevoli al sanitario condotto se si ritenga potenzialmente già raggiunta la stabilità, quando sia decorso il termine per il licenziamento determinato dal risultato della prova; ma, augurando che l'antinomia almeno formale tra le due disposizioni sia superata legislativamente nel senso della stabilizzazione del rapporto dopo nove o ventuno mesi, sono ora persuaso che la interpretazione *giuridicamente* più corretta escluda il perfezionamento della stabilità se il rapporto cessi prima che tutto il periodo di prova sia compiuto.

Ma nel nuovo ordinamento c'è una innovazione importante: « il periodo di prova è ridotto ad un anno per coloro che, alla data del bando di concorso, prestino servizio in un Comune o consorzio di Comuni in qualità di sanitari condotti con *nomina definitiva* ».

La designazione letterale è impropria: il medico condotto, assunto in base a concorso, non è nominato provvisoriamente prima e definitivamente dopo. L'atto di nomina, reso esecutivo dal Prefetto, è già definitivo ed efficace. Il rapporto di impiego si stabilizza, assume cioè una speciale efficacia giuridica, derivante da migliore protezione, per solo effetto della scadenza del termine: non occorre un altro atto. La indicazione di particolari fasi o stadi del rapporto d'impiego non è sempre esatta nel nuovo T. U.: nomina divenuta definitiva (art. 68), nomina definitiva (art. 70), stabilità (art. 73), ecc. Voglio dire che non si deve dare troppo peso al significato letterale: la disposizione deve essere interpretata in relazione all'oggetto, allo scopo e tenendo conto di tutti gli elementi di essa. Nella ipotesi regolata dall'art. 70 si deve ritenere che « *nomina definitiva* » equivalga a « rapporto stabile ». Infatti, il periodo di prova è ridotto ad un anno perchè si considera valutabile l'esperimento già fatto in altro Comune con risultato favorevole. Agli effetti della prova di adattamento alle esigenze del nuovo ambiente, la legge considera sufficiente la prova limitata a nove mesi.

È, dunque, necessario che il concorrente, alla data dell'avviso del concorso, cioè (per logica interpretazione), alla data della pubblicazione di questo atto, sia già titolare stabile di altra condotta.

Questa disposizione ha effetto immediato, nel senso che ne siano regolati i rapporti già costituiti prima che il nuovo testo unico avesse vigore?

Conseguenza della risoluzione affermativa potrebbe essere la soppressione del periodo di prova e della possibilità del licenziamento in base ai risultati di essa. Tanto più che è valutabile il servizio interinale, il periodo di nove mesi poteva essere già compiuto quando la legge entrò in vigore. Per evitare questa conseguenza, giuridicamente assurda, Carapelle in un chiaro suo articolo pubblicato nella Rivista « Il diritto sanitario » 1934, pag. 355, esaminando acutamente varie ipotesi, ha dovuto cercare *temperamenti*, con molta fatica. Ma io dubito della esattezza giuridica della interpretazione che estende ai rapporti già costituiti la disposizione dell'ultimo comma dell'art. 70. Sembra invece che ne siano regolate le nomine future in base al procedimento disciplinato del nuovo testo unico: art. 68 e segg.; come la disposizione che esclude il potere di scelta, anche quelle che regolano la formazione del rapporto d'impiego, il periodo di prova e la stabilità sono elementi di un ordinamento completo ed organico che regola: l'attività futura e non i rapporti già costituiti.

Anche letteralmente la disposizione dell'articolo 70 si riferisce ai concorsi che dovranno essere banditi: « il periodo di prova ecc. ecc. è ridotto ad un anno per coloro che alla data di bando del concorso *prestino* servizio... ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Gli ospedali e le controsanzioni.

Il 4 gennaio nell'aula « Mangiagalli » degli Istituti clinici di Milano ha avuto luogo una imponente riunione, presieduta dal sen. Devoto, nell'intento di esaminare i metodi e i mezzi per emancipare gli ospedali italiani in fatto di materiali di medicazione dall'estero, per realizzare delle doverose economie, senza nuocere in alcun modo al malato, il quale resta e deve restare sacro.

Premesso il saluto al Duce con la dichiarazione che tutti i presenti si considerano mobilitati a fondo anche nella campagna antisanzionista, il sen. Devoto ha dato la parola al prof. Donati, il quale ha indicato quali rilevanti economie si possono realizzare negli interventi asettici, in casi di traumatismo, nelle forme settiche, limitando le medicazioni e presentato alcuni campioni di garze ricuperabili. Ha detto degli sprechi di materiale costoso che avvengono in alcune Guardie mediche e ha segnalato che negli ospedali e nelle cliniche i dirigenti applicano essi stessi grandi risparmi, che non sono poi attuati successivamente dal personale subalterno.

Il prof. Alfieri ha esaminato le molte maniere di economia da adottare nel campo ostetrico-ginecologico, insistendo su questo punto che i nuovi prodotti di marca italiana debbono risultare egualmente efficaci e meno costosi. La relazione Alfieri ha concluso per la organizzazione di consorzi interospedalieri per il ricupero dei materiali di medicazione, come lo stesso Alfieri aveva organizzato durante la guerra mondiale.

Il prof. Tansini, ricordando la larga esperienza dei giapponesi, ha raccomandato l'uso del carbone di paglia (di qualunque paglia, fatta bruciare senza giungere all'incenerimento) che per 9/10 può sostituire il cotone e qualsiasi altro elemento di medicazione, in ogni genere di lesione traumatica o di interventi. Questo carbone di paglia darebbe una sicurezza eccezionale ed una rilevante economia e sarebbe poi alla portata di tutti.

Sono intervenuti nella discussione i proff. Ronzani, Ragazzi, Ettorre, Piccininni (in rappresentanza del direttore della Sanità prof. Petragnani), Grossi, Bonfanti, Solaro, che ha presentato alcuni campioni di stoffe per medicazione a base di lana artificiale usati con successo; mentre l'industriale Ceschina ha fornito schiarimenti d'ordine tecnico. Lette alcune comunicazioni scritte di Bardelli, Cevario e Arturo Fontana, il presidente di S. Corona, avv. Valvassori Peroni, ha salutato il provvido affiatamento che si è realizzato tra medici, amministratori di ospedali, inventori ed industriali e ha raccomandato che siano preparati dei quadri dai quali risultino le incidenze che le varie voci esercitano sulle diarie ospedaliere, onde più facile e sicura risulti la lotta contro le spese evitabili.

E col voto che la nuova Farmacopea italiana diventi sovratutto il testo della produzione italiana con nomenclatura italiana e che nelle scuole per infermieri venga anche insegnata, praticamente, la più severa parsimonia, la riunione nella quale sono state precisate le responsabilità di ognuno, si è conchiusa con la parola d'ordine: « Basta coi materiali di medicazione, e loro battesimi, stranieri ».

Erano presenti il preside della Provincia, Belloni, con molti capi-servizio provinciali, il Rettore della R. Università, Pepere, il presidente degli Ospedali di Genova, Mosso; di quelli di Milano, Della Porta; l'on. prof. Morselli, i proff. Nasso, Losio, Brusa, Bonfanti, Colombo, Zanoli, Fornaroli, Vozza ecc., e molti medici ed amministratori di ospedali milanesi e lombardi, il col. Sarti ecc.

Su di una grande lavagna figurava un rattristante quadro delle « importazioni incredibili » (1934) pubblicato sul « Popolo d'Italia ».

Per il prodotto sanitario nazionale.

Il « Popolo d'Italia » dell'8 gennaio pubblica:

Si intensifica l'azione dei medici, dei veterinari e dei farmacisti, per eliminare il più possibile dalla ricettazione i medicamenti e le specialità di origine sanzionista.

È questo un campo assai delicato, ma anche particolarmente degno di serio e conclusivo esame.

Si calcola infatti, ai dati delle Dogane, sommando i valori delle manipolazioni e dei confezionamenti che le varie ditte estere eseguiscono presso le loro succursali o filiali nel Regno, che a circa 200 milioni si aggiri il nostro contributo a questa attività straniera in casa nostra.

La cifra è notevolissima in sè e ne' diversi raffronti, e specialmente in rapporto al corrispettivo valore della nostra esportazione, che nel 1934 è stato di 22 milioni e 256 mila lire e di oltre 12 milioni nel primo semestre del 1935.

D'accordo che il successo dell'importazione straniera non dipende soltanto dall'abilità richiamistica, o dalle troppo facili e spesso autorevoli condiscendenze che la favoriscono, bensì anche dall'intrinseca bontà e dalla reale efficacia delle specialità e preparazioni smerciate. Ma non v'ha dubbio — a parte la solita esterofilia che in alto e in basso influenza sempre notevolmente, e nella fattispecie ha una evidente ancora più facile presa — che la nostra attrezzatura chimico-farmaceutica e tecnica è ormai in grado di soddisfare ai nostri bisogni ed alle maggiori esigenze terapeutiche.

L'occasione è quindi buona per liberarci finalmente anche da questo gravame e per affermare i notevoli e vasti progressi anche in questa industria da noi raggiunti.

L'azione delle categorie interessate sarà al riguardo tanto più e più provatamente efficace, quanto più coordinata ed armonica (di fronte ai passati sistemi e alla potenza e all'insidia della organizzazione straniera): nella piena coscienza del loro alto compito e della loro singolare responsabilità, insieme servendo e in un unico ossequio la salute e l'interesse del pubblico.

CONCORSI

CONCORSI A PREMI.

Regie Terme di Salsomaggiore.

È aperto dalle Regie Terme di Salsomaggiore un concorso nazionale per un lavoro originale sul tema: « Le acque salsobromojodiche e la sifilide congenita nell'infanzia ». È ammessa la collaborazione.

I lavori debbono essere eseguiti in Cliniche, Brefotrofi, Ospedali, o Istituti pubblici similari. Chiedere il programma. Rivolgersi alla Direzione (Ufficio Propaganda e Stampa). Scad. 30 settembre 1936-XIV.

Al lavoro giudicato più meritevole verrà assegnato un premio di L. 5000. Ai lavori non premiati, ma giudicati degni di pubblicazione, verrà assegnato un diploma con medaglia di bronzo a ricordo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. L. Martinotti (di clinica dermatologica) è confermato preside della Facoltà medica di Bologna.

Sono nominati presidi di Facoltà mediche i proff.: A. Baldoni (di farmacologia) a Bari; G. Brotzu (d'igiene) a Cagliari; G. Di Guglielmo (di clinica medica) a Catania; F. Schupfer (di clinica medica) a Firenze; G. Tusini (di clinica chirurgica) a Genova; S. Maggiore (di clinica pediatrica) a Messina; A. Aggazzotti (di fisiologia) a Modena; L. Dominici (di patologia chirurgica) a Napoli; M. Truffi (di clinica dermosifilopatica) a Padova; F. Purpura (di patologia chirurgica) a Palermo; A. Marrassini (di patologia generale) a Parma; A. Pensa (di anatomia normale) a Pavia; G. Ceccarelli (di clinica chirurgica) a Perugia; F. Galdi (di clinica medica) a Pisa; L. Auricchio (di clinica pediatrica) a Sassari; N. Tiberti (di patologia generale) a Siena; O. Uffreduzzi (di clinica chirurgica) a Torino.

Il prof. B. Alaimo, di clinica oculistica, è trasferito da Catania a Padova; il prof. B. Margaria, di fisiologia, da Ferrara a Parma.

Sono nominati i proff.: F. Schiassi alla cattedra di patologia medica di Bologna; L. Stropeni alla cattedra di patologia chirurgica di Torino.

Sono conferiti i seguenti incarichi: a Torino, al prof. F. P. Tinozzi, di patologia chirurgica; a Cagliari, al prof. M. Gozzano, di neuropsichiatria; a Napoli, al prof. G. Polito, di clinica delle malattie infettive; a Sassari, al prof. M. Bufano, di clinica medica, al prof. A. Luisada, di patologia medica e al prof. F. Vizioli, di neuropsichiatria.

Il pediatra prof. Paul Pyörgy, già ad Heidelberg, poi a Cambridge, è stato nominato alla Sezione pediatrica della Scuola Medica della « Western Reserve University » di Cleveland (Stati Uniti d'America).

Il dott. Alfredo Leví Rendõn è nominato segretario generale dell'Associazione Medica Peruviana « Daniel A. Carrion » per l'esercizio istituzionale 1935-36.

Il dott. Raul F. Vaccarezza è nominato presidente della Società argentina di tisiologia.

Il dott. Alejandro Garretón Silva è nominato presidente della Società Medica del Cile.

NOTIZIE DIVERSE

30° Congresso italiano di dermosifilopatia.

La XXX riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, presieduta dal prof. L. Tommasi, sarà tenuta nel mese di ottobre 1936-XIV, in sede e giorni da stabilirsi.

La presidenza, con il consenso dell'assemblea dei soci, ha creduto opportuno che il programma dei lavori nel XIV anno fascista, che è il 50° della fondazione della Società, sia dedicato sopratutto ad argomenti in istretto legame con la Medicina Sociale alla quale il Regime rivolge la più alta attenzione al fine di sempre più cooperare nel campo dottrinale e pratico col Regime stesso.

Temi ufficiali: Primo tema: Dermatosi professionali (assegnato alla R. Clinica Dermosifilopatica di Firenze). Secondo tema: Valutazione del danno sociale in Italia da sifilide e blenorragia: 1) Valutazione del danno demografico (assegnato alla R. Clinica Dermosifilopatica di Perugia ed al prof. A. De Amicis): *a*) Denatalità e mortalità infantile; *b*) Diminuzione di nuzialità; *c*) Morte anticipata da sifilide quale causa diretta e quale concausa o causa indiretta; 2) Valutazione del danno nella produzione lavorativa (assegnato alla R. Clinica Dermosifilopatica di Cagliari): *a*) Diminuzione della capacità lavorativa; *b*) Invalidità temporanea e permanente da sifilide e blenorragia; *c*) Valutazione del danno familiare e sociale da morte anticipata per sifilide; 3) Gravami finanziari di Enti pubblici per la profilassi, la cura e per il ricovero di minorati da sifilide acquisita e congenita (assegnato al prof. Pier Angelo Meineri); appendice: La sifilide della madre alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche e nei riflessi demografici e sociali (assegnato al prof. Mario Monacelli, Messina).

Si avverte che, data la necessità di non sorpassare nella spesa degli atti la cifra preventivata, e sopratutto tenendo conto della limitazione del volume delle pubblicazioni imposta per necessità da S. E. il Capo del Governo, le comunicazioni non dovranno superare le 2 pagine e il testo di discussione una pagina. (Eventuali eccezionali eccedenze dai limiti saranno a carico degli AA. i quali dovranno anche, come al solito, coprire personalmente le spese di tavole, tabelle, illustrazioni ed estratti).

Rivolgersi al segretario, prof. V. Montesano, piazza Campo Marzio 7, Roma.

6° Congresso internazionale di urologia.

In seguito ad ostacoli imprevisti è stato necessario rimandare il VI Congresso della Società Internazionale di Urologia. Esso sarà tenuto dal 9 al 12 settembre 1936 in Vienna nelle Sale del Künstlerhaus.

Il patronato di questo convegno è stato assunto da S. E. il Presidente della Confederazione austriaca.

Il programma resta invariato. Relazioni: « Trattamento del carcinoma prostatico »; « Suppurazione del parenchima renale »; « Fisiologia e patologia dell'escrezione renale ».

Alla chiusura del convegno di Vienna avrà luogo una escursione in massa a Budapest.

Ulteriori istruzioni riguardo ad eventuali riunioni, riduzioni ferroviarie, agevolazioni negli alberghi ecc. seguiranno nel mese di marzo.

Le iscrizioni sia alla partecipazione al Congresso sia alle discussioni debbono essere inviate al più presto.

Col 1° maggio saranno chiuse le iscrizioni e si prega voler inviare per detto termine un breve riassunto delle eventuali osservazioni per la discussione.

Rivolgersi al prof. V. Blum, Mediz. Fakultät, Wien I.

La mostra sanitaria alla Fiera di Milano.

Due anni or sono la Fiera di Milano organizzò una Mostra Sanitaria, che venne ospitata in un piccolo padiglione e che ebbe un così lusinghiero successo da consigliare nel 1935 il suo spostamento nel Palazzo che già ospitava le industrie farmaceutiche.

Quest'anno si è deciso di dare a tale mostra uno sviluppo adeguato all'importanza dell'industria medico-sanitaria, organizzando la manifestazione in un bellissimo padiglione in muratura, che ha il suo ingresso monumentale sul viale dell'Industria. Alla rassegna medico-sanitaria verrà aggregata una mostra ospedaliera, la quale troverà posto in un padiglione adiacente, collegato al primo da un corridoio coperto.

La mostra sarà dunque suddivisa in due distinte sezioni: una medico-sanitaria e l'altra ospedaliera.

Nella prima troveranno posto strumenti in genere, ferri, apparecchi d'alta chirurgia, letti operatorî, lampade senz'ombra, apparecchi e strumenti per odontoiatria, apparecchi per raggi curativi, mobili igienici, apparecchi scientifici.

La mostra ospedaliera comprenderà invece condizionatori d'aria, impianti per la sterilizzazione, materiali igienici di rivestimento ed in genere per costruzioni di ospedali e case di salute, grandi impianti di cucine, impianti di riscaldamento, impianti di lavanderia, essiccatoi, diagrammi e diorami sull'assistenza sociale, visioni di cliniche e sanatori modello.

Ad integrare la manifestazione, anche quest'anno verrà organizzata durante i quindici giorni di Fiera la tradizionale « Giornata medica ».

La nave ospedale " Gradisca ".

L'11 gennaio a Trieste ebbe luogo la visita delle autorità cittadine, di giornalisti e di medici alla nave « Gradisca », sistemata dal Lloyd Triestino a nave ospedale. Essa disloca 20.800 tonnellate, è lunga metri 165, ha cinque ponti continui e otto paratie stagne. È capace di 754 letti, in tre reparti di chirurgia, tre di medicina, uno misto, uno per ufficiali, i reparti sottufficiali, uno per operati gravi, uno dermoceltico, uno d'isolamento ecc. Ha due sale di operazione: quella asettica e quella settica. L'ambulatorio di ricezione è provvisto di spogliatoi, bagni, doccie e di una sala per visite. La « Gradisca » ha completi gabinetti di batteriologia, radiologia, oculistica, odontoiatria, un laboratorio chimico, una grande farmacia, un gabinetto fotografico ecc. Venti medici internisti, chirurgi, radiologi, odontoiatri e farmacisti, completano il corpo degli ufficiali medici e farmacisti della Marina, a cui si deve aggiungere il contributo di 12 infermiere della C. R. I. Per le funzioni religiose è costruita un'ampia cappella. Sale di ritrovo e di lettura sono dotate di radiogrammofono e di cinema sonoro.

Organizzazione della classe medica in Germania.

È stata definitivamente organizzata in Germania la Camera dei medici. Essa ha carattere essenzialmente corporativo e il capo sarà nominato dal capo del Governo. Il medico, anche se esercita privatamente, è considerato « investito di una missione politica ». L'obbligo del segreto professionale può essere sospeso nell'interesse collettivo. Gli onorari vengono fissati dal ministro federale dell'interno, secondo una tariffa a massimo ed a minimo. Il massimo non potrà essere superato in alcun caso, neanche per volontà del malato, senza il consentimento della Camera dei medici. Si applicherà il principio dell'« esclusione dei non ariani »; ma esso comporterà delle eccezioni, giustificate dal valore professionale e morale. I medici non scrupolosi verranno eliminati.

Azioni giudiziarie.

Nello Stato di Wisconsin (Stati Uniti) si è proibita la vendita di antifecondativi effettuata per mezzo di apparecchi automatici. Un mercante ha creduto di poter eludere la legge, facendo disporre un apparecchio presso un distributore di benzina, nella ritirata per uomini, e apponendovi delle diciture non chiare (secondo cui il materiale fornito aveva lo scopo di prevenire le malattie e il funzionamento dell'apparecchio era interdetto ai minori). Ne è seguito un processo; il mercante è stato condannato in prima ed in seconda istanza.

Un chirurgo del Wisconsin, dott. Gundersen, è stato condannato in sede di Tribunale a corrispondere la somma di 30.000 dollari (375.000 lire it.) ad un paziente operato di mastoidectomia, perchè, dopo aver convenuto di compiere un intervento « semplice », l'operatore ne preferì uno « radicale », cui seguirono paralisi facciale e sordità unilaterale. Attraverso la Corte di Circolo, il giudizio è giunto alla Corte Suprema, la quale ha ora stabilito che il giudizio precedente non era valido, per varie ragioni, tra cui le seguenti: non è possibile una distinzione netta tra mastoidectomia « semplice » e « radicale »; nel valutare i danni, si devono considerare le spese, le sofferenze e le alee che sarebbero derivate dalle lunghe medicazioni consecutive ad un intervento semplice. Dovrà dunque svolgersi un nuovo giudizio.

La XIV Sezione del Tribunale di Milano ha condannato a un anno di reclusione e mille lire di multa un simulatore, certo Pietro Lanzani, che profittando dei reliquati di un trauma al capo per il quale gli era assegnata la pensione di mutilato, era riuscito a simulare nuovi infortuni; alla fine il gioco è stato scoperto. Due falsi testimoni sono stati pure condannati; altri due assolti per avere ritrattato il falso.

Un po' dovunque.

La 1ª Conferenza internazionale sulla terapia febbrile si terrà a New York in settembre, sotto la presidenza del barone Henry de Rothschild (Parigi). Manoscritti e riassunti delle comunicazioni si accettano fino all'1 giugno. Rivolgersi a: Dr. William Bierman, Secretary, First International Conference on Fever Therapy, Park Avenue 471, New York City, S. U. d'A.

La Società tedesca di medicina tropicale si adunerà ad Amburgo il 2 e il 3 giugno, nell'Istituto per l'igiene navale e tropicale. Temi: « Malaria di guerra e sue sequele », « Dissenteria amebica e sue sequele », « Febbre gialla: stato delle ricerche e profilassi ». I titoli delle comunicazioni si accettano fino all'1 maggio. Rivolgersi il prof. B. Nocht, Bernard Nocht-Strasse 74, Hamburg 4, Germania.

La Società Medico-Chirurgica Veneziana si è adunata il 20 dicembre, sotto la presidenza del prof. G. Jona. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Lingurri, Meneghetti, Lenti e Pais, De Marchi.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 6 dicembre sotto la presidenza del prof. Bozzoli, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Venne approvato ad unanimità un ordine del giorno, proposto dal col. med. dott. G. Olivi, per la difesa anti-sanzionista. Seguirono comunicazioni di: G. Zamier, G. Sacerdote, G. Bonfini, F. De Gironcoli, M. Bortolozzi.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata il 18 dicembre; sono state fatte comunicazioni da: A. Pellegrini, E. Bray (2 comunicaz.).

Un Corso complementare di igiene pratica per gli aspiranti alla carriera di Ufficiali Sanitari si terrà presso la R. Università di Siena; avrà la durata di tre mesi, a partire dal 3 febbraio. Modalità consuete. Tassa L. 350.

Alla Società Lombarda di Medicina, presente un folto pubblico di cultori delle discipline mediche, il sen. prof. Nicola Pende ha esposto in una conferenza le prime pratiche applicazioni della medicina italiana, quale egli l'ha auspicata e definita; ha illustrato il concetto che nel malato si è di fronte ad un complesso di organi che presentano segni di sofferenza per effetto delle correlazioni esistenti tra l'organo primitivamente e fondamentalmente colpito e molti altri vicini e lontani.

Il prof. Guido Maria Piccinini ha tenuto a Napoli la prolusione al corso di materia medica e farmacologia, trattando diversi argomenti scientifico-didattici e soffermandosi in particolare sulla valorizzazione del patrimonio di piante medicinali e prodotti farmaceutici italiani che in questo momento contribuiscono all'indipendenza economica dell'Italia.

Il prof. Mario Bertolotti ha tenuto a Napoli la prolusione al corso di radiologia medica, trattando dei segni radiologici dell'idrocefalia.

Il 15 dicembre, auspici la Società Medico-Chirurgica Trevigiana e l'Ospedale Civile di Treviso, nella sala riunioni dell'Ospedale, venne festeggiato il prof. comm. Giovanni Rubinato, nel suo 25° anno di primariato medico all'Ospedale Civile di Treviso. Erano presenti oltre un centinaio di medici, tra i quali si notavono alcuni professori dell'Università di Padova, moltissimi primarii degli Ospedali della Provincia, molte autorità, allievi, amici ed ammiratori. Vennero offerti al prof. Rubinato un volume di scritti medici in suo onore ed una artistica pergamena.

Il 10 dicembre venne commemorato, a Llow (Polonia), il prof. C. Richet, in una seduta comune alla Società medica e alla Società dei naturalisti; tenne il discorso ufficiale il prof. W. Koskowski, decano della Facoltà di medicina.

Il Comando italiano della Somalia ha recisamente smentito un comunicato del Governo etiopico, secondo cui aeroplani italiani il 4 gennaio avrebbero bombardato un'ambulanza installata presso Dagabur e di cui facevano parte due egiziani.

Da fonte autorizzata è smentita la notizia sul progettato invio di una sezione della Croce Rossa Tedesca in Abissinia.

Il Governo argentino ha approvato lo stanziamento di 102.332 pesos, per costruire due grandi sale e annessi nell'Istituto di fisiologia della Facoltà medica di Buenos Aires, ambienti destinati a lavori pratici.

La Regina Elena ha visitato al Policlinico di Roma il reparto encefalitici, che s'intitola al suo Augusto nome; ha assistito a un saggio di ginnastica; si è trattenuta nei laboratorî di rieducazione.

Le cinque gemelle Dyonne sono state « scritturate » dalla Fox Film, per figurare in una cinematografia; riceveranno 10.000 dollari ciascuna. I medici dell'Ospedale Dafoe (a Callander, Ontario), i quali hanno in consegna le bambine, hanno dato il consenso solo dopo che queste hanno raggiunto i 18 mesi.

A Miani (Stati Uniti) il quasi gigantesco George Mill, alto m. 1,90, ha sposato una nana, che non supera 65 cm.

Al prof. Gasbarrini, ferito per fortuna non gravemente, in un incidente automobilistico, mentre si recava a Badia Polesine per un consulto, vanno i nostri sentiti augurî di sollecita guarigione.

È morto a Londra, in età di 82 anni, il dott. William Adams Frost, reputatissimo oftalmologo. Il suo modello di oftalmoscopio è rimasto classico; l'operazione che consiste nell'inserire l'occhio artificiale nella capsula di Tenon reca il suo nome; il suo atlante del fondus oculi, datante dal 1896, contiene dei documenti ancora oggi d'attualità.

M. P.

È morto a 80 anni il dott. Ch. Walther, che fu uno dei più reputati chirurgi di Parigi. Senza appartenere alla Facoltà, è però stato un grande Maestro. A lui dobbiamo, tra l'altro, molta parte delle nostre conoscenze attuali sull'appendicite cronica. È stato presidente dell'Accademia di Medicina di Parigi e dell'Associazione francese di chirurgia.

A. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 9 dicembre al 15 dicembre: Morbillo 196 (1113); Scarlattina 208 (513); Pertosse 74 (208); Varicella 110 (331), Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 239 (426); Infezioni paratifiche 52 (62); Febbre ondulante 18 (24); Dissenteria 5 (11); Difterite e croup 358 (718); Meningite cerebro-spinale epidemica 12 (13); Poliomielite anteriore acuta 11 (18); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 1 (1); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 20 (29), dichiarata — (—); Pustola maligna 16 (16).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Paris Méd., 10 ag. — R. MORICARD. Mitosine, follicoline, luteine.

Lancet, 10 ag. — LORD HORDER. Il prurito. — J. P. STEEL. Trattam. delle ferite con olio di fegato di merluzzo.

Med. Klinik, 9 ag. — G. A. WAGNER. Le glandole sessuali femm. — F. v. BORMANN. Sulla sieroterapia della difterite.

Archivos de Medicina Interna, 2. — Numero in omaggio del prof. P. A. Castillo.

Arch. per le Sc. Med., lug. — F. MARCOLONGO e C. ROTTA. Amiloidosi renale. — G. OLIVA e G. BARENGHI. Fisio-patologia dei corpi chetonici. — S. BATTISTINI e al. Patologia del ricambio ossalico e malattie articolari croniche. — S. BATTISTINI e al. Fisiopatologia dell'ormone della corteccia surrenale.

Riv. di Patol. nerv. e ment., mag.-giu. — L. RICCITELLI. Centri encefalici delle funzioni vegetative. — E. MONDIO. Catatonia sperimentale. — E. D'ABUNDO. Encefalopatie in soggetti adulti di recente vaccinati.

Münch. Med. Woch., 16 ag. — W. STEPP. Vecchio e nuovo nella terapia del diabete mellito.

Brit. Med. Journ., 10 ag. — J. MENTON. Aspetti immunologici della guarigione e profilassi della difterite. — M. MYERS. Significato della piressia nella tbc. polm. cron.

Paris Méd., 17 ag. — Numero di farmacologia.

Presse Méd., 14 ag. — G. MARINESCO e al. I raggi di Gurwitsch (mitogenetici).

Klin. Woch., 17 ag. — M. GUNDEL e N. ERZIN. Patogenesi della difterite. — B. DATTNER. Azione terapeutica dei composti arsenicali pentavalanti nella neurolue tardiva.

Deut. Med. Woch., 16 ag. — SPILLER e REVETAS. Mieloma multiplo quale causa di anemie « criptogenetiche ».

Croce Rossa, giu. — L. SCHIOPPA. Bonifica integrale e malaria. — J. CHEVAS FERREIRA. Tipi epidemici delle febbri malariche.

Haematologica, VII. — L. LOVISATO Agranulocitosi pura. — S. LEO. Il ricambio emoglobinico nelle emopatie.

Med. Klinik, 16 ag. — F. MUNK. Trattamento interno della nefrolitiasi. — F. v. BORMANN. Sieroterapia della difterite. — *Id.*, 23 ag. L. NÜRNBERG. Osteodistrofia fibrosa generalizzata. — NOETEL. Lotta contro la poliomielite ant.

Amer. Journ. Med. Sc., ag. — H. A. RAFSKY e al. Studi sull'ipertensione. — J. M SHELDON e T G. RANDOLPH. L'allergia in cefalee simil-emicraniche. — F. R. BAILEY e K. R. MC ALPIN. Purpura familiare. — E. WAYBURN. Insulino-resistenza completa nel diabete.

Minerva Med., 25 ag. — S. BATTISTINI e al. Funzionalità renale nei gottosi. — L. ALZONA. Idrope intermittente delle articolazioni.

Klin. Woch., 24 ag. — W. FULDE. Esami funzionali del fegato. — F. NAGELI. Trattam. della tachicardia parossistica.

Pathologica, 15 ag. — C. FITTIPALDI. e G. DE CHIARA. Cisti non parassitarie del fegato. — E. CARLINFANTI e F. GALLI. Anafilassi nelle culture di midollo osseo. — G. TOSELLI. Agranulocitosi da piramidone.

Riv. di Chir., ag. — R. PALMA. Accidenti da trasfusione e loro significato.

Revue belge des Sc. Méd., giu.-lug. — J. MAISIN e Y. POURBAIX. Il bario in terapia anticancerosa.

Paris Méd., 31 ag. — C. URECHIA e al. Principio febbrigeno contenuto nelle urine umane.

Diagn. e Tecn. di Lab., 25 giu. — M. ZAPPACOSTA. Nuove prove di funzionalità epatica: la glicociamina.

Minerva Med., 1 sett. — I. BETTONI. Ittero emolitico familiare con aumento della resistenza dei globuli rossi.

Bull. Méd., 31 ag. — La piretoterapia in neuropsichiatria.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., sett. — W. STARK. La splenectomia nelle splenomegalie malariche.

Practitioner, sett. — Numero semi-monografico nei problemi dell'adolescenza.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 27 Gennaio 1936 - XIV Num 4.

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DEL LITTORIO: PADIGLIONE A. BASSI
Primario Medico: Prof. Dott. L. PATERNI.

Prova del galattosio nella polmonite crupale e suoi rapporti coll'ittero di questa stessa malattia rispetto alla funzionalità epatica.

Dott. GIOVANNI CANALI, assistente effettivo.

Siamo stati indotti a studiare la funzionalità epatica nei polmonitici dal fatto che in questi ammalati si osservano con grande frequenza segni che possono fare logicamente pensare ad una compromissione epatica: aumento di pigmento biliare nel siero, con bilirubinemia alta secondo il metodo di Hymans (Preti, Balbi, Bruni ecc.), e indice itterico costantemente alto (A. Bernheim, Elton) che stanno ad indicare lo stato di ittero latente; ittero, che in una percentuale dall'1 % al 20 % secondo i varî AA., può divenire clinicamente manifesto. Nella interpretazione di questa complicanza della polmonite, senza soffermarsi sulla vecchia ipotesi che la considera conseguenza della polmonite della base di destra, dovuta, secondo alcuni, a un risentimento infiammatorio per contiguità, secondo altri a congestione epatica favorita dall'immobilità riflessa del diaframma, le tesi maggiormente discusse dai varî AA. sono essenzialmente due: una sostenuta da Lemierre e Abrami considera l'ittero dei polmonitici come diretta conseguenza di una epatite pneumococcica, l'altra considera l'ittero come di natura emolitica. L'emolisi a sua volta, secondo Banti, sarebbe dovuta all'azione emolitica di particolari varietà di pneumococchi, secondo altri (Troisier, Preti, Pisani, Bruni, Chierici) sarebbe un fenomeno locale inerente al focolaio pneumonico, specialmente nello stadio della epatizzazione rossa.

Per il nostro studio è stata scelta la prova

della galattosuria associata in varî casi al controllo della contemporanea curva dello zucchero nel sangue, e in tutti i casi allo studio della bilirubinemia.

Con la prova del galattosio si studia il comportamento della funzione glicogenetica epatica: a questa, che è tra le più importanti funzioni del fegato, sarebbe strettamente legata anche la funzione antitossica: ed infatti varie ricerche avrebbero dimostrato l'esistenza di un rapporto tra potere antitossico e contenuto in glicogeno del parenchima epatico.

Nello studio della funzione glicogenetica il galattosio presenta requisiti che lo fanno preferire agli altri monosaccaridi: a differenza del glucosio, il suo metabolismo non è influenzato dalla secrezione pancreatica, e viene fissato nella quasi totalità dal fegato. Soltanto in minime parti trascurabili è utilizzato dagli altri tessuti, come risulta dal confronto della curva galattosemica arteriosa e venosa (Foster, I. Dierick ecc.); e come anche ricerche moderne sulla genesi dell'acido lattico muscolare tendono a confermare. Anche il levulosio ha queste proprietà, ma d'altra parte offre inconvenienti che ne limitano l'uso pratico: la prova necessita una quantità di zucchero considerevole, 100 grammi, e di conseguenza ingestione di molta acqua, è sgradevole al gusto, in molti ammalati infine provoca vomiti, crampi intestinali con diarree e per conseguenza dispersione del prodotto e causa di errore. Del galattosio invece occorrono soltanto 40 grammi per avere il passaggio dello zucchero nelle urine, e questo per il fatto che, pur essendo il galattosio fissato soltanto dal fegato, lo è in minor misura che per gli altri monosaccaridi. Ne è prova diretta lo studio della curva glicemica che, se provocata con galattosio, presenta valori più alti di quelli che si ottengono con il glucosio ed il levulosio (come ci risulta anche da nostre ricerche fatte per altro studio).

La prova del galattosio, introdotta per la prima volta da Bauer, fu studiata in un primo tempo specialmente in Germania ed in Inghilterra. Gli AA. tedeschi, seguendo la tecnica di Bauer, dosano il galattosio nelle urine eliminate dopo 24 ore dall'ingestione di 40 gr. di questo zucchero in 200 gr. di acqua. Gli americani invece dosano il galattosio delle prime 5 ore dopo ingestione di 40 gr. in 500 gr. di acqua, lasciando bere a volontà l'ammalato durante il resto della prova.

La prova del galattosio è stata studiata quasi esclusivamente nelle malattie strettamente epatiche. Circa le malattie dell'apparato respiratorio soltanto Brüll l'ha sperimentata in varî casi di ascessi polmonari, di bronchiectasie, di pleurite essudativa e di tubercolosi, ed ha trovato che la galattosuria si comporta secondo lo stato tossico, mostrando poco o nessun parallelismo con le altre prove di funzionalità del fegato. Nella polmonite non ci risulta che prima d'ora sia stata studiata.

Il suo valore come indizio di alterazione epato-funzionale, prima delle modificazioni apportate da Fiessinger, non era riconosciuto da tutti gli AA., i quali anche nel definire il limite patologico della galattosuria non si trovavano d'accordo. Bauer e Shay stabiliscono come limite normale 3 gr., mentre Neugebauer, Maliwa, Reisse e Jehn ammettono come normali limiti più bassi. Secondo Shay e Schloss la prova può servire a differenziare l'ittero da stasi (con eliminazione inferiore a 3 gr.) dall'ittero da epatite (più di 3 gr.). Hockheim e Misske studiando 100 epatici e 125 casi di altre malattie, hanno trovato che nell'ittero tossico la prova è quasi sempre positiva.

Successivamente Marcel Labbé e F. L. Nepveux concludono col dare scarso valore alla prova del galattosio, anche perchè ritengono che la galattosuria sia legata ad una soglia renale bassa più che alla capacità del fegato a fissare il galattosio.

Banks, Sprague e Snell della Clinica di Maio, hanno esperimentato la prova del galattosio negli itteri ritenendo come limite patologico una eliminazione superiore a 3 gr. In affezioni epatiche senza ittero e in casi di ittero tossi-infettivo la prova è stata fortemente positiva con eliminazione di 6 gr. di galattosio. Ma l'hanno trovata positiva anche nel 40 % dei casi di ittero da ritenzione. Anche Singer e Wechsler con la tecnica di Bauer nelle epatiti parenchimatose hanno trovato una galattosuria superiore ai 3 gr. Invece nelle cirrosi epatiche Erman conclude che la prova della galattosuria provocata dà poco affidamento. Nelle epatiti croniche infatti sono ammesse cause di errore, o in conseguenza dell'alterato metabolismo dell'acqua, o perchè in seguito a stasi portale il galattosio non viene assorbito completamente, o secondo taluni AA. per la presenza di fatti rigenerativi contemporanei alla distruzione delle cellule epatiche.

In seguito i recenti lavori di Fiessinger sono venuti ad affermare il giusto valore della prova del galattosio: modificando il metodo di Bauer, egli dà valore più che alla quantità globale di galattosio eliminato, alla concentrazione con cui viene emesso nelle urine raccolte frazionatamente, e afferma la necessità di evitare talune cause di errore. Occorre galattosio puro (o per lo meno usare sempre lo stesso galattosio) perchè, se associato a glucosio, questo ne attiva l'assorbimento da parte dei tessuti; il paziente durante la prova deve stare

disteso perchè se in piedi l'eliminazione del galattosio è maggiore; data l'importanza inoltre che il fegato ha sul metabolismo dell'acqua, la quantità ingerita deve essere sempre costante, perchè talvolta la concentrazione del galattosio è inversamente proporzionale alla diuresi, altre volte rimane costante (allora la quantità di galattosio eliminata aumenta col crescere della diuresi) altre volte ancora la concentrazione è più grande quanto più la diuresi è considerevole. Da ciò la grande importanza nella prova di operare sempre nelle stesse condizioni.

Durante la prova conviene tenere il paziente a un regime latteo-vegetariano, evitando la presenza nelle urine di corpi purinici che riducono il liquido di Fehling.

Nei soggetti normali, secondo Fiessinger, la concentrazione di galattosio nel primo campione, e cioè nelle urine raccolte nelle prime 2 ore, non deve sorpassare il 6 ‰, nel secondo campione di urine, ossia dopo 4 ore, in generale non si ha più galattosio o se ne trovano tracce fino a 1 o 2 ‰; niente nel terzo e quarto campione.

Nelle epatiti parenchimatose diffuse le concentrazioni sono estremamente alte nelle prime minzioni e si abbassano nelle seguenti (itteri catarrali ed epatiti litiasiche). Nelle epatiti sclerose, ove l'elemento parenchima è meno interessato (o almeno in maniera meno acuta e dove vi sono sempre più o meno componenti rigenerativi), le concentrazioni iniziali sono meno elevate che nei casi precedenti: al contrario le concentrazioni distali diminuiscono meno presto che nelle epatiti acute. Il fatto sembrerebbe imputabile unicamente al ritardo del riassorbimento intestinale dello zucchero dovuto a ipertensione portale.

A cifre elevate, trovate negli itteri di origine epatica, si oppongono le concentrazioni spesso normali degli itteri da ostruzione; ma questa differenza vale solo in un primo tempo di malattia, perchè rapidamente l'ittero da occlusione si complica con epatite sopraggiunta (epatite satellite), che aumenta rapidamente l'eliminazione del galattosio.

Nelle nostre ricerche sui polmonitici è stata seguita la tecnica usata da Fiessinger: dopo aver somministrato al paziente a digiuno (di almeno 12 ore) 40 gr. di galattosio sciolto in 200 cc. di acqua, abbiamo esaminato i campioni di urina raccolte frazionatamente dopo 2, dopo 4, dopo 8 e dopo 24 ore, tenendo conto della concentrazione e del quantitativo globale di galattosio eliminato. Ci siamo serviti sempre della stessa qualità di galattosio, fornito dalla casa Wassermann: i pazienti si sono tenuti tutti allo stesso vitto; circa il quantitativo di liquidi, cui il Fiessinger dà molta importanza, i nostri ammalati nelle prime 4 ore della prova non ne hanno ingeriti; in seguito furono dati loro nella quantità complessiva di circa 1 litro. Possiamo dunque affermare di esserci tenuti sempre nelle stesse condizioni di esperimento nei varî e nel singolo caso.

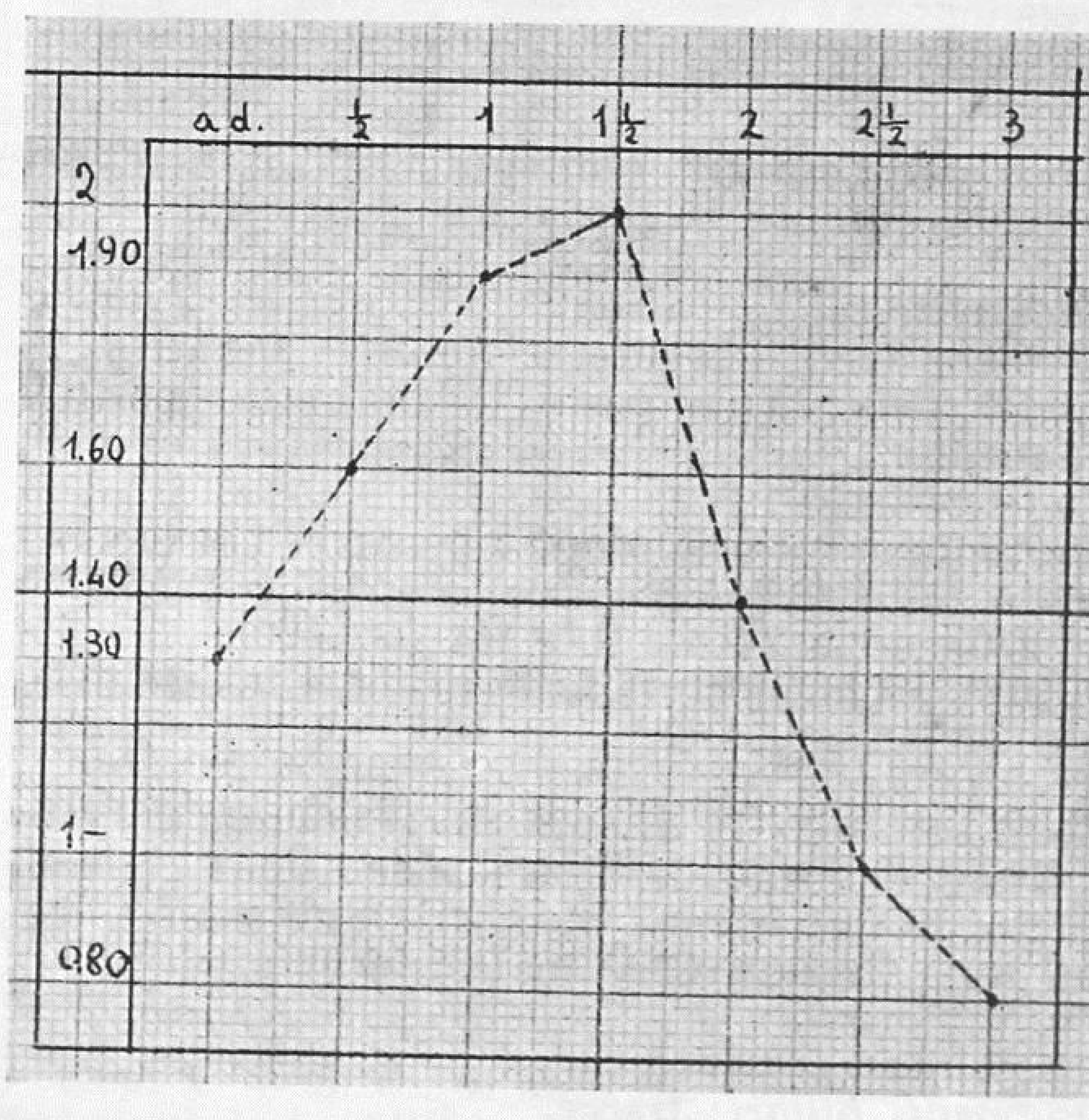
Tutti i casi trattati con la prova del galattosio, riuniti nei seguenti specchietti, sono stati studiati con la misurazione del tasso glicemico (in molti casi fu seguìta anche la curva galattosemica nelle prime 3 ore dall'ingestione del galattosio): contemporaneamente abbiamo seguìto l'eventuale presenza di pigmenti biliari nelle urine, l'Hymans van den Bergh diretta ed indiretta, e in molti casi anche l'indice itterico e il dosaggio della bilirubina nel sangue.

OSSERVAZIONI.

Caso I. — F. O., di anni 13. Condizioni generali e stato di nutrizione: buoni. Polmonite del lobo superiore sinistro. Sfebbrato in V giornata.

In V giornata:
Urobilina. tracce.
Hymans v. d. B.: diretta: negativa; indiretta: debolmente positiva.
Glicemia: 1 ‰.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 6,25 ‰ (cc. 43); dopo 4 h.: 4 ‰ (cc. 40); dopo 8 h.: 1,05 ‰ (cc. 60); dopo 24 h.: 1,05 ‰ (cc. 265).
Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 0,43, nelle 24 h.: gr. 0,77.

Caso II. — B. F., di anni 44. Polmonite del lobo inferiore sinistro. Condizioni generali e stato di nutrizione: mediocri. Lieve subittero alle sclere. Caduta della febbre in X giornata.

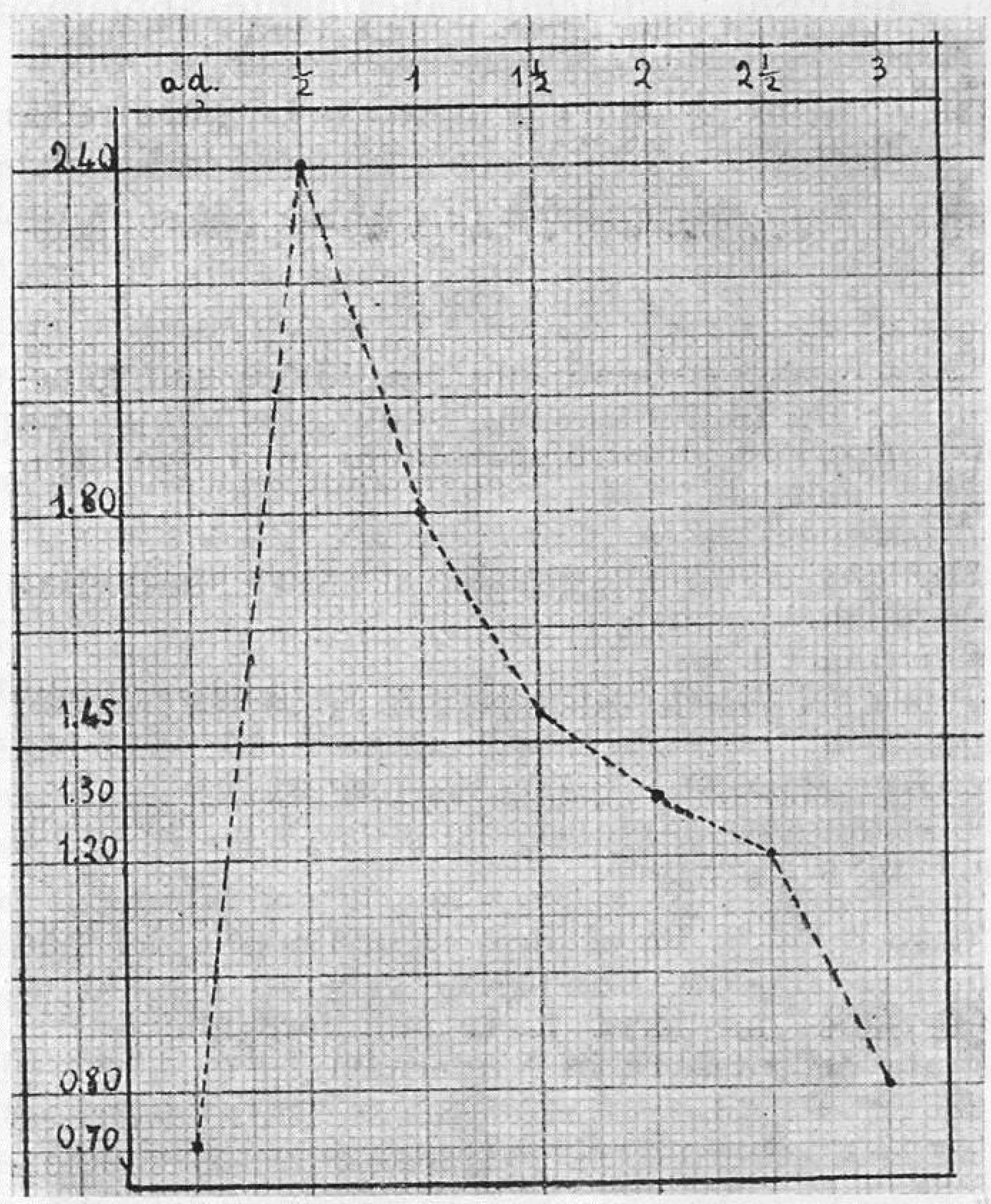


Grafica del Caso II. Contenuto di zucchero nel sangue durante la prova del galattosio.

In VII giornata:
Urobilina: presente abb.
Pigmenti biliari: lievissime tracce.
In IX giornata:
Urobilina: presente abb.
Pigmenti biliari: assenti.

Indice itterico: 9,4.
Glicemia: 1,30 ‰.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 11 ‰ (cc. 80); dopo 4 h.: 5,83 ‰ (cc. 100), dopo 8 h.: 4,88 ‰ (cc. 130); dopo 24 h.: 4,40 ‰ (cc. 520).
Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 1,46, nelle 24 h.: gr. 4,39.

Caso III. — C. L., di anni 25. Polmonite del lobo superiore destro. Condizioni generali e stato di nutrizione: buoni. Sfebbra in VII giornata.
In III giornata:
Urobilina: presente.

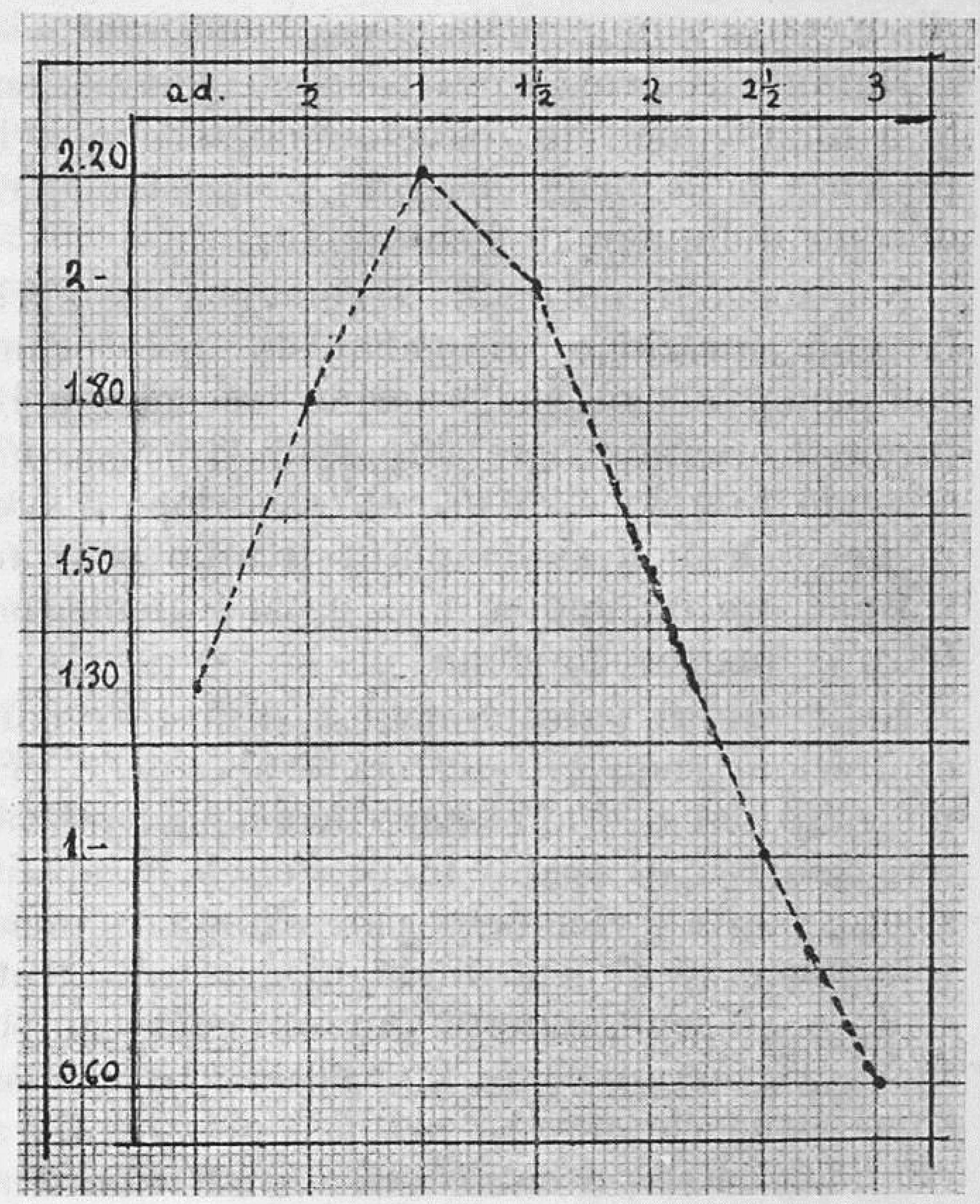


Grafica del Caso III. Contenuto di zucchero nel sangue durante la prova del galattosio.

Pigmenti biliari: assenti.
Hymans v. d. B.: diretta: pronta: negativa, ritardata: debolmente positiva; indiretta: positiva fortemente.
Indice itterico: 9,2.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 18,70 ‰ (cc. 95); dopo 4 h.: 4,40 ‰ (cc. 105); dopo 8 h.: 2,93 ‰ (cc. 270); dopo 24 h.: 2,59 ‰ (cc. 500).
Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 1,77; nelle 24 h.: gr. 4,32.

Caso IV. — C. G., di anni 53. Polmonite del lobo superiore e medio di destra. Condizioni generali e stato di nutrizione: mediocri. Subittero e leggera tinta itterica. Crisi in IX giornata.
In V giornata:
Urobilina: presente.
Pigmenti biliari: tracce.
In VIII giornata:
Urobilina: presente.
Pigmenti biliari: tracce.
Hymans v. d. B.: diretta: pronta: negativa, ritardata: positiva; indiretta: fortemente positiva.
Indice itterico: 30.
Glicemia: 0,60 ‰.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 12 ‰ (cc. 120); dopo 4 h.: 5,50 ‰ (cc. 25): dopo 8 h.: 2,93 ‰ (cc. 120); dopo 24 h.: 2,20 ‰ (cc. 600).
Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 1,57, nelle 24 h.: gr. 3,24.

Caso V. — B. P., di anni 27. Polmonite del lobo inferiore sinistro, che in IX giornata si è estesa al lobo superiore. Pregressa malaria. Condizioni generali e stato di nutrizione: buoni. Decorso piuttosto grave con febbre durata 17 giorni alta e continua. Caduta per lisi.



Grafica del Caso V. Contenuto di zucchero nel sangue durante la prova del galattosio in IX giornata.

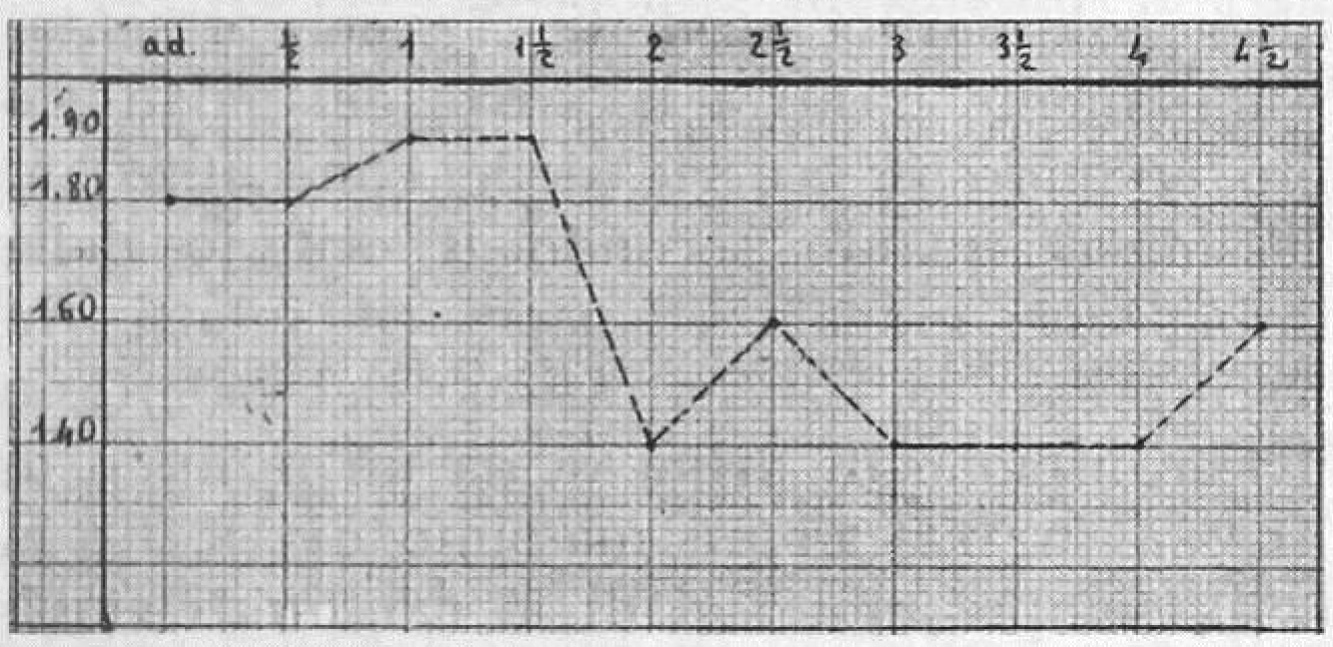
In IX giornata:
Urobilina: tracce minime.
Hymans v. d. B.: diretta: negativa; indiretta: debolmente positiva.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 17,60 ‰ (cc. 130); dopo 4 h.: 3,41 ‰ (cc. 100); dopo 8 h.: 2,31 ‰ (cc. 160); dopo 24 h.: 1,45 ‰ (cc. 850).
Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 2,63, nelle 24 h.: gr. 4,23.
Dopo 10 giorni dalla crisi:
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 6 ‰ (cc. 150); dopo 4 h.: 1,22 ‰ (cc. 205); dopo 8 h.: tracce indosabili (cc. 260); dopo 24 h.: assente (cc. 950).
Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 1,15.

Caso VI. — B. V., di anni 22. Polmonite del lobo inferiore sinistro. Condizioni generali e stato di nutrizione: buoni. Sfebbrato per lisi in VII giornata.
In IV giornata:
Urobilina: tracce.

Hymans v. d. B.: diretta: negativa; indiretta: leggermente positiva.
Glicemia: 0,80 ‰.

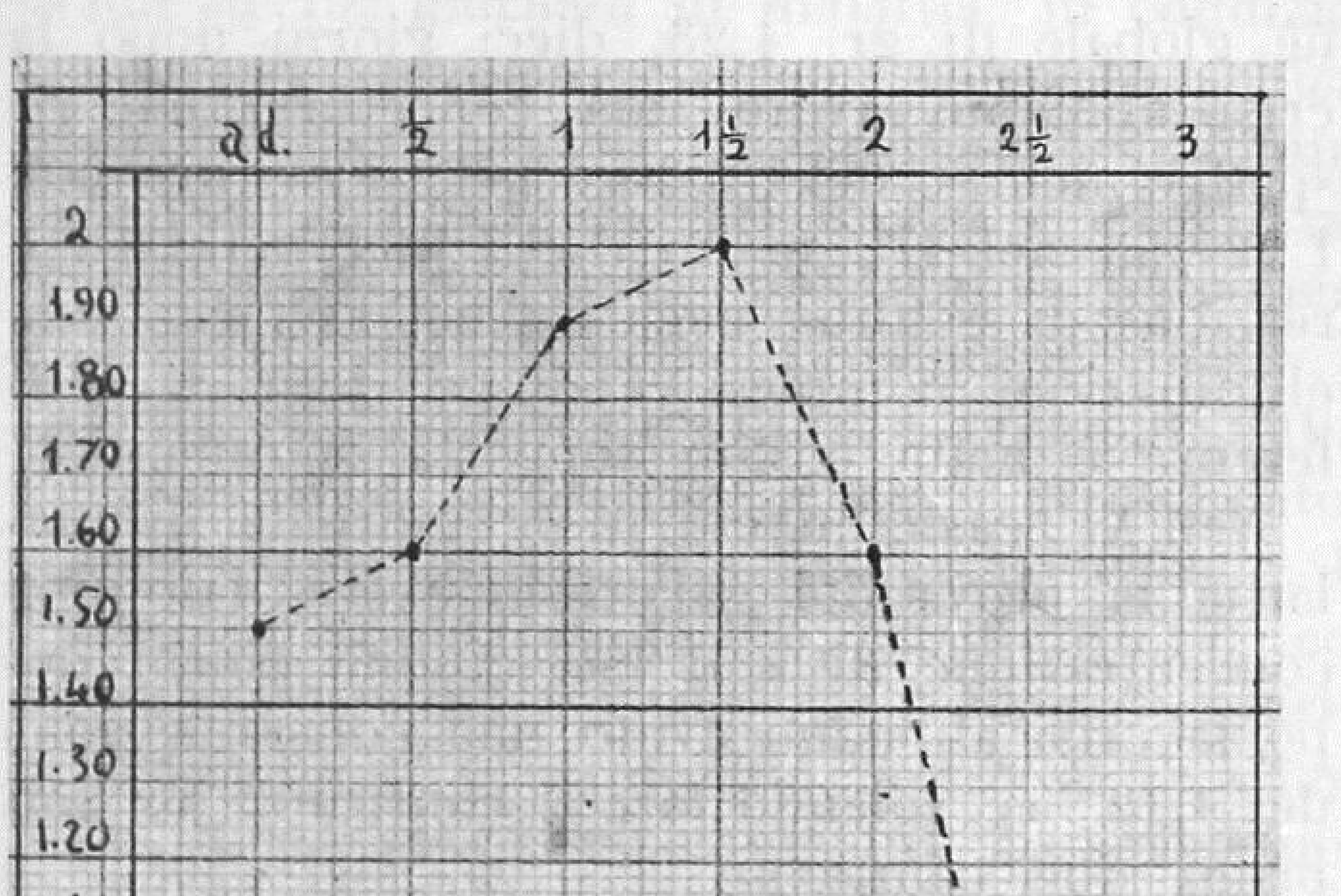
In VI giornata:
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 6,28 ‰ (cc. 125); dopo 4 h.: 2,75 ‰ (cc. 50); dopo 8 h.: 2,92 ‰ (cc. 60); dopo 24 h.: 4,40 ‰ (cc. 260).
Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 0,92, nelle 24 h.: gr. 2,24.

CASO VII. — V. C. Condizioni gravissime. Tachicardia, extrasistoli. Meteorismo addominale, subittero alle sclere, tinta itterica della cute. Polmonite del lobo inferiore sinistro. Obitus in XI giornata.



Grafica del Caso VII. Contenuto di zucchero nel sangue durante la prova del galattosio.

In X giornata:
Urobilina: presente.
Pigmenti biliari: presenti.
Hymans v. d. B.: diretta: pronta: negativa, ritardata: positiva; indiretta: positiva.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 3,30 ‰ (cc. 100); dopo 4 h.: 4,95 ‰ (cc. 15); dopo 8 h.: 3,80 ‰ (cc. 55); dopo 24 h.: 3,10 ‰ (cc. 30).
Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 0,40, nelle 24 h.: gr. 0,70.



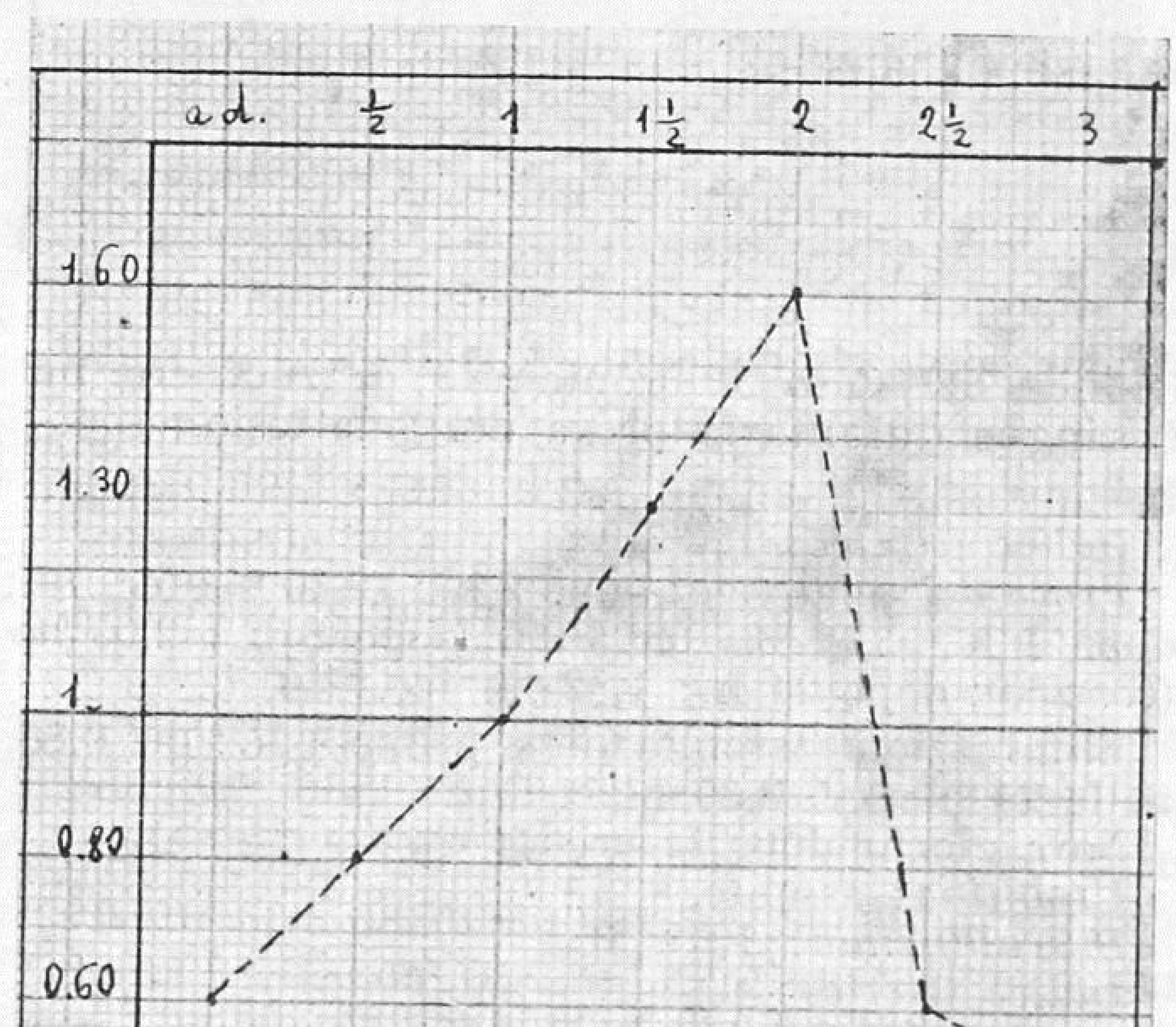
Grafica del Caso VIII. Contenuto di zucchero nel sangue durante la prova del galattosio.

CASO VIII. — C. A. Polmonite del lobo inferiore sinistro. Pregressa malaria. Condizioni generali: piuttosto gravi. Stato di nutrizione: buono. Subittero alle sclere. Sfebbra per lisi in IX giornata.

In III giornata:
Urobilina: presente.
Pigmenti biliari: tracce.
In IX giornata:
Urobilina: presente.
Pigmenti biliari: assenti.
Hymans v. d. B.: diretta: pronta: negativa, ritardata: leggermente positiva; indiretta: fortemente positiva.
Indice itterico: 14,3.
Glicemia: 1,50 ‰.

In V giornata:
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 15 ‰ (cc. 50); dopo 4 h.: 6,18 ‰ (cc. 100); dopo 8 h.: 4,70 ‰ (cc. 205); dopo 24 h.: 2,90 ‰ (cc. 600).
Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 1,37, nelle 24 h.: gr. 4,08.

CASO IX. — F. E., di anni 13. Polmonite del lobo inferiore destro e superiore sinistro. A 6 anni tifo. Condizioni generali e stato di nutrizione: buoni. Caduta della febbre per lisi in IX giornata.
In IV giornata:
Urobilina: tracce.
Pigmenti biliari: assenti.



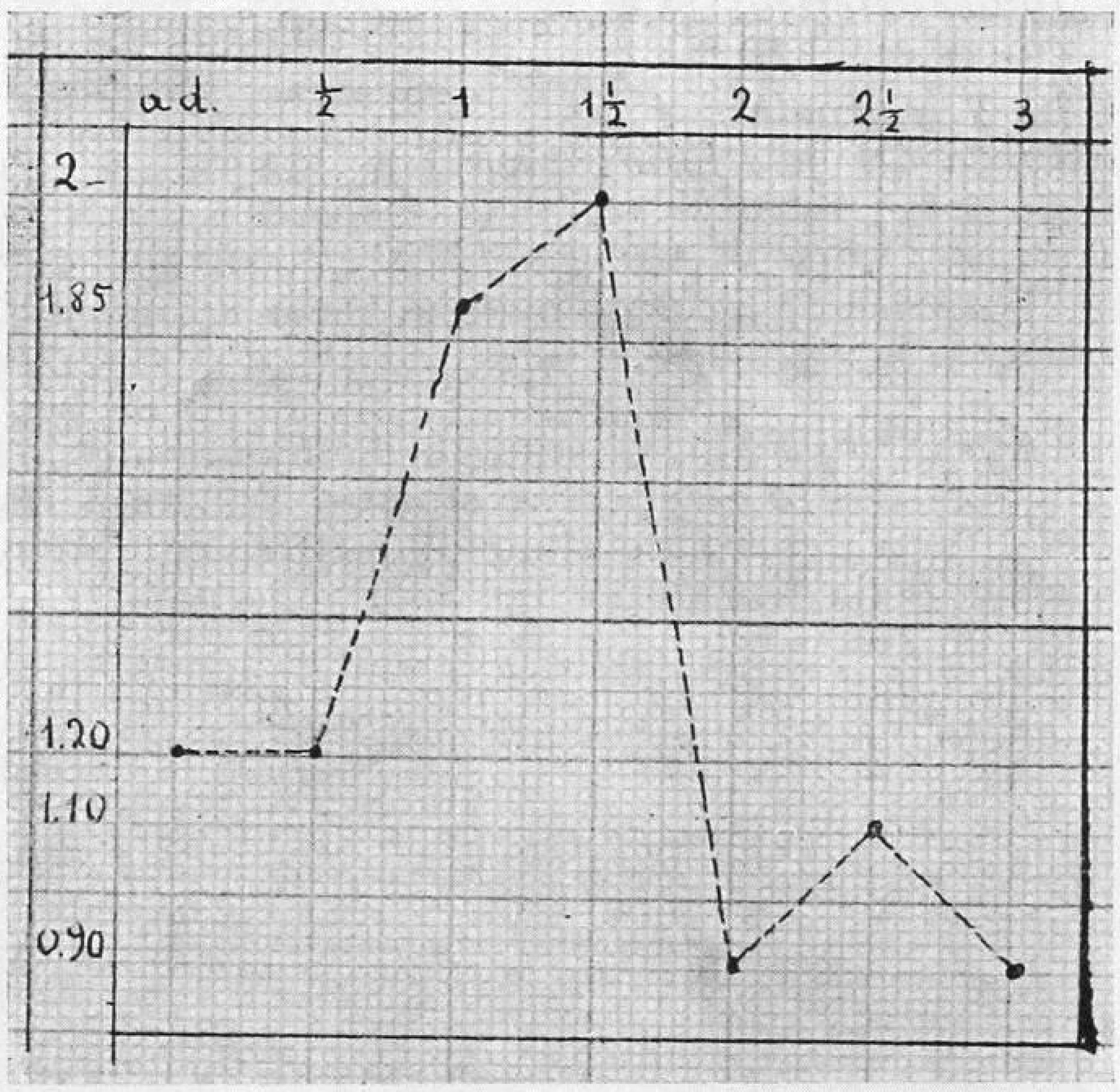
Grafica del Caso IX. Contenuto di zucchero nel sangue durante la prova del galattosio.

Hymans v. d. B.: diretta: negativa; indiretta: leggermente positiva.
Indice itterico: 8.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 6,18 ‰ (cc. 65); dopo 4 h.: 2,24 ‰ (cc. 50); dopo 8 h.: 2,35 ‰ (cc. 100); dopo 24 h.: 1,90 ‰ (cc. 560).
Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 0,51, nelle 24 h.: gr. 1,81.

CASO X. — S. E., di anni 32. Polmonite del lobo inferiore destro. Pregressa malaria. Condizioni generali: mediocri. Sfebbra in VII giornata.
In VII giornata:
Urobilina: presente abb.
Pigmenti biliari: tracce.
Bilirubinemia: 4.2 U. H.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 16,50 ‰ (cc. 60); dopo 4 h.: 3,80 ‰ (cc. 100); dopo 8 h.: 3,30 ‰ (cc. 300); dopo 24 h.: 2,57 ‰

Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 1,37, nelle 24 h.: gr. 4,15.

Tre giorni dopo la crisi:
Urobilina: presente.
Bilirubina: 2 U. H.
Indice itterico: 10,7.
Quattro giorni dopo la crisi:
Urobilina: presente.
Bilirubinemia: 1,7 U. H.



Grafica del Caso X. Contenuto di zucchero nel sangue durante la prova del galattosio.

Indice itterico: 10.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 12,30 ‰ (cc. 70); dopo 4 h.: 3,52 ‰ (cc. 100): dopo 8 h.: 2,05 ‰ (cc. 250); dopo 24 h.: 1,82 ‰ (cc. 850).

Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 0,86, nelle 24 h.: gr. 3,30.

Nove giorni dopo la crisi:
Urobilina: assente.
Bilirubinemia: 1 U. H.
Indice itterico: 6,8.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 6,16 ‰ (cc. 230); dopo 4 h.: 1,65 ‰ (cc. 180); dopo 8 h.: 1,54 ‰ (cc. 140); dopo 24 h.: 1,37 ‰ (cc. 700).

Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 1,07, nelle 24 h.: gr. 2,80.

CASO XI. — D. E., di anni 29. Polmonite del lobo superiore destro. In passato pleuropolmonite destra. Condizioni generali discrete. Al V giorno focolaio polmonare alla base dell'emitorace sinistro.

In V giornata:
Urobilina: presente.
Pigmenti biliari: assenti.
Bilirubinemia: 3,1 U. H.
Indice itterico: 12,5.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 9,51 ‰ (cc. 120); dopo 4 h.: 4,49 ‰ (cc. 100); dopo 8 h.: 3,09 ‰ (cc. 150); dopo 24 h.: 2,90 ‰ (cc. 700).

Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 1,59, nelle 24 h.: gr. 4,08.

Due giorni dopo la crisi:
Urobilina: presente.
Bilirubinemia: 3,1 U. H.
Indice ittterico: 9.

Quattro giorni dopo la crisi:
Urobilina: presente.
Bilirubinemia: 3,8 U. H.
Indice itterico: 9,4.
Otto giorni dopo la crisi:
Bilirubinemia: 1 U. H.
Indice itterico: 5.
Prova del galattosio: dopo 2 h.: 4,12 ‰ (cc. 260); dopo 4 h.: 1,23 ‰ (cc. 150); dopo 8 h.: 1,10 ‰ (cc. 150); dopo 24 h.: tracce indosabili (cc. 550).

Eliminazione assoluta nelle prime 4 h.: gr. 1,25, nelle 24 h.: gr. 1,42.

Dando ora uno sguardo critico complessivo ai risultati della prova, vediamo che degli undici polmonitici studiati, 7 casi presentano nettamente positiva la prova del galattosio tanto secondo il criterio delle concentrazioni (Fiessinger) quanto secondo il criterio della eliminazione globale (Bauer): ed infatti in questi 7 casi la concentrazione del galattosio nel I° campione di urine va da un minimo di 9,51 ‰ (n. 11) ad un massimo di 18,70 ‰ (n. 3), sempre molto al di là dai limiti stabiliti da Fiessinger, con una eliminazione globale che si aggira sui 4 gr., superiore sempre ai 3 gr., limite stabilito da Bauer.

Una sicura conferma del valore e della positività della prova l'abbiamo nello studio più completo del V°, X°, XI° caso nei quali abbiamo praticato la prova del galattosio anche a crisi avvenuta.

Nel V caso, in cui in 10ª giornata di malattia la prova del galattosio aveva dato una concentrazione di 17,60 ‰ nel I° campione, del 3,41 ‰ nel II° ecc., con una eliminazione globale di gr. 4,23, dieci giorni dopo la crisi abbiamo avuto una concentrazione rispettivamente del 6 ‰ nel I° campione, 1,22 ‰ nel II°, meno dell'1 ‰ nel III°, e reazione di Fehling negativa nel IV°. con una eliminazione complessiva di gr. 1,15. La differenza è netta e non sopporta commenti.

Nell'XI° caso, in cui in 5ª giornata di malattia la prova del galattosio aveva dato una concentrazione di 9,51 ‰, cinque giorni dopo la crisi abbiamo avuto una concentrazione del 4,12 ‰, volendo fare il confronto dei soli primi due campioni.

Più interessante e degno di maggiore considerazione è il X° caso: in questo in settima giornata di malattia, si è avuta una concentrazione del 16,50 ‰ nel I° campione, 3,80 ‰ nel II°; quattro giorni dopo la crisi abbiamo trovato ancora una concentrazione del 12,30‰ nel I° campione, 3,50 ‰ nel II°: quindi valore ancora positivo; ma il paziente presentava ancora urobilina nelle urine, un indice itterico di 10 e una bilirubinemia di 1,7 U. H. Ripetuta di nuovo la prova nove giorni dopo

la crisi, abbiamo trovato una concentrazione di 6,16 ‰ nel I° campione, di 1,65 ‰ nel II°, con assenza di urobilina nelle urine, un indice itterico di 6,8, e una bilirubinemia di 1 U. H.

Dallo studio di questi ultimi 3 casi si nota come il ritorno alla norma della prova del galattosio non coincide con la caduta della febbre, ma avviene anche 5-10 giorni dopo la crisi. E ciò può avere importanza per i fini terapeutici e dietetici.

Non di minore interesse è lo studio dei quattro casi negativi, in quanto il risultato negativo viene a confermare il valore della prova. In due (n. 1 e 9) si tratta di ragazzi di 13 anni (i due soggetti più giovani trattati), in ottime condizioni generali, in cui si poteva immaginare *a priori* che il loro fegato si trovasse nelle condizioni migliori e più favorevoli per resistere all'infezione pneumococcica. Questi presentavano contemporaneamente solo tracce minime di urobilina, con Hymans diretta completamente negativa, e una indiretta leggermente positiva. In altro caso (n. 6) si trattava di giovane robusto di 22 anni senza tare di infezioni specifiche o di intossicazioni. anche in questo alla prova negativa del galattosio corrisponde un'Hymans diretta completamente negativa e un'indiretta debolmente positiva, con lievi tracce di urobilina.

Nel quarto caso di galattosuria negativa (n. 7), si trattava di una donna che venne a noi in 10ª giornata di malattia, in condizioni generali gravissime (cianosi intensa, tachicardia con extrasistoli, meteorismo addominale ecc., l'unico dei casi in cui si ebbe l'obitus), ci attendevamo una prova nettamente positiva: la paziente presentava infatti un netto ittero, con urobilina e pigmenti biliari nelle urine, il margine epatico arrotondato e debordante di due dita dall'arcata costale. Invece contro ogni nostra aspettativa, la concentrazione del 1° campione è stata di 3,30‰, tasso che si è mantenuto presso che costante in tutti i successivi campioni. La spiegazione chiara di questo risultato inaspettato l'abbiamo osservando il comportamento della curva galattosemica: da un tasso glicemico di 1,80 ‰ a digiuno, si arriva ad un massimo di 1,90 ‰ un'ora dopo l'ingestione del galattosio, e cioè aumento insignificante: pertanto è da ritenere che il galattosio non sia stato che in piccola parte assorbito. Questo deficiente assorbimento nello stato gravissimo in cui si trovava la paziente può essere dovuto a gravi alterazioni funzionali delle mucose intestinali o a difetto circolatorio portale e generale. Per quanto sopra si insiste sull'opportunità di fare qualche saggio del tasso glicemico durante la prova per accertarsi che il galattosio venga assorbito.

Circa le curve esprimenti il quantitativo dello zucchero del sangue durante la prova del galattosio, dobbiamo innanzi tutto dichiarare che esse furono ottenute con dosaggi all'acido picrico (metodo di Louis Benedikt) e che in questi dosaggi è compreso tanto il galattosio quanto il glucosio. Tuttavia poichè grazie alla cortesia del chimico Dott. A. Salvatori e mediante l'applicazione del suo metodo analitico differenziale (precipitazione in acido mucico: Rend. R. Acc. Lincei, 1935, pag. 437) potemmo avere sicura cognizione che lo zucchero dosato nelle urine durante queste prove era quasi esclusivamente galattosio, dobbiamo ritenere come molto probabile, che la curva dello zucchero del sangue espressa nelle nostre grafiche, sia dovuta almeno in prevalenza al galattosio.

Ciò posto osserviamo ancora che un'analisi minuziosa di queste curve e sopratutto una interpretazione rigorosa non può essere data in mancanza di uno studio comparativo esauriente con le curve rilevabili in soggetti normali, o in malati di altre affezioni capaci d'incidere comunque sui fattori fisiopatologici dei quali esse curve sono funzione: assorbimento intestinale, circolazione portale, circolazione generale, funzionalità epatica e funzione renale (soglia renale).

Ci limiteremo pertanto a rilevare come nei soggetti con eliminazione del galattosio normale (caso IX) da un tasso glicemico primitivamente piuttosto basso, si ebbe un'ascesa lenta della curva che raggiunse il suo acme più tardivamente (dopo circa 2 h.) e con valori notevolmente più bassi dei casi a galattosuria patologica; in questi ultimi invece il tasso glicemico di partenza fu in genere più alto, l'acme fu raggiunto più precocemente con una branca ascendente più ripida e con valori notevolmente più elevati (nel caso III da un livello di partenza di 0,70 fu raggiunto il valore di 2,40 dopo 1/2 h.).

La discesa della curva molto rapida nei casi a eliminazione normale di galattosio, fu meno rapida nei casi a galattosuria patologica; in questi dopo una prima intensa discesa nella prima mezz'ora successiva all'acme, la curva raggiunse dopo la seconda mezz'ora il valore glicemico di partenza o valori notevolmente inferiori.

Per la curva già accennata del caso VII, nella quale da un tasso glicemico di partenza notevolmente elevato si raggiunse nell'acme un

tasso di poco superiore, e alla quale corrispose una eliminazione di galattosio apparentemente normale, in contrasto con tutto il resto delle condizioni cliniche, riteniamo non possa formularsi altra spiegazione che quella di uno scarsissimo assorbimento del galattosio dall'intestino per difetto funzionale della mucosa o per difetto circolatorio portale.

Da tutte le considerazioni fatte fino ad ora dallo studio del singolo caso e di tutti i casi comparativamente, si ritiene poter affermare che la prova del galattosio dimostra come nella polmonite si ha, in grado più o meno notevole, una compromissione epatica, o per lo meno un'alterazione di un'importantissima funzione del fegato: la funzione glicogenetica che, come abbiamo già detto, è stato dimostrato avere rapporti con la funzione antitossica.

Ammessa una compromissione epatica nei polmonitici, vediamo se con essa si può spiegare anche l'interessante problema della patogenesi dell'ittero in corso di polmonite.

Confrontando nei nostri casi i risultati della prova del galattosio con i valori dell'ittero nel sangue, appare molto suggestivo osservare che in tutti e tre i casi (n. 1, 6, 9) in cui la prova del galattosio è stata negativa, anche l'indice biliare plasmatico appare basso o entro i limiti normali, con minime tracce di urobilina nelle urine. Nei casi positivi invece, senza potere osservare un netto parallelismo di intensità tra i due fenomeni, ad una prova del galattosio positiva corrisponde sempre aumento della bilirubina nel sangue, ed in alcuni casi anche presenza di subittero o ittero clinico. Sola eccezione è stata rappresentata dal caso n. 5, colpito da una forma di polmonite « a tipo migrante », che mentre presenta una prova del galattosio fortemente positiva, ha minime tracce di urobilina nelle urine ed Hymans indiretta lievemente positiva, con evidente dissociazione dei due fenomeni.

I rapporti tra positività della prova del galattosio e ittero del sangue sono ancor più netti nei casi seguiti con più prove successive anche all'inizio della convalescenza; in questi si è osservato il quasi contemporaneo declinare e cessare dei due fenomeni.

Pertanto cercando di risalire alla patogenesi dell'ittero nella polmonite, ci sembra logico ritenere questo almeno in gran parte di origine epato-tossica, confermando così la tesi sostenuta da Lemierre e Abrami, senza escludere tuttavia che il fattore emolitico possa avere la sua importanza: ci sembra insomma poter affermare che una lesione della cellula epatica stia a base dell'ittero nella polmonite, favorito eventualmente da un maggior apporto di materiale emoglobinico generato da processi emolitici generali o locali.

Come deduzioni pratiche del nostro studio risulta giustificato con cognizioni di causa il severo giudizio prognostico sulla polmonite biliosa della vecchia clinica, e dal punto di vista terapeutico viene prospettata la opportunità di aggiungere nella cura della polmonite, specialmente in taluni casi, quegli espedienti ritenuti meglio adatti a stimolare e migliorare la funzione del fegato nonchè a correggere i danni sull'organismo di tale alterata funzione (estratti epatici, siero glucosato ipertonico con insulina, alcalini, congrua dietetica ecc.).

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato la funzionalità epatica nei polmonitici con la prova del galattosio, associata alla curva dello zucchero nel sangue durante tale prova, e allo studio della bilirubinemia.

Su undici polmonitici la prova del galattosio è stata positiva in sette: in sei di questi ha trovato contemporaneamente aumento di pigmento biliare nel sangue; soltanto in un caso di polmonite « a tipo migrante » ha avuto la dissociazione dei due fenomeni.

Nei casi seguiti anche dopo la crisi, ha notato che la bilirubinemia scende alla norma quando anche la prova del galattosio diventa negativa.

Dei quattro casi in cui la prova del galattosio fu negativa, tre presentavano contemporaneamente normali i valori dell'ittero del sangue, e trattavasi di soggetti giovani in ottime condizioni e senza precedenti tossi-infettivi, in cui si poteva presumere che il fegato si trovasse nelle migliori condizioni per resistere all'infezione pneumococcica. Nel quarto caso negativo non vi fu assorbimento del galattosio, come dimostrò la curva galattosemica, spiegabile con i disturbi del circolo portale e generale, date le gravissime condizioni del paziente.

Conclude che nell'infezione pneumococcica la prova del galattosio ha dimostrato l'esistenza di un notevole grado di compromissione funzionale epatica, e pertanto ritiene che nell'ittero dei polmonitici debba ammettersi con sicurezza una componente epatica.

BIBLIOGRAFIA.

BAUER. Wien. Med. Wochenschrift, 56, 20, 1906.
WENGEHAUER. Wien. Klin. Wschr., 25, 514, 1912.
REISS e JEHN. Arch. f. Klin. Med., 108, 187, 1912.

MALIWA. Med. Klin., 18, 762,1922.
A. BERNHEIM. The Journal of Am. Med. Assoc., gennaio 1924.
BALBI. Giorn. Clin. Medica, fasc. 9, 1924.
ROGER e WIDAL. *Nouveau Traité de Médecine*, tome XVI, 1928.
BRUNI. Clinica Med. Ital., 1929.
MARCEL LABBÉ e FL. NEPVEUX. Bulletin et Mémoires Soc. des Hôpitaux, Paris, marzo 1929.
PISANI. Rivista di Clin. Med., 15, 1931.
ROBECCHI. Minerva Medica, vol. I, p. 764, 1931.
HOCKHEIM e MISSKE. Deuts. Archiv. f. Klin. Med., citato in The Journal of A. M. Assoc., n. 26, p. 2325, 1932.
FIESSINGER, THIEBAUT e DIERYCK. Annales de Médecine, Paris, 31, p. 219, 1932.
A. DUBROVICI e DIMITRESCU. Société de Biologie, p. 139, ott. 1932.
SHAY e SCHLOSS. The Journal of A. M. Assoc., n. 17, p. 1433-36, 1932.
PRETI. Policlinico, Sez. Pratica, febbr. 1932.
CHIERICI. Riforma Medica, 1932.
ELTON. The Journal of Lab. and Clin. Medicine, 1933.
MIGNECO. Policlinico, 29 maggio 1933.
BANKS, SPRAGUE e SNELL. The Journal of A. M. Ass., giugno 1933.
MARCEL LABBÉ e FL. NEPVEUX. Soc. Médicale des Hôpitaux, marzo 1933.
SINGER e WECHSLER. Wien. Klin. Wochenschrift, genn. 1934
BRÜLL. Medizinische Klinik, 1934.
ERMAN. Riforma Medica, n. 8, p. 313, 1934.
N. FIESSINGER e H. WALTER. *Nouveau procédés d'exploration fonctionnelle du foie*. Ed. Masson, 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI ROVIGO - DIV. CHIRURGICA
diretta dal Prof. ARTURO CARRARO.

Aneurisma tardivo da lesione di guerra

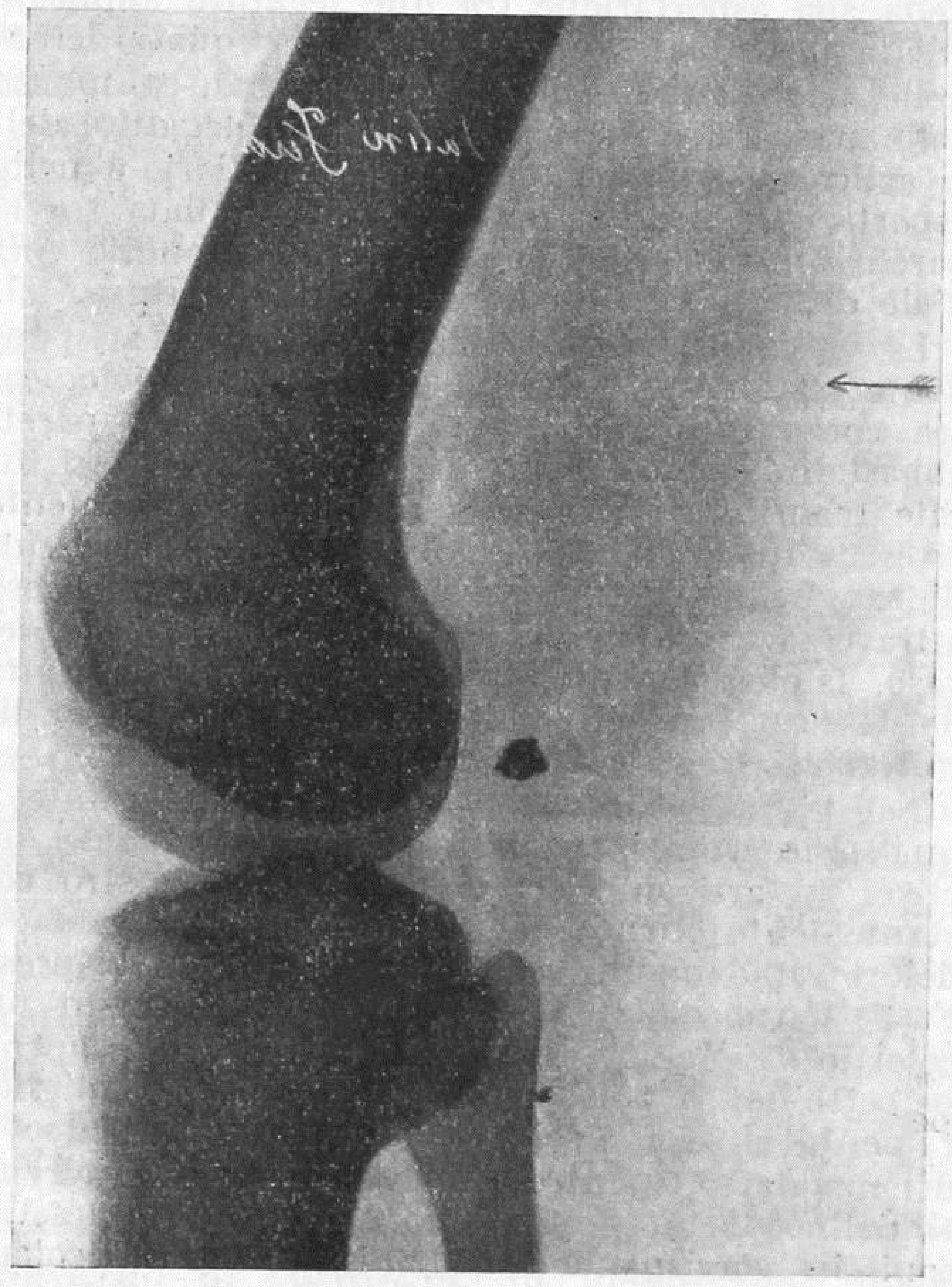
Dott. ENRICO DOTTI, aiuto.

CASO CLINICO. — È un mutilato di guerra, Ferdinando N., di a. 34, da Gavello (Rovigo), il quale nel 1917 fu colpito da scheggie di granata alla regione poplitea di sinistra; guarì in breve tempo, e non ne ebbe da allora alcun disturbo per 14 anni, e cioè fino al 1931. Si accorse in quell'anno che nella regione della ferita si era formata una tumefazione della grandezza di un uovo di piccione, alquanto dolorosa, ed incominciò allora ad avvertire una particolare molestia alla parte malata nel prolungato cammino.

Nel gennaio 1932, in seguito ad uno sforzo, fu colto da un violentissimo dolore nella sede della tumefazione che aumentò acutamente di volume, mentre la gamba ed il piede si facevano anch'essi dolorosi; l'una divenne tumida e cianotica, l'altro asciutto, pallido e freddo. Riposo e sanguisugio valsero in pochi giorni a dileguare la sindrome minacciosa; si acuì però da quel giorno la molestia all'arto durante il cammino.

Il 25 maggio dello stesso anno, mentre l'infermo, avendo fatto un bagno, si asciugava il poplite di sinistra, fu colto nuovamente da un improvviso ed acuto dolore in questa sede, e sentì sotto le sue mani aumentare rapidamente la tumefazione, mentre i dolori si irradiavano violenti nei segmenti distali dell'arto. Anche questa volta la gamba si fece enormemente gonfia e cianotica, il piede all'opposto era asciutto, giallastro, e semiparalizzato. Il trattamento della volta precedente non portò che uno scarso sollievo al dolore, mentre il piede, perduta la motilità, diveniva anche insensibile; la mattina del giorno successivo l'infermo fu trasportato in questo Ospedale, ove giunse con febbre alta ed in stato di subdelirio. La tumefazione del poplite, della grandezza di una grossa arancia, appariva pulsante, fissa sui piani profondi, e con rumore di trottola all'ascoltazione; sul piede non si percepiva il battito della pedidia; nulla all'apparato cardio-vascolare e all'esame degli altri organi; urine fisiologiche; normale la pressione arteriosa; negativa la Wassermann sul sangue.

All'esame radiologico della regione poplitea apparvero nei tessuti molli tre scheggie di opacità metallica, delle quali una a ridosso della testa del perone, la seconda al di sopra del condilo femo-



rale laterale, e la terza, la maggiore, della grandezza circa di un pisello, a contatto della faccia posteriore del condilo mediale del femore. Si rilevava inoltre l'ombra di una massa pulsante, di forma ovoidale, di cm. 6,5 × 10, a grande asse verticale, situata a ridosso della faccia posteriore della epifisi distale del femore e di quella prossimale della tibia, massa entro la quale, in corrispondenza del polo inferiore, si osservava una piccola opacità tenue, della grandezza di un chicco di granturco (cfr. figura).

Si trattava dunque di un voluminoso aneurisma dell'arteria poplitea o della rottura di una sua sacca aneurismatica, con ogni presunzione in rapporto patogenetico con le scheggie metalliche riscontrate nella regione; i disturbi circolatori del piede si potevano ritenere determinati dall'arresto dell'afflusso arterioso; quelli, invece, della gamba

da una deficenza o anche da un arresto del deflusso venoso, forse per la compressione esercitata sulla vena poplitea dalla sacca aneurismatica, costretta ad espandersi nell'angustia della loggia vascolare, tra il piano osseo al davanti e la rigida fascia poplitea posteriormente. Il ramo anastomotico del Giacomini, che unisce la piccola alla grande vena safena, non era certo in grado di supplire allo scarico venoso, essendo molto piccolo di calibro, forse anch'esso schiacciato dalla tumefazione arteriosa, e poi infine perchè poteva, come in molti casi, non essere presente.

Per alcuni giorni l'infermo fu tenuto in riposo assoluto e con applicazioni calde al piede; la febbre ed i dolori si attenuarono alquanto ma persistettero le gravi turbe di circolo dei segmenti distali dell'arto. Il 13 giugno venne deciso un intervento operativo, il quale, eseguito dal prof. Carraro in anestesia eterea, consistette nell'isolamento di una vasta sacca aneurismatica dell'arteria poplitea dalle pareti della vena e dal piano anteriore, nella sua asportazione tra due legature applicate quella prossimale in corrispondenza quasi dell'anello degli adduttori, e quella distale a monte delle arterie articolari inferiori, nella legatura delle articolari superiori, media e gemellari, e nella asportazione, infine, della scheggia situata tra la parete anteriore dell'aneurisma e il condilo mediale del femore; piccolo drenaggio e sutura.

La sacca asportata, della grandezza corrispondente alla massa descritta nell'esame radiologico, era completamente integra, costituita da pareti abbastanza spesse ed in una piccola zona calcificate (come nel caso di Schindler), internamente rivestite qua e là di ammassi fibrinosi e coaguli di sangue, e comunicante con il lume arterioso attraverso un pertugio irregolare della parete del vaso. Istologicamente, la sacca appariva costituita da tessuto connettivo denso e fibroso, senza limiti netti con i tessuti perivascolari.

Nei giorni successivi all'intervento, durante i quali l'infermo mantenne il decubito dorsale declive, ad arti inferiori rialzati ed il sinistro costantemente circondato da borse d'acqua calda, i dolori rapidamente cessarono e la gamba riprese l'aspetto normale; anche il piede riacquistò un colorito fisiologico mentre ricompariva, appena percettibile, il polso della pedidia, ma il miglioramento si svolse solo nella regione del tarso e del metatarso, mentre nell'avampiede la gangrena si delineò sempre più, demarcandosi dai tessuti sani in corrispondenza dell'interlinea articolare metatarso-falangea.

Dopo alcune settimane il malato lasciò l'Ospedale, in condizioni di poter deambulare quasi come di norma; l'avampiede fu medicato sterilmente ogni terzo giorno e dopo molti mesi (8-10) l'una dopo l'altra caddero le dita e cicatrizzò la superfice residua.

Evidentemente, dopo l'ablazione della sacca il circolo arterioso si era ristabilito in via collaterale attraverso l'anastomosi tra l'arteria suprema del ginocchio da una parte e le articolari inferiori e la ricorrente tibiale anteriore dall'altra; il deflusso venoso si era ripristinato con la rimozione della massa comprimente la vena poplitea; la gangrena ischemica dell'avampiede aveva naturalmente continuato la sua evoluzione essendo da tempo stabilizzata ed irreparabile.

Considerazioni:

Nel 1914 Haberer ha comunicato 13 osservazioni di aneurismi consecutivi a ferite di guerra, nei quali l'intervallo intercorso fra il trauma e la formazione aneurismatica era inapprezzabile o di poche settimane; questo lasso di tempo è alquanto maggiore in altri casi che lo stesso autore descrive successivamente nel 1916.

Gobiet in Germania e Musini in Italia, nel 1927, hanno illustrato aneurismi traumatici da lesioni di guerra i quali non potevano datare che da qualche anno.

Altrettanto si può dire delle 17 osservazioni di aneurismi tardivi da lesioni di guerra di cui ha riferito Enderlen nel 1919, Fromme e Purpura nel 1920.

Putzu, in 20 casi del genere, ha osservato che la distanza intercorsa tra l'epoca del ferimento e la constatazione clinica della tumefazione aneurismatica, variava da un minimo di due ad un massimo di 16 mesi.

Nel 1927 Schindler ha osservato un aneurisma dell'arteria poplitea consecutivo a ferita d'arma da fuoco da cui l'infermo era stato colpito 9 anni prima e cioè nel 1918. Recentemente, nel 1934, Bauer ha presentato un caso del tutto simile a quello di Schindler, nel quale la lesione traumatica risaliva a 18 anni prima; però dalla relazione dell'autore si rileva che molto minore era il tempo trascorso tra la ferita d'arma da fuoco e la formazione dell'aneurisma, poichè l'infermo riferiva di essersene accorto molti anni prima di quando fu indotto a presentarsi ai medici.

Nel nostro malato sono trascorsi tra la ferita alla regione poplitea e la formazione dell'aneurisma dell'arteria omonima, 15 anni di perfetto benessere; è in questo tempo particolarmente lungo, del tutto silenzioso, e che non ha riscontro nelle osservazioni degli autori precitati, che si manifesta la singolarità del caso.

La gangrena dell'avampiede negli aneurismi dell'arteria poplitea non è rara, Allegri nel 1931 ne ha illustrato un caso. Più frequentemente la gangrena segue alla asportazione della sacca aneurismatica, specie se la legatura distale cade al di sotto delle articolari inferiori, perchè allora il circolo collaterale limitato all'anastomosi della suprema del ginocchio con la ricorrente tibiale anteriore può essere insufficiente alla irrorazione del piede ed anche della gamba.

Putzu su tre casi di aneurisma popliteo trat-

tati con l'estirpazione della sacca, in due ha veduto seguire la gangrena; anche Pascale ha osservato due gangrene, però su 18 operati; Marta infine ha dovuto amputare alla coscia un malato nel quale all'ablazione di un aneurisma popliteo era seguita la gangrena del piede e della gamba.

Prima di stabilire il tipo di aneurisma da noi descritto, bisogna ricordare che la classica divisione degli aneurismi in veri, spurii, e dissecanti, in base al criterio anatomo-patologico della costituzione istologica della parete, non è oggi riconosciuta esatta da tutti (Sergi), perchè anzitutto non esiste alcun aneurisma nelle pareti del quale si rinvengano le tre tuniche arteriose (Delbet e Mocquot), poi perchè negli aneurismi così detti veri lo strato endoteliale può ridursi e scomparire per atrofia da compressione e la parete trasformarsi in un semplice strato di connettivo denso, mentre d'altra parte negli aneurismi detti spurii o traumatici si può formare nell'interno della parete uno strato endoteliale. Nemmeno in base a criterii patogenetici si può stabilire una differenza sostanziale tra le due classi principali di aneurismi, i veri e gli spurii, ritenendo che la formazione degli uni sia consecutiva ad uno sfiancamento della parete vasale e quella degli altri ad una rottura di questa, perchè la genesi degli aneurismi si deve ritenere sempre traumatica essendo anche quelli così detti spontanei dovuti alla rottura, alla deiscenza della tunica endoteliale e muscolare sotto la pressione della massa sanguigna. Giustamente, quindi, il Benda, valendosi di un criterio eziologico, classifica gli aneurismi in due gruppi, traumatici e parassitarii, o, come più opportunamente vuole il Purpura, in traumatici, consecutivi a malattie delle pareti vasali, od ai due fattori associati.

L'aneurisma del nostro malato evidentemente è traumatico, come risulta dalla notizia delle ferite pregresse, dall'età giovanile, e dalla negatività della reazione di Wasserman.

La genesi può aver seguito varie modalità:

a) La scheggia ha ferito il vaso; si formò un piccolo ematoma comunicante che si mantenne a lungo nel completo silenzio dei sintomi, finchè uno sforzo ne produsse la rottura. Tale rottura può essere stata determinata col concorso delle punte taglienti della scheggia metallica situata tra la sacca aneurismatica ed il piano osseo; il Putzu cita il caso di un aneurisma femorale che aveva scavato un'ampia doccia nel femore fino al giorno in cui la sacca aneurismatica in seguito ad uno sforzo muscolare si lacerò contro i margini taglienti della escavazione ossea (incidit in foveam quam fecit).

b) L'aneurisma si è formato gradualmente per indebolimento della parete arteriosa da usura per il continuo sfregamento del vaso sopra la sporgenza costituita dalla scheggia metallica, così come si osserva talora la formazione di un aneurisma dell'arteria succlavia per l'esistenza di una costola sopranumeraria o dell'arteria omerale o femorale per una esostosi rispettivamente dell'omero o del femore. Putzu riferisce il caso di un soldato nel quale una pallottola di fucile aveva attraversato dall'avanti all'indietro la tuberosità della tibia quasi al completo rimanendo incuneata per i due terzi posteriori e sporgendo nella cavità del poplite per il terzo anteriore; alcuni mesi dopo si poteva constatare la esistenza di un aneurisma dell'arteria poplitea, il quale asportato presentava un assottigliamento della parete in corrispondenza del punto di contatto col proiettile ed in quel punto, istologicamente, conservazione dell'intima, atrofia della media e sclerosi dell'avventizia.

c) In primo tempo non è avvenuta alcuna lesione vascolare; dopo molti anni di innocua permanenza nei tessuti della regione, la scheggia maggiore, quella incriminata, ha migrato e si è portata a ridosso del vaso, ne ha indebolita la parete per necrosi semplice da decubito in un punto attraverso il quale, con la concausa occasionale di un aumento di pressione, l'onda arteriosa si è aperto un varco, invadendo rapidamente la loggia vascolare. I corpi stranieri, si sa, possono migrare nell'organismo non solo quando danno luogo ad un ascesso o penetrano nel lume di un vaso, ma anche al di fuori di questo ed in condizioni di perfetta asetticità. Recentemente (1935) Hasselbach ha presentato in un convegno di chirurghi un malato nel quale una scheggia di granata aveva migrato, nel corso di 18 anni, dalla regione lombare, presso il diaframma, nella regione pelvica dove era rimasta per 5 anni circa, e poi mediante la formazione di un ascesso aveva rotto la fascia pettinea e si era aperta una via nella regione posteriore della coscia seguendo il nervo sciatico. Baetzner ha riferito il caso di un ingegnere nel quale una scheggia di ferro situata nel palmo della mano in soli due giorni era risalita all'altezza dell'articolazione del polso.

Nel nostro malato la prima ipotesi non è

probabile per il dato anamnestico dell'assenza per tanti anni consecutivi di qualsiasi tumefazione poplitea e per il reperto della biopsia operatoria e dell'esame macroscopico della sacca che appare integra ed esclude l'eventualità di una recente rottura. La seconda e la terza ipotesi invece possono essere invocate insieme a spiegare verosimilmente le diverse fasi dell'evoluzione dell'aneurisma. La prima fase, durata 14 anni, è muta, le scheggie non avevano leso e non disturbavano i vasi del poplite; poi la più grossa di esse, quella incriminata, può aver migrato (diciamo così, essendo mancato a termine di confronto un primo esame radiologico) portandosi tra il condilo mediale del femore e la parete vasale e per usura di questa averne determinato il cedimento alla pressione sanguigna con la formazione di quella massa ovoidale che il malato incominciò ad avvertire nel 1931 (seconda fase). Infine due episodi acuti che distinguono in due tempi la terza fase: in seguito ad uno sforzo la parete arteriosa usurata ed indebolita si è lacerata contro il margine tagliente della scheggia con la formazione acuta di un ematoma periarterioso comunicante. La breccia si è poi richiusa ed il sangue versato si è riassorbito. Successivamente un altro sforzo, questa volta anzi una compressione diretta del vaso ectasico contro la scheggia metallica, ha di nuovo e permanentemente aperto la parete vasale.

Il metodo operatorio adottato è quello ancor oggi scelto dalla maggior parte dei chirurghi negli aneurismi in genere (Donati, Putzu, Allegri, Schindler, Purpura, Opazo, Araos, Pascale, Marta, Kornew). La sutura arteriosa alla Carrel-Stich, previa asportazione del sacco, va tentata (Kornew, Bier, Streit) in quei casi nei quali con la legatura del vaso si possa temere la gangrena del territorio a valle per impossibilità o insufficienza del circolo collaterale (carotide comune, carotide interna, succlavia, femorale, poplitea); però non sempre la sutura arteriosa è tecnicamente possibile per la eccessiva diastasi dei monconi del vaso dopo l'ablazione della sacca (come nel nostro caso), e d'altra parte la sutura vascolare assai raramente conduce a buoni risultati perchè ad una canalizzazione in primo tempo segue secondariamente una trombosi ed una chiusura del vaso; unico vantaggio quindi sulla legatura diretta sarebbe lo stabilirsi graduale della trombosi e quindi la possibilità della formazione graduale di un circolo collaterale.

La sutura delle pareti aneurismatiche (aneurismorrafia-Amesti) è un intervento proprio di casi particolarissimi, ed altrettanto si può dire della plastica, cioè dell'innesto di un pezzo di vena tra i due monconi arteriosi, pratica che secondo Schindler non è seguita da buoni risultati.

RIASSUNTO.

Aneurisma tardivo da lesione di guerra: l'A. espone un caso di aneurisma dell'arteria poplitea provocato da una scheggia di granata penetrata nei tessuti della regione 15 anni prima e rimasta per così lungo periodo del tutto silenziosa.

La sacca aneurismatica, la quale, comprimendo la vena poplitea, aveva determinato una minacciosa stasi venosa nei segmenti distali dell'arto, venne asportata ed il circolo venoso prontamente ripristinato e quello arterioso ristabilito in via collaterale, condussero alla guarigione.

Il lasso di tempo intercorso tra la ferita e la formazione dell'aneurisma, oltremodo lungo anche relativamente alle osservazioni riportate nella letteratura, appare interessante e va forse messo in rapporto a migrazione del corpo straniero.

BIBLIOGRAFIA.

ALLEGRI. *Aneurisma vero dell'arteria poplitea.* Riforma Medica, 1931, f. 30.

AMESTI. *Aneurisma de la arteria poplitea tratado por la endoaneurismorrafia; curacción.* Boll. de la Soc. de cir. de Chile, año III, n. 18, p. 343.

ARAOS. *Aneurismas popliteos.* Ibid. n. 10, año IV, p. 138.

BAUER. *XXVI Tagung der südostdeutschen Chirurgenvereinigung. Krankenvorweisungen.* Zentralblatt für Chirurgie, 1934, S. 2453.

BENDA. Cit. da PURPURA (1923). Giornale di Lubarsch, vol. VIII.

BAETZNER. Berliner Gesellschaft für Chirurgie, Sitzung, 10-XII-34; Zentr. f. Chir., 1935, S. 818.

BIER. Cit. da PUTZU.

DELBET e MOCQUOT. *Affections chirurgicales der artères.* Nouveau Traité de Chir. di LE DENTU e DELBET, t. XII. Paris, Baillière, 1911.

DONATI. *Le ferite dei vasi sanguigni degli arti.* La Chirurgia degli Organi di Movimento, 1917, vol. I, f. 2.

ENDERLEN. *Ueber 17 Spätfälle von Kriegsaneurysmen.* Diss. Zürich, 1919.

FROMME. *Ueber Kriegsaneurismen.* Bruns' Beitrage zur klinischen Chirurgie, Bd. 105.

GOBIET. *Ueber Kriegsaneurismen.* Wiener klin. Wochenschrift, 1917.

HABERER. *Bericht über 13 Aneurysmen aus dem gegenwärtigen Kriege.* Ibid., 1914.

ID. *Kriegsaneurysmen.* Archiv f. klin. Chir., 1916.

HASSELBACH. *Zur Frage der Geschosswanderung.* Zentr. bl. f. Chir., 17, S. 1008, 27-4-1935.

KORNEW. *Behandlung der Aneurysma traumaticum*

spurium. Nowy Chir. Archiv, 1923, n. 12, S. 744 (Russich).

MUSINI. *Lesioni vasali per ferite d'arma da fuoco, emorragie secondarie, aneurismi spurii ecc.* Boll. Scien. Med., 1917, f. II.

MARTA. *Osservazioni sopra un caso di aneurisma popliteo.* Policl., Sez. Chir., 1923, n. 10.

OPAZO. *Aneurysmas de la poplitea e iliaca externa.* Boll. de la Soc. de Cir de Chile, año IV, n. 11, p. 151.

PASCALE. *L'intervento chirurgico nella cura degli aneurismi degli arti, con particolare riguardo all'estirpazione del sacco.* La Riforma Medica, 1907, n. 50.

PURPURA. *Sopra alcuni casi di chirurgia delle arterie.* Arch. It. Chir., 1920, vol. 2.

ID. *Sull'aneurisma traumatico.* Ibid., 1923, v. VIII.

PUTZU. *Contributo allo studio degli aneurismi traumatici.* La Chirur. degli Organi di Movimento, vol. IV, 1920.

SERGI. *Contributo clinico, anatomo-patologico, e sperimentale alla conoscenza degli aneurismi traumatici.* Arch. It. di Chir., vol. 25, f. IV, 1930.

STREIT. *Heilung einer Aneurysma der A. poplitea durch Arteriennaht.* Schweizer med. Wochenschrift, 1926, n. 18.

SCHINDLER. *Traumatisch Aneurysmen.* Zentrbl. f. Chir., 1928, S. 1300.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Gli attacchi cerebrali ipertensivi.

(D. MC ALPINE. *British med. journ.*, 23 novembre 1935).

Fino a poco tempo fa, i sintomi cerebrali, come convulsioni e coma che si manifestavano in un individuo con pressione elevata ed albuminuria, erano attribuiti ad uremia. Volhard ha dimostrato che essi possono aversi anche in assenza di insufficienza renale e li ha chiamati « pseudouremici », per distinguerli da quelli puramente uremici; li divide altresì in forme acute e croniche. Nella forma acuta, si ha: aumento di pressione endocranica e, clinicamente, cefalea, vomito e polso raro; sono prodotti dall'edema cerebrale che, a sua volta, è dovuto a disturbi nella circolazione cerebrale. Nelle forme croniche, il fattore principale di produzione è l'angiospasmo. Egli ritiene che i sintomi focali transitori, come debolezza di un arto, afasia, disturbi visivi, sono provocati da spasmo dei corrispondenti vasi cerebrali. In entrambe le forme il fattore determinante è l'aumentata pressione sanguigna. Oppenheimer e Fishberg mettono in rilievo il fatto che i sintomi cerebrali dell'ipertensione sono dovuti a vaso-costrizione e generalmente preceduti da un ulteriore aumento della pressione sopra il livello consueto e danno il nome di encefalopatia ipertensiva a tali sintomi.

Si riteneva un tempo dai fisiologi che non vi fosse un meccanismo nervoso regolatore del sangue cerebrale, mentre recentemente si è dimostrata l'esistenza di tale regolarizzazione nei vasi della pia. Si può quindi ammettere che la quantità di sangue fornita al cervello dipende dallo stato del tono delle arterie ed arteriole cerebrali, le quali a loro volta sono sotto l'influenza del sistema nervoso simpatico ed autonomico. I vasi cerebrali risponderanno, quindi, ad ogni disturbo nell'equilibrio fra questi due sistemi, al pari dei vasi delle altre parti del corpo; tali fatti spiegano certe condizioni come l'emicrania, l'epilessia ed alcuni dei sintomi cerebrali dell'ipertensione.

Nei casi di attacchi cerebrali ipertensivi — generalmente ad inizio improvviso e senza evidenza di ritenzione azotata — ci troviamo in presenza di una serie di eventi che vanno da una forte cefalea alle convulsioni epilettiformi ed al coma. L'A. li divide in due categorie a seconda che vi sono o non segni di edema cerebrale.

1) Con segni di edema cerebrale. Si tratta generalmente di individui sotto i 40 anni: di bambini con nefrite acuta o di un adulto con pressione elevata primaria o secondaria a nefrite antica. Caratteristica è la cefalea frontale od occipitale, spesso accompagnata da vomiti a tipo cerebrale. La cefalea può continuare per giorni o settimane. Si ha sonnolenza che può arrivare sino ad un certo grado di coma. Rara è l'epilessia, generalizzata o jacksoniana. All'esame oftalmoscopico, vi è quasi sempre retinite ipertensiva: si ha dapprima costrizione delle arteriole retiniche e, dopo poche ore, emorragia, essudato ed edema papillare; in rari casi, in cui si osserva soltanto quest'ultimo, l'insieme dei fatti può far pensare ad un tumore cerebrale.

Caratteristico di questi attacchi è l'innalzamento della pressione: in individui giovani, quella diastolica può essere 160 ed oltre; aumentata è anche la pressione del liquor. Si hanno sempre albumina nelle urine, con cilindri ed emazie. L'azotemia è in limiti normali.

2) Senza segni di edema cerebrale. Il paziente è un individuo oltre i 40 anni, in cui l'ipertensione data da tempo. Può avere avuto in precedenza sintomi cerebrali, come cefalea, attacchi transitori di afasia, di debolezza in un arto od anche di emiplegia. In alcuni casi, non vi sono sintomi premonitori, in altri, cefalea o sintomi angiospastici minori, come l'afasia. *Due sintomi sono caratteristici*: *le convulsioni ed il coma;* quest'ultimo può essere preceduto da cefalea grave e può durare anche parecchi giorni, durante i quali la pressione è straordinariamente alta e si possono avere attacchi convulsivi, generalizzati o jacksoniani. In altri casi, la coscienza ritorna dopo pochi minuti.

All'esame oftalmoscopico, manca l'edema della papilla, ma vi sono i vasi retinici ristretti. Alla puntura lombare, il liquor esce sotto pressione normale. Il reperto più significativo è

l'aumentata pressione; la coscienza ritorna con il diminuire di questa. Di regola, non rimangono segni organici da parte del sistema nervoso; qualche volta permane un certo grado di emiplegia.

Gli attacchi epilettici possono manifestarsi ad intervalli e talvolta sono considerati come epilessia idiopatica o senile. Raramente si manifestano di notte. La loro comparsa in una età alquanto avanzata, con Wassermann negativa ed aumento di pressione ne indica l'origine.

Si possono anche avere sintomi di minore importanza, che tuttavia hanno un notevole significato, in quanto che indicano pure lo spasmo dei vasi cerebrali. Tali sono gli accessi consistenti in: paresi temporanee, afasia, torpore e disturbi visivi. Il paziente può anche avvertire una sensazione di intorpidimento e di formicolìo alla mano ed attorno alla bocca, talora accompagnata da afasia del tipo motorio, se sono interessati i vasi di sinistra. Tali attacchi possono durare da qualche minuto fino a 48 ore e possono essere seguiti da paresi permanente; in tali casi, si deve pensare che la vasocostrizione era stata grave e che l'ischemia ha prodotto la lesione.

Associata a tali attacchi, si può avere vasocostrizione periferica degli arti, oppure la sensazione di dito morto o di formicolìo alle mani o piedi, o di dolore ad un arto inferiore sul tipo della claudicazione intermittente. Può essere affetta la visione, indipendentemente dalla retinite e solo per lo spasmo; la perdita del virus è di solito temporanea.

Nel tipo senza edema cerebrale, i sintomi dipendono probabilmente non soltanto dal grado dello spasmo, ma anche dalla situazione e dal numero dei vasi toccati; se il processo è strettamente locale e limitato ad una branca arteriosa, si possono avere convulsioni jacksoniane, mentre se l'angiospasmo è diffuso, si possono avere convulsioni generalizzate e coma. Che non basti un ulteriore aumento della pressione per determinare l'attacco, è dimostrato dal fatto che le variazioni di pressione negli ipertesi sono abbastanza comuni, mentre sono rare le convulsioni.

Un fattore predisponente può esser dato dalla presenza di una trombosi cerebrale, per i disturbi circolatori che ne provengono.

Questi disturbi, più che nei vasi arteriosclerotici, si manifestano negli individui con alta pressione e sclerosi diffusa iperplastica diffusa a tutte le arterie ed arteriole del corpo; tali modificazioni non influenzano la contrattilità dei vasi; anzi, poichè per l'ispessimento dell'intima, il lume vasale è ristretto, vi è bisogno di un minor grado di spasmo per produrre i fenomeni ischemici.

PROGNOSI E TERAPIA.

Attacchi di questo genere sono evidentemente serî per la natura del processo che li produce. Nella forma con edema cerebrale, la prognosi immediata può essere favorevole purchè si possa combattere l'aumento di pressione endocranica. Nella fase acuta, non è possibile decidere se l'ipertensione sia primaria o secondaria ad antica lesione renale, anche in presenza di questa, la prognosi è buona purchè l'azotemia sia in limiti normali. Nei casi favorevoli, l'albumina scompare dalle urine e le prove per l'efficienza renale danno buoni risultati; essi possono durare a lungo. Quando la pressione rimane alta, entro pochi anni si avrà la morte per deficienza renale o per emorragia cerebrale. I vecchi si possono riavere dal primo attacco cerebrale, ma può sopravvenire una emorragia cerebrale fatale oppure una deficienza cardiaca. Inoltre, l'attacco può essere seguìto da trombosi, con il risultato di un'emiplegia permanente.

La *terapia* va essenzialmente diretta ad ottenere al più presto la riduzione di pressione. Buoni risultati si ottengono con un abbondante salasso il quale, nelle forme senza edema cerebrale concorre a ridurre la pressione endocranica. Si faranno inoltre, iniezioni endovenose di soluzione salina ipertonica (contro la cefalea); utile è la puntura lombare, sia per vedere il grado della pressione endocranica, sia a scopo terapeutico. Si deve però badare, nei casi a pressione alta, che la forte depressione può provocare la formazione del cosidetto « cono di pressione » (del cervelletto entro il *foramen magnum*) che può provocare la morte. Se il liquor si trova sotto pressione moderatamente aumentata (circa 200-250 mm. di acqua) si estraggono 10-20 cmc.; se aumenta la cefalea, non si faranno altre estrazioni.

Negli attacchi senza edema cerebrale, la puntura lombare e l'iniezione endovenosa di soluzione salina ipertonica sono inutili; il salasso è la misura più importante. Un'inalazione di nitrito d'amile può metter fine ad una serie di convulsioni; se manca l'effetto, si farà un'iniezione sottocutanea di 18 cg. di luminal. Si può dare il tetranitrato di eritrolo (3 cg. ogni 3 ore fino a caduta della pressione). In entrambe le forme, somministrare un clistere non appena possibile. L'eventualità di ulteriori attacchi va prevenuta mediante il continuo uso di vaso-dilatatori con ipnotici, come il luminal.

fil.

L'epilessia traumatica.

(C. P. SYMONDS. *Lancet*, 30 novembre 1935).

La quistione dell'epilessia traumatica ha importanti riferimenti clinici, medico-legali e terapeutici.

Le cause di questa affezione sono:

1) Infezioni delle meningi o del cervello a seguito di ferite penetranti;

2) Emorragie epidurali, subdurali o subaracnoidee:

3) Esiti cicatriziali di ferite del cervello.

Gli accessi convulsivi possono seguire a breve o a lunga distanza dal trauma. Le forme tardive, che sono le più frequenti, si manifestano in genere dopo due o tre mesi, ma molte osservazioni dimostrano che il periodo di latenza può durare anche parecchi anni. Le forme precoci sono per lo più determinate da emorragie epidurali o subdurali. Quando sono accompagnate da sintomi di ipertensione endocranica hanno una prognosi quasi sempre grave, a meno che l'ipertensione non venga eliminata con opportuni interventi operativi. Quando l'ipertensione manca anche gli accessi convulsivi vanno a poco a poco rarefacendosi fino a scomparire.

L'epilessia si verifica più frequentemente quando il trauma è localizzato in prossimità della regione rolandica

La forma generalizzata è molto più frequente di quella locale.

La frequenza dell'epilessia traumatica tardiva è in relazione alla intensità del trauma ed ai fatti che si verificano immediatamente a seguito del trauma stesso.

Le più accreditate statistiche concordano nel fatto che l'epilessia tardiva è più frequente in casi nei quali si è verificato frattura delle ossa craniche e lo stato commotivo si sia prolungato a lungo. Tuttavia una commozione di breve durata non esclude la possibilità dell'insorgere dell'epilessia.

Quantunque l'epilessia tardiva può aversi anche quando a breve distanza di tempo dal trauma non si siano avuti accessi, tuttavia le convulsioni precoci, anche quando cessano del tutto, aumentano il rischio della forma tardiva.

La presenza di sintomi a focolaio (emiparesi, deficit sensoriali, emianopsia, disfasia) nella fase iniziale, aumenta le probabilità dell'epilessia tardiva, in quanto i disturbi stessi sono l'espressione di lesioni cerebrali che successivamente hanno esito in cicatrici.

Il difetto della memoria, l'alterazione del carattere e della personalità persistente per lungo tempo è l'espressione di una lesione organica diffusa del cervello. Pertanto i fatti stessi devono far temere l'insorgenza di una epilessia tardiva.

Uno stesso significato prognostico ha la cefalea grave e persistente. Al riguardo di significato ancora più grave è la persistenza dopo il trauma del seguente complesso sintomatico: cefalea, insonnia, difficoltà di concentrazione.

Le statistiche dell'ultima guerra dimostrano che nelle ferite del cranio da proiettili l'epilessia si verifica nel 12-15 % dei casi. Nei traumi della vita civile la proporzione è più bassa in relazione al fatto che le ferite aperte e penetranti sono meno frequenti.

Clinicamente l'accesso convulsivo dell'epilessia traumatica generalizzata non differisce da quello dell'epilessia detta idiopatica.

Gli attacchi, una volta iniziatisi, tendono a ripetersi sempre con maggiore frequenza ed in forma sempre più grave. Con l'andar del tempo si determina un leggero stato demenziale simile a quello che si verifica nella forma comune. Pertanto l'epilessia traumatica a lungo andare finisce per determinare uno stato di totale incapacità al lavoro manuale e mentale.

È a rilevare però che non tutti gli attacchi vertiginosi che si verificano dopo i traumi cefalici sono da considerarsi come equivalenti epilettici e tali da far temere l'insorgere di un'epilessia tardiva. Si tratta per lo più di fugaci sensazioni di obnubilamento della coscienza e d'instabilità dovuti probabilmente a disturbi vasomotorî, o di sensazioni vertiginose a seguito di bruschi movimenti del capo o degli occhi dovuti verosimilmente a risentimenti labirintici.

La cura medica dell'epilessia traumatica non differisce da quella della varietà idiopatica. Il trattamento preventivo deve avere un indirizzo analogo, nel senso che dopo ogni trauma cranico, la cui specie e intensità importa un particolare rischio di epilessia traumatica si deve somministrare quotidianamente bromuro e luminal almeno per due anni. Nei casi nei quali si può presumere la presenza di una cicatrice meningo-cerebrale sia per la natura focale degli accessi o dal reperto ottenuto con l'iniezione di aria nel sistema ventricolare, è da tentare l'intervento chirurgico per l'escissione della cicatrice. Il valore di questo trattamento, di recente tentato, non può essere adeguatamente apprezzato fino a quando non si conoscerà il risultato lontano di un gran numero di casi operati. Tuttavia tenuto conto della prognosi quasi sempre infausta dell'epilessia traumatica l'intervento chirurgico sembra giustificato beninteso quando è certa la sede del focolaio epilettico.

DR.

I tumori maligni dei nervi periferici.

(A. PARDY STOUT. *Americ. of Cancer*, XXV, 1, 1935).

I tumori maligni dei nervi periferici vanno divisi in due categorie: la prima è rappresentata da tumori a tipo fibroblastico, di origine mesodermale, o fibrosarcomi, l'altra da tumori provenienti dalle formazioni neuro-ectodermali. In ogni caso essi derivano sempre dalla guaina nervosa e mai dal tronco. I più frequenti sono quella prima categoria, corrispondenti come tipo alle neoformazioni del morbo di Recklinghausen, sono radioresistenti e vengono talora detti neurofibromi maligni, impropriamente, trattandosi di tumori a tipo fibroblastico non differenziato. Le neoformazioni dei nervi periferici rientranti nel quadro della malattia di Recklinghausen non rientrano nell'ambito di questa trattazione trattandosi di neoformazioni benigne, tuttavia talora si sono notati alcuni tumori presentanti caratteri di malignità. Hoisi riporta 59 su 466 casi di m. di R. in cui si notavano segni di malignità. In alcuni casi tali tumori

maligni erano multipli, e tutto fa pensare che fossero insorti sulla base della m. di R. Altre volte invece, ma raramente, tali tumori sono stati riscontrati isolati, in individui non affetti da m. di R. (30 casi contro 110 insorti sulla base di un m. di R.). Il nervo più frequentemente affetto è lo sciatico, poi vengono lo sciatico popl. esterno, il tib. posteriore, ecc. In quasi tutti i nervi è stato constatato l'insorg. di un fibrosarcoma.

Clinicamente questi tumori si manifestano traverso i sintomi soliti di un tumore. Solo raramente si ha una sindrome prevalentemente nervosa (dolore, paralisi, ecc.). Non si conoscono casi di guarigione radiologica. Macroscopicamente hanno un aspetto fusiforme, insorgendo essi all'interno nel nervo e crescendo dissociando le fibre, generalmente senza interromperle, e gonfiando il nervo in toto. Il contenuto è omogeneo, talora però presenta necrosi e cisti ematiche. L'istologia di questi tumori è descritta assai contraddittoriamente nella letteratura. I vecchi AA. tedeschi li chiamavano tumori fibronucleati (Faser-Kern-Geschwülste), si parla altrimenti generalmente di fibromixosarcoma, mixoma, sarcoma fibrocellulare, sarcoma misto ecc. Gli AA. non ammettono che due tipi: *fibrosarcoma* e *neurofibroma maligno*. In quanto all'istogenesi il nostro A. ritiene che gli elementi da cui insorgono i fibrosarcomi dei nervi periferici sia il tessuto connettivo del nervo. Egli non ritiene che essi possano provenire dalla guaina di Schwann perchè sinora nessuno ha potuto dimostrare che il sincizio di Schwann possa produrre fibre colagene. Invece l'origine più logica data la natura prevalentemente fibromatosa dei tumori è quella del tessuto interstiziale del nervo. Occorre notare a questo proposito come la scuola di Ewing in genere tenda a considerare i sarcomi fibrocellulari del sottocutaneo come sempre di origine nervosa.

Pure essendo la stragrande maggioranza dei tumori maligni dei nervi di origine non specifica, ne esistono tuttavia pochissimi casi descritti nelle letteratura in cui si può ammettere la provenienza dal sincizio di Schwann o da epitelio dislocato delle creste nervose.

Nella letteratura esistono 7 casi, ma l'A. ritiene che soltanto 3 vadano considerati come veri tumori maligni di origine ectodermale, in un caso si trattava di un ependinoma, in uno di una artrocitoma, in uno di puro schwammoma.

A. CALÒ.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA.

Sulla diagnosi precoce della gravidanza extrauterina.

(J. GRANZOW, *Deut. Med. Woch.*, 3 gennaio 1936).

Il medico non è quasi mai chiamato a diagnosticare una gravidanza extrauterina quando è ancora intatta, perchè essa non si differenzia mai nei disturbi da quella intrauterina. Ma deve soltanto diagnosticare un disturbo di quella ectopica e il più precocemente possibile l'inizio di essa, perchè l'unica terapia razionale e la meno pericolosa è l'operazione. L'A. descrive in questo lavoro i fenomeni iniziali più salienti e i sintomi che più facilmente possono far sbagliare la diagnosi.

La prima domanda da farsi è: È una gravidanza? Le mestruazioni non si sono presentate. Ma ci sono anche casi di rottura della tuba nelle prime tre settimane dopo l'ultima mestruazione: talvolta si trova un'emorragia genitale a gravidanza iniziantesi che la paz. prende per il flusso mensile. La risposta della reazione di Aschheim-Zondek non è sempre di grande aiuto. L'A. spiega il perchè e viene alla conclusione che malgrado la reazione negativa esiste ancora spesso la possibilità di una rottura di una tuba.

Fatta la diagnosi di gravidanza si deve sapere se è extra o intrauterina. La grandezza, consistenza e forma dell'utero nella fase tipica dell'ectopica cioè nelle prime quattro-sei settimane non ci dà un criterio sfruttabile.

Un certo appoggio per la gravidanza intrauterina ci dà il sintoma di Hegar; nell'extrauterina invece tutto l'utero è molle, anzi il massimo di mollezza è secondo l'A. in molti casi verso il fondo dell'utero.

Anche l'ovaio contenente il corpo luteo, ingrossato, molle e dolente di una gravidanza intrauterina può fare credere a una gravidanza ectopica. La palpazione rigorosa, forzata, è pericolosa perchè può provocare una rottura specialmente in una ectopica dell'istmo. La reazione di Aschheim-Zondek non ci dice niente sull'ubicazione e la radiografia nemmeno in questi stadii iniziali.

La diagnosi si fa dunque generalmente dai sintomi che sono caratteristici.

Nel decorso acuto con rottura e consecutiva emorragia si ha un dolore tagliente nel lato dell'addome sede nella tromba gravida e debolezza fino allo svenimento; quindi la paz. si riprende e avverte un dolore diffuso nella regione ombelicale per l'emoperitoneo e più tardi un dolore puntorio alla spalla, segno della diffusione subfrenica, anemia, facies addominalis. Non bisogna dare morfina nè cardiocinetici, che farebbero aumentare la pressione e la fuoriuscita del sangue dalla lesione.

La forma subacuta. È generalmente un aborto tubarico con ematoma peritubarico e formazione di un ematocele. Questi casi rassomigliano spesso a un aborto di gravidanza intrauterina iniziale, perchè spesso le paz. hanno notato fuoriuscita di coaguli che nell'ectopica sono parti della decidua.

L'emorragia nell'ectopica non dà mai sangue coagulato e perciò è consigliabile sempre un esame microscopico di questi pezzi per la ricerca dei villi coriali.

Qualche volta si trova una gravidanza extrauterina e intrauterina contemporanea-

mente; dunque occorre andar cauti col raschiamento che può facilmente produrre l'aborto dell'ectopica. Una dolenzia parauterina è una controindicazione del raschiamento. Nel 21 % di casi di gravidanza ectopica la diagnosi errata era di annessite. Per questi casi come per la diagnosi differenziale colla emorragia, tumori ovarici, peritonite, appendicite ed altri, l'A. raccomanda la puntura esplorativa del cavo del Douglas.

L'A. ricorda poi la possibilità di errori di diagnosi, malgrado la puntura del Douglas avesse avuto esito positivo, e ciò per lo scoppio di un corpo luteo persistito e raccomanda infine di pensare più spesso di ciò che comunemente si faccia in presenza di malattie addominali non chiare in donne mature, a una gravidanza ectopica, perchè il decorso di questa è spesso atipico.

G. La Cava.

Diagnosi biologiche ormoniche dall'urina.

(C. Ehrhardt. *Munch. Med. Woch.*, 3 gennaio 1936).

L'A. ritiene utile per la pratica di fare un riassunto della vasta letteratura sul valore della reazione di Aschheim-Zondek (A.-Z.). Questa reazione, a scopo diagnostico, ci serve non soltanto per la diagnosi precoce della gravidanza, ma anche della gravidanza extrauterina, della mole vescicolare, del corion-epitelioma e del tumore maligno del testicolo. L'A. discute poi le singole diagnosi e diagnosi differenziali coll'aiuto della reazione di A.-Z. e spiega le due reazioni *Ao di maturazione* e *Bo di luteinizzazione*. La reazione A.-Z. è senza valore per una diagnosi precisa, ma l'A. ci dà lo stesso una tabella delle malattie che possono dare la reazione *AoB* positiva nell'uomo e nella donna.

Nella gravidanza intrauterina la reazione B è positiva nel 98-99 % dei casi e con la massima precisione 2-3 settimane dopo la mancata mestruazione per la maggiore secrezione ormonale in questo periodo.

Nell'aborto completo la reazione B rimane ancora positiva per 6-8 giorni, il che può essere d'importanza nella medicina legale.

Nell'aborto incompleto può rimanere più a lungo positiva, se tessuto placentare biologicamente attivo resta in contatto col circolo sanguigno.

Per la diagnosi precoce della grav. extrauterina la reazione B di A.-Z. è di capitale importanza insieme coll'esame obbiettivo palpatorio per poter intervenire prima ancora che siano avvenuti dei disturbi. L'A. raccomanda inoltre di farla fare il più presto possibile perchè avvenuta un'interruzione di contatto fra placenta e sangue materno la reazione diventa dopo poco tempo negativa e senza valore quindi per la diagnosi. Perciò consiglia in questi casi di fare la reazione accelerata mediante l'iniezione endovenosa in un coniglio con la quale si può avere la risposta in 36-48 ore, mentre nella reazione comune con iniezione sottocutanea nei topi si ha la risposta dopo 5 giorni.

Per poter fare la diagnosi di feto morto intrauterino, si deve avere, secondo l'A. 35 volte la reazione negativa che diventa tale 2-3 settimane dopo la morte del feto.

Per essere sicuri, l'A. raccomanda di fare, ad intervalli di 4 giorni, una reazione di A.-Z. comune, una reazione di A.-Z. accelerata e una terza reazione di A.-Z. comune prima di pronunciare la diagnosi di feto morto.

Nella gravidanza normale si ha un'eliminazione di S. 30.000 U. T. pro litro di urina, mentre invece nella mola vescicolare si trovano 100-200-30.000 U. T. Su questo fatto si basa la diagnosi: ma non si deve sopravalutare questa risposta perchè talvolta si ha un livello ormonale basso nella mola per es. per interposizione di fibrina fra la mola ed il circolo o si ha un'eliminazione aumentata nella gravidanza come p. es. in un caso descritto dall'A. e dallo Schwalm, di *Hyperemesis gravidarum* nel 2°-3° mese.

Ma ci viene in aiuto un altro dato e cioè la reazione B di A.-Z. nel liquor. Così, nel liquor, l'A. ha trovato nella gravidanza normale la reazione sempre negativa, nella tossicosi gravidica una reazione A positiva, in 2 casi di mola vescicolare la reazione B positiva. Ma l'ultima parola in questi casi l'ha il clinico.

Anche nel corionepitelioma si ha una grande quantità di ormone nell'urina (80-100000 U.T.). Se dopo l'eliminazione di una mola vescicolare la reazione B diventa negativa, ma dopo un tempo più o meno lungo diventa di nuovo positiva e aumenta la quantità dell'ormone nell'urina, si ha o un'altra gravidanza o un corionepitelioma. L'A. cita due casi di corionepitelioma con una reazione positiva nei quali perfino l'esame istologico di materiale di raschiamento era stato negativo.

L'A. ha trovato che nel tumore maligno del testicolo la reazione di A.-Z. è positiva e viene alla conclusione che in ogni affezione testicolare si deve fare l'analisi ormonale dell'urina. Se è negativa può essere lo stesso un tumore. La reazione ripetutamente positiva deve metterci in sospetto.

Se la reazione B dopo asportazione del tumore diventa dapprima negativa, dopo un po' di tempo di nuovo positiva, si ha sicuramente una recidiva. Anche in corionepiteliomi extragenitali la reazione B può essere positiva. Infine l'A. porta una tabella di tumori testicolari diagnosticabili colla reazione B di Aschheim-Zondek e chiude con un accenno all'importanza di questa reazione nella pratica assicurativa.

G. La Cava.

TISIOLOGIA.

Rapporti fra tubercolosi chirurgica e tubercolosi polmonare.

(G. A. BATTIGELLI. *Croce Rossa*, luglio 1935, a. XIII).

L'A. ha intrapreso all'Ospedale Marino di Oltra in collaborazione con il prof. Mezzari l'esame clinico-radiologico polmonare di tutti i ricoverati per tbc. chirurgica. In questa nota preventiva espone alcune considerazioni generali molto interessanti.

Ricorda anzitutto la grandissima frequenza secondo la quale il polmone partecipa all'affezione tubercolare di un altro organo; il che però non esclude la possibilità di infezioni primarie extrapolmonari.

Classifica i casi, che costituiscono la maggioranza, nei quali gli esami hanno potuto mettere in evidenza attuali o pregresse lesioni pleuropolmonari in tre gruppi: nel primo pone gli infermi nei quali le alterazioni rilevabili si possono riferire ad un processo di prima infezione; nel secondo quelli nei quali le lesioni pleuropolmonari rivestendo i caratteri di postprimarie conservano un carattere di benignità; nel terzo i malati nei quali il processo polmonare di reinfezione assume l'andamento di forma grave (processi caseosi distruttivi del polmone).

I casi nei quali le alterazioni possono riferirsi all'infezione primaria offrono sempre quadri radiologici di processi in avanzata involuzione fibrosclerotica o addirittura calcarea, da considerarsi di assai vecchia data.

Riguardo agli altri due gruppi, l'A. nota che la tbc. polmonare grave si riscontra in un numero molto limitato di tbc. chirurgica, anche in casi nei quali il processo extrapolmonare è della massima gravità. Anche può verificarsi il fatto contrario cioè che una lesione lieve chirurgica è associata ad una malattia polmonare grave.

Da questi fatti scaturisce l'ipotesi che in ogni caso di tbc. sia più proprio parlare di tubercolosi di un sistema, piuttosto che di un dato organo, legata ad una disposizione variabile nei diversi individui e che in taluni potrebbe essere in rapporto a determinate contingenze o a particolari periodi della vita.

L'A. spiega la notevole frequenza secondo la quale la tbc. colpisce il polmone in coloro che presentano lesioni extrapolmonari, invocando il fatto che poichè la tbc. chirurgica è determinata generalmente da una infezione partita dal componente linfoghiandolare del complesso primario, è per essa indispensabile superare il filtro polmonare; da ciò deriva la possibilità di lesioni polmonari che possono precedere od anche seguire il processo extrapolmonare, in quanto la scarica bacillemica ha tendenza a ripetersi.

Questo fatto ammonisce che nei casi di tubercolosi chirurgica, la cura non deve limitarsi all'organo colpito, ma deve essere estesa a tutto l'organismo. VICENTINI.

L'importanza delle resistenze naturali ed acquisite sul decorso della tbc. polmonare.

(H. BEITZKE. *Deut. med. Woch.*, 3 genn. 1936).

L'A. si basa sulla teoria di Ranke secondo la quale la tbc. polm. cronica nell'uomo si sviluppa solamente in seguito ad un complesso primario superato. Questo focolaio rimane localizzato se l'organismo è abbastanza resistente.

Nel polmone sono specialmente predisposte le zone superiori e di qui comincia realmente la tbc. cronica. Essa può rimanere stazionaria per molto tempo o propagarsi più o meno rapidamente, sempre in dipendenza della resistenza specifica acquisita attraverso il complesso primario. L'A. critica i concetti di Bruno Lange il quale non dà nessuna importanza alla resistenza specifica acquisita, ma solamente alle difese naturali, e di Ludtin che nega la resistenza acquisita, dicendo: « Il complesso primario guarito non è causa, ma segno di una resistenza maggiore ».

L'A. discute i risultati degli esperimenti di questi due AA. sulle cavie con un'infezione primitiva ed una superinfezione susseguente, esperimenti che l'A. non ritiene decisivi nè univoci. Egli dice poi che ogni infezione primitiva sia nei giovani che nei vecchi dà sempre il complesso primario che non si trova sempre all'autopsia perchè calcificato e parzialmente riassorbito, mentre Shirmann lo ha trovato nel 97,17 % su 889 casi sezionati di tubercolosi anatomica. Se dunque nell'infezione primitiva si sviluppa sempre un complesso primario e superando questo si forma una certa resistenza specifica verso il bac. di Koch, e una reinfezione, sia esogena sia endogena, fa sì che si sviluppi un'altra forma di tbc.; è anche giusta la conclusione che questa resistenza acquisita sia la causa di questo decorso diverso dalla malattia. Il fatto che venga superato il complesso primario o che esso riesca letale, che la tbc. polm. cronica dell'adulto sia lieve o grave, che essa guarisca o finisca coll'exitus, tutto dipende specialmente dalle resistenze naturali, ereditarie ed ambientali. G. LA CAVA.

L'ossalemia nella tubercolosi polmonare.

(A. GUGLIUCCI. *Il Morgagni*, 15 sett. 1935).

La letteratura sul metabolismo dell'acido ossalico nella tubercolosi polmonare è molto scarsa e contraddittoria. Perciò l'A. ha ritenuto opportuno fare delle ricerche in proposito. Egli ha determinato l'ossalemia a digiuno e

la curva ossalemica da carico in 11 infermi di tubercolosi polmonare in vari stadi della malattia ed a scopo di confronto anche in 5 altri infermi, alcuni con lesioni bronchiali diffuse, altri con lesioni infiltrative e distruttive del polmone non tubercolari.

Dai risultati riguardanti i valori a digiuno dell'ossalemia in un gruppo di infermi di tubercolosi polmonare, si rileva che non esiste rapporto costante tra ossalemia ed estensione della lesione polmonare in atto o grado evolutivo di essa. L'A. infatti ha riscontrato ossalemie normali (3-5 mgr. %) ed anche ossalemie elevate tanto in lesioni tbc. limitate quanto in lesioni estese. Di maggiore interesse si è dimostrata invece l'osservazione delle curve ossalemiche da carico con glucosio: infatti nei tubercolotici polmonari con lesioni limitate ed a prognosi favorevole, l'A. ha notato un aumento normale della curva, mentre nei casi con lesioni estese ed evolutive, il valore iniziale dell'ossalemia resta, durante la prova, quasi invariato. Da questo ultimo fatto, la cui interpretazione non è facile si può dedurre che anche per lo studio del metabolismo dell'acido ossalico, si deve dare maggiore importanza ai risultati che si ottengono cimentando l'organismo con uno sforzo funzionale.

Nei cinque infermi non tubercolotici ma affetti da altre lesioni dell'apparato respiratorio, l'A. ha riscontrato una ossalemia normale nei casi con lesioni limitate ai bronchi, ed una iperossalemia nei casi con alterazioni polmonari. Ne deduce che lo stato di integrità o meno della superficie respiratoria debba influire, in relazione con la maggiore o minore aspirazione di ossigeno da parte dell'organismo, sui valori della ossalemia.

VICENTINI.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Il carbone di paglia sostituito al cotone nelle medicazioni.

Abbiamo già dato notizia, nello scorso numero, della proposta avanzata dal prof. I. Tansini, al convegno indetto negli Istituti Clinici di Perfezionamento in Milano, per la sostituzione del carbone di paglia al cotone nelle medicazioni.

Stimiamo utile di riportare molta parte della interessante relazione.

Fin dal 1894 il dott. Kikuzi di Tokio pubblicava un lavoro sulle sue ricerche per provare il valore della medicatura con carbone di paglia, facendo rilevare il piccolo costo di questo materiale in confronto del cotone e della garza e la sua grande superiorità sotto vari punti di vista in confronto di questo stesso materiale.

Dopo le accurate ricerche del dott. Kikuzi la polvere di carbone di paglia fu largamente usata a profitto della pratica ospitaliera e in molte centinaia di operazioni e fu esperimentata anche nel Lazzaretto militare di Tokio in occasione del terremoto di Mino Owari per la cura di 1600 feriti. Fu adottato ancora nell'Ospedale di Haknal in Hiroschima (200.000 abitanti) e sempre diede ottimi risultati.

Il Kikuzi riferisce quindi le proprietà del carbone di paglia cominciando da quelle chimiche: passa poi al potere assorbente e paragona i risultati ottenuti dalle sue ricerche col confronto fra il cotone sgrassato e la garza ed il carbone di paglia concludendo che, riguardo al potere assorbente, il carbone di paglia supera il cotone e la garza stessa.

Anche la cenere di paglia ha potere assorbente superiore alla garza, ma non ha i pregi del carbone il quale è molto leggero, poroso, elastico e morbido.

Il miglior mezzo di disinfezione è sempre il fuoco ed è così che il carbone di paglia può adoperarsi senz'altro appena ottenuto.

Nel Giappone dove abbonda la paglia di riso questa offre la materia prima in grande quantità, ma dappertutto ed in ogni tempo si può ottenere tale carbone dalla paglia delle varie biade.

In caso di mancanza, specialmente in tempo di guerra, si può adoperare paglia di materassi, anche usata, anche sudicia. Dal bruciamento di 4000 gr. di paglia si ottengono circa 1200 gr. di carbone.

Nel suo lavoro il dott. Kikuzi indica il modo di preparare il carbone di paglia. Il modo è molto semplice: si riempie di paglia una grande caldaia di ferro e le si dà il fuoco. Subito la paglia si brucia: si copre il calderone stabilmente con un coperchio per un certo tempo per evitare che il carbone si trasformi in cenere; si lascia raffreddare la massa e si tira poi fuori il carbone.

Il Kikuzi consiglia poi di adoperare per la sua applicazione, sacchetti rettangolari di tela di lino precedentemente preparati e sterilizzati di varie dimensioni dello spessore di uno o due centimetri. In caso di guerra si porteranno solo questi sacchetti come materiale di approvvigionamento.

Per uso ospedaliero si possono tenere per molto tempo in una cassa di ferro e conclude che il carbone di paglia ha un potere assorbente superiore a quello della garza e del cotone, che si può preparare rapidamente in ogni luogo ed in ogni tempo, che la differenza di costo per esempio per ogni medicatura, considerato in quell'epoca a lire 1.60, sarebbe stata ridotta a 10 centesimi.

Nella guerra russo-giapponese (1904-1905) fu fatto un largo impiego di questa medicatura e con ottimi risultati.

Il prof. Tansini crede che anche senza sacchetti di tela si possa usare la polvere di questo carbone che è assai fine, quasi impalpabile, direttamente applicata nelle vaste e profonde ulcerazioni e piaghe con maggiore o

minore suppurazione, o con parti necrotiche, ricoprendo la soluzione di continuo con un sottile strato di garza e cotone, applicando poi la fasciatura contentiva: oltre che assorbente questa polvere di carbone ha già un potere disinfettante.

Ricorda di aver visto un tempo un veterinario usare la polvere ottenuta triturando il carbone di legna dolce o carbonella, per il trattamento di vaste cavità ascessuali di cavalli, conseguendo rapida granulazione.

DIVAGAZIONI

Le sensazioni nel lancio col paracadute.

Per chi sta comodamente seduto lavorando al tavolino, gli ardimenti di questi esseri umani che da altezze inaudite si gettano nel vuoto spazio sottostante, hanno qualche cosa di incredibilmente meraviglioso e quasi terrificante. E le donne non la cedono agli uomini in queste imprese e, se questi sono in numero maggiore anche perchè più numerosi sono gli uomini che volano, le altre mostrano uguale sprezzo e quasi voluttà del pericolo, pure apparendo del tutto normali nella vita comune. Ricordo di aver parlato qualche anno fa con Smaragda Braescu, una signorina romena che teneva il « record » del lancio col paracadute, una donnina tranquilla e modesta, che sembrava più adatta per accomodare i fiori in un salotto o per attendere alle faccende di casa, che non per uno sport di tal genere. Ma le più entusiaste ed intrepide sono forse le russe, che hanno a quanto sembra una particolare predilezione per l'apertura ritardata; si lasciano capitombolare giù fino ad una certa altezza dal suolo e soltanto allora tirano la corda per aprire il paracadute; il vantaggio di questo sistema è notevole per il lancio da grandi altezze, in quanto che più rapidamente si arriva in zone di aria meno rarefatta e più adatta per la respirazione, ma non si può reprimere un senso di stupore al pensiero di questo essere umano che rotola giù da 6-7000 m. ed ha la presenza di spirito di decidere il momento opportuno per l'apertura del paracadute e di eseguirne la manovra. Qualche cosa ci racconta in proposito Tamara Kutálova, una giovanetta russa, che ha al suo attivo molti lanci, uno dei quali da 7750 m. senza ossigeno e ce ne descrive le impressioni in *Literaturni sovremenik*. La botola che si apre la getta nel vuoto ed essa fa quattro capitomboli. Tira su l'anello, ma il paracadute non si apre; si ricorda però di aver sentito che l'apertura si fa lentamente nell'aria rarefatta, il che avviene di fatto poco dopo. L'aeroplano che ha abbandonato le gira attorno ed essa sente la testa pesante e subisce scosse violente. Ma verso i 6500 m. entra in una zona più tranquilla e vorrebbe anche cantare, ma non le riesce. Risponde ai saluti dell'aeroplano, agitando le braccia e le gambe; poi si leva il casco ed apre qualche bottone e si sente meglio. Verso i 100 m. cerca il posto per atterrare e discende, di fatto, ma incapace di fare i movimenti convenuti per i segnali.

Un'analisi più precisa delle sensazioni provate è stata fatta da H. G. Armstrong (*Journ. amer. med. assoc.*, 5 ottobre 1935) Direttore del Laboratorio di Fisiologia dell'esercito degli S. U. A. Trattasi però di altezze molto minori, 670 m. circa, percorsi in 11 secondi, spiccandosi da un aeroplano che volava a 193 km./ora.

Nei momenti precedenti il lancio, i fattori mentali predominanti erano il timore e l'eccitazione. Timore, per l'istinto di conservazione, per la possibilità che il paracadute non si aprisse, ecc.; eccitazione per l'accingersi ad un'impresa ignota, senza precedenti esperienze. Le altre attitudini della coscienza erano normali: percezione netta, ideazione rapida; niente vertigine, nè perdita delle sensazioni posturale e spaziale.

Allo slancio, durante la caduta libera, tutti i processi mentali sembravano normali; scomparsi il timore e l'eccitazione. Per quanto riguarda la sensazione uditiva, è strano che dei 12 aeroplani che gli volavano attorno, ed uno assai vicino, non ricorda di aver sentito il rumore e così nemmeno ricorda il rumore dell'aria che doveva colpire l'orecchio nella caduta; forse non si trattava soltanto di sospensione della sensazione uditiva, ma vi entrava almeno in parte la mancanza di attenzione.

Percezione visiva normale; la terra sottostante ed il cielo erano perfettamente visibili. Nessuna sensazione di battiti cardiaci od altro.

La velocità iniziale della caduta era di 53 m. al secondo, con l'accelerazione per la gravità, seguita poi da una diminuzione. Nessuna sensazione al riguardo, mentre invece netta era quella della rotazione del corpo durante il capitombolo, durato due secondi. Durante il III e IV secondo, gli occhi vennero chiusi volontariamente ed in questo tempo l'A. non ebbe alcuna sensazione di movimento.

Quando gli occhi vennero riaperti — a circa 580 m. —, guardando nuovamente la terra, l'A. ebbe per la prima volta la sensazione di caduta, che aumentò rapidamente ed al momento di apertura del paracadute, sui 300 m., era nettamente percettibile.

Nessuna sensazione di vertigine nè di nausea, nè anormalità nel sistema cardio-vascolare, nè sensazione di vuoto o di ripienezza addominale, quali si hanno spesso in ascensore od in aeroplano.

Visione normale, nessuna irritazione agli occhi, malgrado la mancanza di protezione; respiro normale e senza alcun disturbo, nemmeno quella sensazione che prende ad un buffo improvviso di vento allo svoltare una strada.

Così pure, nessuna sensazione della pressione dell'aria contro la superficie del corpo, ma

piuttosto l'impressione di calarsi lentamente in un gran letto soffice.

Tutto questo mette un desiderio di provare un lancio di tal genere; del resto, forse, non sarebbe male abituarcisi poichè, a quanto viene riferito, in Russia si lanciano così i medici nei deserti villaggi dove la loro opera è richiesta.

Non è però improbabile che in certi casi, si possano determinare per la semplice caduta nel vuoto delle lesioni; i medici dell'aviazione potranno dircene qualche cosa. Ultimamente (22 novembre 1935) alla *Società medica Trevigiana*, A. Bozzoli ha riferito un caso di emorragia della camera anteriore dell'occhio in un giovane pilota che, per improvviso guasto del motore, è precipitato da 5000 m. ed a 2000 si è lanciato col paracadute mentre era con la testa all'ingiù. Può darsi che il forte e rapido dislivello abbia influito sulla genesi delle lesioni che sono rapidamente passate a guarigione.

Tutto questo, ad ogni modo, prova la grande adattabilità dell'organismo umano alle più svariate condizioni, fra cui quella del lancio col paracadute può sembrare la meno conforme alla nostra costituzione; eppure in pochi anni si è raggiunto un tale adattamento che esso non rappresenta più una ardita acrobazia, ma quasi lo svolgimento di un'attività normale.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

R. Monier-Vinard. *Neurologie.* Editore Masson e C., Parigi. Prezzo Fr. 22,00.

Questo manuale appartiene alla *Collection des initiations médicales* che si va pubblicando sotto la direzione di A. Sézary. Non è, pertanto, un trattato ponderoso, ma una guida che consente anche al medico non specializzato di orientarsi nel campo della neurologia.

È esposto in forma chiara e concisa la semeiologia dei disturbi nervosi, ed a mo' di ricapitolazione sono brevemente descritti i complessi sintomatici periferici, midollari ed encefalici.

La concisione può far apparire il libro incompleto, ma certo gli scopi essenzialmente pratici cui è indirizzato sono raggiunti.

Dr.

G. Guillain. *Études neurologiques.* VIª Serie. Editore Masson e C., Parigi. Prezzo Fr. 80.

Questa serie, come le precedenti, comprende lo studio di numerosi casi clinici, che già fecero oggetto dell'insegnamento orale dell'egregio neurologo di Parigi.

Continuando la tradizione della Scuola della Salpêtrière è seguito rigorosamente il metodo clinico, senza trascurare i moderni mezzi di indagine biologica.

Le comunicazioni più numerose riguardano i tumori cerebrali, ma non meno interessanti sono quelle riguardanti altre affezioni dell'encefalo, del midollo spinale e dei nervi periferici, nonchè quelle sulle miopatie.

Si tratta di una casistica accuratamente studiata e ampliamente documentata, di grande valore didattico.

Il volume si chiude con una dissertazione sulla necessità di ricerche scientifiche per il progresso della neuropsichiatria e sulle crisi di formazione degli studiosi. Dr.

M. Müller. *Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo M. 7,20.

La prognosi delle malattie mentali si è in questi ultimi decenni notevolmente modificata. I vari metodi di cura largamente sperimentati hanno sensibilmente migliorato il destino dei malati di mente.

Il volume del prof. Müller espone succintamente i progressi della terapia delle psicopatie e quanto ragionevolmente si può attendere da essa. Dr.

H. Arthus. *Les peurs pathologiques.* Editore J. B. Baillière, Parigi. Prezzo Fr. 28,00.

Con una forma chiara e precisa, e spesso avvincente, l'A. tratta le forme patologiche, assurde ed illogiche, dimostrando come esse in effetti non siano altro che l'esagerazione di uno stato normale.

Partendo da questi fatti particolari sono affrontati problemi psicologici più vasti, rilevando l'importanza che va assumendo la psicologia dinamica in confronto della tradizionale psicologia statica, il valore dell'incosciente e delle condizioni ambientali, fisiche e sociali, nel determinismo dei fatti psichici normali e patologici.

Un capitolo di notevole interesse è dedicato ai principî direttivi della terapia e della profilassi delle paure morbose. Dr.

R. O. Moon. *Medicine and Mysticism.* Editore Longmans, Green and Co., Londra. Prezzo Scellini 2/6.

Breve dissertazione tendente a dimostrare l'influenza degli scrittori mistici sulla medicina dagli albori della storia fino ad oggi.

Dr.

Jacques Audiot. *L'action des rayons ultra-violets et des rayons X sur les nerfs périphériques.* Masson, ed., 1935. Fr. 25.

L'A. raccoglie nella sua breve monografia tutte le sue esperienze (condotte con una tecnica perfetta nel laboratorio di Strohl) tendenti a dimostrare che i raggi X e i raggi ultravioletti agiscono in modo analogo sul ner-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

vo: esiste un certo periodo di latenza poi sono dimostrabili le alterazioni dell'eccitabilità (che continuano anche se sospesa l'azione dei raggi) fino alla perdita completa dell'eccitabilità stessa.

È stato possibile all'A. mediante l'analisi spettrofotometrica dimostrare anche le alterazioni chimiche della sostanza nervosa e le variazioni del potenziale di riposo e delle correnti d'azione del nervo. E. MILANI.

A. DE LE LIETO VOLLARO. *Elementi di semeiologia e diagnostica delle Malattie dell'occhio e degli annessi oculari.* IIª edizione. Un vol. in-8°, di 453 pagg., con 364 fig. Un. Tip. Editrice, Torino, 1935. Prezzo L. 60.

L'eccellente trattato che il Clinico oculistico dell'Università di Milano qui ci offre è esauriente in tutte le sue parti e conduce il lettore dalla tecnica generale dei metodi di esame, allo studio delle singole parti dell'occhio e del globo oculare nella sua totalità, occupandosi da ultimo dell'esame della funzione visiva. Istruzioni precise sull'uso degli apparecchi, descrizione chiara delle varie alterazioni, completate e documentate col sussidio di numerose e belle fotografie originali, di notevole efficacia e che, meglio di una lunga descrizione, danno l'idea della lesione studiata.

Il libro fa parte della « Semeiologia fisica e Diagnostica chirurgica » ed è quindi limitato al campo semeiologico e diagnostico. Oltre che per gli oftalmologi, è di grande utilità per i chirurgi e per i medici pratici, che troveranno in esso una guida preziosa per la diagnosi delle malattie oculari. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 30 novembre 1935-XIV.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Malattia dei fruttivendoli.

Prof. G. PENSO. — L'O. ricorda le linee generali della entità morbosa « maladie des fruitiers » da lui descritta in altra seduta dell'Accademia, e aggiunge qualche notizia sulla incubazione lunga (di qualche settimana).

Presenta una relazione del dott. L. BOUCHET sulla « Maladie des fruitiers » secondo la quale le note principali si possono riassumere in un periodo iniziale con disturbi intestinali, seguìto da una fase di remissione, quindi da un periodo meningeo; gli ammalati guariscono sempre; è efficace il salasso. La sierodiagnosi è negativa p. T. A. B.

In altre due note, una del dott. BOUCHET, l'altra del dott. GIORGI-ERAGNÉ, sono rispettivamente presi in considerazione i rapporti della « maladie des fruitiers » con la pseudo-tifomeningite dei porcai, ed esposti i risultati delle indagini di laboratorio (sierodiagnosi, emocultura, inoculazione in animali da esperimento) finora del tutto negativi.

Sullo studio dei fenomeni di ricostruzione durante la rialimentazione dopo digiuno.

Prof. G. AMANTEA. — L'O. dopo aver notato la lacuna che nelle ricerche biologiche esiste a proposito dei fenomeni di ricostruzione durante la rialimentazione dopo digiuno, espone un piano di indagini da lui istituite nel laboratorio di Chimica fisiologica. Ricorda i contributi dei suoi collaboratori Martino, Fanciari, Gigante, Zagami, che hanno cercato la risoluzione di problemi generali ed annunzia una serie di ricerche più fini sul metabolismo degli animali in rialimentazione.

Sul comportamento del metabolismo azotato durante i processi ricostruttivi nella rialimentazione dopo digiuno.

Prof. V. ZAGAMI, A. CURATULO e V. CAPRARO. — L'O. espone in dettaglio il comportamento del metabolismo azotato durante i processi ricostruttivi, le modalità con cui gli animali ricuperano la quota di azoto perduto durante il digiuno, e rispettivamente il peso del corpo; e analizza quali devono essere i componenti alimentari per ottenere una migliore ricostruzione.

Chiede di parlare il socio prof. BAGLIONI per mettere in rilievo l'importanza delle ricerche e per chiedere alcuni chiarimenti sulle differenze osservate negli effetti delle due proteine usate, la gelatina e la caseina, e sugli effetti osservati dall'aggiunta dei sali minerali. Il fatto osservato dallo Zagami dell'azione del digiuno come stimolo per l'accumulo di sostanze azotate durante la rialimentazione può spiegare il fatto noto nella convalescenza di malattie acute, ma dimostra che non è esatto quanto si è creduto sul parallelismo dell'aumento del peso e della ritenzione azotata. Ciò conferma quanto l'O. stesso aveva osservato in ricerche sul metabolismo azotato in ratti alimentati con speciali proteine.

Ha la parola il prof. TESTONI il quale ricorda sue esperienze secondo le quali la ripresa del peso corporeo degli animali splenectomizzati, sottoposti al digiuno e rialimentati, era maggiore e più pronta che negli animali integri. Tale problema forse po-

trà avere spiegazione negli studi iniziati dallo Zagami.

Risponde il prof. ZAGAMI precisando la netta differenza di risultati ottenuta sperimentando con caseina e con gelatina e fa presente che nessuna differenza ha notato per la presenza o meno di tali minerali nella dieta; ricorda al prof. Testoni che nel programma di lavoro ha incluso lo studio dell'influenza eventuale degli ormoni e di altri fattori.

Il passaggio di alcuni farmaci della serie organica ed inorganica attraverso la placenta.

Prof. P. TESTONI. — L'O. dopo aver fatto una rapida rassegna delle sostanze che son capaci di attraversare la placenta e di ritrovarsi nei feti, si ferma al passaggio del transplacentare del tallio. Il passaggio del tallio dalla madre al feto, dimostrato dall'O. è subordinato alla *dose*, alla *durata* del trattamento, all'*età* della gravidanza e alla specie animale. L'O. ritiene in base alle sue esperienze che il tallio, somministrato a piccole dosi giornaliere, durante la gestazione, non ne compromette l'andamento.

La formazione delle cateratte nei feti di animali intossicati cronicamente con acetato talloso.

Prof. P. TESTONI. — Le esperienze dell'O. fanno ritenere che solo nei neonati delle cavie trattate a lungo, durante la gravidanza, con piccole dosi giornaliere di tallio si presenta come unica lesione la cateratta con irite. Probabilmente, date le conoscenze sulla patogenesi della cateratta, anche questa è da riportare ad una eventuale azione dannosa del tallio sulle paratiroidi.

Sulla conservazione del turbinato medio nella etmoido-sfenoidotomia.

Prof. G. FERRERI. — L'O. comunica un suo metodo operativo, e ne precisa la tecnica con dimostrazioni in proiezione, per conservare il turbinato medio nella etmoido-sfenoidotomia.

Le proprietà del liquido cerebro-spinale nel tetano umano dal punto di vista chimico ed immunitario.

Dott. R. LIBERTI. — L'O. comunica, dopo una breve rivista sulle conoscenze attuali, di cui fa notare tutte le lacune, i risultati ottenuti nella ricerca chimica ed immunologica nel liquido cerebro-spinale dei tetanici. Dopo avere rilevato il comportamento delle varie reazioni, del contenuto in albumina e glucosio, riferisce del costante comportamento del liquor in cui non è dimostrabile la tossina neppure ricorrendo ad espedienti quale la cloroformizzazione, l'eterizzazione, la provocazione della meningite sperimentale; mentre invece è dimostrabile sempre il passaggio dell'antitossina (e ne stabilisce la proporzione nei rispetti del contenuto sanguigno) specialmente quando si provochi una irritazione chimica delle meningi.

Il prof. MELDOLESI e il prof. C. MARINO ZUCO chiedono di rimandare le loro comunicazioni alla seduta successiva.

L'azione dell'insulina e della morfina sulla glicemia dell'uomo normale e di malati di diabete mellito.

Dottori G. LOLLI e S. SERIANNI. — Riferisce, anche a nome del dott. Lolli, il dott. Serianni lo studio su 6 soggetti normali e su 3 diabetici. Mentre la morfina determina nel diabetico iperglicemia più marcata che non nel normale, associata all'insulina non solo non inibisce l'azione ipoglicemizzante, ma accentua l'azione dell'insulina tanto da potere osservare abbassamenti marcati sia della glicemia normale che di quella diabetica.

L'alcoolemia provocata nei malati di diabete mellito. Nota II. L'azione dell'insulina.

Dott. MINZ — Facendo seguito a precedenti ricerche sull'alcoolemia in malati di diabete in varie condizioni sperimentali, l'O. ha saggiato in 7 soggetti diabetici l'azione dell'insulina sulla curva alcoolemica provocata. È risultato che, contrariamente a quanto si verifica nei normali, l'alcoolemia nei diabetici non viene abbassata dall'insulina.

Impianto di uretere sinistro nel destro e del destro nel grosso intestino in caso di estrofia vescicale.

Prof. G. EGIDI. — L'O. presenta un malato di estrofia vescicale da lui operato con pieno successo, nel quale l'uretere sinistro è stato innestato nel destro, e questo nel grosso intestino. Illustra con proiezioni di radiografie i risultati ottenuti.

Il prof. ALESSANDRI non è in generale favorevole all'innesto di uno all'altro uretere, altro che se uno degli ureteri è dilatato.

Il Segretario: T. PONTANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Caso di mioma dello stomaco trasformato in sarcoma.

Mátyás Mátyás (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 182, pag. 408, 1935) tratta di una donna di 38 anni che da 10 anni si era accorta di una tumefazione epigastrica che era stata diagnosticata come tumore gastrico benigno. Nei mesi precedenti l'atto operativo cominciò ad avere ematemesi e melena sempre più importanti tanto da costringere la paziente a richiedere l'intervento che aveva rifiutato. All'ingresso in ospedale la paziente era così profondamente anemizzata da richiedere delle trasfusioni immediate. All'operazione si notò la grossa tumefazione a carico dello stomaco che venne resecato; la tumefazione presentava una vasta ulcerazione sanguinante. L'esame istologico dimostrò trattarsi di un mioma che aveva subito la trasformazione sarcomatosa.

La paziente è guarita dall'operazione.

VALDONI.

Diverticoli del digiuno.

R. S. Rosedale (*Surg. Gyn. Obst.*, ag. 1935) ricorda come i casi di diverticoli multipli del digiuno sono rari. Dalla letteratura riuscì a raccoglierne solo 71 casi. Pur tuttavia ritiene che sia un'affezione meno rara che non sembri ma molti casi sfuggono al medico pratico. In genere si tratta di diverticoli di piccole dimensioni ma numerosi (un caso dell'A. ne presentava 350). In genere la mucosa si fa strada fra le fibre muscolari longitudinali che presentano anche normalmente delle lacune fra i varî fascetti. Si trovano al centro del diverticolo con una piccola arteriola in preda a fatti di sclerosi. La sintomatologia è variabile tanto che talvolta furono operati i malati come perforati allo stomaco o al duodeno o con diagnosi consimili. Talvolta i disturbi sono invece relativamente lievi e hanno carattere di cronicità. La diagnosi si fa coll'indagine radiologica. Nei casi gravi la terapia consiste nella resezione del tratto di intestino maggiormente leso.

V. GHIRON.

Perforazione intestinale per amebiasi.

Si considera la perforazione intestinale come complicanza rarissima della dissenteria amebica. D. Mosto (*Journ. Belge Gastro-entér.*, n. 7, luglio 1935, p. 577) in 8 mesi ne ha sezionati 3 casi in una massa di 182 protocolli di autopsia. In un caso si trattava di un paziente con antecedenti dissenterici da 15 anni, con necrosi del colon ascendente ed ascesso dello spazio parieto-colico sinistro, ed ascesso della milza prodotto per propagazione della necrosi del colon.

In un secondo caso si era presentata una sindrome peritoneale acuta da perforazione localizzata nel colon trasverso con ulcerazioni multiple nel ceco e nel colon ascendente.

Un'altra osservazione riguardava il cadavere di una giovinetta di 17 anni con quadro clinico di endocardite, che negli ultimi tempi ebbe sintomi dissenteriformi con peritonite. Si trovò una perforazione nella parte terminale dell'ileo e la base dell'appendice, e si notava anche un infarto della milza, in relazione piuttosto con l'endocardite.

Salvo il caso di necrosi del discendente, negli altri presentavano numerose ulcerazioni, nelle quali si potè dimostrare l'entoameba istolitica.

Due sono i meccanismi per la produzione di perforazioni: *a*) o per fenomeni istolitici per azione diretta dell'entoameba senza partecipazione dei batteri; *b*) o per azione necrobiotica dei germi infettivi aggiunti alle ulcerazioni intestinali.

JURA.

Appendicite tubercolare acuta.

Secondo E. M. Drissen, R. Zollinger (*Annals of Surgery*, vol. 101, n. 2) nel 0,30 % delle appendici esaminate anatomicamente in 20 anni al Peter Bent Brigham Hospital che sommano a 5149, vennero riscontrate lesioni tubercolari a tipo ulcerativo o iperplastico.

La diagnosi di tubercolosi dell'appendice, nei casi nei quali è possibile clinicamente, sembrerebbe basarsi sulla presenza di almeno due o tre dei seguenti sintomi: *a*) maggior durata della sintomatologia che nei casi ordinari di appendicite acuta a decorso non iperacuto; *b*) condizioni generali molto scadute, perdita notevole di peso; *c*) presenza di lesioni polmonari evidenti; *d*) diarrea; *e*) modiche elevazioni termiche; *f*) assenza del vomito come segno predominante; *g*) presenza di una tumefazione nel quadrante inferiore destro.

Nessuno dei suddetti sintomi ha valore patognomonico considerato per se stesso, ma la coincidenza di alcuni è molto suggestiva per una lesione tubercolare dell'appendice. La prognosi nelle lesioni e tipo iperplastico è molto migliore che in quelle a tipo ulcerativo.

Gli AA. riferiscono su 16 casi curati chirurgicamente; in 5 venne lasciato un drenaggio nel peritoneo e in 2 di questi rimase un seno fistoloso cronico; negli 11 casi invece nei quali venne praticata la chiusura dell'addome per prima una sola volta si osservò questa evenienza.

MANFREDO ASCOLI.

Come comportarsi di fronte ad un gastro-paziente in pericolo di vita.

M. Friedmann (*Münch. Med. Wchschr.*, 22 novembre 1935) richiama l'attenzione sugli im-

portanti compiti che ha il medico di famiglia nel salvare un gastro-paziente dal pericolo di vita e come sia necessario in determinate circostanze della malattia che egli risponda immediatamente all'appello « venite subito! ».

Nelle ferite recenti della parete addominale bisogna esaminare attentamente la ferita, che può essere in rapporto con la cavità addominale od interessare un organo in essa contenuto. Lo stomaco può anche essere ferito da corpi duri ed aguzzi penetrati nelle vie digerenti.

Anche negli avvelenamenti per os un intervento sollecito migliora le prospettive.

Nel decorso dell'ulcera gastrica e duodenale può aversi la perforazione nella cavità addominale: i due sintomi fondamentali sono il dolore straordinariamente intenso e la tensione lignea delle pareti addominali; la mancanza dei fenomeni di collasso circolatorio non deve far escludere la diagnosi di perforazione, poichè nelle prime ore il polso può essere pieno e valido, talvolta anche raro. Dolori intensi e tensione della parete addominale possono anche manifestarsi per altre condizioni che non rappresentano un pericolo di vita: l'anamnesi, l'esame obiettivo, un colpo a sorpresa sull'addome potranno in genere chiarire la diagnosi: nel dubbio si penserà al peggio. Il compito più importante del medico è quello di provvedere affinchè entro 6-8 ore al massimo dall'avvenuta perforazione il p. venga operato. Il limite di 6-8 ore corrisponde al periodo in cui non si è ancora stabilita la peritonite ed entro il quale si può eseguire per lo più anche l'operazione radicale.

Un altro episodio catastrofico è rappresentato dall'emorragia violenta che mette in pericolo la vita: si metterà il p. con la testa bassa ed i piedi in alto, nei casi più gravi si praticherà la fasciatura degli arti inferiori, la rettoclisi goccia a goccia e le iniezioni eccitanti. Se la situazione non è così minacciosa utile riuscirà la somministrazione di morfina. È bene liberare lo stomaco dai coaguli sanguigni, somministrando acqua ghiacciata o calda ecc. Il clauden e la vitamina C (Cebion) esercitano una azione emostatica migliore della gelatina La terapia migliore è rappresentata dalla trasfusione sanguigna, a scopo emostatico e di sostituzione, che in genere sarà meglio eseguire in un Ospedale, dove eventualmente si potrà ricorrere all'intervento chirurgico. Quando il p. si sarà rimesso non esitare a farlo ricoverare, perchè se la prima emorragia, anche violenta, raramente minaccia la vita, una seconda o terza possono metterla in pericolo.

La stenosi pilorica completa o quasi esige un trattamento chirurgico prima che le condizioni del p. divengano troppo scadenti. Il vomito ripetuto di grandi quantità di succo gastrico fortemente acido può turbare l'equilibrio acido-base: in tal caso è necessario somministrare con sollecitudine degli acidi.

Per quanto riguarda il cancro dello stomaco è necessaria una diagnosi precoce che permetta l'intervento radicale. M. NUNBERG.

La sieroterapia enterale della colite.

Il trattamento della colite, specialmente di quella ulcerosa, rappresenta spesso un grave problema: le varie forme di trattamento locale sogliono avere scarso effetto; anche i sieri e vaccini specifici non hanno dato risultati soddisfacenti. Si è pensato quindi di ricorrere a mezzi aspecifici (eteroproteinoterapia, vaccini aspecifici, trasfusioni di sangue). Un ulteriore progresso è stato rappresentato dal procedimento dello shock anafilattico introdotto da Kalk (sensibilizzazione con siero di cavallo: dopo 10-12 giorni iniezione intramuscolare scatenante). Dietrich mitigò questo procedimento, somministrando dopo la sensibilizzazione il siero a mezzo di clisma invece che per via parenterale.

B. Fornet (*Klin. Wschr.*; 28 dicembre 1935) ha cercato di ottenere con l'uso topico di siero di cavallo la sensibilizzazione locale dei tessuti; con una successiva applicazione locale di siero ha pensato di provocare una reazione di shock locale, rispettivamente una desensibilizzazione. In vari casi egli ha ottenuto così notevoli risultati: però il fatto che alcuni casi reagiscono con una pronta guarigione al siero dimostra che non si tratta di una reazione specifica, ma di una reazione aspecifica allergica. L'A. somministra il siero di cavallo diluito in soluzione fisiologica riscaldato alla temperatura del corpo, a mezzo di clisma.

M. NUNBERG.

MEDICINA SCIENTIFICA

Morbo di Basedow e secrezione gastrica.

W. Schwanke (*Klin. Wschr.*, 28 dicembre 1935) ha studiato il comportamento della secrezione gastrica in una serie di 41 basedowiani: in quasi 3/4 dei casi ha riscontrato anacidità. La malattia della tiroide col turbamento che porta nell'equilibrio vago-simpatico è da ritenersi con certezza responsabile della cessazione della produzione di acido cloridrico; quale fattore collaterale è da prendersi anche in considerazione l'abbondante sudorazione, che sottrae cloruri al corpo; non è possibile dire quale importanza possa avere un'alterazione tossica delle cellule produttrici di acido cloridrico.

Dopo l'operazione interviene un miglioramento notevole, talvolta rapidissimo. Se esistono contemporaneamente alterazioni infiammatorie della mucosa gastrica, si riscontrano valori normali, talvolta anche alti, di acidità: questi valori normali sono però soltanto apparenti, poichè dopo l'allontanamento della tiroide si manifesta nuovamente l'iperacidità, prodotta dalla mucosa gastrica infiammata.

M. NUNBERG.

POSTA DEGLI ABBONATI

Trattamento dell'ipertensione arteriosa. — Al Dott. C. De P., da C. (abb. 1792):

La necessità di una azione terapeutica nell'ipertensione arteriosa è in genere maggiormente sentita durante il periodo delle oscillazioni della pressione (ipertensione labile), mentre una pressione elevata permanente può essere spesso anche discretamente sopportata o passare del tutto inavvertita al paziente. Se l'utilità di attuare, quando è possibile, una terapia patogenetica dell'ipertensione è evidente, è anche giusto domandarsi se è sempre utile combattere sintomaticamente l'ipertensione. A parte il fatto che il sintoma può essere considerato come l'espressione di uno stato diatesico che dovrà essere in ogni caso curato, nel concetto di una terapia di prevenzione, la risposta non può essere che affermativa, anche ammettendo che l'ipertensione non stia a rappresentare che un fenomeno di compenso da parte dell'organismo. Verò è che Peter afferma che essa è un « male necessario » e Sergent che è « una reazione dell'organismo di fronte all'insufficienza renale »; ma questi concetti devono essere certo intesi nel senso che non è prudente cercare di far diminuire la pressione al disotto di un dato limite, inquantochè spesso si va facilmente incontro a un indebolimento del miocardio; « l'ipertensione », afferma infatti il Lander Brunton, « è, come l'ipertrofia cardiaca che l'accompagna, una precauzione presa dalla natura per mantenere la circolazione malgrado l'aumento delle resistenze ». Ma poichè il limite detto varia notevolmente per ciascun iperteso, l'entità e la durata di un'azione terapeutica dovranno essere regolate secondo le variazioni che, di volta in volta, l'esame clinico generale e del sistema cardio-vascolare in ispecie ci dimostrano.

Durante il trattamento curativo di un iperteso, per avere un indizio dello squilibrio cardio-vascolare, dovrà poi essere considerata oltre la pressione massima, la minima e la media, nella medicazione ipotensiva, quando vi sia facilitazione al deflusso periferico sia per aumento del letto, sia per contributi ausiliari dei piccoli vasi, si avrà abbassamento della pressione media; avremo così un indizio di quanto il farmaco fa diminuire lo sforzo cardiaco di cui la pm è considerata un indice. Particolarmente importante è poi la valutazione della pressione differenziale (pd), che corrisponde alla differenza tra la massima e la minima e le cui variazioni sono, di norma, sensibilmente parallele a quelle della pressione massima, mentre nella tendenza alla asistolia la pd decresce molto più rapidamente e cresce molto meno rapidamente della Mx; si può dire in generale che, quando sotto l'azione di una medicazione ipotensiva l'abbassamento della massima e quello della minima vanno di pari passo, la cura è efficace e il risultato è favorevole; mentre dovrà considerarsi pericolosa una diminuzione della massima accompagnata a una elevazione della minima, inquantochè è evidente, in questo caso, una azione secondaria sul miocardio dovuta a deficienza di potere regolatore da parte dell'organismo ammalato. La terapia ipotensiva dovrà in questi casi continuamente tener conto che l'equilibrio cardio-vascolare può oscillare solo entro una « zona di tolleranza » molto ristretta.

Messini.

Azione eutocica dell'olio di ricino. — Al Dott. C. D. P. da C.:

L'olio di ricino è stato consigliato ed usato da vari AA. tedeschi ed americani (Adler, Bucura, Muschollik, Reis, Bailey, Johnston, ecc.) come stimolante delle contrazioni uterine per la sua azione sulla muscolatura liscia e pare anche sui gagli simpatici. Il suo uso è risultato abbastanza efficace per provocare il parto nella gravidanza a termine ed anche come cura dell'inerzia a travaglio (abortivo, prematuro, a termine) già iniziato. Negli altri casi è di dubbia utilità. In genere si usa nella dose di 20-30 gr. per bocca (o per clistere, con un cucchiaio di etere). In genere si associa con il chinino a dosi ripetute (2-5 di 25 ctgr. a distanza di ½-1 ora), con estratto ipofisario posteriore (½ cmc. ripetuto a distanza di mezz'ora per 3-4 volte) o con timofisina (ripetuta per 3-4 volte a distanza di mezz'ora).

Cetroni.

VARIA

Sensibilità cutanea e radiazioni solari nel cancro della pelle.

A. H. ed A. E. Roffo (*Prensa med. argentina,* 5 novembre 1935) riportano varie osservazioni, che dimostrano un rapporto della colesterina con la predisposizione di certe pelli allo sviluppo di ipercheratosi e di cancerizzazione. Essi avevano già descritto il processo di cancerizzazione della pelle sotto un'elioterapia prolungata; ne viene che l'esposizione della pelle al sole praticata in forma eccessiva e senza controllo provoca nelle cuti molto sensibili delle lesioni che vanno dalla ipercheratosi alla cancerizzazione. I raggi di maggiore azione cancerigena sarebbero quelli attinici di 2000-3000 u. A.

Tale processo è sempre preceduto da un'ipercolesterinemia locale in rapporto con l'azione solare. La colesterina è una sostanza di una biologia complessa, che acquista la proprietà di essere molto fotoattiva sotto l'azione solare: con un marcato fototropismo, essa ha una parte importante nella predisposizione biochimica della pelle nello sviluppo dell'ipercheratosi e del cancro cutaneo. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Gli Albi delle professioni libere.

La « Gazzetta Ufficiale » reca un decreto con cui è sospesa, a tutto il 31 dicembre 1936-XV, la ristampa e pubblicazione annuale degli albi relativi alle libere professioni, comprese quelle di medico, farmacista, veterinario. Le Associazioni sindacali e gli altri organi cui spetta, a norma delle vigenti disposizioni, la formazione e tenuta degli albi, provvederanno ad apportarvi, nei modi e termini prescritti, le occorrenti variazioni, le quali verranno pubblicate e comunicate ai Ministeri ed alle altre autorità in conformità delle predette disposizioni.

Il Ministero delle Corporazioni è incaricato di impartire le istruzioni eventualmente occorrenti per l'applicazione del decreto.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Consiglio Sanitario Marittimo e Quarantenario d'Egitto.* — Concorso a cinque posti di medico; limiti d'età 25-40 anni; onorari da L. E. 40 a L. E. 58 il mese; impegno per 3 anni. Divieto di esercizio libero. Scad. 3 febbraio. L'avviso ci è pervenuto il 15 gennaio). Chiedere copia dell'annunzio di Concorso al Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità Pubblica, Divisione A G, Sez. II, Roma.

TRIESTE. *Opera Pia « Ospedali Riuniti Regina Elena e di S. Maria Maddalena ».* — Concorso per titoli a: Medico Primario del reparto di tubercolosi dell'Ospedale di S. Maria Maddalena in Trieste; Medico Primario per un reparto di medicina dell'Ospedale Regina Elena in Trieste; Dirigente dell'Astanteria dell'Ospedale Regina Elena in Trieste. Stipendio per i due primari: annue L. 8000, con due quinquenni di L. 2000; aggiunta di famiglia, fino a conservazione, per gli ammogliati o aventi figli sino all'età di anni 18: annue lire 1140 (L. 1020 dopo il secondo quinquennio). Stipendio per il dirigente: annue L. 18.000; aggiunta di famiglia: annue L. 1020. Riduzioni e ritenute di legge. Scadenza ore 12 del 16 marzo. Chiedere bando alla Direzione dell'Ospedale Regina Elena in Trieste.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio della Fondazione Ferrero di Cavallerleone per ufficiali medici del R. Esercito in S. P. E., per il quadriennio 1928-32, è stato conferito al prof. ten. col. med. N. Bruni, per la memoria « Igiene militare ».

Il prof. Gaetano Martino è trasferito dalla cattedra di chimica biologica a quella di fisiologia sperimentale nell'Università di Messina.

Il prof. Achille Dogliotti è nominato alla cattedra di patologia chirurgica di Modena.

Il dott. J. Luis Bisquertt è nominato presidente della Società di Chirurgia del Cile.

NOTIZIE DIVERSE

Prossimi congressi medici.

1936.

Febbraio 10-12, Monaco: 1° Congresso internazionale per l'umanizzazione della guerra. Informazioni: Dr. Voncken, Session d'études médico-juridiques, quai de Plaisance, Monaco (Principato).

Marzo 1, Parigi: Assise mediche generali (adunanze ulteriori: 3 maggio, 5 luglio, 1 novembre).

Marzo, Montpellier: Riunione idrologica e climatologica. Informazioni: prof. A. Puech, rue de Channeau 1, Montpellier, Francia.

Marzo 23-26, Wiesbaden: 48° Congresso tedesco di medicina interna. Segret. gen.: Dr. Bürger, Bierstädter Höhe 5, Wiesbaden, Germania.

Marzo 29 - aprile 4, Parigi: Settimana odontologica.

Aprile 3-5, Rabat e Casablanca (Marocco): 6° Congresso annuale di medicina. Segretario generale: Dr. Fournier, boulevard du 4e zouaves 26, Casablanca, Marocco.

Aprile, 15-18, Atene: 3° Congresso internazionale di patologia comparata. Segretario generale: prof. Antoine Codounis, via Didotou 40, Atene.

Aprile, Roma: 1° Congresso internazionale d'antropologia e psicologia criminale. Segretario generale: prof. Benigno di Tullio, via Giulia 52, Roma.

Aprile, Roma: 4° Congresso internazionale di pediatria. Segretario gener.: prof. G. Vitetti, Istituto di Clinica Pediatrica, Policlinico Umberto I, Roma.

Maggio, 4-9, Parigi: Settimana oto-rino-laringologica. Segret. gener.: Dr. Louis Leroux, boulevard Saint-Germain 242-bis, Paris, Francia.

Maggio 12-16, Londra: 6° Congresso internaz. di medicina fisica. Segr. onor.: Dr. Albert Eidenow, Upper Wimpole Street, London W. 1.

Maggio 18-21, Parigi: 5° Congresso francese di ginecologia. Segretario generale: Dr. Maurice Fabre, rue du Conservatoire 6, Paris 9e.

Maggio, Parigi: Congresso della Società francese d'oftalmologia. Segret. gen.: M. Onfray, avenue de La-Motte-Picquet 6, Paris.

Maggio, Parigi: Assemblea generale del Comitato esecutivo dell'Associazione internazionale di profilassi della cecità. Segret. gen.: prof. Van Duyse, place Van Artevelde 13, Gand, Belgio.

Maggio-giugno, Bordeaux, 9° Congresso dei pediatri di lingua francese. Segr. gen.: M. Boissière-Lacroix, cours Xavier-Arnozan 27-bis, Bordeaux.

Maggio 31 - giugno 1, Royat (Francia): Giornate internazionali periodiche di cardiologia. Segretario gen.: M. Boucomont, rue Saint-Beuve 5, Paris.

Maggio 28 - giugno 2, Vienna: 2° Congresso internazionale dei medici cattolici. Informazioni: Société nationale St-Luc, rue Madame 61, Paris.

Giugno 8-12, Vienna: 6° Congresso intern. di urologia. Segr.: Dr. Th. Hryntschak, Rathausstrasse 3, Wien I, Austria.

Giugno 14-16, Parigi: Congresso internazionale di medici automobilisti. Informazioni: Association des médecins automobilistes de France, boulevard Magenta 89, Paris.

Giugno 20-24, Bruxelles: 15a Sessione delle giornate mediche belghe. Segr. gen.: M. Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles, Belgio.

Giugno, Parigi: 16ª Riunione neurologica internazionale annuale. Segret. gen.: M. O. Crouzon, avenue d'Iéna 70-bis, Paris.

Giugno, Odessa: 6° Congresso pan-ucraino dei chirurgi. Presidente: N. I. Kefer, r. Bebel 58, Odessa, Ucraina.

Luglio 16-22, Marsiglia: 60° Congresso dell'Associazione francese per il progresso delle scienze. Informazioni: Association française pour l'avancement des sciences, rue Serpente 28, Paris.

Luglio 20-25, Basilea, Zurigo, Berna, Neuchâtel: 40° Congresso dei medici alienisti e neurologhi di Francia e dei Paesi Bassi di lingua francese. Iscrizioni: M. Vignaud, avenue d'Orleans 4, Paris (14ᵉ). Informazioni: prof. P. Combemale, route d'Ypres, Bailleul (Nord), Francia.

Luglio 27-31, Berlino: Congresso internazionale della medicina dello sport. Informazioni: Lindestrasse 42, Berlin SW 19.

Luglio 27-31, Parigi: 2° Congresso internazionale d'igiene mentale. Segr. gen.: M. Genil-Périn, avenue La-Bourdonnais 99, Paris.

Luglio, San Sebastián (Spagna): Assise internazionali di talassoterapia.

Luglio 27 - agosto 1, Londra: 2° Congresso internazionale di microbiologia. Informazioni: M. St. Yohn-Brooks, Lister Institute, Chelsea Bridge Road, London S. W. 1; oppure: M. R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, rue du Docteur-Roux 28, Paris (XVe).

Agosto 2-8, Vienna: 9° Congresso dentario internazionale. Informazioni: Comité de propagande du IXᵉ Congrès Dentaire International, rue de la Tour-d'Auvergne 45, Paris.

Agosto 11-22, Berlino: 3° Congresso internazionale d'oto-rino-laringologia.

Settembre 7-10, Montréal: 14° Congresso dei medici di lingua francese dell'America del Nord. Segret. gen.: M. Donatien Marion, boulevard Saint-Joseph 326, est, Montréal, Canadà.

Settembre, 8-10, Lisbona: 10ª Conferenza dell'Unione internazionale contro la tubercolosi. Segretario gen.: prof. F. Bezançon, rue de Monceau 76, Paris.

Settembre 19-27, Bruxelles: Congresso internazionale della lotta contro il cancro. Segr. gen.: Dr. Schraenen, rue de Namur 26, Bruxelles.

Settembre 17-20, Torino: 18ª Riunione della Società francese d'ortopedia.

Settembre 21-25, Bologna, Roma: Riunione della Società intern. di chirurgia ortopedica. Presid.: prof. Ombrédanne, Parigi.

Settembre 25-29, Belgrado: 15° Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia mediche. Segretari: prof. Miloutine Neskovitch, Nemanzina 42, Beograd, Jugoslavia; M. Ray, Durand-Fardel, Vichy, Francia; H. Flurin, avenue Mac-Mahon 19, Paris; F. Françon, Aix-les-Bains, Francia.

Settembre, Bologna: 6ª Conferenza dell'Associazione internazionale di pediatria preventiva.

Settembre, Lund (Svezia): 5° Congresso internazionale della lotta contro il reumatismo. Rivolgersi: Secrétaire de la lingue internationale contre le rhumatisme: M. J. Van Breemen, Keizersgracht 489/491, Amsterdam (Olanda).

Settembre, Berna: 2° Congresso internazionale dell'Unione terapeutica. Presidente: prof. E. Bürgi, Inst. Med. Chemie u. Pharmakologie, Universität, Bern, Svizzera.

Settembre, New York: 1° Congresso internazionale della terapia febbrile. Segretario: M. William Bierman, Park avenue 47, New York City, S. U. d'A.

Settembre, Néris: Congresso di neurologia consacrato alle affezioni del sistema vago-simpatico. Segreteria: Société médicale, Néris (Allier), Francia.

Settembre, Roma: 27° Congresso it. di ortopedia.

Settembre, Bruxelles: Congresso dell'Unione internazionale contro il cancro.

Ottobre 14, Parigi: Assemblea generale annua dell'Unione terapeutica. Segret. gen.: G. Leven, rue de Téhéran 24, Paris VIIIe.

Ottobre 19-21, Parigi: 22° Congresso d'igiene. Segret. gen.: Dr. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, rue du Docteur-Roux 25, Paris XVe.

Ottobre 8-10, Parigi: 3° Congresso dei medici elettro-radiologi di lingua francese. Segret. gen.: M. Dariaux, boulevard Rochechouart 9-bis, Paris.

Ottobre 5-10, Parigi: 9° Congresso francese di stomatologia. Segret. gen.: Dr. Dechaume, rue de Rivoli 182, Paris.

Ottobre 5-10, Parigi: 45° Congresso francese di chirurgia. Segret. gen.: Dr. Rouvilleis, rue de Seine 12, Paris.

Ottobre 6-7, Parigi: Congresso francese d'urologia. Segretario generale: M. L. Michon, boulevard des Invalides 34, Paris.

Ottobre 6, Parigi: Congresso francese d'ortopedia. Segret. gen.: M. Roederer, rue de Pétrograd 10, Paris.

Ottobre 12-15, Madrid: 3° Congresso internazionale sulla malaria. Segret. gen.: Dr. G. Ferradas, calle do Recoletos 19, Madrid.

Ottobre, Roma: 42° Congresso it. di medicina interna; 43° Congresso it. di chirurgia; 15° Congresso it. di urologia.

Ottobre, Venezia: 4° Congresso della stampa medica latina. Segret. gen.: Dr. L.-M. Pierra, rue de Babylone 12, Paris.

Ottobre, Parigi: Congresso di chirurgia riparatrice. Rivolgersi al prof. A. Manna, via Nazionale 87, Roma.

Ottobre, Parigi: Congresso francese d'oto-rino-laringologia. Segret. gen.: M. H. Flurin, avenue Mac-Mahon 19, Paris.

Ottobre, Parigi: 24° Congresso francese di medicina. Segret. gen.: prof. Harvier, bd. St.-Germain 235, Paris.

Ottobre, Parigi: 15° Congresso dei medici e chirurgi degli ospedali.

Ottobre, Parigi: Associazione dei membri del corpo insegnante delle Facoltà di medicina.

Novembre 19,22, Parigi: 13ᵉ Giornate dentarie. Segret. gen.: M. R. Sudaka, avenue Emile-Zola 143, Paris (XVe).

— — —, Bordeaux: 9° Congresso Ass. francese di pediatria.

— — —, Wiesbaden: Congresso intern. della luce. Pres. M. Axel Reyn, Danimarca.

— — —, Atene: 8° Corso internazionale di alta cultura medica.

— — —, Amsterdam: 2° Congresso intern. di medicina tropicale.

— — —, Lisbona: Unione intern. contro la tubercolosi. Segret. gen.: prof. F. Bezançon, rue de Monceau 76, Paris.

— — —, Siena: Riunione della Società Italiana di ematologia. Presid.: prof. A. Ferrata.

— — —, Strasburgo: 9° Congresso degli educatori dei bambini tardivi.

— —, Roma: 12° Congresso internazionale di protezione dell'infanzia.

— — —, Congresso francese d'oftalmologia.

— — —, 21° Congresso francese di medicina leg.

— — —, Congresso francese d'oto-neuro-oftalmologia.

1937.

Pasqua, Marsiglia: Congresso francese di medicina. Presid.: prof. Marcel Labbé.

Maggio, Bucarest: 9° Congresso intern. di medicina e farmacia militari.

Luglio, Parigi: Giornate internazionali d'aviazione sanitaria civile e militare. Segreteria gener.: « Hygiène sociale », rue Chauchat 2, Paris.

Luglio, Parigi: Giornate internazionali della Sanità pubblica. Segreteria gener.: « Hygiène Sociale », rue Chauchat 2, Paris.

Settembre 16-18, Vichy: Congresso intern. dell'insufficienza epatica. Segr. gen.: Dr. Aimard, Vichy.

Settembre, Parigi: 1° Congresso della Società intern. di gastro-enterologia. Segret. gen.: prof. Leven, rue de Monceau, Paris.

Ottobre, Losanna, Associazione intern. di pediatria preventiva.

Ottobre, Barcellona: 6° Congresso di dermatologia e sifilografia di lingua francese. Presid.: M. Milian.

Ottobre, Parigi: 10° Congresso dell'Associazione dei ginecologi ed ostetrici di lingua francese.

1938.

— —, Vienna: 11° Congresso della Società intern. di chirurgia.

— —, Lisbona: 2° Congresso intern. dei medici amici del vino.

1939.

— — —, Perugia: 2° Congresso intern. sulle brucellosi. Segret. gen.: Dr. Jullien, Joyeuse (Ardèche), Francia.

— — —, Losanna: 11° Congresso dell'Associazione dei ginecologi e ostetrici di lingua francese.

— — —, Lilla: 9° Congresso francese della tubercolosi.

— — —, Stati Uniti d'America: 11° Congresso intern. di dermatologia e sifilografia.

Echi della nostra impresa africana.

Il sen. prof. Castellani, Alto Commissario sanitario per l'A. O., ha compiuto una terza ispezione al fronte eritreo, dopo la quale ha fatto precise e documentate dichiarazioni ai giornalisti, in Asmara, sulle ottime condizioni sanitarie delle truppe, degli operai e delle popolazioni. In particolare, nessun caso è registrato di colera, di peste, di avitaminosi. L'incidenza di altre malattie è minima. La spedizione è stata preparata così bene, dal punto di vista sanitario, come rare volte si è verificato prima.

Il nostro Governo ha inviato al Segretario Generale della S. d. N. un telegramma nel quale vengono denunciate le violazioni delle Convenzioni internazionali vigenti, gli abusi degli emblemi della Croce Rossa e le atrocità commesse dalle truppe abissine sui fronti eritreo e somalo.

Dopo aver elencato tutti i casi nei quali fu constatato l'uso da parte degli abissini delle pallottole « dum-dum » e dopo aver ricordato come sia ormai provato l'abuso da parte abissina dell'emblema della Croce Rossa, il telegramma conclude facendo osservare che i fatti esposti coinvolgono aperte e documentate violazioni da parte abissina delle norme internazionali vigenti e vengono pertanto segnalati al Comitato Internazionale della Croce Rossa per i conseguenti provvedimenti.

Notizie dall'Asmara, avvalorate dalle testimonianze di numerosi corrispondenti esteri, provano che i militari facenti parte della Croce Rossa Etiopica hanno partecipato al fuoco contro gli aeroplani italiani.

Il Capo della missione egiziana in Etiopia, principe Ismail Daoud, ha smentito in modo assoluto le notizie false diffuse in merito a presunte azioni dei nostri aeroplani contro gli ospedaletti egiziani di Dagabur e Bullale.

Demmo già notizia di un gruppo d'infermieri appartenenti alla Mezzaluna Rossa Egiziana, i quali hanno abbandonato l'Etiopia, stimando impossibile di permanervi.

Altri infermieri, appartenenti alla Mezzaluna egiziana e alla Croce Rossa inglese, hanno lasciato l'Harrar per rimpatriare; si sono mostrati delusi e sdegnati per le accoglienze ricevute e per i barbari sistemi abissini. Hanno annunciato prossima la partenza dall'Abissinia di altri membri delle diverse Missioni.

La Mezzaluna egiziana deve lamentare la perdita di tutto il suo materiale sanitario, che gli abissini prelevarono a suo tempo avviandolo a tutt'altra destinazione, mentre la missione inglese si vide sequestrare tutte le ambulanze recanti il segno della Croce Rossa che i comandi etiopici destinarono immediatamente ai trasporti militari, dando in cambio asini, muli ed altri mezzi inadeguati.

Il Comitato internazionale della Croce Rossa ha diramato un comunicato con il quale si dichiara che nè il Comitato stesso nè i suoi delegati in Etiopia hanno fatto alcuna comunicazione alla stampa sugli avvenimenti di guerra. Soprattutto in relazione con i recenti incidenti e con le polemiche a cui questi hanno dato luogo il comunicato fa le più espresse riserve sulle informazioni di tal genere apparse sulla stampa o che potranno apparire.

Il rappresentante della Croce Rossa internazionale ad Addis Abebà, sig. Junod, ha telegrafato al Comitato di Ginevra pregandolo di agire energicamente presso il giornale danese « Politiken » affinchè smentisca il suo corrispondente da Londra che gli ha fatto pubblicare la falsa notizia secondo cui il Junod avrebbe proposto il ritiro di tutte le missioni della Croce Rossa in Etiopia fino a quando il Governo italiano non avesse dato formali garanzie di rispettarle.

Si sono dirette in Etiopia: una missione sanitaria finlandese, composta di 3 medici, 2 infermieri e 2 autisti, attrezzata per organizzare un ospedale mobile di 50 letti (in esito ad una sottoscrizione che ha reso 800.000 marchi finlandesi): essa è diretta dal prof. R. W. Faltin; una missione sanitaria olandese, composta di 6 medici, 2 infermieri e un ingegnere e che porta 350 casse di materiale, diretta dal dott. C. W. F. Winkel; un'ambulanza norvegese, composta di 2 medici e 3 infermieri, con materiale capace di attrezzare un ospedale di 50 letti, diretta dal dott. Ulland.

Il giornale « Volk en Vaterland » di Amsterdam, critica vivamente l'invio in Abissinia di un'ambulanza della Croce Rossa olandese, deplorando il fatto che, mentre in Olanda i disoccupati soffrono la fame e il freddo, si destinano somme ingenti per un cosidetto scopo umanitario.

Uno scambio di note ha avuto luogo tra la Svezia e l'Italia, per il bombardamento dell'ambulanza della Croce Rossa Svedese; sono riportate integralmente nei quotidiani.

Un ambulatorio impiantato ad Adua, entro i locali dell'ex Ghebi, è tutti i giorni affollato di indigeni. L'intervento assiduo ed amorevole dei nostri instancabili medici, gli insegnamenti di carattere profilattico e le misure prese, hanno fatto sì che le condizioni sanitarie della popolazione siano oltremodo migliorate.

Ai Comitati d'Azione per l'Universalità di Roma, Sezione Lombarda, è pervenuta copia di una protesta di medici stranieri residenti in Lombardia, contro le sanzioni e di solidarietà con l'Italia. Reca 54 firme di medici appartenenti a 12 Nazioni.

La Principessa di Piemonte si è recata a visitare, nel porto di Napoli, la nave ospedale « Tevere », ed a porgere il saluto alle crocerossine partenti per l'Africa Orientale sulla stessa nave.

Nella stampa sanitaria.

La direzione de « Il Valsalva », rivista mensile di oto-rino-laringoiatria, è stata quest'anno assunta dal prof. Arnaldo Malan (Torino), assistito da un comitato direttivo composto dei proff. Agazzi (Milano), Brunetti (Venezia), Bruzzone (Torino), Canestro (Genova), Ferreri (Roma), Pallestrini (Genova), Pietrantoni (Brescia), Sanvenero-Rosselli (Milano), Torrigiani (Firenze), Traina (Pisa), Vidau (Roma); redattore-capo rimane il prof. Di Vestea (Roma).

La molteplicità dei condirettori e delle sedi attesta l'eclettismo cui intende conformarsi il periodico, il quale non sarà organo di una scuola, ma espressione di piena italianità.

La casa editrice Pozzi continuerà, come è sua norma a mettere tutto l'impegno per mantenere il periodico, fondato dal compianto prof. Bilancioni nel 1925, all'altezza raggiunta ed a renderlo sempre più degno dell'oto-rino-laringologia italiana.

Federazione della stampa medica latina.

Il Comitato permanente della Federazione si è adunato il 30 novembre a Parigi, nella sede sociale (avenue de Breteuil 52), sotto la presidenza del dott. João Coelho; l'Italia vi era rappresentata dal dott. Vaccaro. Venne annunziato che il Governo italiano ha designato a rappresentanti della stampa medica nazionale i sen. Giordano e Pende e l'on. Morelli; venne rivolto loro un indirizzo di benvenuto e di simpatia, su proposta del segretario generale, dott. Pierra. Furono chiamati a far parte del Comitato d'onore il prof. C. Achard (Parigi) e il dott. A. Le Sage (Montréal). Venne commemorato il prof. G. Etienne. Si discusse ed approvò un progetto preliminare del programma provvisorio del 4° Congresso della stampa medica latina, che si adunerà a Venezia nel 1936, sotto la presidenza del sen. Giordano. Il programma preliminare comprende tre temi: « Storia della stampa medica nei Paesi latini »; « Influenza sociale della stampa medica »; « L'insegnamento e la pratica medica nei Paesi latini ». Venne votato un significativo ordine del giorno, sui rapporti con la stampa medica italiana in ordine alle sanzioni ed alle contro-sanzioni; ne demmo già notizia.

Museo ortogenetico intitolato a N. Pende in Romania.

Nell'Università di Cernauti è stato creato, ad iniziativa della Facoltà medica, un museo ortogenetico intitolato a Nicola Pende, per onorare lo scienziato italiano che ha diffuso i principî ed il metodo per l'ortogenesi armonica e la correzione delle debolezze costituzionali delle nuove generazioni.

Come in Romania, Istituti ortogenetici di applicazione delle idee del Pende sono pure sorti a Parigi, Buenos Aires, Montevideo, Rio de Janeiro, Santiago del Cile, Lisbona.

Essi rappresentano veri organi statali di bonifica della razza mercè il controllo scientifico dello sviluppo fisico, morale ed intellettuale dei futuri cittadini.

Prolusioni.

S. E. Dante De Blasi, accademico d'Italia, ha tenuto il 20 corrente, nella Città Universitaria di Roma, la sua prima lezione al corso ufficiale d'igiene, avanti ad un folto pubblico di studenti, medici e professori. Venne presentato dal prof. Giovanni Perez, preside della Facoltà, che dette il benvenuto all'illustre accademico, il quale ritorna all'Università di Roma dopo esserne stato lontano 14 anni, succedendo ai proff. Celli e Sanarelli. Il prof. De Blasi, dopo aver rivolto un pensiero ed un saluto ai suoi due predecessori, fece oggetto della sua lezione i compiti dell'igiene. Precisò i metodi, i fini, le grandi divisioni di questa disciplina e gli addentellati di essa con le altre discipline. La sua esposizione, condotta con straordinaria evidenza ed efficacia e avvivata da esempi, fu calorosamente e ripetutamente applaudita. Gli studenti porgettero il saluto fascista alla memoria del figlio del prof. De Blasi, Giorgio, caduto recentemente per la Patria.

Il prof. Giuseppe Sabatini ha tenuto la sua lezione inaugurale al corso di clinica medica nell'Università di Genova, alla presenza del Prefetto, dei rappresentanti delle altre Autorità cittadine, del sen. Maragliano, di personalità della scienza. Dopo aver rivolto un pensiero di devozione filiale alla memoria del suo illustre maestro, prof. Ascoli, e dopo aver ricordato i suoi due illustri predecessori sen. Maragliano e sen. Pende, ha svolto la sua dissertazione sul tema « Primi malati, primi giudizi, prime ricette »; la brillante esposizione, intessuta di dottrina e di esperienza, di psicologia e di filosofia, di umanità e di sentimento, fu accolta da applausi prolungati.

All'Istituto Forlanini.

Il prof. Emilio Sergent di Parigi ha tenuto il 18 gennaio una conferenza nell'Istituto Forlanini di Roma, sulla propagazione della tubercolosi nel polmone attraverso le vie linfatiche, conferenza illustrata da molte proiezioni; era presente un pubblico numeroso di medici.

L'oratore è stato presentato dall'on. prof. Morelli, il quale ha esaltato la reazione degli intellettuali francesi contro le sanzioni ed ha deprecato la campagna diffamatoria sui bombardamenti italiani.

Il prof. Sergent è stato vivamente applaudito sovratutto quando ha riaffermato la fraternità dei medici francesi ed italiani e, alla fine della conferenza, salutato da un'ovazione.

Un po' dovunque.

Il 10° Congresso internazionale di chirurgia si è adunato al Cairo dal 31 dicembre 1935 al 3 gennaio 1936. L'Italia non vi ha partecipato. Si è deliberata la fondazione di un « Journal international de chirurgie ». Il futuro congresso si adunerà a Vienna nel 1938, sotto la presidenza del dott. Matas di New Orleans.

L'Assemblea francese di medicina generale ha tenuto la 19ª sessione il 4 gennaio a Parigi, nei locali dell'« Hôtel-Dieu » (anfiteatro Trousseau), sotto la presidenza del dott. Duhamel, dell'Accademia francese; la sessione fu destinata alla « Orientazione intellettuale e professionale del fanciullo nell'età scolastica ».

L'11 e il 12 gennaio si è tenuto a Milano il 2° Convegno per la casa popolare, indetto dalla Reale Società Italiana d'Igiene, presieduta dal prof. L. Veratti.

L'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » si è adunata il 28 dicembre, sotto la presidenza del prof. G. Cantieri. Sono state fatte comunicazioni da: U. Capecchi (due comunicaz.), M. Santi (due comunicaz.), M. Romagnoli.

Una Commissione presieduta dal Segretario del Partito per l'esame di alcuni problemi alimentari in rapporto alle sanzioni, ha formulato una serie di suggerimenti di carattere generale, riportati nei recenti « Fogli di Disposizione ».

L'on. prof. Morelli ha tenuto a Roma, nella sala della Confederazione del Commercio, una conferenza alle donne professioniste, tracciando i compiti e i doveri delle donne nella resistenza civile.

Nell'Istituto Eastman di Roma, avanti ad un pubblico foltissimo, l'on. prof. Perna ha parlato sul tema « Le illusioni del sanzionismo ». La conferenza ha dato origine a vibranti manifestazioni al Duce ed all'Esercito.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 16 dicembre al 22 dicembre: Morbillo 166 (807); Scarlattina 151 (382); Pertosse 62 (166); Varicella 112 (359); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 197 (303); Infezioni paratifiche 35 (54); Febbre ondulante 8 (8); Dissenteria 8 (9); Difterite e croup 265 (530); Meningite cerebrospinale epidemica 10 (10); Poliomielite anteriore acuta 11 (12); Encefalite letargica 4 (4); Anchilostomiasi 4 (8); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 29 (43), dichiarata — (—); Pustola maligna 11 (13).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Gazz. Internaz. di Med. e Chir., 31 ag. — E. D'ALESSANDRIS. Ricambio basale nelle anemie da anchilostoma duod.

Rev. Méd.-Chir. d. Mal. du Foie ecc., lug.-ag. — R. PORAK. Il ritmo delle eliminazioni urinarie nell'epatico.

Acta Med. Scand., VI. — R. ROOSEN. Sul trattam. medicamentoso del cancro. — O. JERVELL e O. ANDRUPP. Eliminaz. di sostanze incompletam. ossidate con l'urina nel sano e nel cardiopaziente.

Revue Neurol., lug. — P. HILLEMAND. Nistagmo del velo pendolo.

Mediz. Welt, 31 ag. — V. SCHILLING. Il quadro ematico come aiuto alla diagnosi di quarta malattia, « rubeola scarlatinosa ». — W. SCHÄFER e H. LODENKÄMPFER. Malattia intestinale durata 20 anni da Strongyloides intestinalis.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., ag. — R. M. WATTS. Azione degli ormoni dello sviluppo e della pituitaria sulla gestazione e sulla prole (ricerche speriment.). — A. F. LASH e W. G. CUMMINGS. Cesarea di Porro.

Rinasc. Med., 31 ag. — N. SANGUIGNO. Le diastasi ematiche, urinarie e fecali nel diabete mellito.

Deut. Med. Woch., 6 sett. — STEHR. Quadro roentgenologico della polmonite psittacosica.

Ginecologia, ag. — M. FAGIOLI. Endometriosi inguinale. — F. POZZI. Tbc. dei genitali esterni.

Clin. Chir., ag. — T. TENEFF. Testicolo ritenuto. — L. BIANCALARA e C. BORSOTTI. Ricerche sul gozzo.

Ann. Inst. Pasteur, sett. — L. NÈGRE e J. BRETEY. Virus tbc. — A. KOLMER. Vaccinaz. contro la poliomielite a. a.

Wien. Klin. Woch., 6 sett. — BAUER. Eredologia e endocrinologia. — JELLINEK. Elettroigiene.

Cl. Med. It., ag. — F. MARCOLONGO. Alterazioni del metabolismo del cloro in alcune sindromi uremiche. — F. CORTESE. Anat. patol. dell'infezione melitense.

Arch. It. di Chir., lug. — A. SALOTTI e R. REDI. Operaz. di Judd. — A. BIASINI. La collassoterapia polmonare.

Journal A. M. A., 17 ag. — T. LEARY. Aterosclerosi. — H. O. MOSENTHAL. Iperglicemia e trattam. del diabete m. — J. COHEN e M. A. RABINOWITZ. Ureoparotite. — R. A. HATCHER. Azione antidotica del permanganato potassico.

Arch. internal. Med., ag. — D. REISNER. Tbc. del lobo polm. inferiore. — W. L. WINKENWERDER e al. Infezione e nefrite emorragica. — B. FRIEDMAN e al. Diuresi nei cardiopazienti.

Mediz. Klinik, 6 sett. — W. FALTA. Fegato e diabete.

Mediz. Welt, 7 sett. — E. BAMES. Zinco e avvelenamento da zinco. — H. JUNGHANNS. Stati precancerosi.

Paris Méd., 7 sett. — Numero di oftalmol., otorino-laringol. e stomatol.

Gaz. d. Hôp., 4 sett. — P. NOBÉCOURT. La magrezza nei fanciulli e negli adolescenti.

Riforma Med., 7 sett. — G. PENNELLI. Metabolismo dell'acido ossalico.

Croce Rossa, lug. — W. KIKUTH. Terapia di alcune malattia protozoarie. — G. A. BATTIGELLI. Rapporti tra tbc. chirurgica e polmonare.

Diagnostica e Tecn. di Labor., 25 lug. — F. NICOLETTI. Ricerca medico-legale del sangue.

Giorn. di Cl. Med., 30 ag. — F. MARCOLONGO.

Insufficienza renale e uremia. — G. DE FLORA. Metabolismo glicidico negli addisoniani. — L. BARCHI. Fenomeno di Sanarelli-Shwartzman.

Journ. A. M. A., 24 ag. — R. H. RILEY. Medicina preventiva. — S. F. HAINES e R. D. MUSSEY. Disturbi mestruali con basso metabolismo basale. — N. R. INGRAHAM e al. Sifilide congenita. — H. J. JOHN. Trattam. del coma diabetico.

Arch. p. le Sc. Med., ag. — E. MASSOBRIO e R. GIACCGEO. Anemia ipocromica essenziale. — F. MARCOLONGO. « Urea clearance ». — G. NIZZI NUTI. Struttura delle paratiroidi nelle varie età.

Riv. San. Sicil., 1 sett. — A. E. D'ANGELO. Cura chirurgica dello scompenso cardiaco.

Münch. Med. Woch., 13 sett. — H. v. HABERER. Trattam. dell'ulcera gastr. e duod. perforata. — H. HOFF. Influenze dell'equilibrio acido-basico sulla psiche.

Mediz. Klin., 13 sett. — Numero di dermatologia.

Lancet, 14 sett. — J. H. ANDERSON. Trattam. dell'obesità.

Med. Welt, 14 sett. — A. STÖRMER. Insufficienza delle coronarie. — O. BUCHINGER. Fisiologia del digiuno.

Deut. Med. Woch., 13 sett. — BAYER. Diagn. precoce del cancro gastrico. — GUDJONSON. Problemi della moderna dietetica.

Riforma Med., 14 sett. — N. PENDE. L'alimentazione secondo la costituzione individuale.

Rinasc. Med., 15 sett. — L. BINI. L'equilibrio acido-base nel sangue dei neuropsicopatici astenici.

Journal Nerv. a. Ment. Dis., sett. — O. KNOPP. La personalità degli emicranici. — L. O. MORGAN e H. S. GREGORY. Il tuber cinereum in un gruppo di psicosi.

Klin. Woch., 21 sett. — A. SOLÉ. Il latte di donna come emostatico. — S. SIRVE. La terapia cloruro-sodica nel morbo di Basedow.

Wien. Kl. Woch., 20 sett. — MANDL. Ricambio del calcio e chirurgia delle paratiroidi.

Journ. Méd. Franç., ag. — Nefriti e uremia.

Münch. Med. Woch., 20 sett. — M. HOCHREIN. Trattam. dell'infarto miocardico. — K. HASSMANN. Eziologia batterica dell'« ittero catarrale ». — O. LEYER. I dolori di crescenza.

Journ. A. M. A., 7 sett. — C. A. MC KINLAY. Mononucleosi infettiva. — F. HELMHOLZ. La dieta chetogena nelle infezioni urinarie.

Presse Méd., 21 sett. — M. ROSENTHAL. La fisiologia delle grandi altitudini.

Deut. Med. Woch., 20 sett. — GINS-WASSMUND. L'infezione focale.

Haematologica (Arch.), VIII. — A. ROVERSI e E. TANTURRI. La puntura dello sterno nella pratica medica.

Minerva Med., 15 sett. — P. DE LUCIA e E. CLAAR. Levulosuria nelle affezioni epatiche.

Amer. Journ. Med. Sc., sett. — W. S. MIDDLETON e al. Periarterite nodosa. — E. P. BOAS. Angina pectoris e blocco cardiaco. — W. B. RAWLS e al. Lo zolfo colloidale nel trattamento delle artriti croniche.

Croce Rossa, ag. — P. GUGLIELMETTI. Effetti clinici secondari della frenicoexeresi. — F. JERACE. Il « Plasmodium ovale ».

Surg., Gyn. a. Obst., sett. — R. H. HERBST e C. W. APFELBACH. Ipoplasia del rene. — E. L. COMPERE e al. Osteoartropatia ipertrofica generalizzata secondaria ad affezioni polmonari. — A. MATHIEU e A. PALMER. Diagnosi precoce di corioepitelioma.

Paris Méd., 21 sett. — Malattie del sangue.

Arch. p. le Sc. Med., sett. — S. FERRANDU. Pneumatosi intestinale cistica. — C. ANGELERI e al. I sali d'oro in sospensione oleosa nelle malattie articolari ac.

Giorn. di Cl. Med., 20 sett. — A. MICHELAZZI. Dinamica venosa nello scompenso cardiaco. — E. FOCH. Variazioni meteorologiche ed emottisi tbc. — I. BIGLIARDI. Calcificaz. totale della cistifellea.

Minerva Med., 8 sett. — A. ARCHI. Anemia perniciosa e diabete. — G. CHIUCINI e A. ARADAS. Audermoreazione ed auroterapia nella tbc. polm.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

VOLUME TERZO.

1. CHIRURGIA DEL CRANIO E DEI TEGUMENTI CRANICI - Prof. *A. Chiasserini*, Roma.
2. CHIRURGIA DEL CERVELLO - Prof. *A. Chiasserini*, Roma; CHIRURGIA DEL MIDOLLO SPINALE - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
3. CHIRURGIA DEI NERVI PERIFERICI - Prof. *A. Chiasserini*, Roma.
4. CHIRURGIA DELLA COLONNA VERTEBRALE - Prof. *S. Crainz*, Roma.
5. CHIRURGIA DEL BACINO - Dott. *P. Stefanini*, Roma.
6. CHIRURGIA DELL'APPARATO URINARIO: Reni e ureteri; Vescica - Prof. *E. Mingazzini*, Roma; Prostata - Proff. *E. Mingazzini* e *V. Lozzi*, Roma; Uretra - Prof. *V. Lozzi*, Roma.

VOLUME QUARTO.

CHIRURGIA DELL'ADDOME:

1. Pareti addominali - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
2. Peritoneo - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
3. Ernie - Prof. *S. Gussio*, Catania.
4. Fegato e vie biliari - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
5. Pancreas - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
6. Milza - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
7. Stomaco - Prof. *G. Baggio*, Cagliari.
8. Duodeno - Prof. *G. Baggio*, Cagliari.
9. Intestino tenue e colon - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
10. Appendice - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
11. Retto e ano - Prof. *P. Valdoni*, Roma.

Prezzo della intera opera in quattro volumi, uno dei quali (il secondo) in due grosse parti, tutti rilegati in piena tela, di complessive pagine 4004, con 2414 illustrazioni nel testo delle quali 109 in tricromia, L. 390.

Per l'estero, alle L. **390**, *aumentare L.* **60** *per le maggiori spese postali occorrenti per la spedizione raccomandata.*

NOTA BENE. — **Esclusivamente** *agli abbonati al « Policlinico » o a qualsiasi delle nostre tre Riviste l'opera è ceduta per sole L.* **350** *ed anche con la possibilità di pagarla con un primo versamento di L.* **100** *all'atto della richiesta da farsi accompagnata dall'impegno scritto di versare le rimanenti L.* **250** *in 10 rate mensili da L.* **25** *cadauna, fino al saldo. Alla richiesta unire la fascetta comprovante la qualità di abbonato ad una delle nostre predette Riviste.*

Il 1° pagamento di L. **100** *può essere anche versato nel nostro Conto Corrente Postale N. 1/5945 mediante l'apposito Bollettino che dall'Ufficio di Posta è fornito gratis, usando il quale si risparmia la tassa dell'ordinario Vaglia Postale.*

Avvertenza **- L'impegno del pagamento dell'intero ammontare di L. 350** (ridotto a tanto esclusivamente per gli abbonati a qualsiasi delle nostre predette Riviste), **può essere stillato e sottoscritto nel predetto Bollettino postale.**

Per l'estero, alle L. **350**, *aumentare L.* **60** *per le maggiori spese postali occorrenti per la spedizione raccomandata.*

Inviare le richieste ed i Vaglia postali o Chèques Bancari all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - Roma.

☛ *Staccare* ....

✳ CEDOLA POSTALE DI COMMISSIONE LIBRARIA ✳

Da inviare sottoscritta e chiusa in busta affrancata con 50 centesimi

Spazio a disposizione del mittente per altre sue eventuali comunicazioni.

All'editore

LUIGI POZZI

ROMA (106)

VIA SISTINA, 14

ANNO XLIII Roma, 3 Febbraio 1936 - XIV Num. 5

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal Prof. Sen. N. PENDE.

Ossigeno-terapia parenterale nella tubercolosi polmonare.

Dott. ENRICO FROLA, assistente.

Da lungo tempo l'ossigeno è entrato a far parte del nostro armamentario terapeutico. Esso viene infatti usato correntemente, per via inalatoria, in tutti gli stati asfittici sia acuti che cronici. Non sempre però si ottengono con tale metodo dei reali vantaggi, perchè l'assorbimento dell'ossigeno è condizionato alla tensione del CO_2 sanguigno ed alveolare ed alla conservazione di una certa attività respiratoria. Si comprende come nei malati gravi, in cui questa terapia troverebbe una delle sue principali indicazioni, le condizioni del circolo e del respiro siano spesso talmente defedate, da non permetterne un sufficiente assorbimento.

Per ovviare a questi inconvenienti si è pensato di ricorrere ad altre vie di somministrazione. È merito del Bernabei, allievo del Baccelli a cui si deve, come è noto, l'applicazione della ossigeno terapia inalatoria, la prima somministrazione di ossigeno per via extrarespiratoria (1898). Il Bernabei ha usato la via sottocutanea, enterica, endoperitoneale, prima negli animali e poi nell'uomo. Nei primi ha usato anche la via endovenosa; negli uni e negli altri ha studiato le modalità di introduzione ed ha dimostrato che tale intervento ha una azione anabolica emoglobinemica, dinamogena. Lo stesso A. propone inoltre di chiamare questa pratica col nome di *emfisiterapia* ed, a seconda della via usata, di parlare di *fleboemfisi*, *ipodermoemfisi* e di *pleuro-peritoneo-entero-emfisi*.

Tre anni dopo il Mariani proponeva addirittura l'applicazione endovenosa anche nell'uo-

mo, dicendo che l'ossigeno poteva essere immesso impunemente nelle vene colla sola avvertenza di praticare molto lentamente l'iniezione e precisamente di impiegare un ora per introdurre 500 cmc. di gas. L'ossigeno introdotto con questa lentezza verrebbe assorbito immediatamente dai globuli rossi in modo da scongiurare il pericolo di embolie.

L'ossigeno-terapia, nata quindi in Italia per merito del Baccelli e del Bernabei, ha subito poi da noi un periodo di dimenticanza, mentre all'estero, sopratutto in Francia e in Spagna, le ricerche sono continuate con applicazioni in svariate malattie. Basterà accennare, nel campo medico, ai contributi di Portillo nel diabete e nelle nefropatie, a quelli di Bayeux sopratutto nelle forme pneumoniche acute, a quelli di Lésage nelle crisi circolatorie, nel tifo ed a quelli di Domine, Gartner, Dresca, ecc. in malattie svariate e, nel campo chirurgico, ai contributi di Thirier negli antraci, di Dodian nella gangrena gassosa e di Bayeux negli idrartri traumatici.

Si deve però giungere alla osservazione fortuita di Ravina, Benzaquen e Bibas perchè il problema dell'ossigenoterapia ipodermica ritornasse ad imporsi alla attenzione dei medici e dei ricercatori. Questi ultimi AA. infatti, nel tentativo di praticare un pneumotorace emostatico con ossigeno in un emottoico recidivante, determinarono un vasto enfisema sottocutaneo ed osservarono l'immediata cessazione dell'emottisi. Lo stesso risultato fu ottenuto in altri due malati trattati deliberatamente nello stesso modo. In una successiva comunicazione gli stessi AA. portarono la loro casistica a 38 casi di cui 25 con risultati immediati e definitivi, 6 con risultati tardivi, e 7 senza alcun giovamento. Gli AA. iniettavano un litro di ossigeno sotto la cute del torace.

Poco più tardi anche Bourgeois comunicava cinque casi di emottisi vinti rapidamente colla iniezione nella cute della coscia di quantità molto minori di ossigeno (anche solo 200 cmc.).

Courcoux ha iniettato sotto la cute toracica, con rapidità, da 300 a 600 cmc., di ossigeno in venti emottoici osservando la scomparsa dell'emottisi immediatamente dopo l'iniezione in dodici casi, dopo ripetute iniezioni in quattro casi e costatando solo una efficacia relativa negli altri quattro casi. L'A. pensa che in questi ultimi la quantità di ossigeno usata sia stata insufficiente.

Rimini invece ha ottenuto successo duraturo solo in tre casi su dieci. Egli pensa pertanto che il metodo in questione non sia superiore agli altri usati fino ad oggi. Magliano comunica tre casi di cui uno con risultato negativo. Molto recentemente Diez e Gonzales hanno provato a sostituire l'ossigeno coll'aria ottenendo però dei risultati non molto brillanti.

Frattanto comparivano anche in Italia applicazioni dell'ossigenoterapia in malattie svariate e principalmente quelle del Merletti nelle tossicosi gravidiche, quelle del Levi negli antraci, del Paolazzi nelle forme pneumoniche acute, del Beggi e Picasso nelle nefriti, ecc.

Anche nella nostra clinica, appena al corrente di queste ricerche, siamo passati senz'altro alla applicazione della ossigenoterapia parenterale nella cura delle emottisi. È appunto nell'osservare e nel seguire questi malati che abbiamo potuto fare una interessante constatazione, e cioè che l'ossigeno, oltre ad una azione sull'episodio emottoico, sembra avere anche una azione nell'organismo intero col risultato di miglioramenti subbiettivi e obbiettivi.

Abbiamo allora pensato di estendere il trattamento in questione ad un gruppo di malati di tbc. polmonare non emottoici e di farne argomento delle presenti ricerche.

La tecnica da noi usata è stata la seguente. Per l'introduzione dell'ossigeno ci siamo serviti dell'apparecchio per penumotorace del De Martini, abolendo naturalmente il manometro, e mettendo in comunicazione con una bombola di ossigeno. Possono servire molto bene anche il Forlanini, il Morelli, od altri apparecchi per penumotorace. Inutile l'ossigenatore di precisione del dott. Bayeux costruito dalla società Richard di Parigi, e non idoneo per le piccole introduzioni, che noi pratichiamo, quello proposto dal Merletti.

Punto di immissione sempre la regione antero laterale della coscia, quantità: 200 cmc. Le iniezioni vengono praticate a giorni alterni, nel tessuto sottocutaneo.

La via intramuscolare è dolorosa e d'altra parte non permette l'introduzione di notevoli quantità di gas. L'iniezione deve essere praticata lentamente, almeno all'inizio, per non distendere troppo i tessuti e quindi per non provocare dolore ed anche per evitare un eventuale pericolo d'embolia nel caso di lesioni vasali. La durata del trattamento è stata d'un mese.

Nei malati così trattati abbiamo preso in considerazione il peso, la temperatura, la pressione arteriosa, l'allergia tubercolinica, la velocità di sedimentazione dei globuli rossi, il numero dei globuli rossi e bianchi, la formula leucocitaria e la formula di Arneth.

Circa i metodi usati ed i criteri di trascrizione dei risultati ci siamo attenuti alle seguenti regole.

Il peso riportato è quello osservato a digiuno sia all'inizio che alla fine del trattamento.

Nella colonna della temperatura abbiamo riportato gli estremi delle oscillazioni osservati rispettivamente nel mese precedente al trattamento e nel mese del trattamento (escludendo però i primi due giorni per dar modo all'ossigeno di far risentire la propria azione).

La pressione arteriosa è stata presa nelle stesse condizioni e collo stesso apparecchio prima ed alla fine del trattamento.

L'allergia tubercolinica è stata valutata in base al risultato dell'intradermo reazione alla Mantoux; i risultati sono stati segnati con dei + a seconda dell'intensità della reazione.

La velocità di sedimentazione dei globuli rossi è stata determinata col sistema Poindecker e Siess ed il risultato è stato trascritto con due numeri di cui il primo indica i mm. di sedimentazione al termine della prima mezz'ora ed il secondo numero indica i mm. di sedimentazione al termine di un'ora. In condizioni normali con tale metodo, a seconda dell'età e del sesso, si ottengono valori che oscillano fra 1/2 e 3/6.

Il conteggio, la formula leucocitaria e quella di Arneth sono stati praticati secondo i comuni dettami. Nella trascrizione, per non complicare le tabelle, abbiamo scritte le frazioni di globuli bianchi nel seguente ordine: neutrofili, eosinofili, basofili, linfociti e monociti per la comune formula leucocitaria e gruppo I, II, III, IV e V per quella di Arneth. Nella colonna di sinistra figurano i dati precedenti al trattamento; in quella di destra i dati rilevati alla fine del trattamento.

Facciamo precedere la nostra casistica da un piccolo gruppo di emottoici capitati ultimamente alla nostra osservazione.

I. — EMOTTOICI IN ATTO.

Luigia Q., di anni 37. Tubercolosi polmonare ulcero-caseosa bilaterale diffusa a quasi tutto l'ambito respiratorio. Stato febbrile persistente, deperimento notevole. Entra in Clinica in seguito ad emottisi recidivanti che la hanno fortemente anemizzata e che non cedono ad un pneumotorace emostatico. Si pratica allora una immissione di 200 cmc. di ossigeno ed entro mezz'ora l'emottisi cessa senza più ripetersi. Per misura prudenziale si ripete per tre volte, a giorni alterni, lo stesso trattamento.

Edvige A., di anni 18. Broncopolmonite confluente ulcerativa del lobo superiore destro; disseminazione recente a piccoli focolai nel lobo inferiore dello stesso lato e nella regione parailare di sinistra. Espettorato positivo; nettamente febbrile. Entra in Clinica in un vero stato emottoico che dura da tre giorni. Si pratica una iniezione di ossigeno di 200 cmc. seguita dalla immediata cessazione della emottisi che però si ripete più leggera dopo tre giorni per cedere immediatamente dopo una nuova somministrazione di ossigeno.

Ester F., di anni 17. Bronco-polmonite confluente fibroulcerativa del lobo superiore destro. Espettorato positivo, labilità termica, buone condizioni generali. Entra in Clinica con una lieve emottisi che cede immediatamente alla iniezione di ossigeno.

Angela D., di anni 17. Lobite ulcerosa superiore destra. Espettorato positivo. Scarsa tossiemia. Entra in Clinica con forte emottisi che cede immediatamente alla iniezione di ossigeno. Dopo tre giorni ritorna l'emottisi per cessare immediatamente con una nuova somministrazione di ossigeno.

Giulio S., di anni 32. Broncopolmonite fibroulcerativa del lobo superiore destro. Scarsa tossiemia. Emottoico da due giorni. Si pratica una iniezione di ossigeno che determina in breve la cessazione del fatto emottoico. Per prudenza si ripete a giorni alterni, per due volte, la somministrazione dell'ossigeno.

II. — TUBERCOLOSI PLEURO-POLMONARE.

FORME PRETISICHE.

Esperia B., di anni 18. Cortico pleurite tubercolare apicale destra. Espettorato negativo. Modica tossiemia.

Peso	48,900	49
Temperatura	36°,8-38°	36°,3-37°
Pressione arteriosa . .	130/65	130/60
Intradermoreaz. tub. .	+ + + —	+ + — —
Vel. di sedimentaz. .	5/10	3/6
Globuli rossi	3.890.000	3.800.000
Globuli bianchi . . .	5.300	5.500
Formula leucocitaria .	51-8-1-38-2	62-4-1-26-7
Formula di Arneth. .	2-16-54-20-8	12-53-17-16-2

Giuliana C., di anni 22. Pleurite essudativa destra in fase di defervescenza.

Peso	56,4	58.2
Temperatura	36°,8-37°,9	36°,2-37°,2
Pressione arteriosa . .	105/60	115/65
Intradermoreaz. tub. .	+ + + —	+ + + —
Vel. di sedimentaz. .	9/22	6/15
Globuli rossi	3.250.000	3.400.000
Globuli bianchi . . .	5.900	6.700
Formula leucocitaria .	60-2-0-34-4	68-1-1-27-3
Quadro di Arneth . .	10-37-37-13-3	14-41-34-8-2

Lucia S., di anni 16. Pleurite essudativa destra in fase di defervescenza. Lieve tossiemia.

Peso	41,4	42
Temperatura	37°-37°,5	36°,5-37°,2
Pressione arteriosa . .	125/60	130/70
Intradermoreaz. tub. .	+ + — —	+ + — —
Vel. di sedimentaz. .	10/19	7/14
Globuli rossi	3.100.000	3.500.000
Globuli bianchi . . .	6.100	8.300
Formula leucocitaria .	44-2-1-47-6	55-1-0-40-6
Quadro di Arneth . .	24-30-30-15-3	29-33-27-11-4

Ida S., di anni 23. Linfoadenite e linfangioite tubercolare peribronchiale e ilare. Espettorato negativo; modica tossiemia.

Peso	43,2	44,5
Temperatura	36°,5-37°,2	apirettica
Pressione arteriosa . .	95/55	95/55
Intradermoreaz. tub. .	+ + + —	+ + + —

Vel. di sedimentaz.	6/12	6/12
Globuli rossi	4.050.000	4.350.000
Globuli bianchi	7.500	7.900
Formula leucocitaria	53-2-0-36-9	61-1-0-31-6
Quadro di Arneth	8-31-38-20-3	12-36-36-14-2

Lucia R., di anni 27. Pleurocorticalite tubercolare apicale destra. Lieve tossiemia. Espettorato negativo.

Peso	44,1	44
Temperatura	apirettica	apirettica
Pressione arteriosa	105/60	110/60
Intradermoreaz. tub.	+ + — —	+ + — —
Vel. di sedimentaz.	7/16	6/12
Globuli rossi	4.100.000	4.150.000
Globuli bianchi	6.800	7.200
Formula leucocitaria	62-3-1-27-7	64-2-0-29-6
Quadro di Arneth	11-35-31-18-5	12-37-30-17-2

FORME TISICHE.

Mafalda C., di anni 28. Tubercolosi ulcero-caseosa lobo superiore destro. Modica tossiemia.

Peso	48	49,2
Temperatura	apiressia	apiressia
Pressione arteriosa	105/65	122/70
Intradermoreaz. tub.	+ +	+ +
Vel. di sedimentaz.	21/29	20/25
Globuli rossi	3.120.000	3.230.000
Globuli bianchi	7.200	9.300
Formula leucocitaria	72-2-1-19-6	78-3-0-17-2
Formula di Arneth.	12-50-26-11-1	19-46-25-8-2

Enrichetta C., di anni 22. Lobite ulcerosa inferiore destra. Espettorato positivo. Scarsissima tossiemia.

Peso	63,700	66,800
Temperatura	36°,7-37°,5	36°,4-37°,3
Pressione arteriosa	130/70	145/75
Intradermoreaz. tub.	+ + — —	+ + + —
Vel. di sedimentaz.	22/28	20/25
Globuli rossi	4.000.000	4.000.000
Globuli bianchi	7.100	8.200
Formula leucocitaria	66-4-0-24-2	70-2-0-24-4
Formula di Arneth.	12-56-20-8-4	29-46-19-3-1

Gerolamo F., di anni 44. Bronco-polmonite tubercolare fibroulcerativa dei lobi superiori con prevalenti fatti cavitari a sinistra. Pneumotorace terapeutico a sinistra.

Peso	60,700	60,2
Temperatura	37°-39°	36°,2-37°,1
Pressione arteriosa	90/55	95/55
Intradermoreaz. tub.	+ + — —	+ + + —
Vel. di sedimentaz.	13/21	10/12
Globuli rossi	3.190.000	4.200.000
Formula leucocitaria	61-3-0-28-8	75-2-1-16-6
Formula di Arneth.	10-50-26-4-0	12-52-26-8-2
Globuli bianchi	6.400	7.100

Ester F., di anni 17. Bronco-polmonite tubercolare fibroulcerativa confluente nel lobo superiore destro. Espettorato positivo. Scarsissima tossiemia.

Peso	51,9	50,7
Temperatura	apirettica	apirettica
Pressione arteriosa	120/70	125/70
Intradermoreaz. tub.	+ + + —	+ + + —
Vel. di sedimentaz.	11/21	8/12
Globuli rossi	4.050.000	4.000.000
Globuli bianchi	6.800	7.200
Formula leucocitaria	61-1-0-33-5	67-1-0-26-6
Quadro di Arneth	12-39-37-10-2	16-42-35-6-1

Giuseppe C., di anni 21. Broncopolmonite tubercolare fibroulcerativa del lobo superiore destro. Modica tossiemia. Espettorato positivo. Pneumotorace terapeutico.

Peso	75	76,1
Temperatura	apirettico	apirettico
Pressione arteriosa	115/50	125/60
Intradermoreaz. tub.	+ + — —	+ + — —
Vel. di sedimentaz.	7/14	6/10
Globuli rossi	4.250.000	4.380.000
Globuli bianchi	6.800	7.200
Formula leucocitaria	61-2-1-28-9	68-4-0-20-8
Formula di Arneth.	6-32-42-18-2	16-33-36-11-4

Giovanni C., di anni 56. Broncopolmonite tubercolare fibroulcerativa bilaterale prevalente a destra. Spiccata tossiemia. Espettorato positivo.

Peso	50,1	50,7
Temperatura	37°-38°,2	37°-38°,3
Pressione arteriosa	70/40	75/40
Intradermoreaz. tub.	+ — — —	+ — — —
Vel. di sedimentaz.	19/31	18/28
Globuli rossi	2.890.000	3.100.000
Globuli bianchi	8.100	9.500
Formula leucocitaria	80-2-0-11-7	82-2-0-9-7
Quadro di Arneth.	12-55-30-3-0	19-46-26-8-1

Edvige A., di anni 18. Broncopolmonite tubercolare ulcerativa prevalente nel lobo superiore destro. Buone condizioni generali. Espettorato positivo.

Peso	47,7	50,2
Temperatura	36°,5-37°,5	36°-38°
Pressione arteriosa	95/50	105/60
Intradermoreaz. tub.	+ + — —	+ + — —
Vel. di sedimentaz.	14/24	7/21
Globuli rossi	3.100.000	3.350.000
Globuli bianchi	5.800	6.300
Formula leucocitaria	62-1-1-28-8	67-2-0-24-7
Quadro di Arneth	12-42-34-9-3	17-46-29-5-3

Gustavo S., di anni 27. Bronco-polmonite tubercolare ulcerativa bilaterale altamente diffusa. Espettorato positivo. Spiccata tossiemia. Pneumotorace terapeutico a destra.

Peso	51,3	51,6
Temperatura	36°,8-38°,1	36°,8-37°,7
Pressione arteriosa	100/55	100/55
Intradermoreaz. tub.	+ — — —	+ — — —
Vel. di sedimentaz.	22/37	20/34
Globuli rossi	3.100.000	3.250.000
Globuli bianchi	8.500	8.300
Formula leucocitaria	76-0-1-15-8	77-1-0-15-7
Quadro di Arneth	25-41-20-11-3	29-43-18-8-2

Giulio M., di anni 27. Bronco-polmonite tubercolare ulcerativa del lobo superiore di sinistra. Pneumotorace terapeutico. Buone condizioni generali.

Peso	67,3	67,7
Temperatura	apirettico	apirettico
Pressione arteriosa	120/60	125/60
Intradermoreaz. tub.	+ + — —	+ + — —
Vel. di sedimentaz.	6/12	5/11

Globuli rossi	4.560.000	4.500.000
Globuli bianchi	7.100	7.300
Formula leucocitaria	63-2-1-28-6	68-1-0-26-5
Quadro di Arneth	8-35-38-16-3	14-39-32-11-4

Lucia R., di anni 19. Bronco-polmonite tubercolare ulcerativa del lobo superiore destro. Pneumotorace terapeutico. Condizioni generali scadenti.

Peso	46,5	47,2
Temperatura	apirettica	apirettica
Pressione arteriosa	100/60	110/65
Intradermoreaz. tub.	+ — — —	+ — — —
Vel. di sedimentaz.	12/26	8/15
Globuli rossi	3.700.000	3.950.000
Globuli bianchi	8.100	8.000
Formula leucocitaria	61-1-0-29-8	66-1-0-23-7
Quadro di Arneth	11-48-23-12-6	15-49-19-13-4

Gaetano S., di anni 35. Broncopolmonite tubercolare produttiva dei due lobi superiori ma prevalente a destra. Espettorato negativo. Modica tossiemia.

Peso	56,4	58,2
Temperatura	36°,4-37°,3	36°,3-36°,9
Pressione arteriosa	110/60	110/60
Intradermoreaz. tub.	+ + + —	+ + — —
Vel. di sedimentaz.	8/17	8/16
Globuli rossi	4.100.000	4.050.000
Globuli bianchi	6.800	7.300
Formula leucocitaria	56-1-0-37-6	63-0-0-31-6
Quadro di Arneth	9-31-31-24-5	13-35-32-16-4

Aristide R., di anni 31. Broncopolmonite produttiva tubercolare della regione apico subapicale destra. Espettorato negativo. Modica tossiemia.

Peso	65,3	65
Temperatura	apirettico	apirettico
Pressione arteriosa	120/65	125/65
Intradermoreaz. tub.	+ + — —	+ + + —
Vel. di sedimentaz.	6/13	6/12
Globuli rossi	4.560.000	4.500.000
Globuli bianchi	6.800	7.100
Formula leucocitaria	69-2-0-24-5	68-2-1-25-4
Quadro di Arneth	12-32-41-12-3	15-33-38-12-2

Filippo S., di anni 28. Bronco-polmonite tubercolare sclero-ulcerativa bilaterale prevalente a sinistra. Espettorato positivo. Modica tossiemia.

Peso	61,4	62
Temperatura	36°,7-37°,3	36°,6-37°,2
Pressione arteriosa	110/55	120/60
Intradermoreaz. tub.	+ — — —	+ — — —
Vel. di sedimentaz.	12/31	7/26
Globuli rossi	3.900.000	3.950.000
Globuli bianchi	7.200	7.300
Formula leucocitaria	67-0-0-26-7	68-1-0-25-6
Quadro di Arneth	21-38-30-8-2	—

FORME GENERALIZZATE.

Giordana P., di anni 22. Miliare subacuta con localizzazioni prevalenti nell'ambito respiratorio, intestinale e peritoneale. Grave tossiemia.

Peso	46,3	45,1
Temperatura	37°-39°,2	37°-39°
Pressione arteriosa	105/50	100/50
Intradermoreaz. tub.	+ — — —	+ — — —
Vel. di sedimentaz.	25/36	22/30
Formula leucocitaria	1.890.000	1.900.000
Globuli rossi	71-0-0-20-9	75-0-0-17-7
Globuli bianchi	7.900	7.800
Quadro di Arneth	13-41-33-10-3	15-40-31-11-3

Giulio S., di anni 24. Miliare subacuta con elevazioni termiche intermittenti e spiccata tossiemia.

Peso	44,2	44,3
Temperatura	37°-39°,4	37°-39°
Pressione arteriosa	110/70	115/70
Intradermoreaz. tub.	+ — — —	+ — — —
Vel. di sedimentaz.	16/34	12/28
Globuli rossi	2.300.000	2.300.000
Globuli bianchi	7.100	7.300
Formula leucocitaria	60-0-0-34-6	65-1-0-29-5
Quadro di Arneth	9-24-50-15-2	11-31-43-14-1

Passiamo ad esaminare i risultati delle nostre ricerche.

Il peso dei malati tende generalmente ad aumentare. In tre casi esso è diminuito, in due è rimasto stazionario e negli altri è aumentato leggermente.

La temperatura non è mai aumentata; in qualche caso è rimasta stazionaria ma nella maggior parte dei casi tende ad abbassarsi leggermente. Degno di nota è il caso Esperia B. che da tre mesi presentava una febbricola ribelle a tutti i trattamenti e che dopo tre iniezioni di ossigeno è diventata apirettica.

La pressione arteriosa tende all'aumento sia la massima che la minima. In un solo caso è leggermente diminuita, in quattro è rimasta stazionaria e in tutti gli altri è aumentata.

L'intradermo-reazione tubercolinica non sembra presentare notevoli variazioni. Non ci sentiamo però in questo caso di portare delle conclusioni decisive perchè troppo difficile riesce il valutare piccole differenze a distanza di un mese. Comunque sembrerebbe che nella maggior parte dei casi l'allergia tubercolinica non presenti apprezzabili modificazioni; nei rimanenti casi si riscontra ora leggermente diminuita ora leggermente aumentata.

La velocità di sedimentazione delle emazie si presenta costantemente rallentata.

I globuli rossi tendono per lo più all'aumento.

Anche i globuli bianchi tendono all'aumento.

La formula leucocitaria dimostra un aumento assoluto (dato l'aumento di globuli bianchi) dei neutrofili.

La formula di Arneth dimostra una maggiore deviazione a sinistra.

Oltre a questi dati obbiettivi l'interrogazione del malato denota un miglioramento della cenestesi ed un aumento dell'appetito.

Si potrebbe forse obbiettare che una parte

dei malati era in cura pneumotoracica e che quindi i risultati vantaggiosi, od almeno una parte di essi, siano da riferirsi piuttosto al pneumotorace che non all'ossigeno. Senonchè in questi casi abbiamo avuto l'accortezza di servirci di malati da lungo tempo in cura e stazionari nella loro sintomatologia clinica in modo da poter egualmente discriminare, nei limiti del possibile, quanto era da riferire al pneumotorace e quanto alle iniezioni di ossigeno.

L'ossigeno-terapia nella tubercolosi polmonare dimostra dunque un potere eutrofico, come risulta dall'aumento in peso dei malati, una influenza benefica sull'apparato cardio vascolare come risulta dall'aumento della pressione sanguigna; uno stimolo eritrocitogenetico come risulta dall'aumento delle emazie; ed una attenuazione della gravità della malattia come risulta dal rallentamento della velocità di sedimentazione delle emazie. Anche le condizioni subbiettive migliorano per il miglioramento della cenestesi e l'aumento dell'appetito. Queste modificazioni non si riscontrano nella totalità dei casi; ma costituiscono però l'osservazione più frequente tanto da poter concludere che l'ossigeno terapia ipodermica costituisce effettivamente un utile tentativo spesso apportatore di benefici risultati.

Per spiegarci quest'azione dell'ossigeno occorre ricordare brevemente la sua funzione nell'organismo. Normalmente l'ossigeno entra nel sangue, a livello dell'apparato respiratorio, seguendo le leggi della diffusione e cioè passando dal luogo di maggior tensione (alveolo) al luogo di minor tensione (sangue); nello stesso tempo il CO_2 fa il cammino inverso passando cioè dal sangue all'alveolo. L'ossigeno si fissa alle emazie e viene trasportato ai tessuti per servire ai processi ossidativi che avvengono per la continua attività vitale. L'ossigeno però che serve per questi processi non è già quello molecolare che è fissato dai globuli rossi ma l'ossigeno atomico che sembra liberarsi dal precedente in seguito a processi di riduzione; questi ultimi infatti, come riferisce Merletti, danno luogo a ossigeno nascente che fisserebbe un atomo dell'ossigeno molecolare, liberando l'altro atomo, che diviene attivo e idoneo a compiere l'ossidazioni cellulari.

Si comprende quindi l'importanza che l'ossigeno ha nel ricambio intermedio e le ripercussioni generali che debbono seguire alla carenza di tale prodotto.

Se teniamo inoltre presente le alterazioni metaboliche che avvengono nel tubercoloso (vedi Bufano: relazione alla Sez. Ligure F. I. N. F. per la Lotta contro la T.B.C. gennaio 34) specialmente per l'insufficienza epatica con formazione di prodotti incompletamente elaborati, si comprende anche l'importanza che potrebbe assumere l'ossigeno nel facilitare l'ulteriore ossidazione di tali prodotti.

Anche i tossici batterici, così come le scorie del ricambio, debbono subire gli stessi processi di ossidazione per venire distrutti.

Queste induzioni sono del resto ampiamente confermate da numerose esperienze. Non ci soffermeremo sul potere antianossiemico dell'ossigeno, ormai ben conosciuto, ma accenneremo solo alle ricerche che ne dimostrano il potere stimolante sul ricambio e l'azione antitossica. Già le esperienze del Bernabei e del Mariani hanno dimostrato che l'ossigeno determina un aumento della eliminazione dell'urea ed una diminuzione della tossicità urinaria. Le recenti ricerche di Beggi e Picassi dimostrano nei nefritici una diminuzione del tasso ureico ematico, dell'albuminuria (che in qualche caso scompare) ed un aumento della eliminazione dei cloruri. Quelle di Paolazzi nelle forme pneumoniche acute dimostrano l'azione antiacidosica ed il miglioramento delle condizioni generali; quelle del Merletti nella tossicosi gravidica e di Paolillo nelle alterazioni del ricambio dimostrano rispettivamente l'azione antitossica e l'azione stimolante sul ricambio dell'ossigeno introdotto per via sottocutanea.

Anche nella tubercolosi succederebbe un eguale comportamento. L'ossigeno introdotto sottocute si diffonde rapidamente e porterebbe ad un aumento delle ossidazioni, col risultato di una diminuzione della tossicosi; di cui potrebbe essere espressione il rallentamento della velocità di sedimentazione delle emazie, la diminuzione della temperatura, l'aumento del peso ed, in una parola, il miglioramento generale.

Assai più difficile da spiegare invece è l'azione antiemottoica dell'ossigeno. I primi AA., dato l'effetto quasi immediato dell'intervento, pensarono ad un meccanismo riflesso messo in moto dall'enfisema sottocutaneo del metamero corrispondente. Senonchè le esperienze ulteriori dimostrarono che i risultati non variavano anche introducendo l'ossigeno in zone molto distanti. Si è pensato allora ad una azione dell'ossigeno sulla coagulazione del sangue ma le ricerche espressamente eseguite da Gliozzi dimostrarono che le iniezioni di ossigeno nel tubercoloso non modificano, in modo apprezzabile, nè il tempo di stillicidio nè il tempo

di coagulazione. Probabilmente quindi, anche in questi casi, noi pensiamo che si tratti di un azione stimolante generale col risultato della messa in moto di quei meccanismi normali di protezione che portano all'arresto dell'emottisi.

Crediamo quindi di dover concludere che la ossigeno terapia ipodermica creata dal Bernabei e diffusa in seguito alla osservazione casuale di Ravina, Benzaquen e Bibas, colla sua azione trofica, emopoietica ed antitossica possa riuscire di indubbia utilità nella cura della tubercolosi polmonare associata od intercalata colle altre cure.

Come rimedio d'urgenza delle emottisi l'ossigeno terapia dovrebbe venire costantemente usata data la sua efficacia, semplicità e rapidità di applicazione. Ad essa potranno unirsi o seguire tutti quegli altri interventi che si rendessero eventualmente necessari. Di fronte al pneumotorace emostatico avrebbe il vantaggio di non far perdere un tempo prezioso nella ricerca del punto sanguinante, ma di permettere anzi coll'arresto, anche se solo temporaneo dell'emottisi, come avviene in qualche caso, di cercare con calma e precisione il lato leso per intervenire poi magari con un pneumotorace nello stesso tempo emostatico e terapeutico.

Da queste esperienze si può anche dedurre un'altra conclusione: cioè la superiorità del pneumotorace con ossigeno su quella del pneumotorace con azoto; anzi, non è improbabile che nel comune penumotorace l'ossigeno possa contribuire ai benefici risultati legati a tale intervento.

RIASSUNTO.

L'A. ha applicato l'ossigeno terapia ipodermica ad un gruppo di tubercolosi seguendo sopratutto il comportamento del peso, della temperatura, della pressione arteriosa, della allergia tubercolinica, della velocità di sedimentazione delle emazie, del numero dei globuli rossi e bianchi e del quadro di Arneth. I risultati delle esperienze dimostrano che al trattamento in questione spetta una evidente azione trofica generale, cardio-vaso-cinetica, emopoietica ed antitossica.

L'ossigeno terapia ipodermica poi è quasi sempre apportatrice di buoni risultati nelle emottisi; le recidive che qualche volta si osservano sembrano potersi scongiurare prolungando per qualche tempo il trattamento.

BIBLIOGRAFIA.

Bayeux. Académie des Sc., febbraio 1915.
Id. La Presse Médicale, aprile 1915.
Beggi e Picasso. Il Morgagni, aprile 1935.
Bernabei. Policlinico, Sez. Medica, maggio-giugno 1900.
Id. Riforma Medica, febbraio 1903.
Courcoux. Société d'étude Sc. sur la Tuber., dicembre 1933.
Id. Revue de la Tub., febbraio 1934.
Id. La Presse Médicale, luglio 1934.
Gliozzi. L'Ospedale Maggiore di Novara, febbraio 1935.
Levi. Accademia Medico-Fisica Fiorentina, giugno 1932.
Magliano. Liguria Medica, 1934.
Mariani. Cronaca della Clinica Medica di Genova, luglio 1903.
Id. R. Accademia Medica di Genova, febbraio 1913.
Merletti. La Clinica Ostetrica, maggio 1935.
Paolazzi. Riforma Medica, luglio 1929.
Ravina, Benzaquen e Bibas. Société d'études Sc. sur la Tub., febbraio 1933.
Id., Id., Id. Revue de la Tuberculose, aprile 1933.
Rimini. Rivista di Patologia dell'Apparato Respiratorio, aprile 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Clinica Chirurgica
della R. Università di Bologna
Direttore: On. prof. Raffaele Paolucci

Sopra due casi di rettite stenosante infiltrativa. (1)

Dott. Giuseppe Bendandi, assistente.

Considerazioni eminentemente basate sulla relativa rarità, sulle difficoltà della diagnostica, particolarmente in rapporto alla diagnosi differenziale, sul problema tuttora non chiarito della patogenesi e infine sul metodo di scelta per il trattamento curativo, se debba esso essere medico o chirurgico, mi hanno convinto dell'interesse pratico che potevano presentare questi due casi di rettite stenosante infiltrativa, che sono venuti alla nostra osservazione nella Clinica Chirurgica di Bologna e che sono stati operati di amputazione perineale del retto del mio Maestro prof. Paolucci.

Vi illustro brevemente i dati che si riferiscono ai due casi in parola:

Nel primo si trattava di una donna di 56 anni, di Bologna, che è entrata in clinica ai primi di ottobre e l'anamnesi remota della quale non presentava nulla d'interessante ad eccezione di un « lupus » iniziato 10 anni prima. Risalivano a 10 mesi prima i disturbi iniziali; cominciò a lamentarsi di dolori durante la defecazione, di un grave senso di tenesmo, per il quale era costretta a sottostare 4-5 volte al giorno a tentativi spesso

(1) Comunicazione alla Società Medico-Chirurgica della Romagna in Ravenna. 18 nov. 1934-XIII.

inutili di svuotare l'alvo; insieme alle feci, dure, nastriformi, emetteva spesso un liquame sanguigno purulento per quanto non in grande quantità.

Questa sintomatologia è continuata eguale e col progredire nel tempo è andata aggravandosi e da un mese si era resa particolarmente intensa; la defecazione era dolorosissima, la stitichezza tale che per svuotare l'alvo la P. doveva continuamente ricorrere a lavaggi intestinali, durante i quali, da tre mesi circa, i famigliari avevano notato che il liquido immesso nel retto, fuoriusciva dalla vagina dalla quale perdeva anche continuamente un liquame fecaloide. Le feci emesse erano dure, nastriformi, vere scibale; la minzione era accompagnata da bruciore ed era pure difficoltata. In 10 mesi la P. era diminuita più di 12 Kg. in peso corporeo.

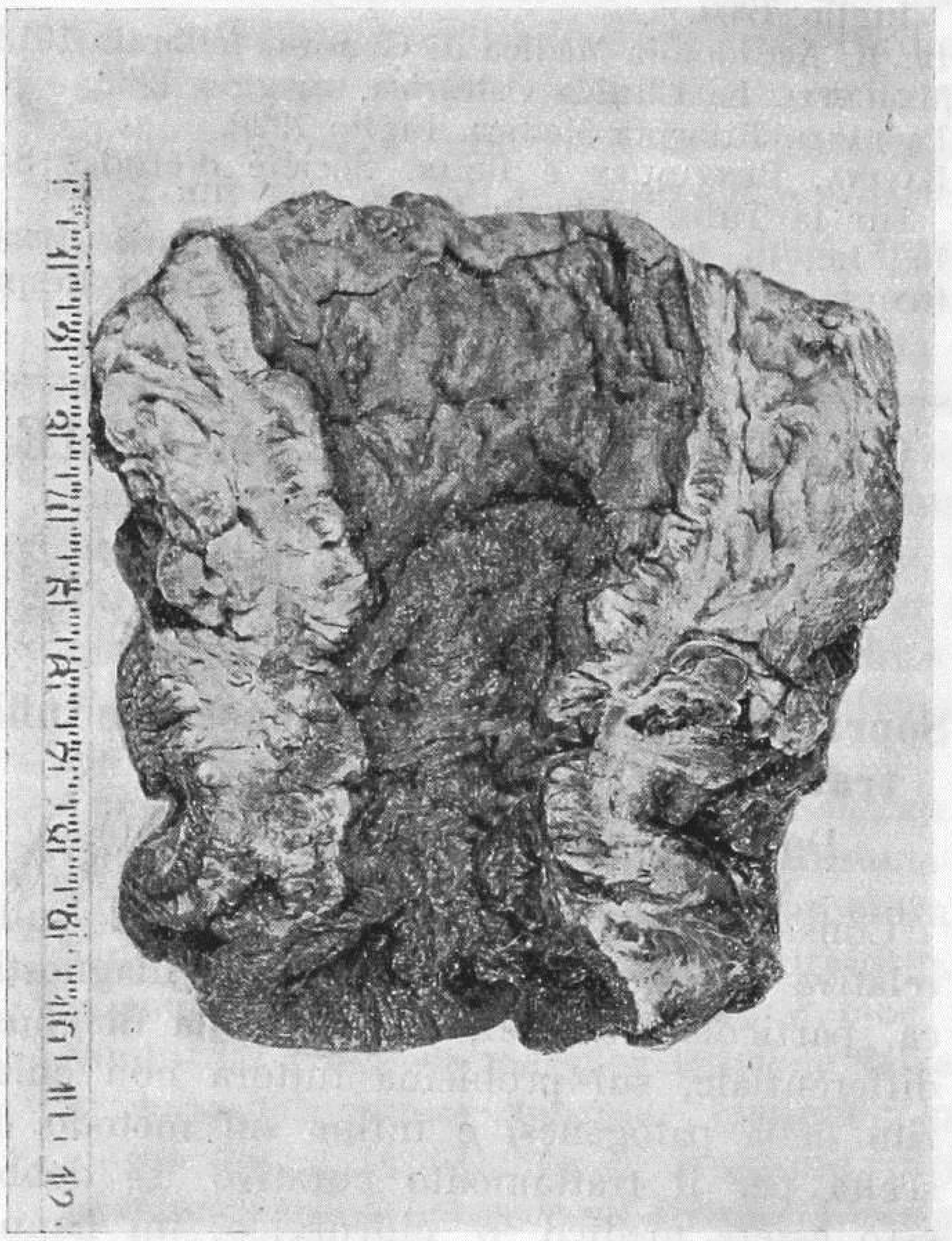


FIG. 1.

Al suo ingresso in Clinica l'inferma presentava un diffuso colorito giallognolo della cute, una notevole ipotonia muscolare, un decadimento organico generalizzato. L'esame obbiettivo non metteva in rilievo nulla di notevole all'esame dei grandi apparati, sul viso varie chiazze lupose occupavano il naso e la guancia sinistra, ma molto limitatamente. Il riscontro rettale mostrava un restringimento in toto, cilindrico, della prima porzione dell'ampolla rettale, oltre il quale si arrestava il dito esploratore. La parete del retto aveva perso la sua naturale mollezza e si presentava dura, fibrosa, sclerotica. Non erano percepibili rilevatezze e ineguaglianze o callosità. Posteriormente si avvertiva in corrispondenza del sacro, una massa non delimitabile in alto, che faceva ernia nel lume rettale. Esisteva un tramite fistoloso fra retto e vagina, in corrispondenza del terzo medio di questa.

All'intervento eseguito in anestesia rachidea, col metodo dell'amputazione del retto per via perineale, appena abbattuto il coccige, fuoriuscì una notevole quantità di pus sanioso da una sacca presacrale abbastanza voluminosa. Isolata quindi con zaffi la parete posteriore, previo rinnovo del materiale d'operazione per evitare fin dove possibile infezione, si aprì il Douglas e venne asportato il retto per circa 18 cm. in alto, insieme alla parete posteriore della vagina che presentava una fistola in comunicazione col retto, di cui già ho detto, e che era stata suturata all'inizio dell'intervento. Un tubo di gomma venne posto nel moncone d'amputazione del retto e l'ampia residua ferita venne zaffata con garze imbevute d'olio gomenolato.

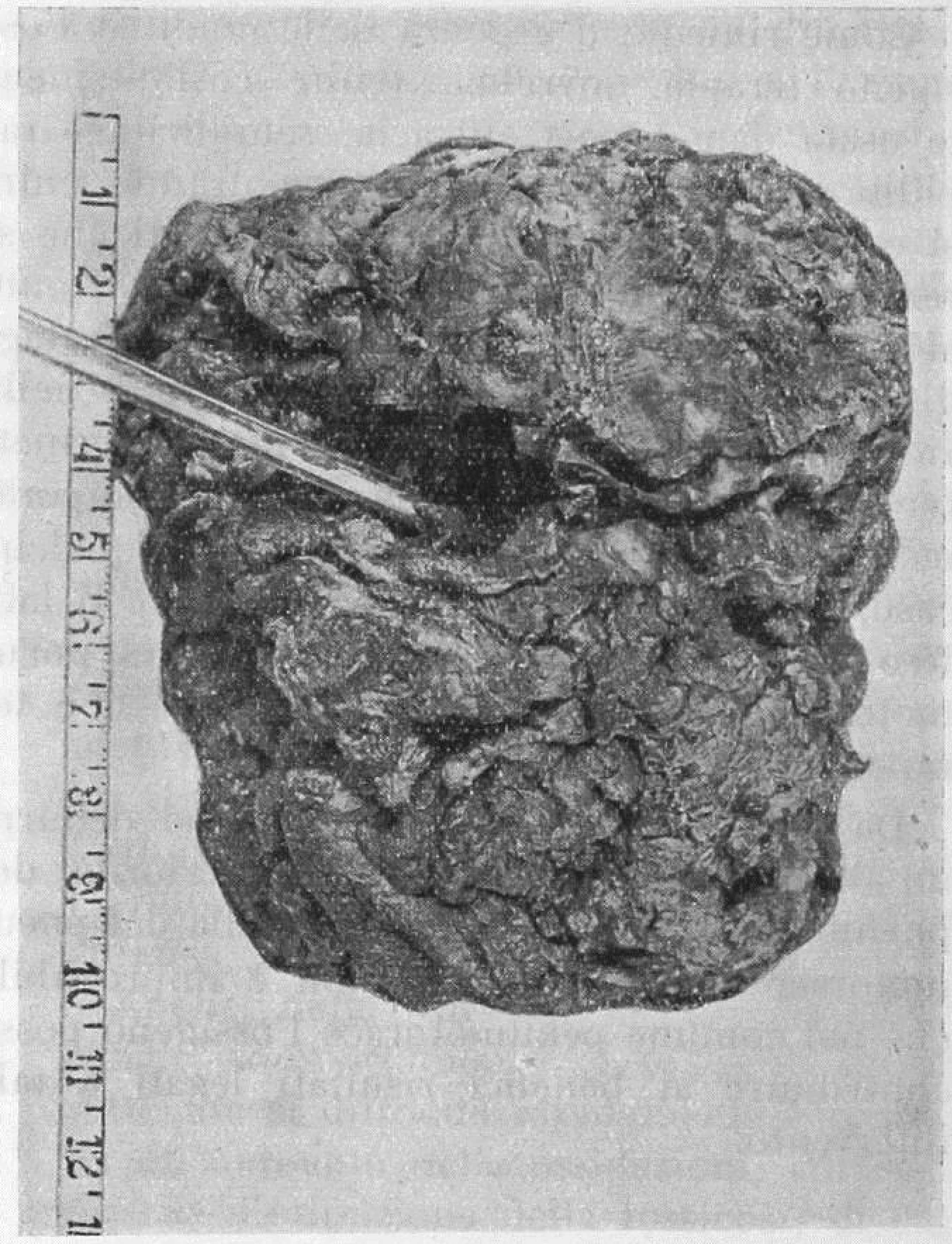


FIG. 2.

L'esame macroscopico del pezzo asportato (figura 1) mette in evidenza un'ispessimento della parete propria del retto, addossato al quale si osserva, dall'esterno, una vasta zona di tessuto sclerolipomatoso. Una abbondante secrezione catarrale è diffusa su tutta la superficie mucosa; essa è molto densa e difficilmente si distacca. Rimosso l'induito mucoso, si osserva una zona corrispondente a tutta l'ampolla rettale, la quale presenta una soluzione di continuo della mucosa delimitata verso il basso e verso l'alto da una linea di demarcazione nettamente segnata; in basso la linea corrisponde al margine fra mucosa anale e rettale. Il fondo dell'ulcerazione che è estesa a tutta la circonferenza della mucosa rettale nella zona presenta un'essudato puriforme misto a scarso pigmento ematico. Rimuovendo l'essudato si può constatare che il fondo dell'ulcerazione è costituito da uno strato connettivale compatto di tipo cicatriziale. Esaminando il pezzo dalla faccia posteriore (fig. 2) o sacrale del

retto si riscontra nello spessore del tessuto sclero lipomatoso che avvolge il retto, che esiste un'ampia cavità ulcerata, ricoperta da tessuto fibrinoso compatto, intensamente colorato da sangue. La cavità descritta presenta numerosi sfondati irregolari diretti tutti dal più al meno, verso la parete rettale. Attraverso uno di questi sfondati si penetra in tutta vicinanza della parete rettale, come si può constatare colla palpazione combinata. Sono stati praticati esami istologici di frammenti prelevati in corrispondenza della parete rettale, della zona mucosa ulcerata e del tessuto sclerolipomatoso perirettale. Il reperto istologico ha permesso di rilevare un'intensa reazione mesenchimale a tipo linfocitoide egualmente diffusa in tutti gli strati della parete rettale esaminati. In alcuni campi microscopici si sono potute mettere in evidenza cellule giganti tipo Langhans.

Il seguito post'operatorio è stato normale; la P. è degente in clinica a un mese circa dall'intervento. Lo scarico delle feci si compie regolarmente senza dolori, la breccia operatoria è notevolmente ridotta, le condizioni generali organiche sono molto migliorate. La medicazione, anche due volte al giorno è sempre stata eseguita usando materiale imbevuto d'olio gomenolato che dà degli ottimi risultati in questo genere di ferite.

Il secondo caso si riferisce anch'esso a una donna, di più giovane età, 46 anni, pure di Bologna, presentatasi a noi quasi contemporaneamente alla prima, la quale aveva nel suo passato morboso un dato particolarmente interessante e cioè era stata contagiata di sifilide 18 anni prima e non aveva mai seguito un trattamento curativo regolare.

I primi dolori che accompagnarono la defecazione, che avveniva con molta fatica, insorsero 5 anni fa e sono andati d'allora sempre progressivamente aumentando. Perdeva inoltre continuamente dall'ano un liquame rossastro misto a pus ed era costretta per questo a mantenere una fascia protettiva. La defecazione si compiva con sforzi e dolori insopportabili, violenti e solo dopo tentativi a lungo protratti, riusciva ad emettere piccole quantità di feci dure nastriformi. Anche i purganti e i lavaggi intestinali a cui la P. ricorreva di continuo, non modificavano sensibilmente i dolori della defecazione, nè la consistenza, nè la quantità delle feci.

La P. si mostrava in condizioni generali buone. L'esplorazione rettale dolorosissima, rivelava una stenosi ampollare a distanza di 3-4 cm. dall'ano. Le pareti rettali erano spesse infiltrate inelastiche. Venne eseguita una siero reazione di Wassermann, ma risultò negativa. L'esame radiologico con clisma opaco mise in evidenza un'ampolla rettale fortemente stenotica rigida e ridotta ad un breve tragitto della grossezza di un dito pollice.

In anestesia rachidea si praticò l'intervento col metodo usato nel caso precedente; asportato il coccige e i muscoli elevatori dell'ano, si dovette procedere all'ablazione di un tratto della parete posteriore della vagina aderentissima al tessuto peritoneale infiammato. Aperto il Douglas si arrivò molto in alto per poter asportare la porzione sopra ampollare del retto, la quale era invasa da un processo infiammatorio tale che la minima trazione esercitata bastava per lacerare i tessuti. Il peritoneo del Douglas venne suturato alla parete anteriore del retto; solito drenaggio con garza all'olio gomenolato e tubo di gomma nel moncone retto sigmoideo.

L'esame del pezzo operatorio (fig. 3) porta a rilevare che in corrispondenza della superficie mucosa si riscontra un lembo di mucosa rettale (porzione sovrampollare) la quale appare normale, salvo una modica stratificazione catarrale. In direzione del margine anale la detta superficie mucosa si interrompe bruscamente con un margine festonato e nettamente sottominato. Al di là del lembo di mucosa descritto la parete rettale nella sua porzione ampollare è completamente sprovvista di mucosa fino al margine anale, dove compare soltanto un breve tratto di mucosa anale, anche essa a margini frastagliati e sottominati.



FIG. 3.

Tutta l'ampolla quindi è sprovvista completamente di mucosa; la superficie è ricoperta da sangue coagulato e lembi di fibrina allo stato ialino. La presenza di queste deposizioni rende la superficie ampollare scabrosa e irregolare nel suo aspetto. All'esame della superfice di sezione della parete rettale si riscontra macroscopicamente un intenso ispessimento della parete muscolare in tutti i suoi strati. Il tessuto adiposo perirettale appare duro e sclerotico al taglio. Il contorno del forame anale appare segnato da numerosi nodi emorroidari di volume variabile disposti gli uni dietro gli altri in colonna quasi continua. L'esame istologico eseguito su frammenti prelevati in corrispondenza dei margini della mucosa anale e in vari punti della parete rettale dimostra una intensa sclerosi ed ispessimento dello strato sottomucoso, dove i vasi molto dilatati sono circondati da un alone continuo di elementi linfocitari che costituiscono attorno ai vasi un manicotto

continuo. In altri frammenti della parete rettale si osserva che la superficie interna del retto è rappresentata da uno strato fibrinoso in parte ialino in parte ricco di pigmento ematico, il quale poggia direttamente sullo strato muscolare che presenta segni di atrofia, specialmente in corrispondenza degli spazi interfascicolari, dove si nota costantemente la presenza di masse connettivali ialine compatte. Il tessuto perirettale presenta una intensa proliferazione di elementi adiposi e in corrispondenza delle pareti esterne dei vasi un'intensa proliferazione istiocitaria.

Il decorso post-operatorio è stato anche in questo caso ottimo; i dolori sono scomparsi, lo svuotamento delle feci si compie regolarmente, la breccia operatoria va colmandosi e la donna si appresta a lasciare fra breve tempo il reparto.

La malattia da cui erano affette queste due donne (le statistiche danno infatti una stragrande maggioranza del sesso femminile fra i colpiti da questa affezione) non era nel primo caso facilmente differenziabile, data l'età, le condizioni generali della p. e l'inizio del male che risaliva a 10 mesi, dal cancro del retto. Infatti l'anamnesi era muta sotto ogni riguardo relativamente ad infezioni veneree o specifiche se si eccettua la comparsa delle lesioni del lupus facciale, insorte 10 anni prima. Il riscontro rettale però metteva in evidenza un restringimento a forma cilindrica, sviluppato in alto, non ad anello ma a canale e in più non si palpavano escrescenze o le callosità proprie del cancro del retto. Il sospetto diagnostico però rimase e solamente l'esame anatomico del pezzo asportato coll'intervento chiarì la diagnosi. La presenza dell'ascesso posteriormente verso il sacro, ripieno di pus grigiastro coi caratteri della infiammazione tubercolare, l'aspetto macroscopico dei tessuti e della cavità ulcerata e infine l'esame istologico di frammenti prelevati hanno dimostrato trattarsi di un caso di rettite stenosante infiltrativa con ogni probabilità di origine tubercolare cui la presenza del lupus è di grande sostegno. Nel secondo caso invece le buone condizioni generali della donna, il dato anamnestico che faceva risalire i disturbi a cinque anni prima, la sifilide pregressa (per quanto, come dirò più avanti, studi recenti neghino qualunque importanza etiologica al treponema di Schaudin) e i dati dell'esplorazione rettale permisero di porre diagnosi di rettite stenosante infiltrativa che l'exeresi chirurgica e gli esami praticati, sui quali non ritorno, hanno confermato.

La malattia non è frequente, anzi piuttosto rara. Gutellier e Weiss (*Journal de Chirurgie*, 1934) hanno potuto fare uno studio d'insieme solamente su 139 casi operati da diversi chirurghi e nello spazio di circa 8 anni.

Degna di particolare attenzione è la patogenesi di questi restringimenti rettali; sifilide, blenorragia, e micosi sono state le cause invocate fino a pochi anni fa come le più frequenti e le più certe; l'anamnesi positiva specialmente per quanto riguardava le affezioni veneree nei soggetti ammalati nella stragrande maggioranza, la confusione che se ne faceva con le rettiti banali che non arrivano mai a determinare la stenosi, contribuivano a rendere indistinto il quadro della malattia.

Clinicamente è il fatto stenosi il punto dominante di tutta la sintomatologia; il lume del retto è ristretto da una infiltrazione sclerosa della parete e a seconda dello stadio nel quale si trova la malattia, si hanno o no lesioni ulcerative e proliferanti della mucosa. Di qui le difficoltà, le irregolarità e i dolori alla defecazione e complicazioni frequenti di fistole ed ascessi perianali.

Moderne vedute, basate sullo studio comparativo di molti casi tentano di affermare la nessuna importanza della sifilide, della blenorragia e delle micosi, come causa d'insorgenza della rettite stenosante; soltanto alla tubercolosi non si può negare un ruolo di primo piano, di gran lunga minore però di quello che gli era attribuito per il passato; il primo dei due casi illustrati per il reperto macroscopico e istologico del pezzo asportato è da riferire per l'etiologia al bacillo di Koch mentre non esistevano nel secondo caso dati sufficienti, per affermare che fosse in causa il virus di Nicolas-Favre, che sarebbe l'agente etiologico della rettite infiltrativa.

Due nomi vanno ricordati fra i molti che hanno contribuito allo studio della rettite stenosante sotto una concezione affatto nuova e cioè quelli di Jersild e Frei. La malattia non sarebbe secondo questi AA. solamente localizzata al retto, ma tutto il perineo prenderebbe parte al processo. Si tratterebbe insomma di una affezione del sistema linfatico perineale e l'infezione sarebbe sostenuta dal virus della Malattia di Nicolas e Favre, che la reazione di Frei permetterebbe di svelare. A questa prova si aggiungono le conferme istologiche dell'esistenza nei tessuti perirettali infiammati colpiti dalla malattia stenosante di un granuloma specifico, caratterizzato dall'aspetto di un micro ascesso attorniato da cellule epitelioidi disposte a palizzata.

La via di penetrazione del virus sarebbe attraverso gli organi genitali esterni, il perineo, la regione perianale, il retto, la vagina e in tutti i casi si produrrebbe una linfangite dei tessuti perirettali come fatto primario; quindi

l'infezione aggredirebbe il retto dall'esterno all'interno. Sarebbe l'invasione dei linfatici da parte del virus che determinerebbe l'infiammazione del tessuto perirettale, la quale porterebbe alla stenosi progressiva, allo strangolamento del retto.

Queste ipotesi di AA. danesi e francesi sono molto suggestive; di qui ne verrebbe una conclusione pratica per il trattamento terapeutico e cioè avere assai limitata importanza tutti i metodi di cura che agiscono direttamente sulla mucosa rettale come i vari trattamenti medici e la dilatazione per mezzo di candelette.

Gutellier e Weiss, già citati, hanno rivisto a distanza di anni molti individui operati di amputazione del retto e affermano che le recidive della malattia stenosante sono quasi la regola. Esse sono dovute alla difficoltà di poter procedere ad una exeresi così ampia che tutti i tessuti invasi dal processo linfangitico vengano asportati. Ci troviamo di fronte a una vera malattia sclerosante del cavo ischio rettale, del perineo, degli spazi sottoperitoneali e siamo nell'impossibilità di poter apprezzare clinicamente l'estensione del processo infiammatorio dei tessuti perirettali. Per queste considerazioni l'exeresi chirurgica sarà la più ampia possibile, cercando di giungere in tessuto sano non ancora invaso dal processo di linfangite. Ma per quanto il pericolo delle recidive a distanza rimanga come un dato di fatto controllato e limiti le speranze di successo dell'ablazione chirurgica nelle stenosi infiltrative del retto, essa è ancora oggi, come nei due casi gravi illustrati, non più suscettibili di trattamenti medici, nei quali le sofferenze rendono la vita oltremodo penosa, l'unica speranza di salute per i colpiti da questa malattia. Sorge alla mente come illazione logica il raffronto con quanto avviene per il cancro; è pur vero che all'asportazione chirurgica di un carcinoma gastrico, ad es., sovrasta la quasi sicurezza di una metastasi o di una recidiva, ma poichè è l'unico mezzo che allo stato attuale delle nostre conoscenze ci dia qualche speranza di guarigione seppure non duratura, noi con piena coscienza usiamo di questa unica arma di cui siamo in possesso. Così per la cura della rettite stenosante infiltrativa l'unico mezzo attuale crediamo sia l'intervento chirurgico; finchè il laboratorio non armerà la mano del medico di un *quid* specifico contro l'ancora supposto agente morbigeno, il virus di Nicolas Favre.

RIASSUNTO.

L'A. illustra due casi di rettite stenosante infiltrativa, capitati all'osservazione nella Clinica Chirurgica di Bologna e operati di amputazione perineale del retto. Riassume brevemente le moderne vedute circa l'etiologia della malattia e crede dover ritenere che la cura chirurgica, allo stato attuale, è l'unica che dia qualche possibilità di arrestare l'evolvere della rettite stenosante infiltrativa.

RELAZIONI

La diagnosi di guarigione della sifilide[1].

Prof. L. TOMMASI
Direttore della Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Palermo.

Il concetto di guarigione preso di mira dai vari AA. che si sono occupati dell'argomento è quanto mai vario nei suoi limiti e nelle sue finalità (permesso di sospendere la cura, di contrarre matrimonio; giudizio di efficacia di cura; criterio di probabilità o di presunzione; guarigione in senso anatomico, in senso etiologico). È ovvio che l'unico concetto veramente scientifico e utile è quello etiologico e cioè la morte e la scomparsa di ogni « virus sifilitico » così da essere impossibile una ripresa della malattia.

È pure necessario considerare se si può giungere alla diagnosi di guarigione del singolo malato e non, in via statistica, di gruppi.

Per poter parlare di guarigione occorre ammettere la guaribilità della sifilide. Questa ci è dimostrata: *a)* dalla sifilide sperimentale; *b)* dalle osservazioni statistiche della sifilide umana, che se non hanno valore per il singolo caso, pure ne hanno uno di insieme quando la osservazione sia stata severa, completa, per molti anni, su vasti gruppi; *c)* dalla reinfezione, anche se oggi non ha più il valore dimostrativo cruciale di un tempo per la riconosciuta possibilità di superinfezioni e di recidive spontanee simulanti al più alto grado la reinfezione.

La S. è dunque guaribile, ma con probabilità diverse secondo il tempo e la modalità della cura, in quanto la guarigione spontanea è rara e non è lecito confidare in essa: *quanto più precoce, intensa e duratura è la terapia, tanto maggiore probabilità di guarigione esiste.* A proposito delle cure precoci e intense va però tenuto presente che esse impediscono la formazione di immunità e di allergia e quindi alla sola cura viene affidata la guarigione: se la sterilizzazione è incompleta si potranno avere S. per lungo tempo asinto-

---

(1) Relazione ufficiale al IX Congresso internazionale di Dermatologia (Budapest, sett. 1935): autoriassunto.

matiche, forme anormali, lesioni interne, risvegli autogeni ecc. In conclusione: la sifilide è guaribile anche in assenza di cure e la guarigione è tanto più probabile quanto migliore e più precoce è stata la cura.

Per la diagnosi di guarigione del singolo malato l'ostacolo essenziale è la difficoltà di distinguere la guarigione dalle latenze che possono essere complete e lunghe (anche oltre 50 anni). Tale distinzione è tentata in base a vari criteri clinici, sierologici, immunitari e di saggio della infeziosità residua.

1) *Criteri clinici*:

a) Età della sifilide. È noto che la infezione si va attenuando con il tempo; bisogna però tenere presente che possono comparire riprese e contagi anche dopo molti decenni e anche in casi ben curati; che clinicamente, radiologicamente e specie necroscopicamente sono stati trovati sempre, o quasi, segni attivi di S. in luetici ben curati, anche ritenuti guariti.

b) Gravità della infezione. Non esiste parallelismo fra gravità del decorso iniziale e guaribilità della infezione; anzi infezioni con decorso benigno possono dare risvegli lontani e da alcuni AA. sono ritenute più facilmente portanti alle metalue. Maggiore importanza ha la constatazione di recidive tardive cliniche e sierologiche: una forma non guarita dopo 3-4 anni di cure, può rimanere silente con cure successive, ma difficilmente guarirà.

c) Criterio terapeutico. La guarigione più frequente è in dipendenza di cura ben condotta, specie se precoce. Ma è petizione di principio giudicare qualcuno guarito sòlo perchè ha fatto cure ritenute sufficienti.

d) Esame clinico del sifilitico. Esso deve essere stato più volte negativo anche rispetto a tutti i più fini mezzi di indagini. Ha speciale valore il confronto attraverso il tempo di sintomi e rilievi anche minimi. In ogni modo la negatività è dato necessario ma non sufficiente per la diagnosi di guarigione, dato che molte volte al tavolo anatomico vengono trovate lesioni luetiche insospettate, e numerosi sono i casi di recidive molto tardive. Gli esami radiologici non sono per questo effetto che un completamento ed affinamento dell'esame clinico.

2) *Criteri sierologici*.

a) Le sierodiagnosi, anche le più fini, sono di frequente negative nelle latenze tardive e qualche volta lo sono anche in forme antiche ma attive (aortiti, lesioni oculari o auricolari, tabe dorsale). La riattivazione di Milian è meno utile oggi che possediamo metodi sierologici di flocculazione più fini di un tempo. Più utile la tecnica della provocazione secondo Milian-Vernes e specie gli esami in serie. La sieropositività ostinata, che non cede a cure, non esclude in linea teorica la guarigione (reazioni-cicatrici) ma in pratica induce a diffidare.

b) Esame del Liquor. È utile per completare le ricerche e indispensabile se esiste qualche sintomo, o solo sospetto, a carico del sistema nervoso centrale. Esso informa solo sullo stato del sistema nervoso centrale. Un esame negativo, specie se precoce, non esclude lo sviluppo ulteriore di forme tardive.

3) *Criteri immunitari*.

a) Reinfezione. Il fatto clinico non costituisce la prova certa della pregressa guarigione. L'organismo può avere conservato uno stato allergico pur essendo guarito, o può rispondere come uno nuovo se, pur sussistendo attenuata infezione, la reagibilità dei suoi tessuti verso ceppi esterni o autogeni è andata riavvicinandosi a quella originaria. Comunque « la reinfezione » è diagnosi « a posteriori »: inutile per il singolo caso.

b) Saggi allergici. La reazione intradermica a sostanze specifiche e aspecifiche è non solo specifica ma anche generica; può aversi per altri stati infettivi e morbosi, può mancare in forme anergiche e nella metalue. Non possediamo comunque attualmente un allergene di larga disponibilità, di basso costo, di azione costante.

4) *Criteri di infeziosità residua*.

L'inoculazione di tessuti, se è di valore quasi assoluto nella lue sperimentale, dove può essere eseguita su animali della stessa specie e con molti organi, è assai poco utile in campo umano (inoculazione nel coniglio di gangli linfatici dell'uomo presunto guarito).

In conclusione: non esiste nessun mezzo sicuro per la diagnosi positiva di guarigione della sifilide nel singolo uomo malato. Si tratta di diagnosi negativa e come tale soggetta a errori.

Criteri combinati e metodi standards. — Ve ne sono molti e vari raccomandati dai vari AA. Ma poichè detti criteri tendono tutti a svelare possibili latenze simulanti la guarigione, *senza per altro essere idonei singolarmente al fine*, anche il loro complesso non può portare la certezza.

La esistenza di lunghi periodi di completa latenza, di forme mute o asintomatiche fin dal principio, i reperti anatomo-patologici di infezioni in atto in soggetti ritenuti guariti, impongono non aver fiducia nei vari metodi formulati per raggiungere la diagnosi di guarigione e vanno considerati utili solo come orientamento per concessioni parziali: sospensione delle cure, matrimonio ecc.; *ma non per dichiarare guariti i singoli malati.*

Tutti questi metodi servono invece bene per constatazioni statistiche e quindi anche per una diagnosi di presunzione nel singolo, ma non per dare la sicurezza. Ciò consiglia a mantenere i luetici sotto accurata osservazione prima semestrale e poi annuale per tutta la vita o quasi. Non è utile invece continuare

la cura per tutta la vita come alcuni AA. ancora vorrebbero.

Queste le conclusioni generali:

1) La S. è malattia che può guarire.

2) La guarigione è possibile in modo spontaneo. Essa è tanto più probabile quanto più la cura è precoce e ben condotta sì da essere frequente nei malati ben curati, ed evenienza comune in quelli trattati precocemente e ripetutamente.

3) La diagnosi di guarigione è possibile come criterio statistico; non è possibile invece accertare la guarigione nel singolo malato.

4) Nel singolo la guarigione è diagnosi clinica di probabilità e quindi deve essere controllata attraverso il tempo: essa pur comportando concessioni (sospensione della cura, matrimonio ecc.) non autorizza a sospendere l'osservazione e a dimenticare che la S. c'è stata e potrebbe non essere spenta.

COMMENTI.

Istituto di Patologia Speciale Chirurgica
R. Università di Modena.

A proposito dell'articolo del Dr. Rúiz sulla "Anestesia peridurale,,

A. M. Dogliotti, direttore.

Il collega dott. Rúiz, assistente dell'illustre prof. A. Gutiérrez di Buenos Aires, ha pubblicato ne *Il Policlinico*, Sezione pratica, 28 ottobre 1935-XIV, un articolo sulla « Anestesia peridurale, in Ginecologia », riportando i risultati di 1236 casi di interventi ginecologici, in due anni di attività (1932-33). Desidero rettificare alcune inesattezze contenute in questo articolo, sia dal lato storico che dal lato tecnico della questione trattata.

A) *Precisazioni storiche.* — È noto che il Gutiérrez si è occupato di questa interessante forma di anestesia dal 1932, dopo aver preso conoscenza dei miei lavori pubblicati nel 1931. In seguito gli parve di ricordare che un chirurgo militare spagnolo, il Pagés, aveva nel 1921 comunicato uno studio simile ai miei sull'anestesia metamerica extra durale.

Dice il Gutiérrez che solo dopo lunghe ricerche gli fu possibile ritrovare l'articolo del Pages su *Revista española de Cirugia*.

Avendo così il Gutiérrez rintracciato nel dimenticato articolo del Pagés un metodo di anestesia fondato sullo stesso principio del mio, egli affermò che si dovesse riconoscere al Pagés tutto il merito della scoperta attribuita « equivocadamente » al sottoscritto.

Siccome non desidero che mi sia « equivocadamente » attribuito nulla che ad altri aspetti, desidero precisare i fatti nella loro successione cronologica (a questo proposito ho inviato in omaggio al Gutiérrez una copia del mio *Trattato di Anestesia*, in cui tutte queste cose sono limpidamente esposte).

1) 1885 - Leonard Corning, accenna per il primo nel suo memorabile studio sulla rachianestesia, alla possibilità di diffondere soluzioni anestetiche nello spazio extradurale spinale, ma l'idea non fu ulteriormente precisata e portata nella pratica.

2) 1900 - Cathelin descrive ed applica il suo metodo di anestesia epidurale sacrale e nel 1910 Läwen propone di estendere l'anestesia epidurale anche al segmento lombare, aumentando la quantità di liquido iniettata nel canale sacrale e ponendo il paziente in posizione declive.

3) 1920 e seguenti - Sicard e quindi anche Forestier precisano alcune caratteristiche di anatomia chirurgica dello spazio epidurale, e stabiliscono la tecnica per l'iniezione in esso di vari liquidi a scopo diagnostico (lipiodol e simili).

4) 1921 - Pagés, medico militare spagnolo, pubblica su *Revista española de Cirugia* un articolo su 43 osservazioni di anestesia extradurale metamerica. Questo lavoro non ebbe seguito nè da parte dell'autore, morto prematuramente, nè da parte dei suoi lettori, cosicchè non se ne trova traccia alcuna nella letteratura medica mondiale prima della riesumazione del Gutiérrez (1932).

Lo scrivente, che pur conosceva ed ha citato i lavori di Corning, di Sicard, di Van Erps, ignorava del tutto l'articolo del Pages, a tutti sconosciuto, anche ai suoi compatrioti: ne è la più evidente dimostrazione il fatto che avendo il sottoscritto comunicato il metodo di Anestesia peridurale al Congresso Internazionale di Chirurgia tenutosi proprio in Madrid nel marzo del 1932, ed avendone fatto dimostrazione a Barcellona nello stesso periodo, nessuno tra i numerosi illustri e colti chirurghi spagnoli presenti si sovvenne del precedente contributo di Pagés, non solo, ma alcuni di questi colleghi spagnoli, interessatisi al metodo, lo applicarono pubblicandone i buoni risultati ottenuti sotto il titolo di « Anestesia peridurale alla Dogliotti » (Pi-Figueras: *Revista de Cirugia de Barcelona*, 1932; J. Maria Martinez Sagarra: *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, 1932, Madrid).

5) 1925 - Van Erps comunica alla Società Belga di Chirurgia alcuni suoi tentativi di anestesia con iniezione di soluzioni anestetiche nello spazio peridurale, senza accennare a tentativi precedenti di altri autori, e conclude per la scarsa attendibilità dei risultati (il Van Erps usava soluzioni insufficienti).

6) 1931 - Lo scrivente pubblica i risultati dei suoi studi, condotti per circa due anni nell'Istituto di Patologia Chirurgica di Torino, proponendo il nome di « *anestesia peridurale segmentaria* », esponendo i dati sperimentali anatomici e clinici che costituiscono la base del metodo: particolarità anatomiche dello spazio peridurale, diffusione in esso di liquidi

colorati e di diversa densità (nel cadavere e nell'animale vivente), diffusione nell'uomo di liquidi radiopachi, permeabilità della dura madre, evoluzione dell'anestesia nei vari segmenti, tecnica della puntura sia usando del segno della pressione negativa, sia usando del metodo dell'improvvisa mancanza di resistenza. Al sottoscritto era del tutto sconosciuto, come si è detto, l'unico articolo del Pages sull'argomento, di cui non esisteva traccia nella bibliografia europea prima della rivendicazione del Gutiérrez, fatta sul finire del 1932.

Il lavoro del Pagés *si poteva perciò considerare del tutto perduto se in* 12 *anni nessuno, neppure nel suo paese, si era lontanamente preoccupato di prenderlo in considerazione.*

Con i lavori del sottoscritto pubblicati in varie lingue e comunicati in diversi paesi (Italia, Spagna, Francia, Stati Uniti) si inizia un periodo di ricerche da parte di numerosi chirurghi che contribuiscono in vario modo alla conoscenza, alla critica, al perfezionamento del metodo. Il metodo è entrato da allora e solo da allora a far parte del patrimonio scientifico universale.

Con tutto ciò il lavoro del Pagés non perde certo nulla dei suoi meriti e della sua originalità, ma evidentemente, sepolto come era, nulla toglie al merito ed alla originalità dello studio del sottoscritto, al quale ultimo non si deve disconoscere di avere fornito al metodo le necessarie basi anatomiche, sperimentali, cliniche e propagandistiche indispensabili per farlo conoscere, apprezzare ed esperimentare nel mondo intero.

Molti esempi di contestazioni di questo genere si potrebbero citare, tutti risolti con onore sia per i pionieri quanto per coloro che diedero vita reale e durevole alle loro scoperte. Esempio classico, per restare in argomento, la lunga contestazione tra Leonard Corning, neurologo americano, primo ideatore e realizzatore ignorato della rachianestesia, ed August Bier, che non conoscendo affatto le dimenticate ricerche di Corning, studiò e realizzò la rachianestesia diffondendola in tutti i paesi. Altro esempio recente e clamoroso su argomento anche più importante del nostro, è la contestazione di priorità tra il nostro Castellino e gli studiosi americani Wipple, Minot e Murphy a proposito della decisiva influenza della epatoterapia nel trattamento dell'anemia perniciosa. È certo che il Castellino molti anni prima di Minot e Murphy aveva notato l'efficacia clinica dell'epatoterapia, ma è altrettanto certo che senza i lavori del tutto originali degli autori americani, gli anemici perniciosi di tutto il mondo continuerebbero inesorabilmente a morire, poichè i lavori del clinico Napoletano non avevano avuto alcun seguito ed erano ignorati dalla bibliografia internazionale.

In conclusione, ritornando al nostro caso, siamo grati al Gutiérrez di averci segnalato un interessantissimo studio di un valoroso collega spagnolo, ma vorremmo ch'egli ed i suoi collaboratori riconoscessero il valore essenzialmente « storico » della loro riesumazione, e non volessero menomare, con acredine ingiustificata, l'opera del sottoscritto che è stata perfettamente indipendente da quella del Pagés: senza di essa l'anestesia peridurale segmentaria sarebbe tuttora sconosciuta, come sconosciuto era il nome del Pagés prima della sua faticosa postuma riesumazione.

Quindi io credo equo che tra i precursori dell'anestesia peridurale si dia un posto d'onore al Pagés, ma che volendo designare l'autore del metodo, per quello che esso attualmente vale, non si possa disconoscere in primissima linea quello del sottoscritto.

Lodevole da questo punto di vista l'intervento del Pi-Figueras che venuto tra di noi, gradito ospite di un Congresso Italiano di Anestesia, riconobbe ai nostri studi il giusto posto che loro spetta, dichiarando che l'interessante e pregevole articolo del Pagés era del tutto, se pur ingiustamente, sconosciuto nella stessa Spagna. (*Giornale Italiano di Anestesia*, n. 4, 1935).

B) *Precisazioni scientifiche.* — Nell'articolo del Rúiz vi sono poi alcune altre inesattezze che desidero correggere, tanto più che in esso vi è un certo tono pretenzioso che lascerebbe supporre una assai più profonda conoscenza dell'argomento.

1) pag. 1ª, 2ª colonna: il Rúiz scrive che « Il Corning tentò nel 1885 una modificazione della rachianestesia che però non lo soddisfece ». Orbene tutti sanno che Corning nel 1885 faceva i primissimi tentativi, nell'animale, di iniezioni di cocaina nello speco vertebrale a scopo di studio per applicare il metodo alla terapia neurologica, ma che la rachianestesia era allora ancora del tutto sconosciuta, cosicchè dovevano passare oltre 12 anni prima che il Corning stesso e sopratutto il Bier (1898), compissero i primi tentativi di rachianestesia.

2) pag. 2ª, 1ª colonna - scrive il Rúiz che mezz'ora dopo l'iniezione peridurale di soluzione di novocaina al 2 %, estraendo liquido cefalorachideo non si trova mai in esso novocaina. Ciò è inesatto perchè se pure la novocaina iniettata nello spazio peridurale agisce sui tronchi nervosi sul loro percorso extradurale, è dimostrato (Dogliotti, Bertocchi, Giordanengo, Biancalana) che dopo 20'-25' si trovano tracce di novocaina anche nel liquido cefalo-rachideo. Iniettando, come io ho fatto nei primi tempi delle mie ricerche, soluzione di novocaina colorata con bleu di metilene, si può anche avere una tenue colorazione in bleu del liquido cefalo-rachideo, dopo 20'-25'.

3) pag. 2ª, 1ª colonna - si legge « Zorraquin ha detto che nella stessa maniera « che si monta una bussola in una camera di « olio, così la midolla non potrebbe essere risalita nello spazio peridurale se gli organi « non avessero acquisito densità o tensione dif- « ferente da quella dei loro ammortizzatori.

« Così si è formato il cilindro meningo-mi« dollare con pressione positiva e densità mi« nore. Perciò il liquido cefalo-rachidiano ten« de a portarsi infuori ed il grasso epidurale « succhia dal di fuori ». L'autore dimostra di accettare questa curiosa spiegazione dello Zorraquin sulle cause dell'ineguale sviluppo fetale del midollo e dello speco vertebrale con la conseguente ben nota risalita del midollo rispetto ai corrispondenti metamerici vertebro-somatici nonchè sulle cause della circolazione del liquido cefalo-rachideo. Mi pare che non valga la pena di spendere molte parole per dimostrare quanto cervellotica sia la teoria esposta dallo scrittore argentino.

Ma su un punto richiamo ancora l'attenzione del lettore nonchè del collega argentino: la tanto discussa « pressione negativa » dello spazio peridurale *non esiste affatto allo stato di riposo* e quando la colonna si trova in posizione normale. Essa si manifesta soltanto quando la colonna viene flessa in avanti (Dogliotti). Difatti durante questo movimento si determina un allungamento forzato del canale vertebrale e quindi un aumento di volume della sua cavità totale, aumento di volume che solo in parte e piuttosto lentamente viene compensato da richiamo di sangue nell'ampio letto venoso del tessuto peridurale, ed un po' forse anche da lieve distensione del sacco durale.

La temporanea pressione negativa che così si determina nello spazio peridurale è perciò un fenomeno molto irregolare per cui esso è sfruttabile per conoscere il momento di penetrazione in detto spazio essenzialmente nei pazienti con colonna flessibile.

Per misurare questa pressione negativa può servire tanto il « segno della goccia » segnalato dal Gutiérrez e contemporaneamente dal Soresi (1932), quanto un piccolo manometro ad acqua.

4) Riguardo alle dosi di anestetico ed al tipo di soluzione da me usato, il Rúiz dimostra di conoscere solo il mio scritto su *Amer. Journ. of Surg.*, mentre nei numerosi contributi sull'argomento ho detto come si possano usare con risultati egualmente buoni sia una soluzione al 2 % di novocaina con 8-10 goccie di adrenalina (25-30 cc.), sia una soluzione più complessa da me ora usata, che contiene percaina, pantocaina e novocaina, sempre con adrenalina.

5) Riguardo all'affermazione del Rúiz che la esperienza del Gutiérrez in poco più di due anni con oltre 1200 casi è forse la più vasta del mondo, faccio notare che se tale esperienza è più che rispettabile, non supera la nostra che in sei anni di esperienza si aggira su oltre 3000 casi su pazienti dell'Istituto di Patologia Chirurgica e della Clinica Chirurgica Generale di Torino.

Su 3000 casi da me controllati direttamente od indirettamente ebbimo finora a lamentare un solo caso di morte avvenuto ad intervento ultimato in un paziente in gravissime condizioni generali per sepsi peritoneale diffusa, e nel quale si era seguito il pessimo metodo di iniettare la soluzione anestetica nello spazio peridurale anche quando si sia perforata in primo tempo e per errore la dura madre, ritirando in secondo tempo l'ago fino a quando non esca più liquor.

Questo metodo, usato anche da chirurghi belgi e francesi è nettamente sconsigliabile perchè espone alla possibilità di iniettare un certo quantitavo di soluzione anche nello spazio sottoaracnoideo. Nel nostro caso sono persuaso che la grave ipotensione, la paralisi motoria respiratoria ed infine i fenomeni di sincope bulbare furono determinati dalla diffusione di parte nell'anestetico nello spazio sottoaracnoideo, in un paziente assai labile come lo sono notoriamente tutti i settici gravi.

Il Rúiz segnala nella sua statistica 2 casi di morte intraoperatoria, di cui tuttavia il secondo non mi pare attribuibile all'anestesia se si fu costretti ad eterizzare la paziente sul finire dell'intervento.

Concludo questi miei brevi appunti in parte di carattere storico, in parte di carattere tecnico, esprimendo il mio compiacimento per la grande simpatia che la scuola del Gutiérrez ha per l'anestesia peridurale segmentaria, ma esprimendo anche il voto che l'entusiasmo per questo nuovo mezzo non faccia troppi torti a chi lo ha fatto conoscere per primo al mondo intero e che non si voglia d'altro lato estenderne l'uso in misura eccessiva, così da volerlo sostituire in ogni caso a metodi che come la rachianestesia sottoaracnoidea e la narcosi hanno pur sempre molte ed importanti indicazioni.

Per i riferimenti consultare A. M. Dogliotti, « Trattato di Anestesia » U. T. E. T., Torino, 1935.

TECNICA

LABORATORIO DI BATTERIOLOGIA
DELL'OSPEDALE CIVILE DI BELLUNO
Direttore: dott. U. TANFERNA.

Sulla colorazione dei granuli metacromatici del bacillo difterico.

(Osservazioni e deduzioni pratiche).

CARLO FRIGIMELICA, volontario.

Sperimentando su materiale sospetto diversi metodi di colorazione, classici e nuovi (fra i quali anche uno da me descritto (*Minerva medica*, 1932, n. 1), mi è spesso avvenuto, di fronte a bacilli sicuramente difterici, di non riuscire sul momento a differenziare le caratteristiche formazioni polari, nel mentre che, riprendendo dopo qualche ora la ricerca, queste mi apparivano nettamente e senza difficoltà. Era ciò da attribuirsi al fatto che in un primo tempo i bacilli difterici non avevano ancora elaborato le granulazioni metacromatiche o si trattava piuttosto di una deficienza, rispetto a condizioni transitorie, della tecnica impiegata? A questo interrogativo sembrami soddisfare una osservazione da me recentemente fatta. Ho notato che trattando il bacillo difterico con un colorante basico e, successivamente, con un acido diluito, si ottiene una netta differenziazione cromatica dei corpuscoli polari; differenziazione che si fa meno evidente fino a scomparire se in seguito si fa agire una soluzione debolmente alcalina. (È interessante notare che *in questo senso agisce pure l'acqua di fonte* e, in misura minore e forse per le piccole quantità di corpi gassosi in essa contenuti, anche l'acqua distillata). Il comportamento dei corpuscoli metacromatici rispetto alle soluzioni debolmente alcaline risulta però con evidenza *solo in particolari condizioni*, quali si riscontrano, ad esempio, nelle culture non oltre le 10 ore dalla semina. Ammettendo quindi l'esistenza di particolari condizioni temporanee, si spiega agevolmente l'apparente anormalità di certi casi.

***

Da quanto ho esposto penso si possa dedurre che i granuli polari, qualora abbiano assunto un colorante basico, si comportano, rispetto agli acidi diluiti, come *indicatori* particolarmente sensibili in certe fasi dello sviluppo del germe. In teoria, quindi, *dovrebbe esser possibile l'attuazione di un numero indefinito di metodi di colorazione specifica.*

All'atto pratico non tutte le sostanze coloranti basiche e non tutti gli acidi si prestano egualmente bene. È facile però ottenere un numero considerevole di procedimenti molto sensibili combinando opportunamente l'azione di un colorante basico e di un acido diluito, *e rinunciando al lavaggio finale*. Inoltre, la conoscenza dell'intimo meccanismo per cui le formazioni metacromatiche vengono rivelate esclude gran parte delle cause di errore che spesso risiedono in banali particolari.

Il metodo seguente, che utilizza in modo razionale sostanze già largamente usate allo scopo, è consigliabile per la sensibilità e per la costanza dei risultati.

TECNICA. 1) Colorare lo striscio, fissato alla fiamma o in alcool etilico, con: Bleu di metilene medicinale gr. 0,5; Acqua cmc. 100.

Tempo di colorazione: 20-30''.

(*Nota*. Non è opportuno usare una soluzione colorante più concentrata perchè potrebbe ostacolare la dimostrazione dei granuli sottili e poco differenziati).

2) Versare l'eccesso del colorante e, senza lavare, trattare dolcemente per 15'' circa con: Acido lattico officinale cmc. 5; Acqua cmc. 200.

3) Versare l'eccesso del reagente e, *senza lavare*, asciugare DELICATAMENTE! con carta bibula.

(*Nota*. Si eviti di asciugare mediante riscaldamento. Si abbia cura di non usare carta bibula adoperata in precedenza per assorbire soluzioni alcaline).

RISULTATI. Granuli polari in rosso-cupo, quasi nero; corpo dei bacilli, come ogni altro elemento, in azzurro.

Belluno, 12 dicembre 1935.

RIASSUNTO.

Da osservazioni e considerazioni teorico-pratiche, l'A. deduce un procedimento particolarmente sensibile per la colorazione specifica del bacillo difterico.

SUNTI E RASSEGNE

MALATTIE INFETTIVE.

Forme cliniche di spirochetosi ittero-emorragica.

(A. Berzi. *Lo Sperimentale*, agosto-ott. 1935).

La classificazione più semplice delle forme cliniche della spirochetosi ittero-emorragica è secondo l'A. la seguente: 1) la forma classica di Weil, che egli descrive minutamente e molto chiaramente in tutti i suoi sintomi; 2) la forma anitterica, la quale a sua volta si può distinguere in forma renale e forma meningea.

La forma renale è poco nota e le scarse osservazioni che ad essa si riferiscono furono confuse con altre malattie, sotto il nome di nefriti di guerra.

In due casi descritti da Merklen e Gonnelle vi erano elevati tassi uremici, albuminuria prolungata ed eliminazione difettosa della sulfofenolftaleina. La diagnosi fu posta sulla base delle mialgie, della fotofobia, della iniezione congiuntivale, della dolenzia epato-vescicolare, della rigidità nucale e fu confermata dalla prova di agglutinazione.

Troisier e Bouquien hanno di recente tracciato il quadro clinico della spirochetosi meningea. La forma si inizia bruscamente con cefalea intensa, vomito, rachialgia; nel periodo successivo la cefalea raggiunge gradi estremi, aumentano le mialgie limitate ai mm. delle docce vertebrali ed alle sure, compaiono l'iniezione congiuntivale e l'herpes labiale o palpebrale.

La fotofobia è frequente. Il malato cade in stato stuporoso, profondamente astenico.

Non mancano gli altri sintomi di meningite: rigidità nucale, Kernig, posizione degli arti a cane di fucile ecc. Frequente è l'iperestesia cutanea. Il fegato è di rado aumentato, la milza invece è di solito un po' ingrandita.

Riguardo alla funzione renale si notano oliguria prima e più tardi poliuria. Nelle orine: albumina in quantità non notevole, talora anche cilindri e globuli rossi; l'urobilinuria è l'unico indice della alterata funzionalità epatica nelle forme di spirochetosi meningea pura. L'azotemia è poco elevata. La puntura lombare dà esito a liquido limpido a pressione non elevata, con dissociazione citoalbuminoide costante, albuminorachia bassa, e cifre elevate di leucociti. Sempre negativa è riuscita la ricerca di spirochete nel liquor.

Nella spirochetosi meningea è facile la ricaduta in 14ª-23ª giornata di malattia; la convalescenza è lunga ed è caratterizzata da un lungo periodo di astenia. La prognosi è favorevole.

L'A. riferisce intorno a sei osservazioni personali di spirochetosi ittero emorragica: tre a decorso tipico, la 4ª con febbricola protrattasi per quasi cinque mesi dall'uscita dall'Ospedale, la 5ª a decorso atipico: subittero-febbricola, la 6ª forma anitterica a tipo renale.

L'A. pensa quindi ad occuparsi della importanza delle ricerche di laboratorio nell'accertamento della diagnosi e conclude che nei primi sette giorni di malattia si può ricorrere: 1) all'esame diretto del sangue in strisci colorati; 2) alla inoculazione di sangue o di liquor in cavia; 3) alla prova culturale. Oltre il decimo giorno si può ricorrere: alla ricerca diretta delle spirochete nelle orine ed oltre il 15° giorno alla ricerca delle immunisine e della agglutinazione.

La terapia va distinta in sintomatica e specifica: la prima tende ad alleviare l'insufficienza epatica e renale (calomelano, ipodermoclisi, fleboclisi; urotropina, teobromina e teocina; iniezioni di tiosolfato sodico 10 %), le manifestazioni emorragiche (calcio endovenoso), l'insufficienza surrenale (estratti di gh. surrenale) e i sintomi meningei (puntura lombare ripetuta). La terapia specifica vien fatta efficacemente con siero di convalescenti o di animali opportunamente trattati.

Gli arsenobenzoli debbono considerarsi dannosi, mentre i sali di bismuto pare diano buoni risultati.

Vicentini.

Recenti progressi nello studio dell'influenza.

(C. Francis. *Journ. Amer. Medic. Assoc.*, 27 luglio 1935).

La diagnosi d'influenza è generalmente attribuita a forme morbose varie, che in effetti con la vera influenza non hanno nulla a che fare. Ciò ha aumentato la confusione delle cognizioni su questa malattia. Sta di fatto che l'influenza è una malattia clinicamente definita e caratterizzata di inizio improvviso con sintomi generali, brivido, febbre, mialgie, cefalea, fatti respiratori leggeri senza corizza, leucopenia, della durata di 2 o 3 giorni e seguita da un periodo più o meno lungo di profonda astenia.

La malattia è stata attribuita a vari batteri, tra i quali quelli che hanno avuto maggior credito sono l'haemophilus influenzae ed il bacterium pneumosintes. Ma nessuno di essi si è mostrato in effetti l'agente specifico. Successivamente si è diffusa l'opinione che l'agente etiologico debba essere un virus ultramicroscopico o filtrabile.

Negli ultimi anni sono state condotte tre serie di studi che hanno accresciuto l'interesse per la definizione dell'etiologia dell'influenza.

La prima serie riguarda gli studi di Dochez, Shibley, Kuceland, Mills, Long ed altri sul comune raffreddore. Questo sarebbe prodotto da un virus filtrabile coltivabile su terreni di cultura e trasmissibile anche allo scimpanzé.

La seconda serie riguarda gli studi di Lai-

dlaw e Dunkin su un'affezione delle vie respiratorie superiori dei cani. Anche questa infezione sarebbe prodotta da un virus filtrabile, e sarebbe trasmissibile ai conigli.

La terza serie riguarda le ricerche di Shope su un'affezione respiratoria del maiale, che fu per la prima volta rilevato durante la pandemia d'influenza del 1918-19. La malattia è caratterizzata da perdita di appetito e peso, tosse, difficoltà del respiro, epatizzazione pulmonare, e bassa mortalità. Shope dimostrò che l'affezione è provocata da un virus filtrabile in simbiosi con batteri del gruppo al quale appartiene l'haemophilus influenzae.

Tutti questi studi fecero pensare che condizioni analoghe possono verificarsi in infezioni respiratorie epidemiche dell'uomo.

Nel 1933 Smith, Andrews e Laidlaw inocularono nel naso di furetti il filtrato di secrezione naso-faringea di malati d'influenza nella fase acuta. Gli animali dopo due giorni presentavano una sindrome simile all'influenza; l'emulsione dei loro turbinati inoculata nel naso di altri furetti provocò la medesima affezione; gli animali guariti diventarono immuni ed il loro siero conteneva anticorpi capaci di neutralizzare il materiale infettante. Si trovò che l'agente attivo era un virus filtrabile.

Ulteriori ricerche accertarono che nei furetti si può provocare una sindrome simile a quella ottenuta con il materiale umano, mediante il materiale ottenuto da maiali malati d'influenza. Dopo ripetuti passaggi nei furetti il virus conservava l'infettività per i suini.

Durante una diffusa epidemia d'influenza verificatasi nel 1934 a Portorico si potettero confermare i risultati ottenuti nel 1933 in Inghilterra circa la possibilità di trasmettere ai furetti l'influenza umana.

Nella stessa occasione ebbero successo i tentativi d'inoculazione dell'influenza umana e suina ai sorci.

Le alterazioni microscopiche dei pulmoni sono identiche nei suini, nei furetti e nei sorci. Si nota un marcato inspessimento e proliferazione della parete alveolare, aspetto atelettasico in qualche zona, essudato cellulare relativamente scarso. Il tipo delle cellule, in contrasto con il reperto delle ordinarie infezioni batteriche, è al principio prevalentemente mononucleare, con leggera infiltrazione di piccole cellule rotonde intorno ai vasi.

I risultati delle ricerche fatte su culture e con la filtrazione provano che l'agente infettivo dell'influenza epidemica è un virus filtrabile. L'infezione si trasmette esclusivamente con il contatto con il materiale proveniente dalle vie aeree di un malato alle vie aeree di un sano. Malgrado la presenza di sintomi generali non è stato mai possibile trasmettere la malattia con il sangue proveniente da uomini, furetti, maiali e sorci infetti. DR.

I malarici di fronte alla reazione di Henry.

(E. MARCHOUX e V. CHORINE. *La Presse Médicale*, 18 dicembre 1935).

Il presente lavoro è conseguenza di un referendum di Mühlens pubblicato nella *Rivista di Malariologia* (n. 6-bis, 1934). Il clinico tedesco dichiarò il suo scetticismo riguardo alla persistenza della malaria di guerra e chiese ai malariologi degli altri paesi belligeranti la loro opinione su questo argomento. Ecco la risposta di due studiosi francesi.

La malaria per essere diagnosticata con certezza esige la scoperta del parassita specifico nel sangue del malato o quella dei grani di melanina. Oltre a questi due criteri specifici, vi sono altri segni, ma soltanto di un valore approssimativo (formula leucocitaria, potere schizontolitico del siero, deviazione del complemento, autoagglutinazione). Molto interessante è al riguardo la reazione sierologica di Henry basata su di una modificazione degli elementi costitutivi del siero, consistente sopratutto nell'aumento del coefficiente delle euglobine precipitabili per mezzo dell'acqua distillata (Chorine, Trensz).

Lo squilibrio sieroso rivelato da questa reazione è costante in tutti i malarici ma non è esclusivo della malaria, potendosi riscontrarlo anche in altre malattie da protozoi ed anche, per quanto più debole nella sifilide e nella tubercolosi.

Interessante è lo studio della reazione nel corso della malaria. Nei paralitici generali sottoposti alla malarioterapia, la reazione è già positiva quattro o cinque giorni dopo l'inoculazione ed è sempre più evidente fino a raggiungere il massimo all'8° o 9° attacco. Sotto l'influenza del trattamento chininico la reazione si attenua dopo il primo settenario e diviene negativa al 30°-50° giorno. L'infezione naturale è più resistente e si spenge solo dolo 70-80 giorni di cura.

Dal 1931 tutti i malati che si presentano all'ambulatorio dell'Istituto Pasteur per malaria sono sottoposti alla reazione di Henry. Gli AA. riferiscono i risultati finora raggiunti: 1) Malarici coloniali: su 325 malati la reazione è stata negativa in 253 casi (75,8 %), positiva in 62 (18,2 %), dubbia in 20 (6 %). Se si ripartiscono questi malati in quattro gruppi, secondo il tempo passato dal loro ritorno dalle colonie, si vede che a mano a mano che tale tempo aumenta, diminuisce progressivamente il numero delle reazioni positive e dubbie. 2) Malarici di guerra: in questo gruppo, dal 1921, gli AA. non hanno riscontrato un sol portatore di parassiti. Tra i 190 che essi hanno sottoposto alla reazione di Henry, non hanno trovato alcun segno di malaria, per quanto tutti i soggetti si lamentassero di mal di testa periodici, disturbi nervosi ed accessi febbrili. Ma nei pochi casi, nei quali gli AA. hanno

realmente riscontrato una elevazione termica, questa era con sicurezza dovuta ad altre cause che non la malaria.

Si trattava quindi d'individui che cercavano di trovare un motivo per la pensione. La reazione di Henry risultò negativa nel 94,4 per cento dei casi. Insomma l'esame sierologico confermò la clinica e gli AA. ne deducono che « tutti i malarici di guerra sono guariti da lungo tempo ». VICENTINI.

DIABETE.

Il diabete ed il genere di vita.

(E. JOSLIN, L. DUBLIN e H. MARKS. *American Journal Med. Sciences*, febbraio 1935).

Non vi è dubbio che il miglioramento del tenore di vita nella maggior parte delle nazioni civilizzate, abbia contribuito materialmente al miglioramento delle cifre di mortalità, specialmente per quelle attribuite alla tubercolosi, Ma se questo è il lato consolante del problema, non bisogna dimenticare che vi è un lato meno piacevole, ed è quello dell'aumento di alcune malattie nei paesi più civilizzati.

Fra queste è da includere, secondo gli AA., il diabete mellito; certamente una parte di tale aumento è solo apparente, e dovuto a fattori, come il miglioramento dei mezzi diagnostici, in connessione con le assicurazioni sulla vita, ecc.; è impossibile dire quanta parte questi fattori abbiano, ma i ricercatori americani mostrano sufficienti ragioni per credere che, in ultima analisi tale aumento è reale, e dovuto alla maggior facilità della vita in queste nazioni.

Le ricerche cliniche fatte da Joslin su 400 pazienti dimostrano che, nel tempo del loro massimo peso, la metà degli uomini e circa il 60 % delle donne pesano circa il 20 % più di quanto dovrebbero pesare delle persone della loro età e della loro altezza. Questi risultati sono confermati dalle statistiche delle assicurazioni, le quali dimostrano che lo sviluppo del diabete è di molto più frequente fra persone di peso eccessivo che fra quelle di peso normale o al disotto del normale. Questo non vuol dire che tutti i grassi diventano diabetici, ed i rapporti fra il diabete e l'obesità non sono certo chiaramente definiti; ma un rapporto c'è, e talmente stretto che le condizioni che favoriscono l'obesità sono le stesse che producono un aumento della mortalità per diabete. Tali condizioni sono principalmente l'aumento del cibo e la diminuzione della domanda di lavoro fisico: con la meccanizzazione dell'industria, la quantità di energia spesa in lavoro è stata sostanzialmente ridotta per una larga parte della popolazione, nello stesso tempo che sono migliorate le condizioni di nutrizione e le possibilità di consumo. Ricerche accurate hanno dimostrato che il diabete è prevalente fra quelle persone il cui lavoro richiede la spesa di una quantità di energia fisica relativamente piccola, ed in cui le entrate nutritive sono superiori al normale: non è improbabile che il moderno progresso porti in questa categoria una percentuale di popolazione sempre maggiore. Le statistiche mediche dovrebbero riportare contemporaneamente un aumento dell'obesità, perchè fosse dimostrata la verità di questi asserti.

Joslin ed i suoi collaboratori dicono che un tale aumento può essere inferito dal fatto che non vi è stata nessuna diminuzione nel peso medio dei soggetti sottoposti all'esame medico per le assicurazioni, per quanto queste fossero estese principalmente a quelle classi della popolazione in cui, per il loro carattere di classe lavorante, l'adiposità doveva presumibilmente essere meno frequente che nelle altre classi sociali. Anche il grande aumento del diabete fra le donne è dagli AA. ascritto al miglioramento della condizione sociale delle appartenenti a questo sesso. G. LA CAVA.

Sulla sindrome addominale acuta nell'acidosi diabetica.

(J. T. BEARDWOOD. *Journ. of Am. Med. Ass.*, 12 ottobre 1935).

Il quadro classico dell'acidosi, di cui l'aspetto culminante è rappresentato dal coma, non costituisce che una delle sindromi cliniche che preludono all'aggravarsi spetto fatale dell'affezione diabetica; può essere preceduto, accompagnato e talvolta oscurato dalla sintomatologia gastro-intestinale, sulla quale hanno già richiamato l'attenzione Joslin, Allan, Root ed altri, e l'incidenza della quale sembra tutt'altro che rara.

Le osservazioni dell'A. si riferiscono a circa 1000 casi di diabete, tra i quali 114 con sintomi clinici e chimici di acidosi in atto. Ora, fra questi ultimi, 81 e cioè 71 % presentavano sintomi di affezione addominale, tanto che 14 di questi infermi sono stati ricoverati in corsie chirurgiche, nella supposta necessità di un intervento cruento.

Già l'inizio di uno stato acidosico viene spesso segnato da sintomi, che fanno indirizzare il medico verso un'affezione dell'apparato digerente, poichè si manifestano nausea, vomito, stipsi e talvolta vaghi dolori addominali. Tale sintomatologia può precedere il coma di qualche giorno; ma è tutt'altro che raro che l'aggravamento delle condizioni biochimiche si renda palese attraverso una tipica sindrome addominale acuta; vi sono vomiti e dolori violenti all'addome; l'alvo è completamente chiuso; non manca neanche la difesa muscolare più o meno accentuata; ma v'è di più: nella maggioranza dei casi affetti da acidosi in atto, esiste una leucocitosi notevole

(fino a 42000 gl. bianchi) che nelle sindromi addominali osservate dall'A. si è presentata in 86 % dei casi (riscontrata in 57 % delle acidosi non complicate); lo stesso dicasi della febbre, che è stata constatata nei casi citati in una percentuale solo di poco inferiore a quella della leucocitosi.

Per quel che riguarda la patogenesi della sintomatologia addominale da acidosi diabetica, essa non può dirsi ancora chiarita. L'ipotesi da qualcuno avanzata sulla possibile esistenza di una pancreatite acuta non appare sostenibile, dato il rapido miglioramento in seguito alla terapia adeguata; non è da escludersi che vi contribuisca uno spasmo violento dell'intestino, nelle sue varie sezioni; a conferma di tale opinione starebbe il fatto che la lavanda gastrica mette spesso in evidenza cibi ingeriti 24 ore prima. Secondo altri, si tratterebbe di un riflesso di difesa, mediante il quale l'organismo si libera dagli ioni acidi del succo gastrico.

Ma se nessuna di tali interpretazioni appare soddisfacente, ancora più misteriosa rimane la genesi della leucocitosi e della febbre da acidosi. L'ultima potrebbe essere attribuita alla stimolazione del centro termogenetico da parte dei corpi chetonici; e questa è stata anche invocata nei riguardi del midollo osseo, che reagirebbe con maggiore produzione di leucociti neutrofili (infatti nel sangue si osserva neutrofilia e spostamento a sinistra della formula di Arneth); senonchè, esperienze negli animali, con provocazione artificiale di acidosi, non hanno confermato tale ipotesi.

Una lesione anatomica addominale che potrebbe essere considerata quale fattore protopatico della sindrome, che a sua volta provocherebbe l'acidosi, non potè essere dimostrata nella assoluta maggioranza dei casi dell'A. In una certa percentuale dei casi figuravano affezioni della cistifellea, ma queste non potevano giustificare la gravità del quadro, facilmente dominabile dalla classica terapia anticomatosa.

L'importanza della diagnosi differenziale nei casi di sindromi addominali acidotiche appare evidente, quando si pensi che in tali casi l'intervento chirurgico quasi sempre porta ad un esito fatale; le difficoltà della diagnosi divengono ben palesi, tenendo presenti i punti comuni con la sintomatologia dell' « addome acuto » e rilevando che in alcuni casi dell'A. sono state poste le diagnosi di peritonite, appendicite, colecistite, occlusione intestinale, pancreatite acuta.

È chiaro che la diagnosi differenziale si baserà anzitutto sui dati anamnestici, che informeranno sull'esistenza precedente del diabete; ma questi possono spesso mancare, o perchè la malattia è stata misconosciuta, o perchè l'individuo non è in condizioni di fornire dati precisi; un'importanza capitale spetta ai dati di laboratorio: cioè la glicemia, la glicosuria e l'acetonuria, la determinazione della riserva alcalina; ma possiamo noi in base a tali dati escludere una eventuale concomitanza di affezioni addominali acute?

La risposta decisiva spetta quindi al criterio « ex iuvantibus » della terapia medica, effettuata con somministrazioni di insulina, soluzioni glucosate e fisiologiche; in poche ore (3-6) si nota un miglioramento netto nelle condizioni cliniche e biochimiche; e insieme con l'acidosi, scomparirà, come d'incanto, la sindrome di addome acuto che rappresenta uno degli aspetti proteiformi del precoma diabetico.

S. MINZ.

AGGRESSIVI CHIMICI.

Le difese improvvisate o ridotte contro i gas aggressivi.

(BRUÈRE. *Gazette des hôpitaux*, 28 dic. 1935).

La difesa della popolazione civile delle grandi città contro i gas aggressivi presenta gravissime difficoltà ed incertezze. Dei rifugi, abbiamo veduto bellissimi modelli, a perfetta tenuta d'aria, con rifornimento dall'esterno o rigenerazione, ma non si vede come si possano attuare in numero sufficiente, senza contare il costo e le difficoltà di costruzione e di esercizio. Nè è da trascurare la considerazione che nell'eventuale caduta della casa soprastante, il rifugio per l'ingombro delle macerie può rappresentare la vera tomba dei ricoverati. Analogo pericolo presentano le cantine, dove si pensa di fare rifugiare le persone; in esse poi, per il fatto che la chiusura è ben lungi dall'essere ermetica, i gas, generalmente più pesanti dell'aria, tenderanno ad infiltrarsi ed avremo così un rimedio peggiore del male. La questione dei rifugi va quindi studiata ponderatamente, mettendosi dal punto di vista della pratica attuazione su una popolazione molto numerosa.

Recentemente in Francia, il colonnello Bruère ha mostrato l'utilità di scegliere, invece delle cantine, delle stanze al secondo o terzo piano che, egli dice, non sono soggette al primo urto del proiettile esplosivo. Gli studiosi di balistica potranno dirci come realmente stanno le cose, poichè a noi profani sembra che, anche data l'altezza da cui cadono le bombe, la penetrazione debba essere piuttosto profonda.

Comunque, le altre osservazioni dell'A. sembrano giuste, nel senso che una stanza d'abitazione è più facilmente resa ermetica. Basta chiudere le imposte (per impedire gli effetti di soffio che romperebbero i vetri) ed assicurare la chiusura con delle strisce di carta incollata; molto utile a tale scopo è anche il

sapone, specialmente quello nero, che fa da colla e da mastice otturatore.

In tal modo, il rifugio potrebbe essere « famigliare », il che evita l'affollamento, l'ingombro e la paura collettiva.

Nei rifugi di qualsiasi specie, il riposo deve essere la regola per ridurre al minimo il consumo di ossigeno e per ritardare il momento in cui si raggiunge la soglia di tossicità se il prodotto nocivo riesce ad infiltrarsi.

Nel rifugio, si dovrebbero mettere anche le sostanze alimentari e bevande per sottrarle all'assorbimento dei gas. All'uscita, sarà opportuno avere a disposizione dei fazzoletti imbevuti di bicarbonato di sodio o di iposolfito di sodio, che possono funzionare da protettivi ed assorbenti di varî gas. Nella grande guerra, in cui il gas aggressivo più usato è stato il fosgene, in mancanza di maschera; hanno potuto servire dei fazzoletti imbevuti di urina (l'urea esercita un'azione neutralizzante). Attualmente le arsine pulverulente, tipo Adamsit, costituiscono una minaccia contro cui si esigono filtri speciali.

Importante è una buona riserva di acqua possibilmente in bottiglie ben chiuse.

Piccoli mezzi improvvisati sono tutti questi, che è bene tener presenti perchè, se anche offrono una protezione relativa, permettono di non essere del tutto disarmati contro il pericolo.

fil.

Organizzazione dell'assistenza ai gassati.

(O. MUNTSCH. *Medizin. Welt*, 19 ott. 1935).

La guerra con i gas, con le sue sorprese e difficoltà, mette i dirigenti dei servizi e gli uomini addetti in condizioni di prendere delle decisioni rapide e piene di responsabilità, che necessitano una profonda conoscenza della materia. L'A. esamina le condizioni di alcuni eserciti al riguardo. In Francia, in caso di guerra vi sono per ogni armata un ufficiale ispettore ed un ufficiale medico, particolarmente versati in materia; la loro attività si esplica esclusivamente sul servizio-gas. Al medico spetta: 1) raccogliere tutte le informazioni sulle sostanze aggressive usate dal nemico, mediante ricerche cliniche, autopsie, informazioni dai gassati, dai prigionieri; 2) sorvegliare l'istruzione del personale del servizio-gas ed assumere egli stesso ulteriori informazioni mediante visite al Centro chimico; 3) stendere i rapporti sul servizio-gas, tenendosi in stretti rapporti con i medici e veterinari dell'esercito.

Nell'esercito svizzero, vi sono i così detti « distaccamenti-gas », composti di 2 medici, un soprintendente e 5 aiutanti. Se l'afflusso dei gassati è notevole, i « distaccamenti » vengono rinforzati con altri elementi, oppure si organizzano degli ospedali speciali. La « forza » di questi distaccamenti viene tenuta scarsa per non intralciarne la mobilità, mentre nei periodi senza gas, non si tiene inutilizzato che poco personale.

Nell'esercito tedesco, durante la guerra mondiale, si erano istituiti dei « lazzaretti per gassati » senza bisogno di utilizzare degli elementi specializzati. Tali lazzaretti hanno reso buoni servigi.

Per l'esercito italiano, l'A. riferisce una polemica fra Manganaro e Pagniello; quest'ultimo sosteneva che si dovrebbero fare dei « posti di soccorso per gassati » con medici e personale specializzato, mentre il primo sosteneva il contrario. E tale opinione adotta anche l'A. concludendo che ogni medico, ogni aiutante del servizio sanitario deve conoscere i princìpi fondamentali del servizio di difesa contro i gas e sarebbe un errore il voler farne una specializzazione riservata a poche persone.

fil.

DIVAGAZIONI

La scoperta del termometro e l'evoluzione della termometria clinica.

V. Busacchi (*Rivista di Storia delle scienze mediche e naturali*, luglio-agosto 1935) nota che la termometria rappresenta una delle più grandi risorse per la Clinica, e la sua applicazione in medicina uno dei più geniali ritrovati.

Gli antichi per apprezzare le differenze di temperatura mettevano le mani sul corpo dell'infermo, di regola sul petto. Così si rendevano conto dell'esistenza della febbre, che essi ritenevano una flogosi generale, mentre consideravano l'infiammazione una febbre locale.

Il sistema era tutt'altro che preciso e si prestava a giudizi tutt'altro che esatti in relazione sopra tutto alle variazioni della sensibilità termica degli osservatori.

La scoperta di un mezzo che consentisse di rilevare le differenze di temperatura del corpo umano nello stato di salute e di malattia doveva costituire un progresso notevole per la medicina.

La scoperta del termometro come strumento di fisica e come mezzo d'indagine clinica non fu fatta tutta in una volta. Essa seguì a tappe ed ebbe sempre nuovi perfezionamenti.

Il termometro si basa sul principio della dilatazione dei corpi col calore.

La prima osservazione sul fatto che l'aria con il riscaldamento aumenta di volume e ritorna con il raffreddamento al primitivo volume, viene attribuita ad Erone Alessandrino, che fondandosi su questo principio inventò un meccanismo per aprire i battenti di una porta.

All'osservazione di Erone s'inspirò certamente Cornelio Drebbel che nel 1628 descrisse un

apparecchio costituito da una specie di storta che dall'orificio immerso nell'acqua emetteva col riscaldamento bollicine d'aria. Col raffreddamento il liquido montava nelle storte.

Analogo apparecchio descrisse nel 1606 Giovambattista della Porta, il quale ebbe cura anche di segnare con l'inchiostro il livello raggiunto dall'acqua sul collo affilato delle storte prima del riscaldamento e del raffreddamento, desumendo così la quantità di aria uscita.

Però nè il Drebbel, nè il della Porta intuirono l'importanza del loro esperimento che il primo descrisse come una mera curiosità ed il secondo applicò esclusivamente nella pratica idraulica.

Non si può precisare chi sia stato il primo a costruire un vero termometro, sembra tuttavia che tale merito possa attribuirsi a Galilei ed a Santorio.

Viviani afferma che Galilei inventò il termoscopio nel 1593.

Ma colui che rese lo strumento utile ad indicare le differenze quantitative di temperatura fu certo Santorio Santorio (1562-1636).

Successivamente lo strumento subiva notevoli perfezionamenti specialmente in Firenze per opera dell'Accademia del Cimento.

Gli strumenti costruiti a Firenze erano ad alcool (aquarzente) e chiusi, erano quindi veri termometri. Erano costituiti da un'ampolla continuantesi in un tubo chiuso di vetro diritto o a spirale. Le graduazioni erano segnate con bottoncini di smalto o vetro, bianco o nero. È stato pure descritto un termometro costituito da un recipiente chiuso con alcool, contenente palline di vetro ripiene di aria che a seconda della temperatura si spostavano in alto o in basso. Dei termometri dell'Accademia del Cimento si conservano alcuni esemplari nel Museo della Storia della Scienza a Firenze.

Nel 1693 Renaldini portò nuovi pefezionamenti utilizzando come temperature fisse per la loro graduazione il punto di fusione del ghiaccio e di ebollizione dell'acqua.

Santorio Santorio fu il primo ad intravedere l'importanza a scopo clinico del termometro ed a suggerirne l'uso.

Per determinare la temperatura si applicava la mano sulla parte superiore dello strumento, oppure vi si espirava sopra o anche lo si introduceva nella bocca.

Prima però che si abbiano risultati effettivi dall'applicazione del termometro alla clinica è necessario che trascorra un lungo periodo di tempo che va dal principio del 600 alla seconda metà dell'800.

G. A. Borelli (1681) riferisce di avere misurato la temperatura del cuore e degli altri visceri in animali riscontrando che essa non superava i 40 gradi, cioè il calore del sole in estate.

Boerhaave (1663-1738) comprese l'importanza dell'aumento del calore per la diagnosi delle affezioni piretiche, calore che poteva essere misurato con il termoscopio.

Van Swieten (1700-1772) afferma che l'aumento di temperatura può essere apprezzato con il confronto con un uomo sano ed in modo più esatto col termometro a mercurio costruito da Fahrenheit posto in bocca o in altre parti del malato confrontando poi la temperatura con quella di un sano.

De Haen (1704-1776) studiò accuratamente la temperatura nello stato di salute e di malattia.

Antonio Rolandson Martin nel 1673 stabilì che la temperatura dell'uomo sano oscilla tra 36° e 37°, e che nell'acme del brivido febbrile può raggiungere i 42°.

Blagden (1779) stabilì che l'uomo ed il cane possono vivere per qualche tempo in ambienti con temperature notevolmente elevate, e che il calore corporeo resta per un certo tempo presso che costante. Esperienze analoghe erano state fatte da Pietro Moscati (1776). Giovanni Hunter (1777) osservò che gli animali sottoposti a raffreddamento conservano presso che immutata la loro temperatura mediante una più attiva produzione di calore.

James Currie con un termometro da lui ideato studiò nel 1805 l'influenza delle applicazioni fredde sulla febbre. Sono pure da ricordare Récamier (1774-1856), Hofeland, Bouillaud (1796-1881), Piorry (1794-1879) che usarono frequentemente il termometro al letto del malato, Andral (1797-1876) che formulò leggi sulle elevazioni termiche, Roger che fece le prime osservazioni termometriche sui bambini, preparando con accurate osservazioni il terreno da cui C. A. Wunderlich trarrà molti frutti.

Il Wunderlich, spinto da Traube, fece numerosi studi di termometria clinica che sono rimasti classici, introducendo anche le tabelle termometriche.

Il termometro tra gli strumenti clinici è quello che ha avuto il più rapido, il più largo ed il più sicuro successo. Dal laboratorio è passato alle cliniche, agli ospedali, al medico esercente privato.

Oggi il termometro costituisce una piccola suppellettile per ogni famiglia alleviatore di ansie ingiustificate o rivelatore di mali.

E non tutti sanno quando il piccolo strumento tascabile quanti sforzi di meditazione e di ricerche esso sia costato, attraverso quante tappe sia passato prima di diventare il mezzo preciso e di facile uso per misurare il più comune sintoma delle malattie, la febbre.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

V. VON WEIZSÄCKER. *Studien zur Pathogenese.* Un vol. in-8° di 89 pag., cart. G. Thieme, Leipzig, 1935. RM. 3,50.

La patogenesi viene qui considerata da un punto di vista alquanto diverso dal consueto. Il pensiero conduttore dell'A. può riassumersi in questo suo periodo. Si incomincia a contare sempre più sulla possibilità che non sia il processo anatomico che provoca le modificazioni di struttura da cui inevitabilmente deriveranno le anormalità della funzione, ma che accada proprio il contrario: una modificazione continuativa della funzione finisce con l'agire sulla struttura da cui essa dipende. E si incomincia così a trovare le prove che l'ipertonia si ha prima dell'aterosclerosi, gli spasmi vascolari della parete gastrica prima dell'ulcera, ecc.

Messo su questa via l'A. trova molte malattie di origine psicogena: tachicardia parossistica, paralisi isterica, diplopia, nonchè alcuni casi di diabete insipido.

Un tale orientamento di idee non viene sistematicamente negato nemmeno dai più rigidi assertori dei soli fatti tangibili e pertanto il libro dell'A. può trovare in qualche parte parecchi consenzienti; l'essenziale è di ben delimitare il campo fermandosi ai fatti bene assodati per non cadere nel fantastico e nel nebuloso. *fil.*

J. STUR. *Kleines Merkbuch zur Differentialdiagnose.* Editori Urban and Schwarzenberg. Berlino-Vienna; Prezzo RM. 7,50.

Il libro consta di due parti. Nella prima sono descritti a grandi pennellate i vari complessi sintomatici, e gli aspetti che assumono le varie malattie precisandone i caratteri peculiari, i fatti concomitanti che consentono un rapido e deciso orientamento diagnostico. La seconda parte costituisce un indice di sintomi costituenti gli elementi dei complessi morbosi descritti nella prima parte ed ai quali sono riferiti.

Le descrizioni per quanto concise sono chiare e precise.

Il libro è dedicato ai medici e agli studenti, ed in effetti esso è un valido aiuto per la pratica clinica e un buon manuale di patologia.

DR.

O. PORGES. *Darmkrankheiten. Ihre Diagnose* und Therapie. Un vol. in-8°, di 253 pagg. Urban e Schwarzenberg, Berlin e Wien. 1935. Prezzo RM. 8.

Nonostante la grande frequenza delle malattie intestinali il loro studio clinico, forse per la grande complessità dei momenti patogenici, non è ancora stato abbastanza approfondito. Ne risulta una notevole disparità di opinioni da parte dei varî AA. Così, Porges è del tutto discorde dalle vedute di v. Noorden e Schmidt sulle diarree dispeptiche, che questi ritengono di origine funzionale, mentre egli le attribuisce ad un catarro localizzato nel cieco o nel tenue, attribuendo i caratteri delle feci, in questi casi, alla reazione motoria determinata dagli stimoli morbosi sul crasso. Così, anche per la colite muco-membranosa, l'A., lungi dal riconoscerla di origine prettamente funzionale, l'attribuisce ad un'affezione catarrale infiammatoria del colon trasverso provocata dalla costipazione.

Nelle 14 lezioni che troviamo in questo libro, l'A. si occupa dapprima dell'anatomia e fisiologia dell'intestino, dei sintomi subbiettivi e dei segni obbiettivi rilevati con i metodi di ricerca che descrive, della terapia generale. Passa poi alle singole malattie: enterite, tiflite, appendicite, dispepsie intestinali, coliti, enterocoliti, malattie del sigma e del retto, malattie parassitarie, costipazione abituale, stenosi intestinale e tumori dell'intestino. Assai interessante è il capitolo della costipazione che l'A. attribuisce essenzialmente ad un disturbo del riflesso di defecazione, per cui gli spasmi del crasso sarebbero non già la causa, ma la conseguenza della costipazione stessa. *fil.*

H. VON HOESSLIN. *Vorlesungen über Erkrankungen des Respirationssystems.* Un vol. in-8, di 150 pagg. G. Thieme, Leipzig, 1935. Prezzo RM. 4,20.

L'A., che è Direttore del riparto di medicina interna dell'Ospedale O. Ziethen, di Berlino, tratta qui, in 12 lezioni le malattie del sistema respiratorio: polmonite lobare, polm. da aspirazione, ascesso polmonare, enfisema, asma bronchiale, bronchite, bronchiectasia, tumori del polmone, malattie della pleura, empiema, malattie influenzali e psittacosi. Le lezioni vennero pubblicate nella *Deutsche med. Wochenschrift* e sono state rimaneggiate ed ampliate; esse illustrano specialmente il lato della patologia e della diagnosi, non trascurando però la terapia.

Seguendo la voga che godono attualmente in Germania gli studî sull'eredità, Regenbogen vi aggiunge un capitolo sull'ereditarietà nelle malattie polmonari, che egli trova essenzialmente per l'asma bronchiale, la tubercolosi, la bronchite e polmonite. Vi sarebbero famiglie minorate nell'apparato respiratorio, che a tali malattie andrebbero più soggette. Anche il pneumotorace spontaneo e la bronchiectasia sarebbero malattie familiari. Trattasi certamente di questioni interessanti, che possono anche avere un riflesso sociale. *fil.*

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

P. CARNOT, M. VILLARET e R. CACHERA. *Thérapeutique hydroclimatologique des maladies du foie et des voies biliaires.* Masson, Parigi, 1935, p.p. I-151.

Particolarmente interessante è quest'ultimo volumetto della biblioteca di terapia idroclimatologica, diretta da Villaret, distinto clinico, ordinario della cattedra d'Idrologia e di Climatologia della Facoltà di medicina di Parigi.

Chi conosca l'azione delle ottime acque minerali italiane usate nella cura delle malattie del fegato e delle vie biliari e in particolare della colelitiasi, può ben comprendere quanto importante sia, in idrologia, lo studio dell'azione sul fegato, di quelle complesse soluzioni di elettroliti rappresentate dalle acque minerali.

Gli argomenti svolti dagli AA. nel presente volume sono i seguenti: Indicazioni e controindicazioni delle cure termali nelle malattie del fegato e delle vie biliari.

Nozioni d'idrologia sulle stazioni francesi utilizzate nella cura di dette affezioni.

Meccanismo d'azione delle acque minerali in patologia epatica.

Tecniche terapeutiche nelle malattie del fegato e delle vie biliari.

Climatoterapia di queste affezioni.

In complesso un manuale breve ma organico, ricco di notizie utili sia per i cultori dell'idrologia medica sia per il pratico che intenda aumentare le proprie conoscenze culturali.

Dobbiamo augurarci che anche in Italia gli studî idrologici assumano un maggiore sviluppo in relazione al valore pratico che le cure minerali hanno e alla loro non trascurabile importanza nell'ambito dell'economia d'una Nazione. MESSINI.

P. CHAVIGNY. *Le médecin comme chef, comme organisateur.* Editore J. B. Baillière; Prezzo Fr. 25.

Lo Chavigny è generale medico dell'esercito francese, e come tale un organizzatore. Nessuna meraviglia che egli dedichi un libro di oltre 180 pagine per discutere i vantaggi che la classe medica può trarre per il suo decoro, per il suo prestigio e sopra tutto per la sua efficienza, da una perfetta organizzazione dei servizi che le sono commessi, o come categoria professionale.

Le ultime vicende sociali impongono ai medici nuovi doveri e nuove esigenze. Perchè la classe medica possa adeguatamente adattarsi al nuovo stato di cose occorre che sappia organizzarsi, che sappia fissarsi un programma di studi e di attività.

Tutte queste finalità non possono raggiungersi se non attraverso i sindacati. DR.

H. BON. *Précis de Médecine catholique.* Editore F. Alcan, Parigi. Prezzo fr. 40.

Le interferenze tra medicina e cattolicismo hanno costituito l'oggetto di numerosi studî sparsi in varie monografie. Il Bon ne ha fatto oggetto di un'ampia e sistematica trattazione.

Ogni capitolo ha un interesse particolare: storia dei rapporti tra medicina e religioni, la collaborazione religiosa del medico, lo studio medico della vita e della passione di Cristo, l'origine del corpo umano secondo il cristianesimo, le questioni inerenti ai rapporti tra anima e corpo, le funzioni di riproduzione e la morte secondo il cristianesimo, i prodigi biologici, i fattori religiosi nelle malattie, i disturbi neuropsichici a carattere religioso, il fattore religioso nella terapia, gli esperimenti, la chirurgia, il duello, il suicidio e la cremazione dal punto di vista religioso, la medicina ed i sacramenti, le istituzioni mediche del cattolicesimo, la vita spirituale, scientifica e professionale del medico cattolico. DR.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il cuore degli scoliotici.

È noto che i grandi gibbosi, abbandonati a loro stessi, finiscono ad età non avanzata, presentando dilatazione del cuore destro ed asistolia.

In essi, il polmone è turbato nelle sue funzioni per varie ragioni:

1) la capacità toracica è notevolmente diminuita. Nella scoliosi dorsale destra, con il lato sinistro sfondato, non vi è quasi più posto per il polmone. Il cuore, ricacciato verso destra e messo in posizione tendente alla verticale per torsione del peduncolo, occupa la più gran parte dell'emitorace. La chiusura dell'angolo in corrispondenza della gibbosità e la sporgenza dei corpi vertebrali, giratisi verso destra, diminuiscono di molto lo spazio per il polmone destro. Inoltre, la curvatura del rachide ne provoca uno schiacciamento, sicchè i visceri addominali e specialmente il fegato ipertrofizzato, ricacciano il diaframma nella gabbia toracica e comprimono le basi polmonari;

2) l'embricazione delle costole dal lato concavo e la loro verticalità da quello convesso, provocano una diminuzione notevole del lavorio della respirazione toracica, per cui si ha una relativa immobilità. Questo non funzionamento del polmone si manifesta alla percussione con delle zone di ottusità, molto pronunciate in addietro, lungo la colonna vertebrale e dal lato della convessità. Il murmure respiratorio non si sente in tali zone ed il polmone, non funzionando più, si atrofizza e si retrae.

Il campo dell'ematosi è quindi assai ristretto nei grandi gibbosi. Il cuore, anche in riposo, batte frequentemente (110-120 e più) per assicurare l'ematosi e non vi arriva che in parte, poichè i gibbosi rimangono magri e mingherlini. Il compenso cardiaco può aversi ancora nei giovani. Ma se si manifesta una malattia intercorrente (influenza, bronchite), il paziente può morire in poche ore per una vera asfissia. Un raffreddamento brusco può avere lo stesso effetto ed è per questo che i bagni di mare debbono essere proibiti ai gibbosi.

Se non s'interviene a tempo, il cuore dei gibbosi finisce per cedere ed è allora che si hanno le palpitazioni, la cianosi nel cammino, l'impossibilità di salire le scale, infine, una vera asistolia.

Per prevenire tali esiti, Lance (*Gazette des hôpitaux*, 23 nov. 1935) consiglia anzitutto il riposo in decubito dorsale, in seguito lo spiegamento toracico in corsetti rigidi presi modellandoli nella posizione supina, al massimo della correzione. Il braccio del lato concavo viene sopraelevato ed al disotto si pratica una larga finestra di decompressione. Il gibboso deve allora fare degli esercizi spiroscopici che, poco a poco, aumentano la capacità respiratoria, spiegano il torace dal lato concavo e ridanno la mobilità costale; il polso allora si abbassa a 100, 90. Più tardi, si potrà sostituire il corsetto rigido con un altro semirigido, dopo la fissazione operatoria del rachide.

È quindi importante sapere che i disturbi cardiaci dei gibbosi possono essere evitati con un trattamento precoce, razionale e persistente.

fil.

La terapia di alcuni sintomi dell'insufficienza cardiaca.

H. Pribram (*Medizin. Klinik*, 28 giugno 1935) dà i seguenti consigli:

1) *Idrope.* — La deacquificazione ha una parte importante sebbene spesso sopravalutata. Sono utilizzabili a tale scopo: *a*) riduzione dell'acqua e del sale nella dieta; *b*) cardiaci (digitale, strofanto, scilla); *c*) mobilizzazione degli edemi mediante il salasso o le iniezioni endovenose di soluzioni ipertoniche; *d*) diuretici della serie purinica, combinazioni mercuriali, urea, tiroidina; *e*) cura del malato, specialmente tenendo alte le gambe; *f*) deacquificazione mediante lassativi e diaforetici; *g*) puntura e scarificazioni.

2) *Dispnea.* — Nella forma centrogena, non si può fare a meno della morfina; in quella cardiaca ed ematogena, inalazioni di ossigeno; terapia dell'insufficienza acuta e dell'asma.

3) *Palpitazioni e dolori cardiaci.* — Applicazioni fredde sul cuore, sedativi (bromici, valeriana, luminal); badare alla regolarità della defecazione ed all'eliminazione dei gas.

4) *Respiro di Cheyne-Stokes.* — Atropina, papaverina, lobelina, eufillina, caffeina, sparteina. Evitare la morfina (tutt'al più con lobelina).

5) *Stasi bronchiale.* — Calmanti della tosse (che aumenta il lavoro cardiaco); codeina, dicodid e simili.

6) *Stasi gastrica.* — In presenza di questa, come della stasi portale, la digitale va somministrata per via del retto, oppure si ricorra alla strofantina. Utile può essere la diuresi col salyrgan.

7) *Fenomeni intestinali.* — Contro la costipazione, i consueti lassativi (rabarbaro, liquirizia, cascara, ramno). La diarrea è piuttosto utile, agendo come deacquificante.

Importante sarebbe combattere il meteorismo che, per il diminuito riassorbimento dei gas, in conseguenza della stasi portale, può assumere un alto grado. Purtroppo la terapia ha scarsa efficacia e riguarda: *a*) impedire la

formazione di gas (combattere l'aerofagia, evitare cibi flatulenti, somministrare fermenti adatti); *b*) favorirne l'eliminazione (lassativi, olii eterei ed altri spasmolitici, come belladonna, papaverina, canfora); *c*) fissazione dei gas mediante l'adsorbimento (carbone animale).

8) *Disturbi del sensorio e del sonno.* — Migliorare le condizioni del circolo mediante un'iniezione di strofantina, la sera; eventualmente contro la dispnea serotina, morfina. Talvolta, non si può fare a meno dei sonniferi (veronal e simili; ultimamente è stata consigliata l'acetaldeide). Se le extrasistoli disturbano il sonno dare della valeriana con chinina.

Nei disturbi della coscienza (dati per lo più da accumulo di CO_2) migliorare le condizioni del circolo (strofantina, eufillina, canfora); inalazioni di ossigeno o salasso. *fil.*

La nitroglicerina nell'angina pectoris.

F. Kisch (*Med. Well*, 14 dic. 1935) consiglia di dare la nitroglicerina non al solo scopo di troncare gli accessi di angina pectoris, ma anche per prevenirli. Egli ha dimostrato tale azione facendo compiere all'anginoso un determinato esercizio (dalla posizione supina mettersi seduto e ritornare alla prima posizione, al ritmo di 30 volte al minuto). Si tiene conto del numero delle volte necessarie per determinare il tipico dolore, che viene invece impedito (o ritardato) con l'uso preventivo di nitroglicerina. Tale azione preventiva dura 40-50 minuti.

È consigliabile la somministrazione di tale rimedio dopo i pasti, prima di intraprendere un periodo di movimento e prima di andare a letto. Se ne somministrano 3 gocce della soluzione all'1 %.

L'azione manca quando l'angina è data da occlusione della coronaria acuta o da mesoaortite luetica, diffusa ad entrambe le coronarie. In tali casi, sono consigliabili le inalazioni prolungate e ripetute di ossigeno. *fil.*

L'utilità dei preparati di calcio-canfora-efedrina.

Un grande interesse si rivolge ora a quei casi di debolezza circolatoria, che non sono connessi con un'insufficienza cardiaca, ma piuttosto con una lesione del sistema vasale e che si manifestano con uno stato di *shock* o di collasso in circostanze svariate, come: intossicazioni (da gas, uremiche), stati postoperativi e postinfettivi. La differenza con la vera insufficienza cardiaca consiste nel fatto che in questa il sistema circolatorio è ingorgato di sangue, mentre nel collasso circolatorio il sangue stesso ristagna dei depositi e poco ne passa in circolo, sicchè le vene appaiono vuote.

Diverse devono quindi essere le indicazioni terapeutiche che, nel secondo caso avranno essenzialmente lo scopo di stimolare il centro vasomotorio (caffeina, stricnina) e la periferia (preparati adrenalinici o similari).

Utili effetti si ottengono dalla combinazione dell'efedrina (ad azione meno violenta, ma più continuata dell'adrenalina), con la canfora che ne integra l'effetto agendo sui centri ed il calcio che, a sua volta, favorisce la contrattilità del miocardio in modo analogo a quello della digitale.

I tre rimedi sono riuniti in una specialità italiana, di cui J. Bohm (*Wiener medizin. Wochens.*, 5 ott. 1935) nel riferire alcuni casi clinici, raccomanda l'uso anzitutto nelle lesioni tossiche circolatorie degli stati infettivi. Nella polmonite tossica, per es., si iniettano sottocute, ogni 2 ore, 3 cmc. del preparato eventualmente con della caffeina. Nel collasso acuto, se ne possono iniettare 5 cmc., anche (molto lentamente) per via endovenosa mentre, quando si è già ottenuto un miglioramento, basterà la ripetuta somministrazione orale di 20 gocce.

Molto utile è il preparato anche nelle intossicazioni (gas illuminante, barbiturici) e nei casi di scompenso cardiaco cronico, specialmente del ventricolo sinistro, nella stasi polmonare, nel broncospasmo con stato asmatico, in cui la consueta terapia cardiotonica esercita lentamente la sua azione, mentre si hanno rapidi miglioramenti dei sintomi mediante il preparato in questione.

fil.

L'affaticamento cardiaco degli aviatori.

In una interessante memoria sulla selezione e sulla sorveglianza medica del personale navigante di aviazione sanitaria, R. Cruchet (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 dic. 1935) accenna fra l'altro all'affaticamento cardiaco, che è un fatto di osservazione banale. Nell'aviatore in buono stato di salute, ma che vola parecchie ore al giorno, il cuore è grosso e molle; i toni ne sono come smorzati, le pressioni deboli. Per un certo tempo questa non è che un'indicazione. Ma arriva un momento, verso la quarantina, in cui tali fenomeni si accentuano e si manifestano con segni precursori del necessario riposo: sensazione di stanchezza, specialmente allo sforzo, nervosismo, incostanza dei riflessi di condotta, sonnolenza esagerata, anche dopo avere atterrato, angoscia, inquietudine, diminuzione del potenziale morale, ecc. Si può dire che il 95 % delle inattitudini dell'aviatore professionale sono dovute a questa stanchezza generale, che si ripercuote visibilmente sul sistema circolatorio e sulla tensione arteriosa.

È pertanto necessario che si eserciti un'oculata vigilanza specialmente sui piloti dei pubblici trasporti. Ma è probabile che tutti i navigatori aerei avvertano, dopo un certo tempo, dei sintomi analoghi e quindi anche il personale sanitario navigante dovrà essere invigilato in questo senso.

fil.

Il significato del " punto morto ,, nello sforzo fisico.

Il così detto « punto morto » è un fenomeno che si osserva particolarmente nei vogatori, durante le regate, quando incominciano subito con un grande sforzo. Improvvisamente, si manifesta una sensazione di insufficienza, con dispnea, altissima frequenza del polso e del respiro, senso di oppressione e congestione. Ma se il vogatore continua con grande slancio il lavoro, si ha pure improvvisamente la sensazione di alleggerimento, che è tanto più notevole quanto più forte era stata quella di esaurimento. Lo sportivo ha avuto il suo « secondo respiro ».

Il fenomeno non si manifesta mai quando il lavoro pesante viene eseguito trattenendo sul principio le forze; non si tratta, quindi, di una semplice stanchezza.

Da ricerche fatte specialmente sul ricambio, W. Ewig (*Zeit. f. inn. Med.* e *Med. Welt*, 14 dicembre 1935) deduce che il punto morto corrisponde all'incapacità di eliminare l'acidosi e di adattare il circolo alla prestazione necessaria. L'acidosi non è soltanto determinata dalla produzione di CO_2, ma anche dall'accumulo di altre sostanze acide, che è tanto maggiore per quanta minore quantità di ossigeno si ha a disposizione per la resintesi degli acidi, specialmente di quello lattico.

Un altro processo importante è quello riguardante la glicemia che l'A. ha potuto seguire in un caso. Durante il punto morto, questa si abbassò a 48 mg. %, cioè ad uno stato di ipoglicemia. Non appena raggiunto il secondo respiro, risalì notevolmente e rapidamente raggiungendo valori superiori a quelli iniziali. Si deve ritenere che l'impulso nervoso, nel dare il secondo respiro, liberi delle nuove riserve e, mediante la vasodilatazione periferica, crei nuove favorevoli condizioni di lavoro. L'A. accenna inoltre ai rapporti fra il punto morto e l'angina pectoris ambulatoria.

fil.

SEMEIOTICA.

I dolori alla spalla.

I dolori alla spalla vengono per lo più considerati come di origine reumatica (Omartrite) e curati in conseguenza. Spesso però essi sono invece rivelatori di malattie di organi interni anche lontani.

Siano essi localizzati a sinistra come a destra, possono essere dati da: angina pectoris, aneurisma aortico, spasmi e dilatazioni dei grossi vasi, disturbi di irrorazione delle arteriole (come nella disbasia angiosclerotica, ipertensione e malattie del pericardio, della pleura e dei polmoni.

Meno noti sono i dolori alla spalla provenienti da organi addominali, anzitutto fegato e vie biliari ed inoltre da ulcera gastro-duodenale, dal complesso sintomatico gastro-cardiaco, da pancreatite, nefrolitiasi, ascesso paranefritico, come pure da appendicite ed affezioni della milza.

Come osserva W. Ercklenitz (*Medizin. Welt*, 19 ottobre 1935) la presenza di dolori alla spalla esige un accurato esame di tutto l'organismo, in quanto che l'omalgia può essere il sintoma dell'affezione di un organo lontano.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

Acquisizioni recenti sulla patogenesi della litiasi biliare.

V. de Lavergne e P. Kissel (*Journ. des Praticiens*, 9 novembre 1935), dopo aver ricordate le varie teorie, che si sono susseguite, per spiegare la formazione dei calcoli biliari, ed esposti i dati più recenti sulla fisiologia della vescicola e delle vie biliari, e sulla secrezione e costituzione della bile normale, ritengono che il fattore capitale nella calcolosi sia l'infezione, con le consecutive alterazioni delle pareti della colecisti e della composizione della bile, dando poco importanza alle condizioni generali dell'organismo, pipercolesterinemia ecc.

L'infezione e il « primum movens »; essa lede le pareti della vescicola biliare, privandola del potere elettivo di riassorbimento dei costituenti della bile. Nella colecisti, a pareti inerti fisiologicamente e meccanicamente, la pullulazione microbica produce una acidificazione del mezzo, che fa precipitare la colesterina, la quale, come è noto, è legata alle proteine che vengono precipitate dall'abbassamento del pH. La precipitazione diviene massiva allorquando per la progressione dell'infiammazione l'essudato proteico aumenta nella bile, trascinando i differenti elementi costitutivi di questa, pigmenti, sali di Ca, sali biliari ecc.

In questa guisa si costituiscono, attorno ad un nucleo proteico, i calcoli biliari, la cui composizione riflette quella della bile nella quale nascono.

Fra i tanti argomenti in favore di questa concezione, vi è il benefico effetto della cura alcalina nella colelitiasi, osservando da lunghissimo tempo. Gli alcalini secondo gli AA. oltre all'« antisepsi ionica » della bile, impedirebbero la precipitazione delle sostanze colloidi biliari, neutralizzando gli acidi che si formano per la moltiplicazione dei germi.

Zito.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. Cantani. *Sulla profilassi del tifo.* — Rinn. Med., 1935.

A. Cantani. *Sulla opportunità di perfezionare i metodi di vaccinazione per rinforzarne gli effetti profilattici e terapeutici.* — Tip. Europa, Roma, 1935.

M. A. Marcantonio. *Le granulome de l'ultravirus tuberculeux.* — Masson, Paris, 1935.

O. Forte. *I limiti della vita.* — I. T. E. A., Napoli, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

MELITO PORTO SALVO (*Reggio Calabria*). *Ospedale Provinciale Garibaldi*. — Cercansi Radiologo Primario e Assistente per il Reparto Chirurgico e Ostetrico-Ginecologico. Radiologo: stipendio lire 7000; percentuale 40 % sull'incasso lordo del Gabinetto; vitto e alloggio gratuiti. Assistente: stipendio L. 2400; vitto e alloggio gratuiti. Rimborso delle spese di viaggio dal luogo di abituale soggiorno a Melito Porto Salvo e viceversa. Saranno preferiti i concorrenti che potranno dimostrare un sicuro addestramento pratico.

NUORO. *R. Prefettura*. — Scad. 31 marzo; 2ª condotta di Macomer; titoli; stip. L. 8500; indenn. trasp. L. 1500; 5 quadrienni dec.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Concorso per la nomina di 18 tenenti medici in servizio permanente effettivo del Corpo sanitario militare marittimo. Età limite 30 anni al 31 gennaio 1936; il limite è aumentato di 4 anni per coloro che risultino regolarmente inscritti ai Fasci di Combattimento senza interruzione in data anteriore al 28 ottobre 1922. Domande, su carta da L. 6, al Ministero della Marina, Direzione generale del personale e dei servizi militari, Divisione stato giuridico, entro il 15 marzo 1936.

TREVISO. *R. Prefettura*. — Scad. 31 marzo; condotte di Cornudo, Follina e Vazzola; titoli; stipendi rispett. L. 8500, 8000 e 8000, aumentabili; indenn. trasp. L. 3500 per ogni condotta; c.-v.

TRIESTE. *Opera Pia « Ospedali Riuniti Regina Elena e di S. Maria Maddalena »*. — Concorso per titoli a: Medico Primario del reparto di tubercolosi dell'Ospedale di S. Maria Maddalena in Trieste; Medico Primario per un reparto di medicina dell'Ospedale Regina Elena in Trieste; Dirigente dell'Astanteria dell'Ospedale Regina Elena in Trieste. Stipendio per i due primari: annue L. 8000, con due quinquenni di L. 2000; aggiunta di famiglia, fino a conservazione, per gli ammogliati o aventi figli sino all'età di anni 18: annue lire 1140 (L. 1020 dopo il secondo quinquennio). Stipendio per il dirigente: annue L. 18.000; aggiunta di famiglia: annue L. 1020. Riduzioni e ritenute di legge. Scadenza ore 12 del 16 marzo. Chiedere bando alla Direzione dell'Ospedale Regina Elena in Trieste.

CONCORSI A PREMI.

Concorso nazionale sul tema: La lotta contro la tubercolosi nelle singole regioni d'Italia ».

Accogliendo le richieste di molti colleghi, la Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, ha stabilito di prorogare al 31 maggio 1936 A. XIV il termine del Concorso nazionale sul tema: « La lotta contro la tubercolosi nelle singole regioni d'Italia ».

La Federazione stessa avverte, poi, che mette a disposizione dei concorrenti che ne facciano richiesta i dati sulla mortalità tubercolare, in ciascun compartimento e nel Regno, dal 1887-89 al 1920-22 e dal 1920-22 al 1931.

NOTIZIE DIVERSE

La disciplina dei Congressi.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato un decreto (di cui demmo già l'annunzio) concernente la disciplina dei congressi nazionali ed internazionali da tenersi in Italia, delle partecipazioni delle delegazioni ufficiali italiane ai congressi internazionali all'estero, nonchè delle pubbliche manifestazioni di scienza, arte ed intellettualità, di beneficenza e di diporto e delle commemorazioni ed onoranze.

Il decreto, che apporta sostanziali modificazioni alle disposizioni preesistenti, al fine di dare alla materia una più organica disciplina, prevede, fra l'altro, la formazione di un calendario ufficiale dei congressi nazionali ed internazionali da tenersi in Italia in ciascun anno fascista, calendario che sarà approvato con decreto del Capo del Governo entro il mese di settembre. Gli enti e le persone che intendono promuovere i congressi debbono presentare le relative domande corredate dai documenti prescritti, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per tramite del prefetto della provincia nella quale il congresso deve avere luogo, non oltre il 30 giugno di ciascun anno.

Il calendario è definitivo; può, tuttavia, essere eccezionalmente integrato con decreto del Capo del Governo entro il 15 maggio, nel caso di domande tardivamente pervenute perchè riferibili a congressi che non era possibile prevedere entro il termine prescritto. La prima applicazione del calendario avrà luogo con l'inizio dell'anno XV, sicchè le domande per organizzare congressi in Italia entro tale anno debbono pervenire alla Presidenza del Consiglio dei Ministri non più tardi del 30 giugno 1936-XIV.

Zone di rispetto per le Cliniche.

Discutendosi al Senato il disegno di legge contenente disposizioni per eliminare i rumori molesti prodotti dai motocicli, dalle moto-carrozzette e dai moto-furgoncini, il sen. Devoto ha osservato che nel disegno di legge in discussione sono contenuti i germi che assicurano un ulteriore sviluppo a vantaggio della previdenza e dell'assistenza pubblica. Con esso si vogliono eliminare le molestie alla pubblica quiete e alle persone bisognose di riposo: fra queste vanno sopratutto annoverati gli ammalati, sia che restino nelle loro case, sia che vengano ricoverati negli ospedali. Non sarebbe inopportuno stabilire che i centri ospitalieri che non possono essere dislocati alla periferia vengano circondati da zone di rispetto che valgano ad eliminare ogni eccesso di molestia per gli ammalati, sia questo prodotto da rumori e da schiamazzi, sia dalle esalazioni nocive degli autotrasporti. Gli ospedali ne trarrebbero un grande giovamento per la loro azione curativa.

Anche quelle oasi verdi che servono a dare qualche ora di conforto alla popolazione che non può permettersi di godere la campagna non dovrebbero trovarsi nelle vicinanze delle cliniche. Quanto ha detto per le cliniche, l'oratore potrebbe ripeterlo per gli edifici scolastici, poichè i rumori infastidiscono e rendono meno proficue le ore di scuola.

Per il prof. Solieri.

Nella sede della Congregazione di Carità di Forlì ha avuto luogo la solenne consegna di una perga-

mena donata dalla Pia Istituzione al prof. gr. uff. Sante Solieri in occasione del venticinquesimo annuale della sua nomina a chirurgo primario dell'Ospedale Morgagni. Erano intervenuti alla cerimonia il prefetto gr. uff. Toffano, il vescovo mons. Rolla, il preside della Provincia, il commissario del Comune e tutte le altre autorità civili e militari.

Il presidente della Congregazione di Carità, dott. comm. Romeo Berti, ha portato al Solieri un vibrante saluto; ha fatto seguito un discorso del prof. De Castro, direttore sanitario dell'ospedale; hanno parlato poi il prof. Silvestrini, il dott. Camporesi ed altri. A tutti ha risposto con parole commosse il festeggiato.

Per il prof. Cappelletti.

Il 1° gennaio il prof. dott. Luigi Cappelletti ha lasciato la direzione degli Ospedali Psichiatrici di Venezia.

L'illustre psichiatra, già colpito dai limiti di età, avrebbe dovuto lasciare da tempo l'ufficio; ma in considerazione del suo alto prestigio e della necessità della sua opera nel momento difficile nel quale dovevasi attuare la riforma ospedaliera, la Provincia deliberò di derogare in via eccezionale alle norme sui limiti di età e di mantenerlo in servizio. Venuta meno ora tale necessità per l'imminente compimento della riforma, il prof. Cappelletti ha chiesto di ritirarsi.

La deliberazione del Rettorato disponente la sua cessazione dall'ufficio costituiva insieme un solenne riconoscimento delle grandi benemerenze del prof. Cappelletti. A lui venne conferito il titolo di direttore emerito e consulente degli Ospedali Psichiatrici.

Azioni giudiziarie.

Un medico condotto di Poppi, dott. F. B., fu accusato di essersi rifiutato, benchè richiesto di visita, di prestare le proprie cure al bambino Giotto Checcacci e di avere inoltre rifiutato di curare la donna Teresa Giuntini. Il bambino morì. La donna riportò l'indebolimento dell'arto inferiore sinistro, onde il medico fu imputato d'omicidio colposo e di lesioni colpose.

Il Tribunale di Arezzo lo assolse dalla prima imputazione, per insufficienza di prove, e dalla seconda perchè il fatto non costituiva reato.

Tanto il B. quanto il P. M. ricorrevano in Appello e la Corte fiorentina, in riforma della sentenza impugnata, assolse il B. anche dalla imputazione d'omicidio colposo con la formula più ampia. Contro tale sentenza insorgeva il Procuratore generale di Firenze, ricorrendo in Cassazione, ma questa ha respinto il ricorso, malgrado che il P. M., in udienza, ne avesse chiesto l'approvazione e ha confermato così l'assoluzione del dott. B. perchè il fatto non costituisce reato.

Un po' dovunque.

Si accumulano le testimonianze sul mal uso che gli abissini fanno della Croce Rossa; ampie documentazioni ne sono date sui giornali.

In Germania si smentisce decisamente la notizia secondo cui è progettato l'invio di una Sezione della Croce Rossa Tedesca in Abissinia.

Il prof. Giovanni Galli di Como ha offerto all'Erario la medaglia d'oro al merito clinico, conferitagli dalla R. Università di Roma.

Si è costituita in Roma la Società Laziale di Ostetricia e Ginecologia. La prima seduta avrà luogo presso la R. Clinica Ostetrico-Ginecologica (Policlinico Umberto I) il 7 febbraio alle ore 18. Vi possono prendere parte tutti i cultori della specialità; per essere socio, fare domanda al presidente della Società, prof. Paolo Gaifami, accompagnandola con la quota di associazione di L. 10.

Il Comitato dell'Unione internazionale contro il cancro si è adunato per la prima volta a Parigi, sotto la presidenza del sen. J. Godart. Si è deliberata la pubblicazione degli *Acta* dell'Unione. Il 2° Congresso dell'Unione si terrà a Bruxelles, nel prossimo settembre.

Il 30 dicembre u. s. ha avuto luogo presso il R. Sanatorio S. Luigi di Torino una seduta scientifica dei « Colloquii di Aesculapio » presieduta dal prof. G. Ferrando, direttore dell'Ospedale. Numerosi intervenuti e importanti argomenti vennero trattati da parte di vari medici: prof. Scaglia, prof. Rabino, dott. Masenti, prof. Segre, dott. Losano, dott. Banaudi ecc. In ultimo il prof. Ferrando riferiva sugli esiti delle cure sanatoriali, sottolineando i buoni esiti ottenuti.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 24 novembre e l'8 dicembre, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. Nella prima di queste sedute il prof. G. Grandi commemorò il prof. Cesare Gavina; vennero poi fatte comunicazioni dal dott. C. Pergni e dalla dott.a A. Cicin; nella seconda seduta vennero fatte comunicazioni dal prof. P. Gall e dal dott. L. Lovisato.

La Società tedesca per l'urologia è stata richiamata in vita per iniziativa del prof. Kiellenthner, dopo aver deciso di escluderne gli austriaci. Terrà un congresso il 1° aprile.

La Società tedesca di balneo e climatologia si adunerà, con altre società congeneri, il 16 e il 17 marzo a Monaco. Temi: il föhn (vento caldo) nei riguardi meteorici e bioclimatici; nuove ricerche sull'acqua e la sua importanza in fisiologia; trattamento del catarro e dell'asma nei luoghi di cura.

A Roma è stata inaugurata l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria. La prolusione è stata tenuta dal sen. prof. Davide Giordano, il quale ha esposto la storia della chirurgia delle varici in Italia.

L'Opera Nazionale Belga di difesa contro la tubercolosi si è adunata il 19 dicembre a Bruxelles, nella sede sociale (rue de Stassart 82).

Il Commissariato della Salute Pubblica della Russia ha istituito, in seno al Consiglio Medico Scientifico, un Comitato Endocrinologico, che risolverà le questioni scientifiche e pratiche dell'endocrinologia medica e si occuperà dei metodi di preparazione, controllo e uso dei prodotti organoterapici.

Corsi complementari in igiene della durata di un bimestre, per aspiranti alla carriera sanitaria, si terranno nei RR. Istituti d'Igiene di Torino, Firenze e Pavia, a partire rispettivamente dal 29 febbraio, dal 1° marzo e dal 2 aprile; modalità consuete.

Numerosi corsi complementari e di perfezionamento sono predisposti, pel 1936, nella Facoltà

di Medicina di Parigi. Chiedere il programma e le date esatte al: Bureau des Relations médicales avec l'Etranger, Faculté de Médecine (Salle Béclard), rue de l'École de Médecine 12, Paris VIe.

Un corso pratico di tecnica chirurgica si svolgerà a Parigi, in più Sezioni (secondo i varî campi), fra il 3 febbraio e il 24 ottobre, sotto la direzione del prof. M. Robineau, nell'anfiteatro anatomico degli ospedali (rue du Fer-à-Moulin 17). Per iscrizioni e informazioni rivolgersi al Dr. Mathé (stesso ufficio di cui sopra).

L'Associazione Educatrice Italiana ha organizzato, nei maggiori centri, dei corsi di cultura e assistenza sociale, integrati da corsi di medicina sociale e medicina del lavoro.

Secondo un regolamento in preparazione nella Germania, tutti i medici dovranno seguire periodicamente dei corsi pratici, negli ospedali annessi alle università, per mantenersi aggiornati sui progressi delle scienze mediche. Saranno dispensati da tale obbligo i medici che abbiano superato 60 anni.

Un reparto dell'Ospedale Civile di Padova — reparto intitolato alla Regina Elena e annesso alla Clinica delle malattie mentali della R. Università, diretto dal prof. G. C. Riquier — è perfettamente attrezzato per la cura dei postumi dell'encefalite; dispone di 37 letti.

Il profilo di Pellegrino Matteucci (1850-1881), medico romagnolo, eroico esploratore africano, è disegnato in una recentissima e interessante pubblicazione dell'Istituto Farmacologico Italiano che, con lodevole patriottica iniziativa, ha voluto rendere omaggio alla memoria di una delle prime grandi vittime italiane della Sfinge africana.

Il 15 maggio 1937 sarà celebrato il centenario della fondazione dell'Università Nazionale di Atene. Tutte le Università, le Accademie e le Società scientifiche saranno invitate alla cerimonia.

L'Università di New Orleans ha tenuto una seduta commemorativa del ginecologo Ernest Sydney Lewis, morto recentemente in età di 95 anni.

Alla Clinica medica dell'Ospedale S. Antonio a Parigi si è inaugurato un medaglione del prof. Chauffard.

Il 20 dicembre a Buenos Aires è stato reso un omaggio al dott. Angel H. Roffo, noto cancerologo.

È stato festeggiato a Friburgo i. Br. il 70° compleanno di Ludwig Aschoff, il reputatissimo anatomo-patologo.

Un inserviente dell'Istituto odontoiatrico della Università Columbia di New York, certo V. Kussow, licenziato pel carattere irascibile, presentatosi nell'Istituto ha ucciso a colpi di rivoltella i dirigenti dott. A. T. Rowe e prof. B. Weinberg e ha ferito a un braccio il prof. W. H. Crawford; nella collultazione che ne è seguìta, egli stesso è rimasto ucciso.

Il medico condotto di Peschiera, dott. Dino Zordan, di 31 anni, da Alba (Cuneo), è stato colpito alla testa con una tremenda bastonata da certo Rinaldo Farina, al cui padre il medico non intendeva di rilasciare un certificato. Il dott. Zordan è stato ricoverato all'Ospedale di Verona in gravissime condizioni per la frattura dell'occipite e commozione cerebrale.

Si annunzia da Pittsburg che una ragazza diciottenne è morta in seguito ad infezione penetrata attraverso le piccole ferite prodotte per estirparsi le sopracciglia.

A Kronach (Framonia Superiore, Germania) il 30 e il 31 dicembre ebbe luogo un parto quadrigemino; due neonati pesavano circa g. 4250 e due circa g. 1750.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 23 dicembre al 29 dicembre: Morbillo 157 (798); Scarlattina 150 (357); Pertosse 53 (136); Varicella 94 (236); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 143 (268); Infezioni paratifiche 27 (76); Febbre ondulante 17 (25); Dissenteria 3 (3); Difterite e croup 267 (528); Meningite cerebro-spinale epidemica 12 (13); Poliomielite anteriore acuta 11 (12); Encefalite letargica — (—); Anchilostomiasi 4 (4); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 24 (36), dichiarata 1 (1); Pustola maligna 16 (17).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma · Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 10 Febbraio 1936 - XIV — Num 6.

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

R. CLINICA RADIOLOGICA DI ROMA
Direttore: Prof. A. BUSI. Incaric.
Primario: Prof. U. NUVOLI

Arteriografia dell'aorta toracica mediante puntura dell'aorta ascendente o del ventricolo S.

per il dott. INNOCENZO NUVOLI,
aiuto chirurgo negli Ospedali Riuniti di Roma.

Sicard e Forestier nel 1923 eseguirono i primi tentativi di arteriografia negli animali usando lipiodol; le loro esperienze però furono quasi sempre seguite da morte o immediatamente o alcune ore dopo l'esperimento: nei casi di sopravvivenza constatarono fatti riferibili ad embolia arteriosa dell'arto nella cui arteria principale aveva iniettato il mezzo di contrasto.

Osservate tali conseguenze nefaste l'arteriografia fu completamente abbandonata fino a che nel 1927 si sostituirono al lipiodol mezzi di contrasto meno densi e meno velenosi; Egaz Moniz di Lisbona utilizzò ioduro di litio, rubidio, sodio, con i quali preparati, usati in varia concentrazione, eseguì le prime arteriografie cerebrali, iniettandoli nella carotide interna previa sua scopertura chirurgica. L'encefalografia arteriosa, così realizzata, si mostrò efficacissimo mezzo diagnostico nella sede dei tumori cerebrali.

Nel 1929 Dos Santos, Lamas, Pereira Caldas eseguirono l'arteriografia periferica, usando lo ioduro di sodio al 100 % e iniettandolo nelle arterie principali degli arti allo scopo diagnostico per aneurismi, embolie arteriose e allo scopo di controllare il restringimento vasale dopo le suture di arterie.

Gli stessi AA. nello stesso anno eseguirono l'arteriografia dell'aorta e dei vasi addominali, ottenuta mediante la sua puntura a livello della dodicesima vertebra dorsale previa rachianestesia. L'arteriografia dell'aorta addominale e dei suoi rami, si mostrò, a dire degli AA., interessantissima per la diagnosi di sede dei tumori addominali in genere, specie se molto vascolarizzati o privi di vasi (cisti).

In questi ultimi anni è stata anche tentata l'angiografia dei vasi polmonari, per ottenere

la quale sono state usate iniezioni di ioduro di sodio sia nelle vene del braccio, sia nelle giugulari o direttamente nell'orecchietta D. Si tratta quindi di un'angiografia polmonare ottenuta mediante immissione del mezzo di contrasto in cavità venose.

L'angiografia polmonare però sembra non aver dato quei risultati, che erano nelle speranze di chi l'ha eseguita: la spiegazione è ovvia; infatti perchè un vaso iniettato appaia sul radiogramma, è necessario che il mezzo di contrasto non subisca eccessive diluizioni, da cui la necessità di compiere l'arteriografia con soluzione fortemente concentrate (100 %) ed iniettate con una velocità pari a quella ottenuta con una pressione di kgr. 1,800, spinta attraverso un ago di un mm. di calibro. La velocità del sangue nelle vene è molto inferiore a quella ottenuta con tale mezzo e perciò si ha una diluizione del contrasto tale, da non produrre immagini sufficentemente opache e quindi l'angiografia polmonare dà scarsi risultati.

L'angiografia dell'aorta toracica e del cuore S. è stata eseguita sugli animali da Racine e Reboul, i quali hanno iniettato sia nel cuore D. che nel S. da 5 a 15 cmc. di tenebryl in soluzione in 15 %, alla pressione costante di kg. 1,250. In tutte le radiografie ottenute si sono resi visibili il ventricolo, l'arco aortico e l'aorta toracica. Reboul e Racine non hanno rilevato in seguito alla puntura cardiaca alcun incidente sia pericardico che endocardico. Le autopsie eseguite sugli animali, che avevano sopportato tali esperienze non dimostrarono segno alcuno di emopericardio od emotorace o pneumotorace, e tali reperti negativi furono anche riscontrati in un cane, il cui cuore portava le traccie di 24 punture cardiache.

Venuti a conoscenza che lo ioduro di sodio al 100 % poteva essere spinto nel circolo cerebrale senza dare sintomi gravi (Egaz Moniz aveva eseguito l'arterioencefalografia mediante puntura della carotide interna) e che Reboul e Racine avevano compiuto l'angiografia dell'aorta toracica e del cuore negli animali senza avere osservato conseguenze dovute alla puntura dei ventricoli, e che Santos aveva eseguito impunemente l'arteriografia dell'aorta addominale, abbiamo tratto le deduzioni che anche la puntura dell'aorta ascendente e quella del ventricolo S. nell'uomo non poteva generare fenomeni gravi.

Esortati da queste nozioni, abbiamo eseguito, io e il dott. Lupacciolu della Clinica Radiologica di Roma, l'angiografia dell'aorta toracica in due casi di aneurisma, pungendo in un caso la stessa aorta ascendente, nell'altro il ventricolo S.

Riportiamo le storie cliniche dei due malati:

CASO I. — *Arteriografia dell'aorta toracica mediante puntura dell'aorta ascendente.*

P. Enrico, di anni 62, muratore.

Nulla nell'anamnesi remota. Dieci anni fà blenorragia. Nega lues. Forte fumatore e bevitore. Da tre mesi ha digestioni laboriose e frequente-

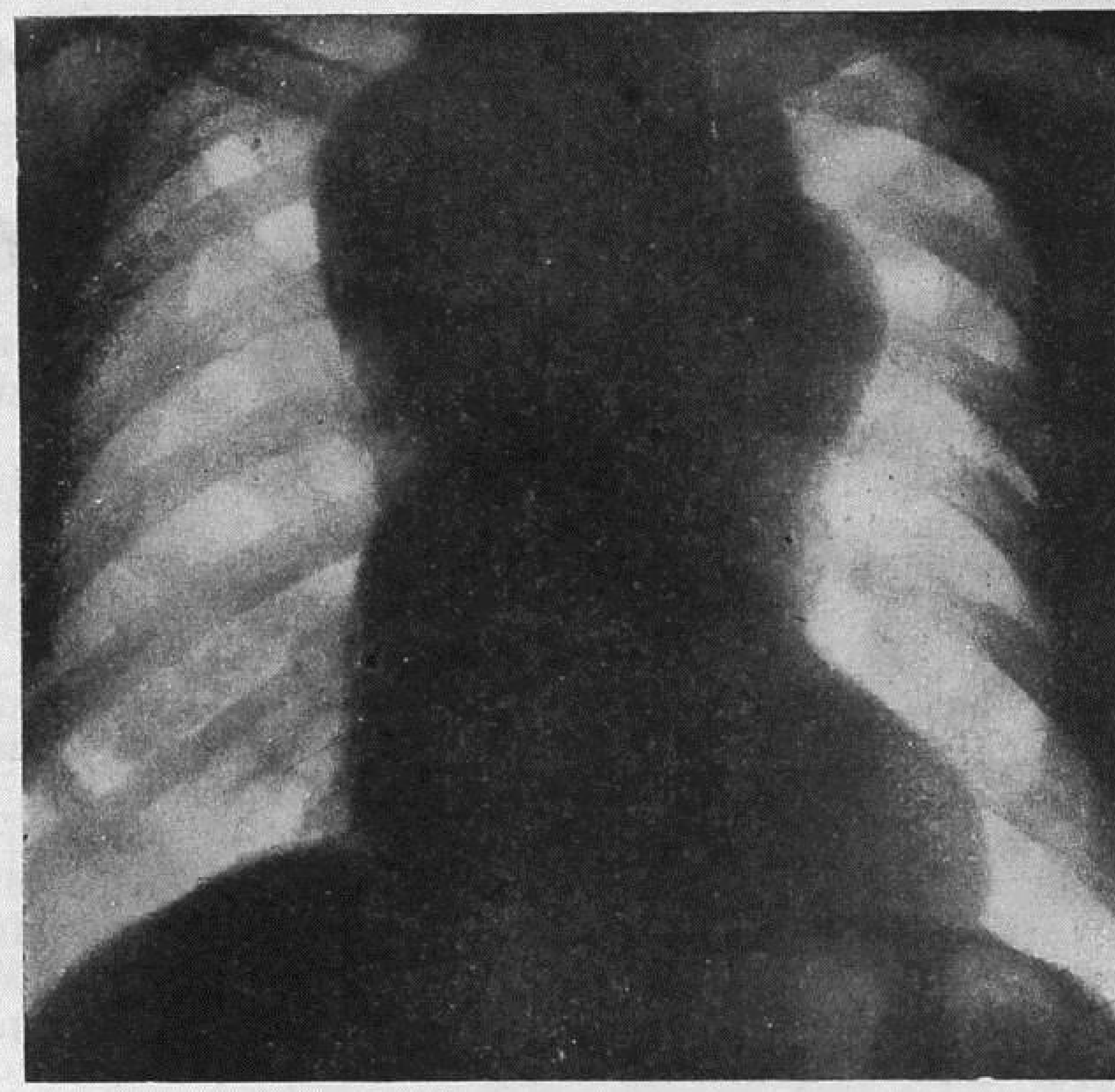


FIG. 1.

mente accompagnate da violenti dolori retrosternali irradiantisi al dorso ed alla spalla D.

E. O.: Condizioni generali discrete, colorito della cute e mucose pallido. Pannicolo adiposo scarso. Nulla nel faringe. Polso eguale ritmico



FIG. 2.

ed iperteso. Sistema linfoghiandolare, muscolare, ed osseo, nulla.

Torace: Nulla all'ispezione e palpazione; alla percussione si nota una netta ottusità rotondeggiante e debordante dai due margini del manu-

brio dello sterno in corrispondenza della quale si ode un soffio dolce sincrono al primo tono del cuore.

Cuore: Punta in sede normale, aia cardiaca con limiti normali. All'ascoltazione soffio sistolico su tutti i focolai.

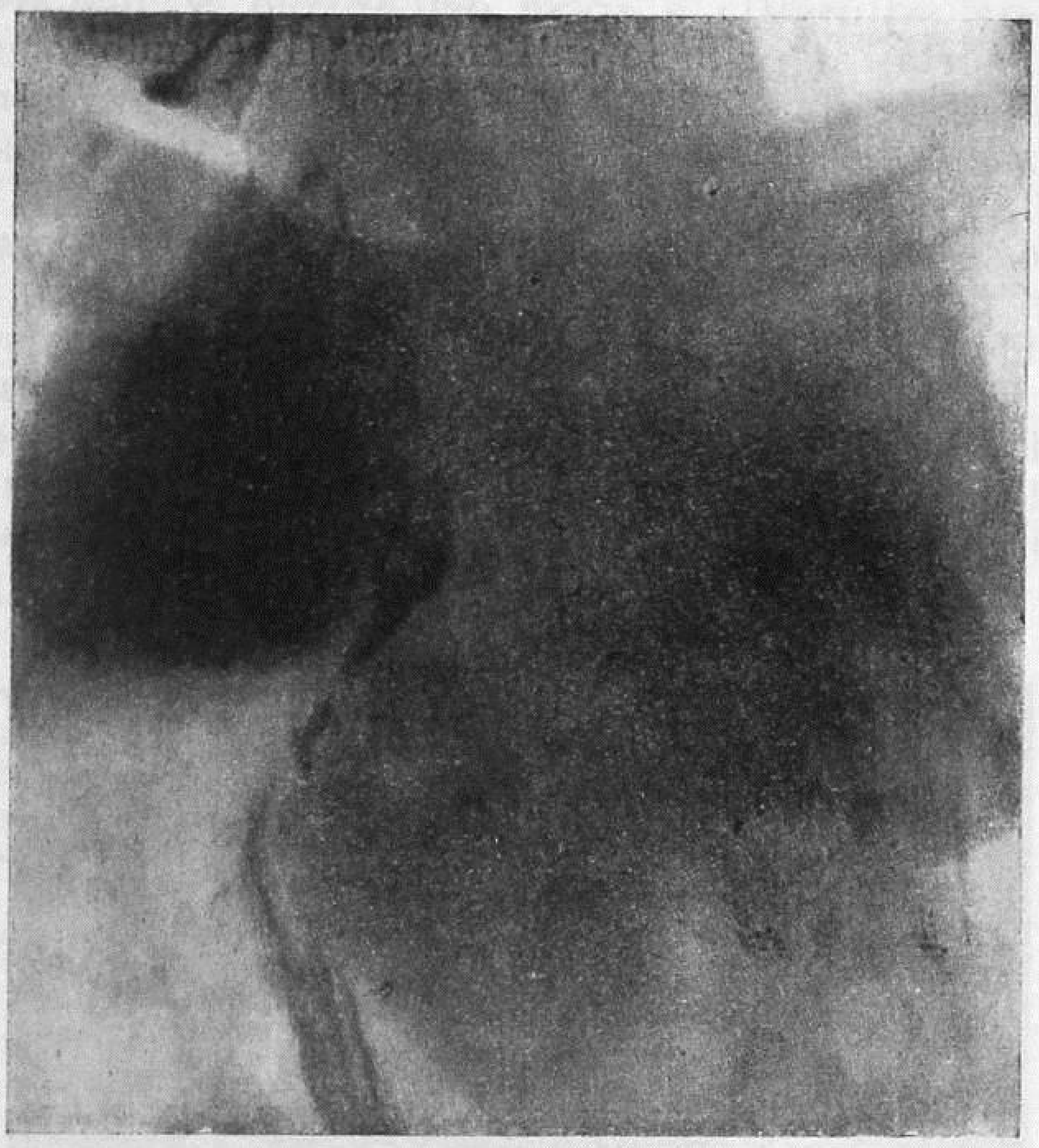


FIG. 3.

Addome: Nulla. Fegato e milza nei limiti. La reazione di Wassermann nel sangue fortemente positiva.

Esame radiologico: Rileva una notevolissima ectasia dell'aorta ascendente, dell'arco aortico e la presenza di una massa globosa, che occupa la

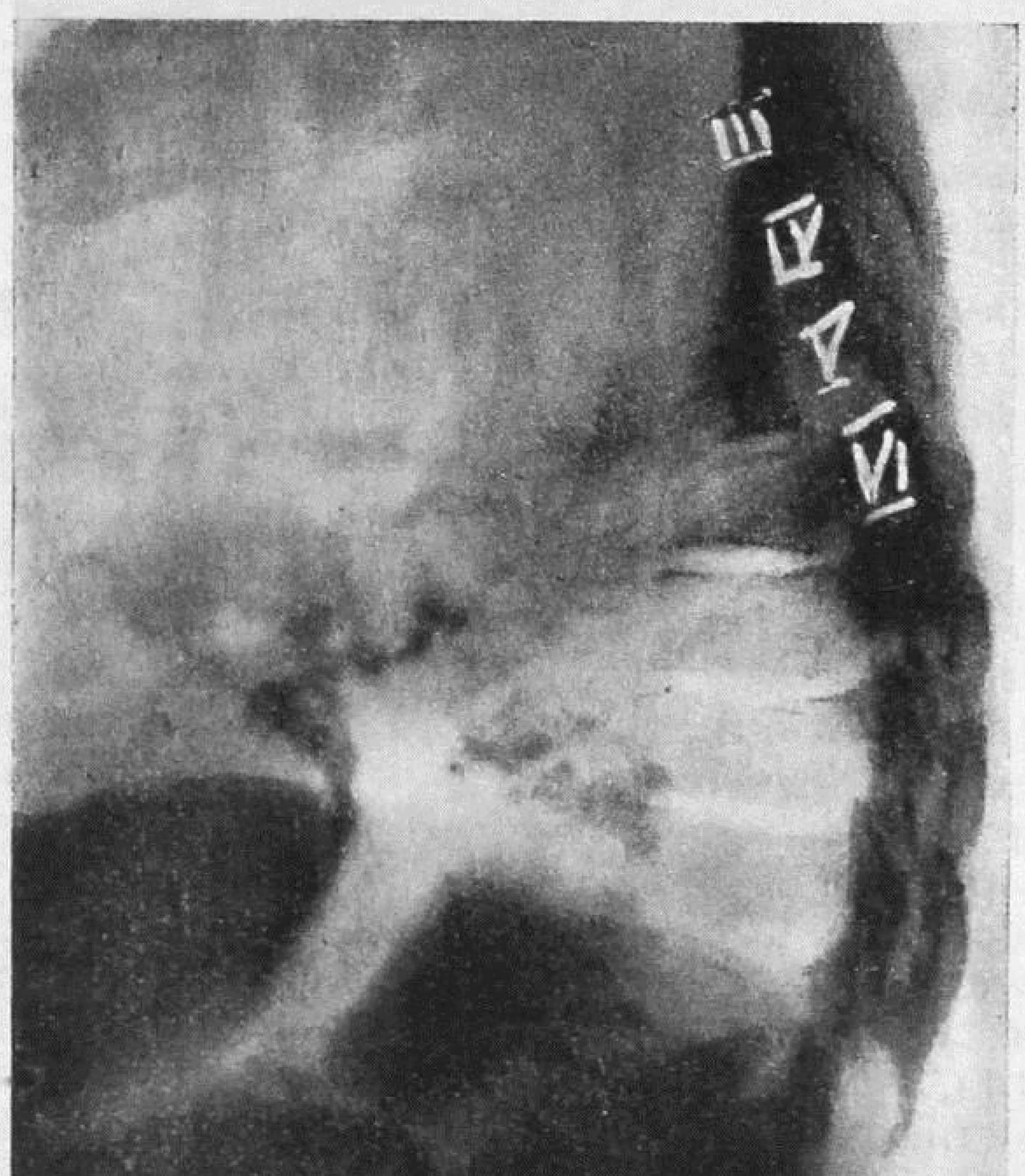


FIG. 4.

porzione superiore del mediastino posteriore (fig. 1-2). Tale massa ha volume di un arancio, con limiti netti, sposta in avanti l'esofago e la trachea (fig. 3) ed usura il margine anteriore dei corpi vertebrali (fig. 4). Se tale immagine radiografica accoppiata alla sintomatologia clinica dava la quasi certezza, che essa poteva essere riferita ad un aneurisma dell'angolo di inflessione S. dell'arco dell'aorta, pur tuttavia essa dimostrava, che l'esofago era respinto anteriormente dalla tumefazione in questione, e da ciò si doveva concludere o che essa non fosse dovuta ad un'ectasia aortica o che l'aorta, contrariamente alla regola, passasse dietro all'esofago.

A rimuovere il dubbio si eseguì l'arteriografia dell'aorta ascendente.

* * *

Pungere con un ago l'aorta ascendente, quando essa si presenti in condizioni normali, non è certo cosa di facile esecuzione; normalmente infatti la porzione iniziale dell'aorta e del suo arco sono completamente ricoperti dalla porzione alta del corpo dello sterno e dal manubrio di esso, i quali ricoprono anche in parte i margini mediali della cava superiore e dell'arteria polmonare situate rispettivamente l'una sul margine D. l'altra sul margine S. dell'aorta.

Dati tali rapporti anatomici sembrerebbe impossibile eseguire la sua puntura: infatti pungendo in corrispondenza dell'estremità sternale del secondo spazio intercostale D., anche dirigendo l'ago medialmente, si corre il rischio di penetrare nella cava ed eseguendo la puntura nella estremità sternale del secondo spazio intercostale S. si potrebbe penetrare nell'arteria polmonare. Questi inconvenienti si evitano usando *l'ago-perforatore di Egidi*: tale ago provvisto di mandrino e di una punta appiattita capace di perforare l'osso, quando venga innestato ad un trapano elettrico, fù creato per la puntura dei ventricoli cerebrali, che vengono raggiunti avendo perforato con esso cute e teca cranica, senza scoprire l'osso, inoltrandolo nel cervello nella direzione voluta.

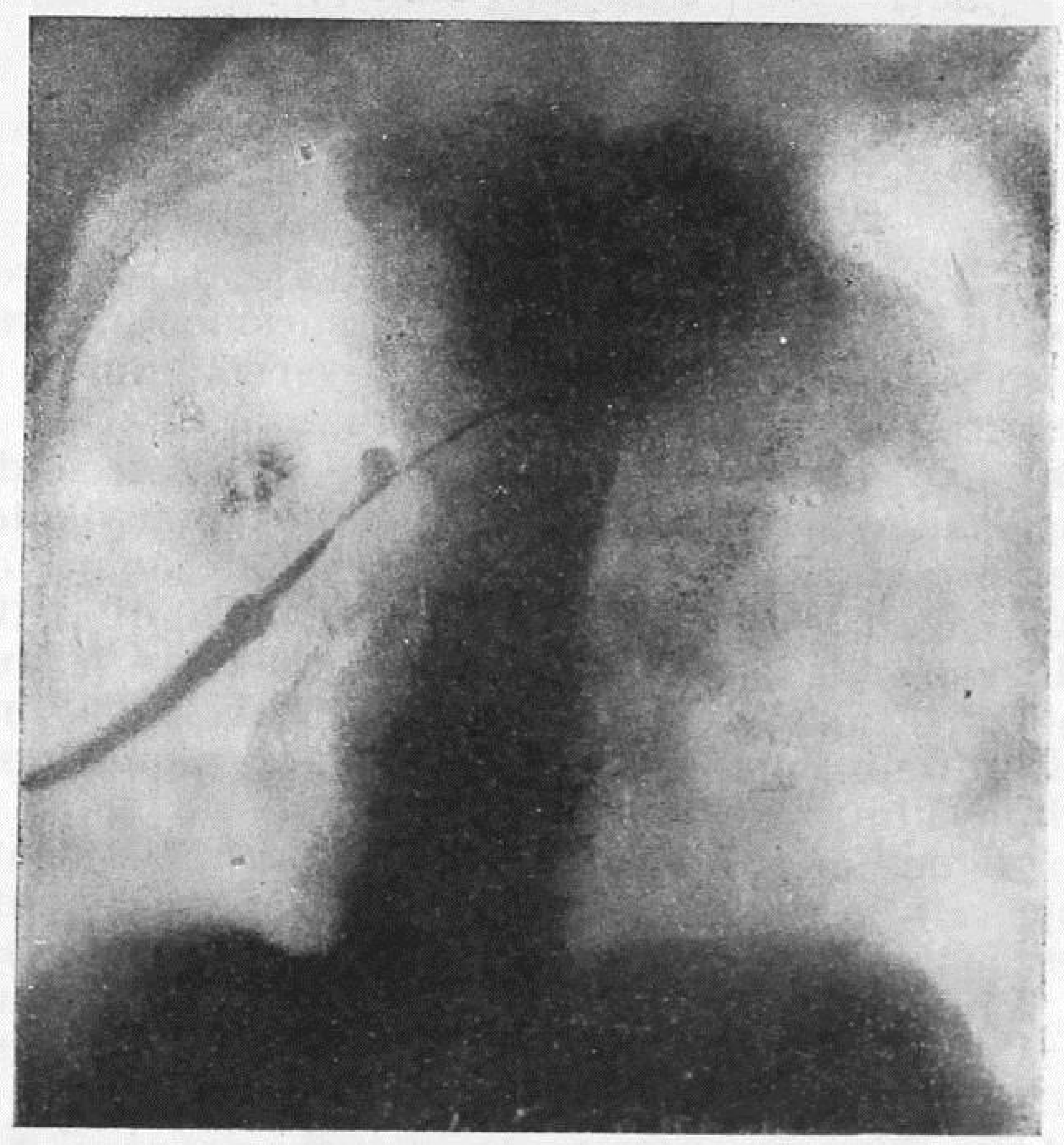


FIG. 5.

Lo stesso ago di Egidi è necessario qualora si voglia raggiungere l'aorta ascendente normale, compresa cioè nei margini dello sterno: perforata la cute, il sottocutaneo e lo sterno in corrispon-

denza della linea mediana sul prolungamento dello spazio intercostale secondo ed infiggendo poi l'ago a 3 cm. di profondità si raggiunge l'aorta ascendente; si ha la sicurezza di essere nel suo lume, quando si ha avuta la stessa sensazione di mancata resistenza che si ha nella puntura lombare penetrando nel sacco durale, quando il tratto esterno dell'ago è animato da scosse sincrone al polso, e quando tolto il mandrino si vede fuoriuscire a getto sincrone alla sistole sangue rosso arterioso, se invece si fosse punta la cava o l'arteria polmonare il sangue avrebbe il colore scuro del sangue venoso.

Quando l'aorta patologica debordi con evidenza dal margine sternale D. per una ectasia, essa può essere raggiunta direttamente infiggendo un comune ago da puntura lombare in corrispondenza dell'estremità anteriore del secondo spazio intercostale D. subito all'esterno del margine del-

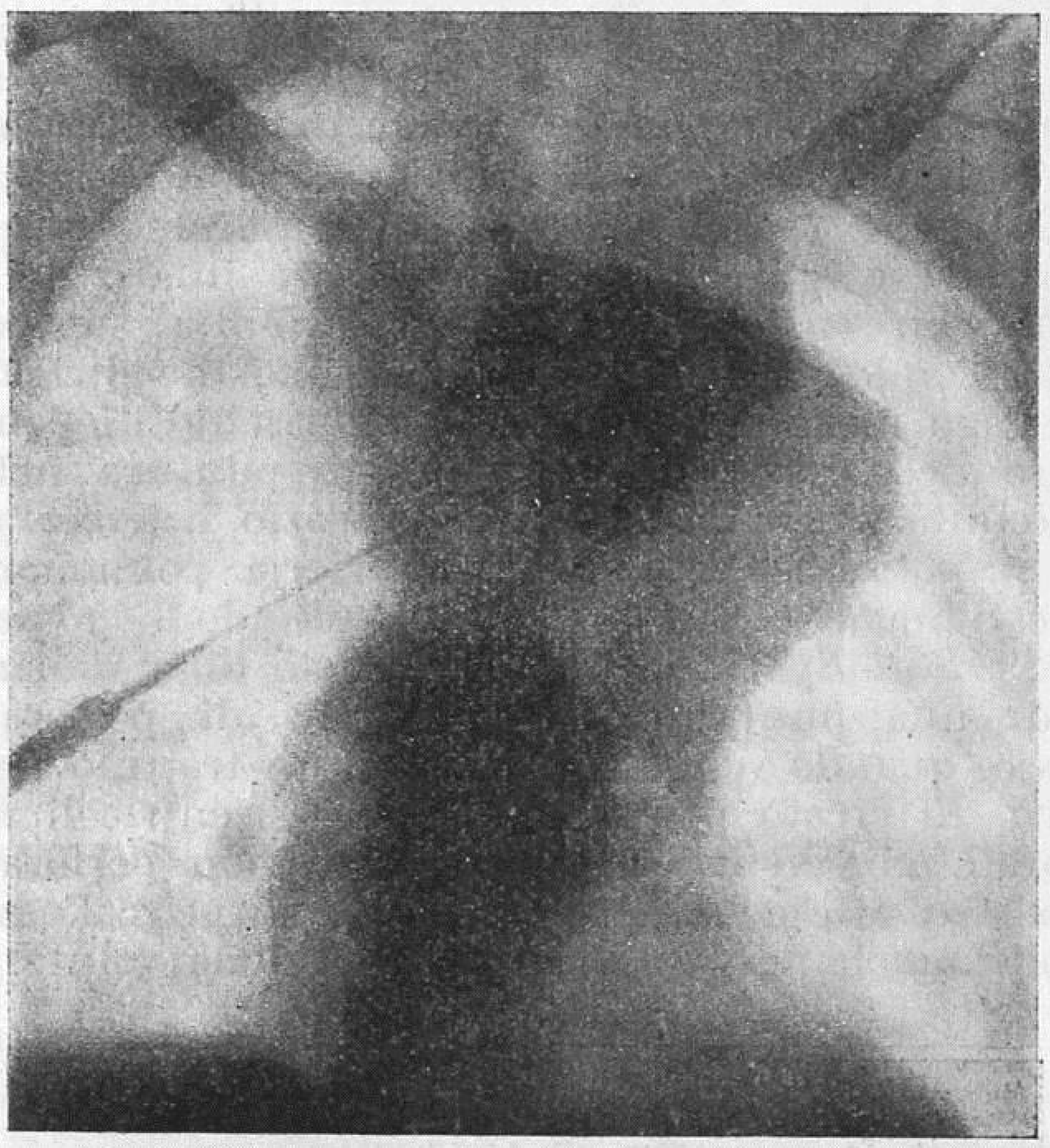


Fig. 6.

lo sterno, inoltrando l'ago per 3-4 cm. di profondità e dirigendolo contemporaneamente verso la linea mediana; la certezza di aver raggiunto il vaso sarà data dagli stessi segni sopraddetti.

Usando la tecnica già riferita e raccordando l'ago all'apparecchio Santos-Gentile precedentemente riempito con una soluzione di ioduro di sodio al 100 % si introdussero 28 cmc. di detta soluzione alla pressione costante per tutta la durata dell'iniezione di kg. 1,800. Prima della fine dell'introduzione del liquido fu impressionato un primo film, che era stato già disposto sotto il dorso del p., un secondo film fu impressionato dopo 2 minuti; in essi è evidente che il liquido opaco dall'aorta ascendente ha raggiunto la massa soprastante ormai dimostrata in modo inequivocabile come un'aneurisma di un'aorta a decorso anormale retro-esofageo (fig. 5-6).

L'ammalato non presentò disturbi degni di nota, se si eccettua una cefalea che andò dileguandosi nei giorni successivi.

Ripetuti esami delle urine non mostrarono lesioni renali.

Caso II. — *Arteriografia dell'aorta ascendente mediante puntura del ventricolo S.*

Incoraggiati dal buon esito di questa arteriografia, procedemmo alla ventricolografia del cuore S. in un malato affetto da aneurisma dell'aorta ascendente.

Mentre nel primo caso la sacca aneurismatica si era sviluppata a spese dell'angolo S. dell'arco dell'aorta, al principio cioè della porzione discendente di questa e una puntura della porzione iniziale di detto vaso era sufficentemente a monte della lesione per poter riempire l'aneurisma, in questo secondo caso, data la sede iniziale di esso, per poterlo convenientemente riempire di un liquido opaco era necessario o pungere direttamente la sacca aneurismatica con la tecnica esposta nel primo caso o pungere ed iniettare il liquido nel ventricolo S. Dati i pericoli della puntura della sacca e dell'immissione in essa di un liquido sotto una pressione costante per tutto il tempo



Fig. 7.

dell'iniezione di kg. 2,200, preferimmo pungere il ventricolo.

Storia clinica. — S. Gaetano, anni 78, commerciante. Nulla nell'anamnesi remota e famigliare, modico bevitore e fumatore. Nega lues.

Da circa sei mesi dispnea da sforzo. In questi ultimi tempi crisi asmatiche notturne per cui si ricovera.

E. O. Condizioni generali scadute. Pannicolo adiposo scarso. Colorito cute e mucose pallido. Nulla nell'apparato scheletrico muscolare. Polso 82 ritmico iperteso.

Torace: nulla.

Cuore: itto al quinto spazio sull'ascellare anteriore. L'aia di ottusità cardiaca non appare ingrandita, quella del fascio vascolare però deborda dal margine D. dello sterno di circa due dita e a S. di tre, fino a raggiungere il punto di mezzo della clavicola S. All'ascoltazione: il primo tono alla punta è seguito da un dolce rumore di soffio, che diviene più intenso nel centrum cordis e sul focolaio di ascoltazione dell'aorta. Il secondo tono aortico è sordo.

Addome: trattabile, indolente.

Fegato debordante due dita, milza nei limiti.

L'esame delle urine è normale.

La R. W. è fortemente positiva.

Esame radiologico. Dimostra un'ectasia spiccata di tutto il tratto ascendente dell'aorta (fig. 7); essa è manifestamente pulsante. Nelle proiezioni



FIG. 8.

obliqua e laterale la dilatazione appare netta a carico dell'aorta iniziale (figg. 8-9)

La diagnosi clinica di aneurisma dell'aorta ascendente viene quindi confermata dall'indagine radiologica.

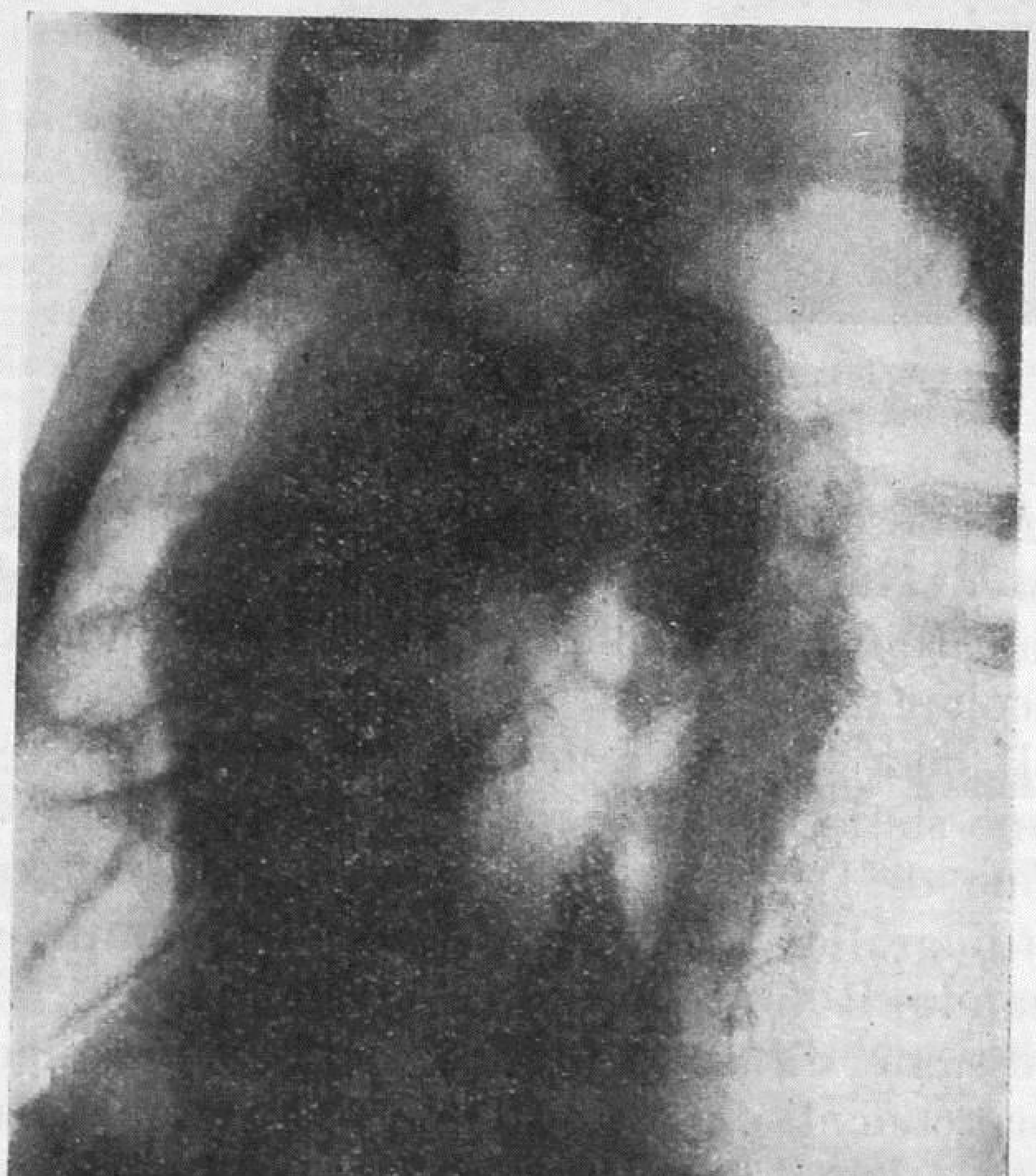


FIG. 9.

Si procede all'arteriografia: con l'ago dell'apparecchio di Santos per la puntura dell'aorta addominale si punge il ventricolo S. infiggendo l'ago nel quarto spazio intercostale S. a quattro dita del margine dello sterno ed introducendolo dall'esterno all'interno verso la linea mediana per una profondità di sei cm. circa.

In questo tragitto l'ago perfora sicuramente la pleura, il polmone ed il pericardio raggiungendo poi il cuore: la puntura di detti organi non avevano però avuto conseguenza nell'esperienze di Reboul e Racine e questa nozione ci confortava grandemente nella sua esecuzione.

Volendo pungere il ventricolo S. non si può seguire altra via: la via consigliata per la puntura del pericardio, infiggendo l'ago subito all'esterno del margine sternale S. nel quinto spazio intercostale, e che evita così di attraversare la pleura e il polmone, raggiungendo il pericardio nella porzione libera, entra nel ventricolo D. che forma la maggior parte della superficie anteriore del cuore.

Nel nostro caso si eseguì la tecnica suddetta; si penetrò nella cavità ventricolare S. e quando dall'ago uscì sangue rosso vivo a getti ritmici e sincroni alle sistoli ventricolari si iniettarono 28 cmc. di ioduro di sodio al 100 % ad una pressione continua di kg. 2,200.

Durante l'iniezione, e cioè al ventiquattresimo cmc., si eseguì il radiogramma, ma appena ritirato l'ago il malato cadde in sincope caratterizzata da perdita del polso, del respiro e della coscienza, midriasi, ipotensione oculare. Esso viene immediatamente soccorso con iniezioni di adrenalina, caffeina, etere; dopo pochi secondi il polso ritorna, ma si mantiene ad una frequenza di 56 mentre prima dell'arteriografia era di 82.

Sei ore dopo il p. accusa sudori profusi ed intensa cefalea, il polso è sempre di 56.

Il giorno seguente le condizioni tornano ad essere quelle dei giorni precedenti alla ventricolo-aortografia.

Nessun fatto nuovo si è verificato; ripetuti esa-

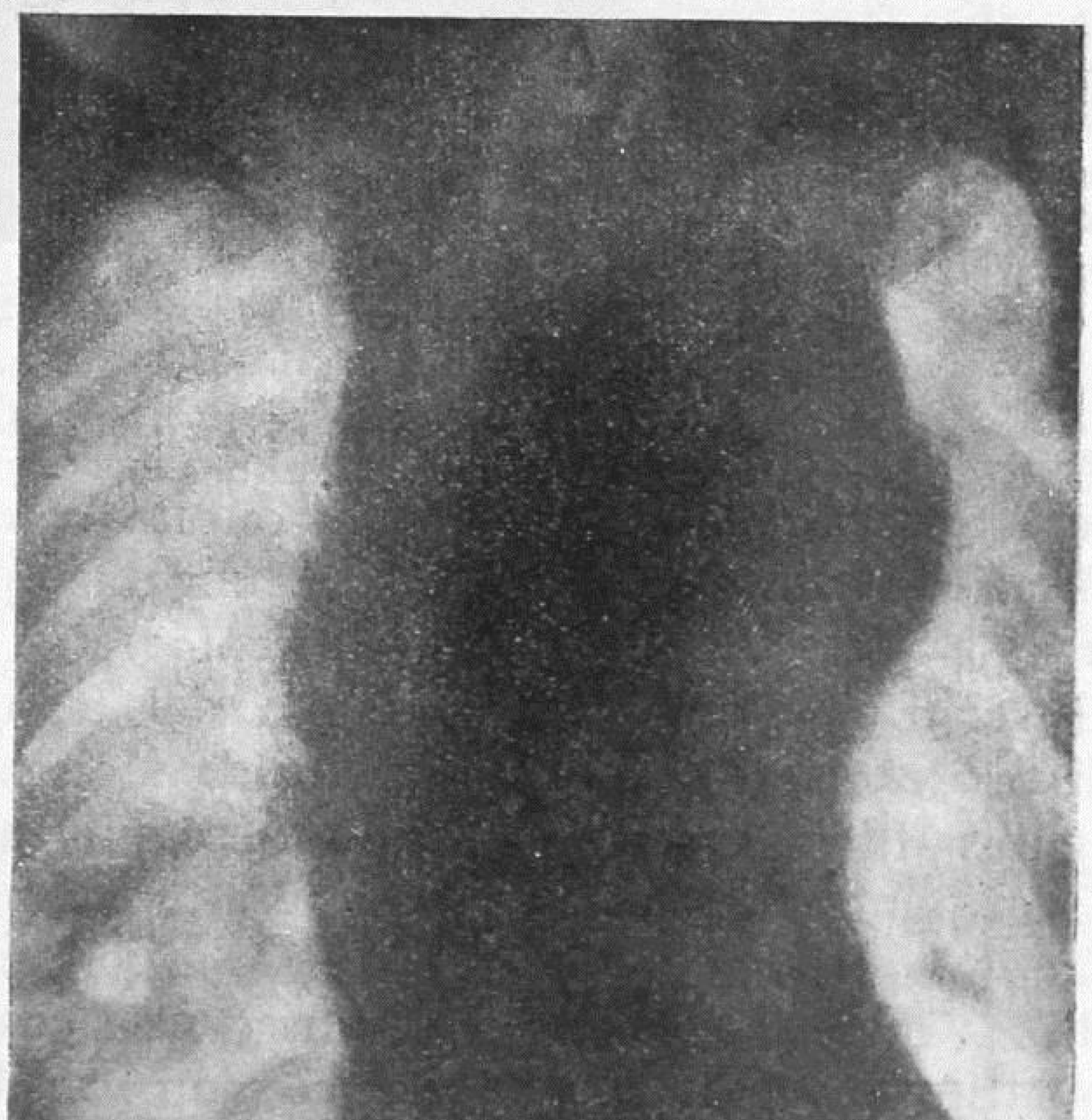


FIG. 10.

mi di orina fatti per alcuni giorni non hanno dimostrato alterazioni dei reni. I radiogrammi che qui presentiamo informano sui risultati ottenuti: l'uno (fig. 10) è stato eseguito prima del proce-

dimento, l'altro (fig. 11) mostra chiara l'inondazione uniforme della sacca aneurismatica da parte della soluzione opaca; appare disegnato il tronco dell'anonima, e le arterie succlavie ed ascellari di entrambi i lati; a carico dei campi polmonari sono manifeste numerose ombrette opache disseminate.

L'illustrazione di questi due casi ci permette di fare le seguenti considerazioni: nel primo la puntura dell'aorta ascendente malgrado la presenza di un'aneurisma dell'angolo S. dell'arco, e la successiva immissione di 28 cmc. di ioduro di sodio al 100 % alla pressione di kg. 1,800 non ha provocato nessun fenomeno, nel secondo invece la puntura del ventricolo S. e la conseguente iniezione di 28 cmc. dello

per le trentasei ore successive un ritmo bradicardico.

Secondo le nostre modeste vedute la sincope presentata dal nostro p. è solo da attribuirsi all'improvvisa distensione del ventricolo S. sotto un'aumento della sua pressione di kilogrammi 2,200, seguita subito dopo la brusca detensione. Il miocardio fortemente e improvvisamente disteso e bruscamente deteso ha reagito con una lunga pausa nel suo lavoro, producendo la sincope osservata, poi riprendendo, ha continuato a pulsare con un ritmo bradicardico, esponente dalla sua diminuita capacità lavorativa e del bisogno di un maggior riposo diastolico.

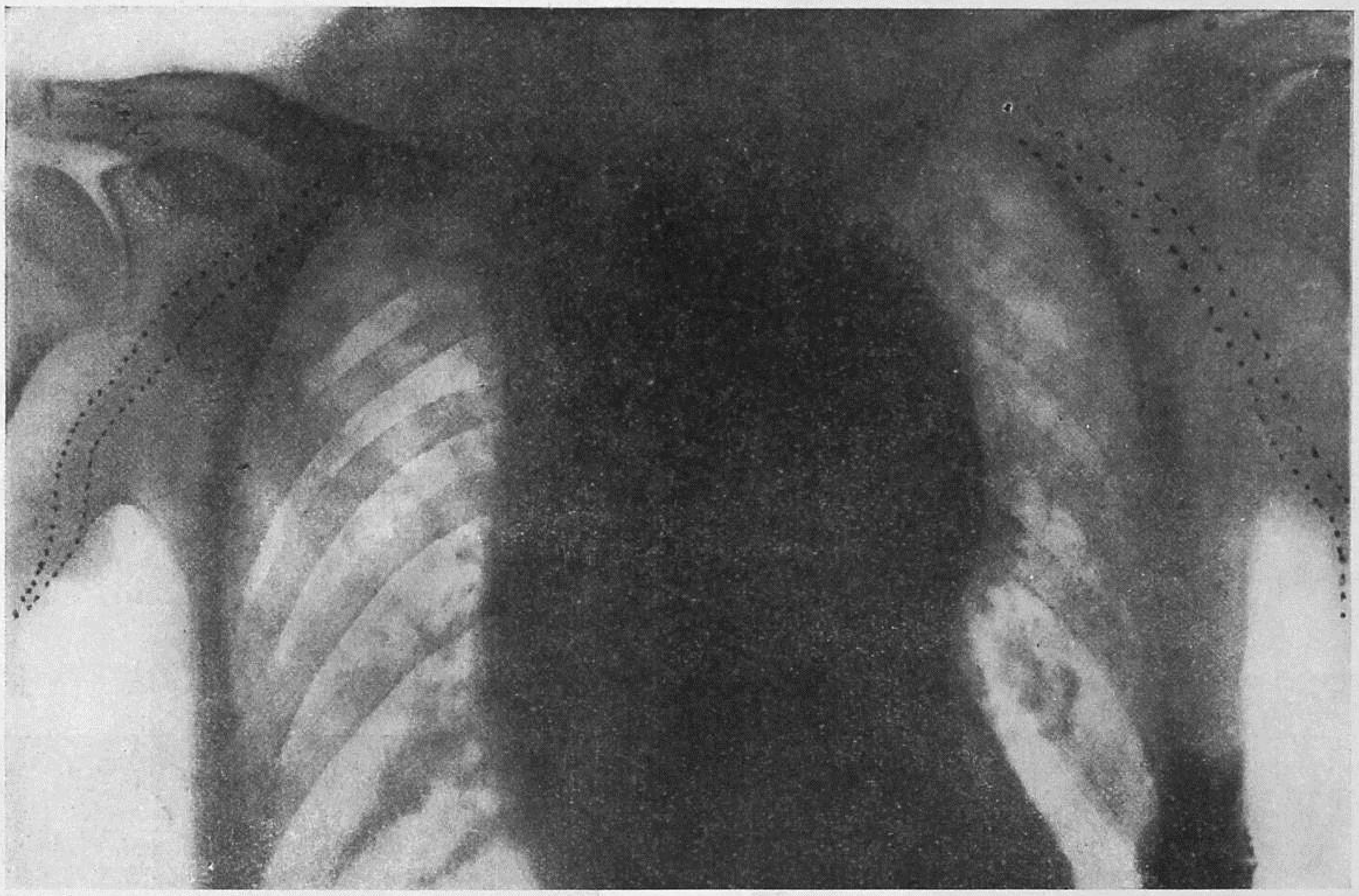


FIG. 11.

stesso liquido alla pressione di kg. 2,200 ha provocato una sincope di breve durata e una consecutiva bradicardia (56) prolungatasi per circa 36 ore dall'avvenuta ventricolografia.

I segni di intossicazione iodica del tessuto nervoso centrale osservati talvolta da Moniz in seguito all'encefalografia arteriosa eseguita mediante puntura della carotide interna e rappresentati da cefalea, tosse, salivazione, sapore metallico, lacrimazione, albuminuria, ed accessi epilettiformi, più o meno intensi sono ben differenti da quelli da noi osservati nel nostro secondo caso in cui essi caratterizzavano uno stato sincopale fortunatamente di breve durata.

Ci appare quindi logico di non poterli riattribuire ad una patogenesi tossica, e ciò a tanto maggior fondamento quando si pensi, che lo iodio ha un'azione accelerante il ritmo cardiaco, mentre il nostro malato ha presentato

A tale riguardo riportiamo i dati sperimentali di Reboul e Racine sulla tolleranza del miocardio all'aumento di pressione endoventricolare.

Il cuore di un cane di kg. 20 di peso, cui siano stati iniettati cmc. 7 di tenebryl alla pressione di kg. 1,250 non dà variazioni elettrocardiografiche, esse cominciano a comparire, quando il liquido raggiunge i cmc. 15 alla pressione di kg. 1,500, divengono veramente sorprendenti fino a rilevare una aritmia completa, quando pur mantenendo la quantità del liquido di 15 cmc. esso viene iniettato a una pressione di Kg. 2.

Conoscendo tali dati, il dott. Lupacciolu, col quale eseguì le due aortografie suddette, credè opportuno di non iniettare più di 28 cmc. di ioduro di sodio al 100 % alla pressione di di kg. 2,200, cifre minime per ottenere una

ombra radiografica del cuore e dell'aorta, tenuto conto della diluizione cui il liquido andava incontro per la quantità di sangue contenuta nel ventricolo S.

Nonostante queste considerazioni dovemmo notare la sincope riferita, dovuta secondo me all'eccessiva improvvisa distensione del ventricolo S.

Concludendo: Mentre la aortografia eseguita con la puntura dell'aorta ascendente è perfettamente giustificabile, essa deve essere proscritta se eseguita con la puntura del ventricolo S., almeno fino a che non si avranno sostanze di contrasto inoffensive per l'endocardio e tali che anche se molto diluite siano capaci di dare un'ombra radiografica. Queste potranno allora essere iniettate nel ventricolo S. senza procurarne la distensione causa dei fenomeni sincopali osservati.

RIASSUNTO.

Dopo aver riferito sulle esperienze giustificanti l'aortografia toracica nell'uomo mediante la puntura dell'aorta ascendente e mediante la puntura del ventricolo S., l'a. illustra la tecnica da lui eseguita per l'una e per l'altra.

Avendo osservato fenomeni sincopali nella aortografia mediante puntura del ventricolo S. giudica tale mezzo diagnostico come non consigliabile fino a quando almeno non si disporrà di una sostanza capace di provocare un'ombra radiografica senza aumentare troppo la pressione endoventricolare.

AVVERTENZA. — Le attuali contingenze c'inducono a rinunziare all'accurata bibliografia che correda questo lavoro; essa viene pubblicata nell'estratto.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE MAURIZIO BUFALINI DI CESENA (FORLÌ)
SEZIONE MEDICA diretta dal Prof. E. MONDOLFO

Un caso di malattia celiaca.

Prof. EMANUELE MONDOLFO, primario.

In Italia, ed in generale presso le popolazioni latine del sud-Europa, la malattia celiaca è di rarissima osservazione. Se ne conoscono nella letteratura medica del nostro paese, per quanto io abbia potuto accertare, soltanto quattro casi, onde parmi utile riferire la seguente osservazione, di cui riassumo la storia clinica.

ANAMNESI. — T. T., di 10 anni, di S. Giorgio (Cesena); entra in Ospedale il 6 novembre 1934. I genitori della p., un fratello ed una sorella sono viventi e sani. La bambina nacque a termine con parto fisiologico, e fu allattata per sedici mesi al seno materno. A tredici mesi cominciò a muovere i primi passi; e, durante i primi due anni di vita, apparve perfettamente normale per intelligenza e per sviluppo fisico.

Verso il terzo anno di età incominciarono a manifestarsi i primi segni della malattia attuale, consistenti fondamentalmente in fenomeni di gastro-enterite associati a rapido e progressivo deperimento. La diarrea, sino dall'inizio, dominava il quadro morboso. A quando a quando, intercorrentemente, si verificavano crisi di vomito con assoluta anoressia, tanto che la bambina rifiutava ogni sorta di cibo.

Questi fenomeni talora mostravano una certa tendenza a regredire, per poi accentuarsi ad intervalli variabili di tempo.

Così, con alternative di miglioramenti e di peggioramenti, mai con periodi di completo benessere, la bambina raggiunse l'età di sei mesi. Fu allora che i genitori notarono nella malata un aumento progressivo del volume del ventre, senza però dolori nell'ambito addominale e senza insorgenza di febbre.

Negli anni successivi, col frequente ripetersi delle crisi di diarrea e di vomiti, si accentuò il deperimento generale, per cui dal medico curante fu consigliato il ricovero della paziente nell'Ospedale.

Stato presente. — Bambina di costituzione gracile con sviluppo somatico inferiore al normale. Peso Kg. 15,200; altezza m. 1,11

L'aspetto della malata è apatico; essa si sottopone agli esami clinici con grande docilità ed assoluta indifferenza. Notevole pallore del volto e delle mucose; micropoliadenia cervicale; gangli inguinali piccoli, mobili, indolenti. Masse muscolari flaccide ed ipotoniche. Pannicolo adiposo scarsissimo. Temperatura apiretica. Pulsazioni 84; respiro 20.

All'esame dell'apparecchio scheletrico notasi a prima vista una spiccata sottigliezza degli arti, specie di quelli inferiori, che, in posizione eretta, fanno un singolare contrasto con l'addome globoso e considerevolmente aumentato di volume. Cranio di conformazione regolare; circonferenza massima cent. 48. Torace esile e di forma cilindrica, con reticolo venoso appariscente specie in

corrispondenza della regione sternale. Angolo epigastrico ottuso. Le due metà toraciche si espandono in modo simmetrico coi movimenti respiratori. Reperto fisico normale alla percussione ed alla ascoltazione. Area cardiaca nei limiti fisiologici. Lieve rumore di soffio sistolico sul focolaio della polmonare. L'addome appare voluminoso, di aspetto batraciano, con cicatrice ombelicale pianeggiante, con vene a decorso longitudinale visibili nelle regioni laterali. Il ventre è perfettamente trattabile, del tutto indolente alla palpazione, con la quale non si apprezzano masse nè altri rilievi abnormi. Fegato e milza nei limiti normali. La percussione dà suono timpanico per tutto l'ambito addominale, salvo nelle parti più declivi, ove si rileva suono ipofonetico.

La bambina ha una diarrea di modico grado (tre-quattro scariche giornaliere) con feci abbondanti, grasse, di aspetto saponaceo, fetidissime.

Esame delle urine. — Colore giallo-ambra; aspetto limpido; densità 1020. Reazione acida. Albumina, glucosio, acetone, pigmenti biliari, urobilina assenti.

Nulla di notevole nel sedimento.

Esame delle feci. — Le feci appaiono di colorito giallo-chiaro, di aspetto untuoso, poltaceo, schiumose; contengono scarsissimo muco ed emanano odore oltremodo fetido.

Microscopicamente si nota presenza di residui alimentari in abbondanza, con fibre muscolari ben conservate. Negativa la ricerca di parassiti e di uova di elminti.

Cutireazione: Negativa.

Reazione di Wassermann: Negativa.

Esame cromocitometrico del sangue: Globuli rossi 4.670.646; Globuli bianchi 18.073; Emoglobina 38 (Sahli). Valore globulare 0,41.

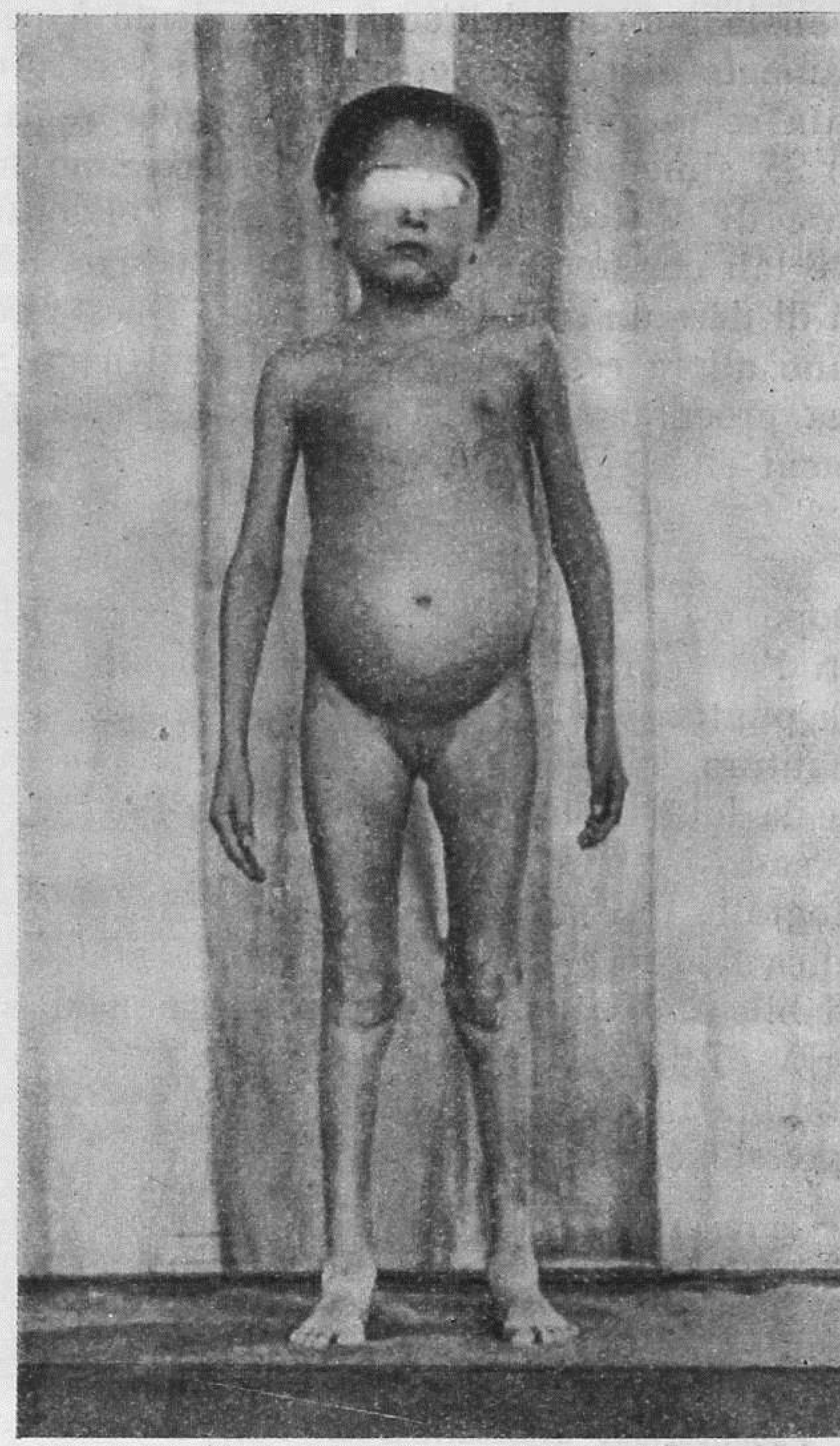
Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 62 %; Polinucleati eosinofili 2 %; Polinucleati basofili 4 %; Mononucleari grandi e medi 6 %; Linfociti 26 %.

Pressione arteriosa (Pachon) Mx. 90; Mm. 65.

Esame radiologico dell'apparato digerente. — La radioscopia preliminare dell'addome mostra una notevole aerocolia con livelli liquidi lungo il colon discendente. La somministrazione del pasto opaco mette in evidenza uno stomaco di grandezza e forma normale con peristalsi pure normale su ambo le curvature, che svuota il pasto opaco in circa tre ore. Nulla a carico del duodeno, del digiuno e dell'ileo per quanto riguarda la sua morfologia e la sua disposizione topografica. Il grosso intestino presenta un notevole sviluppo longitudinale a cui si associa un aumento del suo calibro, tanto da avvicinarsi alle proporzioni di quello di un individuo adulto. La lunghezza maggiore interessa soprattutto la porzione del sigma, la quale, tortuosa ed involuta, occupa tutto l'ipocondrio destro fino a raggiungere la flessura epatica. L'appendice non si è resa visibile. Non si riscontrano difetti di canalizzazione.

L'esame radiografico dello scheletro, limitato alle mani ed agli avambracci, mostra, oltre ad una esilità di queste ossa, un certo grado di rarefazione per povertà di sali di calcio.

Decorso (riassunto dei diari clinici). — Le condizioni generali della malata, assai gravi al momento del suo ingresso nell'Ospedale, dopo circa venti giorni incominciarono a migliorare sensibilmente. Col riposo assoluto in letto, sotto l'influenza di una dieta appropriata povera di sostanze grasse e ricca di vitamine, la bambina acquistò una maggiore vivacità; lo stato anemico migliorò alquanto, si attenuò la diarrea, crebbe l'appetito. Di quando in quando si verificarono periodi durante i quali comparve il vomito e si accentuò la diarrea; ma, dopo tali crisi transitorie e di breve durata, si manifestava sempre più evidente la tendenza al miglioramento delle condizioni generali (il peso corporeo raggiunse Kgr. 18.800) ed alla regressione dei fenomeni morbosi gastro-enterici.



La cura consistette, oltre che nel riposo e nella dieta accennata, nella somministrazione di preparati a base di fosforo e di estratti pancreatici.

Il 7 luglio, in condizioni talmente migliorate da far presagire una favorevole evoluzione della malattia, la bambina usciva dall'Ospedale. Se non che, il giorno immediatamente successivo a quello in cui la paziente fece ritorno alla propria abitazione, si verificò una brusca ripresa degli abituali fenomeni morbosi. La piccola inferma incominciò nuovamente a rifiutare il cibo, sebbene si tentasse di alimentarla in modo analogo a quanto era stato fatto nell'Ospedale; ricomparvero le crisi di vomito, la diarrea, il deperimento accentuato e progressivo: sino a che il 4 agosto la famiglia si decise a ricondurre la malata nell'Ospedale, questa volta in condizioni di gravità estrema. La bambina, che appena un mese innanzi era stata dimessa dal nostro Reparto in stato di apparente guarigione, vi ritornava del tutto irriconoscibile: pallidissima, coi tratti del volto affilati, le orbite profondamente cerchiate, giaceva inerte ed insen-

sibile ad ogni richiamo, rifiutando qualsiasi alimento o bevanda. All'esame obiettivo notammo che la tumefazione dell'addome era del tutto scomparsa per dar luogo ad un ventre retratto ed avvallato; la qual cosa interpretammo come conseguenza del lungo periodo di inanizione e dello stato marantico. Ogni tentativo attuato per risollevare l'inferma (ipodermoclisi, eccitanti, cardiocinetici) fu vano; ed il giorno 6 agosto avvenne la morte con fenomeni di collasso cardio-vascolare.

***

Riassumendo: trattasi di una bambina nella quale, fin dalla prima infanzia, eransi manifestati fenomeni gravi di gastroenterite associati ad un incompleto sviluppo somatico e psichico.

La tumefazione cospicua del ventre, simulante a prima vista una raccolta ascitica, avrebbe potuto orientare il nostro giudizio diagnostico verso una comune forma di peritonite tubercolare. Ma la lunghissima durata della malattia, la mancanza di febbre, la negatività della cutireazione ed infine la dimostrazione obiettiva dell'assenza di liquido libero e di masse solide nel cavo peritoneale dovevano necessariamente fare escludere tale ipotesi diagnostica.

Contro la possibilità di una dissenteria bacillare deponeva sicuramente la durata pressochè decennale della malattia, essendo noto che la dissenteria bacillare non ha tendenza a cronicizzarsi. Quanto alla dissenteria amebica, questa potè essere esclusa dagli esami di feci ripetutamente eseguiti.

D'altra parte esistevano nel caso nostro, al completo, i sintomi tutti che caratterizzano la malattia celiaca: il grosso addome (pseudo-ascitico) sovrastante ad arti inferiori esilissimi, la steatorrea, le crisi intercorrenti di anoressia e di vomiti, il deperimento estremo dell'organismo. Aggiungansi poi i caratteri somatici e psichici di insufficiente sviluppo e si avrà la riproduzione esatta della sindrome del morbo celiaco.

***

Questa singolare malattia, nota specialmente per le osservazioni di autori inglesi, tedeschi ed americani, rarissima invece presso i popoli latini e particolarmente in Italia (casi di Debenedetti, Magni e Pirami, De Murtas, Marcialis), fu descritta per la prima volta dal Gee (1888) col nome di « Morbo celiaco ». Con altre denominazioni fu la malattia stessa segnalata da altri AA., i quali successivamente illustrarono analoghe osservazioni cliniche: acolia (Cheadle), infantilismo pancreatico (Branwell), infantilismo intestinale (Herter), insufficienza digestiva nel bambino non più lattante (Heubner), atrofia pluriglandolare digestiva (Schick e Wagner).

La malattia celiaca suole iniziarsi subdolamente nella prima infanzia con vaghi segni di malessere, facile stanchezza, stato apatico, spiccata ed invincibile anoressia. Indi, gradualmente, si vanno delineando i sintomi fondamentali che caratterizzano al completo la sindrome morbosa: dimagrimento grave e progressivo con aumento cospicuo del volume del ventre e diarrea cronica con feci grasse.

A malattia conclamata si rileva sempre una insufficienza dello sviluppo somatico, la quale si ritiene in parte dovuta alla insufficienza dell'assorbimento intestinale, in parte ad insufficienza pluriglandolare. Spesso è concomitante uno stato rachitico, i cui sintomi si intrecciano con quelli proprii del morbo celiaco. Le ossa, specialmente quelle delle mani, appaiono trasparenti ai raggi X, con sottili trabecole e con insufficienti calcificazione (Mac Crudden e Fales, Parson, Miller).

Insieme coll'arresto dello sviluppo somatico notasi anche di regola uno stato ipoevolutivo della psiche di questi ammalati, i quali si dimostrano altresì apatici, taciturni, malinconici.

Ma i sintomi funzionali più importanti e le note obiettive fondamentali costituenti il quadro clinico della malattia celiaca si rilevano a carico dell'apparecchio digerente. Predomina di solito una spiccata anoressia con frequenti crisi di vomito. La diarrea è cronica (quattro-sei scariche giornaliere), ma presenta periodi di maggiore intensità, che si alternano con periodi di relativa quiescenza.

È importante ricordare che, mentre nelle comuni enteriti le feci abbondano di muco e scarseggiano di grasso, qui si riscontrano gli opposti caratteri: scarsezza cioè di muco e forte quantità di grasso, rappresentato sopratutto da acidi grassi e saponi, onde le feci appaiono lucenti, pastose, di colorito biancastro, di aspetto cretaceo (steatorrea). Tale abnorme quantitativo di grassi è in rapporto con la impedita assimilazione del grasso stesso per parte dell'intestino (Herter, Miller).

Il voluminoso addome di questi pazienti, ad un esame superficiale, farebbe pensare a raccolta ascitica, talchè si diagnostica di solito una peritonite tubercolare, considerando altresì l'estremo grado di deperimento degli infermi. Ma una più fine indagine semeiotica permette di accertare che non esiste nè senso di fiotto nè ottusità spostabile nei varî decu-

biti, onde può escludersi la presenza di liquido libero nella cavità peritoneale. Trattasi di una « pseudo-ascite » la quale è dovuta all'alto grado di atonia delle anse intestinali, per cui queste si lasciano distendere dal loro contenuto liquido (De Murtas).

L'esame radiologico del tubo digerente, nella maggior parte dei casi, ha fatto rilevare un aumento della peristalsi gastrica e intestinale (Fanconi ecc.); talvolta invece un rallentamento della peristalsi stessa (De Murtas).

Per quanto si riferisce ai disturbi del ricambio, è da ricordare che nella malattia celiaca l'urea del sangue non si trova mai aumentata, ma spesso diminuita. Esiste ipocalcemia ed ipofosfatemia. Inoltre è stato da Bennet segnalato un fatto nuovo: che cioè in questi ammalati le forti ingestioni di glucosio a digiuno non determinano un aumento della glicemia, come avviene nei soggetti normali: il che si spiega con il lentissimo assorbimento del glucosio per parte della mucosa intestinale.

Le alterazioni ematiche sono costanti. Si osserva di regola un'anemia di alto grado a tipo ipocromico semplice; solo eccezionalmente può verificarsi la forma ipercromica, sì da riprodurre il quadro ematico dell'anemia a tipo pernicioso (Bennet).

Nella maggior parte dei casi la malattia celiaca evolve verso la guarigione, sebbene non sempre in modo definitivo. In generale i sintomi morbosi tendono ad attenuarsi e regrediscono verso la pubertà. Circa nel 12 % dei casi si verifica l'esito letale.

Molto si è discusso intorno alla patogenesi del morbo celiaco. Il Gee, che per primo segnalò la malattia, pensò ad una insufficienza biliare; il Gibbons ad una disfunzione ghiandolare dell'intestino. Cheadle, e dopo di lui Van Praagh e May invocarono una deficienza della funzione biligenetica del fegato di origine nervosa, onde la denominazione di « acolia » proposta da questi AA. in sostituzione di quella di morbo celiaco.

Quasi contemporaneamente Bramwell, nel riferire analoghe osservazioni sotto il titolo di « infantilismo pancreatico » attribuì tutta la sindrome morbosa ad una insufficienza pancreatica, fondando specialmente il suo asserto sui favorevoli risultati da lui ottenuti con la opoterapia pancreatica.

La origine pancreatica è pure ammessa, almeno per la maggior parte dei casi, da Thomson. Ed invero, a sostegno di tale concezione patogenetica, depongono i reperti anatomo-patologici, i quali dimostrano principalmente fatti di sclerosi pericanalicolare e periacinosa del pancreas associati a cirrosi e degenerazione grassa delle cellule epatiche.

Citeremo anche, per ricordare altre concezioni patogenetiche, quella sostenuta dall'Herter, il quale fa derivare la malattia celiaca da una alterazione della flora bacterica intestinale che si manterrebbe del tipo di quella del lattante.

Altri ricercatori attribuiscono speciale importanza ad una alterata funzione dei sali biliari (Miller, Webster, Perknis); altri ammettono uno stato di carenza di vitamine (Schick, Wagner, Carrison), ed altri una nevrosi del sistema vegetativo (Vagotonia), onde, essendo accelerato lo svuotamento gastrico ed aumentata la peristalsi del tenue, si renderebbe insufficiente l'assorbimento (Mader, Freise e Jahre).

Debenedetti, avendo riscontrato un megacolon in un caso da lui riferito, con formazione di livelli endoperitoneali, pensò che potesse tutta la sindrome della malattia celiaca attribuirsi a tale alterazione anatomica dell'intestino; ed alterazioni anatomiche gravi a carico del colon esistevano anche nel caso di Marcialis.

Ricerche sperimentali furono eseguite da Freise e Valenta, i quali, con la recisione del plesso celiaco negli animali, ottennero un complesso sintomatico corrispondente a quello del morbo celiaco: tratterebbesi dunque, secondo questi autori, di un disturbo di innervazione nel territorio dello splancnico.

Segers ammette una insufficienza ipofisaria, attribuendo a questa la paresi e la distensione dell'intestino, il ritardo nella ossificazione ed in genere i disturbi dell'accrescimento. Ed infine alcuni autori, fra i quali specialmente Bennet e Thaysen hanno recentemente richiamata l'attenzione sulla somiglianza del morbo celiaco con la sprue tropicale, in cui riscontrasi costantemente grave anemia, steatorrea, ipocalcemia, osteoporosi: esisterebbe secondo questi autori una identità nosologica fra le due malattie, ed il morbo celiaco dovrebbe ritenersi una « sprue non tropicale ». Tuttavia è da notare che l'inizio del morbo celiaco si osserva sempre nell'infanzia, mentre la sprue è propria dell'età adulta. Mancano inoltre nella malattia celiaca l'iperestesia e le lesioni ulcerative della mucosa buccale.

La cura della malattia celiaca si informa agli esposti concetti patogenetici: preparati di bile (Cheadle), sali biliari (Miller), disinfettanti dell'intestino (Herter), opoterapia pan-

creatica (Bramwell). Gli alimenti ricchi di vitamine sono da raccomandare, e sembra riuscire particolarmente utile la somministrazione di banane in quantità abbondante (Haas).

L'alimentazione, pure essendo variata, deve contenere il minimo possibile di sostanze grasse. Sono pure vantaggiosi i fermenti pancreatici associati ad altri fermenti glandolari. Come cura medicamentosa si consigliano specialmente i preparati di ferro e di calcio.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di malattia celiaca (affezione rarissima ad osservarsi in Italia), e si sofferma in particolare ad illustrarne il complesso e controverso problema patogenetico.

BIBLIOGRAFIA.

BENNET. *La maladie de Gee.* La Presse Méd. n. 75, 1934.
BRAMWELL. *A case of infantilism.* Trans. Med. Ch. Soc. Edimburg, 1923.
CARRISON. *The influence of deficienny.* British Med. Journ., 1919.
CHEADLE. *On acholia.* Lancet, 1903.
COMBY. *Infantilism digestif.* Arch. de Méd. des enfants, 1924.
DEBENEDETTI. La pediatria, n. 11, 1927.
DE MURTAS. *Contributo clinico alla conoscenza del Morbo celiaco.* Riv. di Cl. Ped., n. 6, 1930.
FANCONI G. *Abhand. ans der Kinderh. etc.* Vorlag. von Karger Ed., Berlin, 1928.
FREISE e VALENTA. *Tierexperimentelle Studien zur Patogenese der Coliakie.* Monatsschrift für Kinderheilkunde, vol. 4, fasc. 1.
GEE S. *On the coeliac affection.* St. Barth. Hops. Reports., t. XXIV.
GIBBONS. *The coeliac affection in children.* Edimburg, Med. Journ., 1889, t. 25.
HAAS. Am. Journ. of Dis. of Children, 1904.
HERTER. *Infantilism from chronic intestinal infection.* New. Jork, 1918.
ID. *Infantilism from chronic intestinal infection.* Ibid., 1925.
HEUBNER. Jarb. des Knider, 1911. 1903.
MAGNI e PIRAMI. *Intorno ad una osservazione di malattia celiaca di origine pancreatica.* Riv. di Clin. Ped., n. 6, 1926.
MAY. *Cases of acholia in children.* Lancet, 1905.
MARCIALIS. *Sopra un caso di morbo celiaco.* Studî Sassaresi, vol. II, fasc. IV.
MARFAN. *La maladie coeliaque.* Le Nourisson, n. 6, 1934.
MILLER, WEBSTER, PERKINS. *Coeliac infantilism.* Lancet, 1920.
PASSINI. Deutsch, Med. Woch., 1919, n. 31
SCHICH e WAGNER. Zeitschr. f. Kinderh., 7921, 1923.
SEGERS. *Consideraciones sobre la etiologia de la enfermedad celiaca.* Archivos Argentinos De Pediatria, 1° gennaio 1933.
VAN PRAAG. *On early symptom of acholia.* Lancet,

NOTE E CONTRIBUTI

L'associazione degli etilchaulmoograti e degli etilmorruati nelle affezioni respiratorie.

Dott. FRANCESCO FALASCA

Alcuni Autori partendo dal fatto, ormai acquisito dalla scienza, che l'olio di Chaulmoogra o meglio il suo etere etilico influenza beneficamente e spesso con esito favorevole il corso della lebbra, furono tentati ad usarlo anche nella tubercolosi polmonare, il cui bacillo produttore, come quello di Hansen, appartiene al gruppo dei bacilli acido-resistenti.

Gli esperimenti fatti prima nei terreni di cultura si allargarono a poco a poco interessando gli animali e l'uomo. Nei terreni di cultura si constatò così che piccole dosi centesimali dell'olio di Chaulmoogra inibisce lo sviluppo del bacillo di Koch e l'Hernandez, prima che lo usasse nell'uomo, lo esperimentò iniettandolo in emulsione glicerinata nel peritoneo dei conigli, avendone lesioni che per i caratteri anatomo-patologici rassomigliavano a quelli prodotti da bacilli tubercolari morti. Il primo ad usare però l'olio di Chaulmoogra nella tbc. polmonare fu nel 1916 il Lion: dopo di lui gli esperimenti si susseguirono, ma chi lo esperimentò largamente fu Sir Rogers che, nell'India Inglese, ne controllò l'azione nella lebbra, nella tubercolosi polmonare, cutanea ed ossea e ne stabilì l'uso di somministrazione, le indicazioni e le controindicazioni, le ultime date dalle forme acute polmonari ad evoluzioni rapide e dalle forme emottoiche.

Cosicchè in seguito a risultati lusinghieri ottenuti dall'olio di Chaulmoogra, l'uso di esso è andato poco a poco diffondendosi con evidenti migliorie e guarigioni cliniche. Da principio però era usato solo nella tubercolosi polmonare (Renault e Richard, Hernandez, Roger, Binit e Verne, Andreoni ecc. ecc.) dove il corteo sintomatico, specialmente quello a carattere generale, cedeva a poco a poco, dando all'ammalato senso di benessere: a questa manifesta, benefica azione si univa la diminuzione dei bacilli nello espettorato (Rogers). Riconosciuta così certa la sua efficacia quando il processo tubercolare non ha prodotto distruzione irreparabile di parenchima polmonare, l'uso si allargò in altre affezioni come nella laringite tubercolare (Alloway e Lobensohn) e nelle forme cutanee (Pomaret ecc.). In seguito, per affinità di composizione chimica, lo si è usato coll'olio di fegato di merluzzo con esiti parimenti sodisfacenti e lusinghieri, oltre che

nella tubercolosi polmonare (Madeira) in quella cutanea, ossea, glandolare (Braga), nelle bronchiti a tipo broncorroico, nelle bronchiti acute (Goglia), nelle pleuriti, sinoviti (Pasini), ascesso freddo (Barbosa), nella bronchite purulenta (Ribás) e nella diatesi essudativa (Branho). L'associazione dell'olio di Chaulmoogra e dell'olio di fegato di merluzzo nei loro principi attivi sotto forma di etere etilico dell'acido chaulmoogrico e di etere etilico dell'acido morroico esalta l'azione terapeutica isolata dell'uno e dell'altro, mentre l'etere morroico elimina pure i possibili inconvenienti dell'uso del solo morruato.

Allettato così dalle esperienze favorevoli dei diversi autori ho voluto tentare anche io la terapia Chaulmoogrica-Morroica che può aprire nuove luci alla terapia polmonare, specialmente in quella incerta e incostante qual'è la tubercolare. I casi sono relativamente pochi, ma essi valgono certamente a contribuire alla conoscenza del nuovo medicamento. Per gli esperimenti mi sono servito di un preparato per uso ipodermico, in cui, oltre ai principi attivi su detti, sono contenute piccole dosi di Cinnamato di Benzile per l'azione antisettica, e di canfora, per l'azione generale eccitante.

Caso I. — D. S. R. fu S., di anni 28. Bronco alveolite destra, febbre serotina, dimagramento, tosse insistente, profonda astenia. È il primo caso in esame. Alla nona iniezione praticata a giorni alterni entra in fase di miglioramento, che va rendendosi sempre più marcato. Guarigione.

Caso II. — B. D. di R., di anni 50. Dopo un'influenza con febbre elevatissima, passata senza alcun aiuto, mi chiama per una penosissima broncorrea. Tosse estenuante, facili sudori. Dopo la terza iniezione la febbre cade con remissione della tosse e dello espettorato. Alla nona l'ammalato, migliorato di molto, si porta dalla sua abitazione di campagna in paese, dove seguita la cura intercalata con iniezioni di calcio. Guarigione.

Caso III. — L. F. fu G., di anni 41. Pensionato di guerra per cortico pleurite di sospetta natura tubercolare. Dopo un periodo di astenia e lievi elevazioni termiche, è preso da tosse. L'esame toracico rileva infiltrazione base polmonare destra. Miglioramento generale. Reperto obiettivo negativo.

Caso IV. — P. A. di O., di anni 13. È stato a contatto per parecchio tempo con tubercolotica avanzata. Dopo una caduta, ha cominciato a sentire dolore al terzo medio dell'avambraccio sinistro. È pallido. L'esame mostra una periostite evidente del radio. Miglioramento immediato, cessazione del dolore, ripresa del lavoro mentre continua la cura.

Caso V. — B. M. fu P., di anni 59. In seguito a delle febbri influenzali sofferte due mesi prima, è rimasta astenica e, impressionata da una persistente febbricola serotina e da sudori notturni, mi fa chiamare. Bronchite diffusa cronica di dubbia natura, espettorato abbondantissimo, striato di sangue, febbre 38°-38°,5. Sottoposta alla solita cura, alla ventesima iniezione l'ammalata può considerarsi guarita.

Caso VI. — S. M. di S., di anni 12. Madre morta per tubercolosi polmonare, empiema. In seguito ad una vomica, il polmone sinistro dava reperto non dubbio di infiltrazione tubercolare. Cutireazione positiva. Dopo diversi preparati, tentai l'associazione Etilchaulmoogro-Morroica con cui si fanno anche delle iniezioni endopleurali. Evidentissimi vantaggi. Ripresa del peso, miglioramento continuo, costante. Guarigione clinica.

Caso VII. — C. M. fu G., di anni 52. In pieno benessere fu preso da senso di soffocazione e di tosse fortemente tormentosa. All'esame pleurite destra con lieve versamento, rantoli diffusi. Una cura adatta migliorò il quadro e la sintomatologia, ma non riuscì a vincere una astenia profonda, che si accompagnava con ribelle gruppo di rantoli alla regione ilare di destra. Anche in questo caso si ebbe un miglioramento immediato che ridette tranquillità all'ammalato, il quale riprese le sue normali occupazioni.

Come si vede in tutti i casi la terapia chaulmoogrica con quella dell'olio di fegato di merluzzo ha portato giovamento manifesto sia nelle affezioni a carattere tubercolare che nelle altre. Le condizioni degli infermi si sono a poco a poco riprese, l'anoressia e l'astenia hanno ceduto quasi subito con la febbre, con i sudori: il peso ha ripreso la curva ponderale, i reperti semiologici sono scomparsi portando a guarigione clinica.

Come ha agito ora l'olio di Chaulmoogra solo e in unione all'olio di fegato di merluzzo?

È noto come nella tubercolosi, nelle forme pretubercolari e così nelle astenie e nel depauperamento organico il biochimismo di vita viene ad essere alterato con una diminuzione accentuata di reazione organica, di calcio, di colesterina, con perdita di grasso, con la mancanza di fermenti lipolitici che, come si sa, hanno pure grande importanza nelle funzioni vitali del bacillo di Kock. Questo, protetto da una membrana cereo-grassosa resiste agli attacchi di agenti, che, comunque, ne tentino la distruzione, mentre non resiste alla azione del fermento lipolitico che dissolve il grasso della capsula bacillare. Si sa pure che tutte le funzioni che si succedono nella vita (ana-cata-metabolismo) sono dovute in gran parte al reticolo endoteliale diffuso in ogni parte del corpo e che, mentre per il passato era ritenuto solo tessuto di sostegno, oggi è ritenuto fattore principale di difesa e di nutrizione degli organi. Lo stesso reticolo endoteliale produce gli

anticorpi e presiede al ricambio dei lipoidi. Ora nella tubercolosi, negli stati pretubercolari e di depauperamento, negli stati astenici la funzione del reticolo è diminuita con conseguenti alterazioni della funzione dei lipoidi. La reattività fermentativa, immunitaria e protettrice non ha il suo optimum, mentre il potere di disassimilazione è superiore e più accentuato di quello di assimilazione: manca così l'indifferenza biologica.

L'olio di Chaulmoogra che, usato fin da tempi antichissimi contro la lebbra, si ottiene dalla spremitura dei semi di una pianta indiana, la Taraktogenos Kurzii, dà luogo dopo diverse successioni di sintesi all'etere etilico dell'acido caulmoogra. Tale etere conterrebbe acidi grassi non saturi e sarebbe ricco di lipoidi. Ora a prescindere dal fatto che l'olio di chaulmoogra, come è stato dimostrato in vitro, ha azione disinfettante sul bacillo di Koch, per gli acidi grassi viene a stimolare l'aumento dei fermenti lipolitici, che, come sopra ho detto, aggrediscono lo stesso bacillo, alterandone la struttura della membrana che lo avvolge, poichè ne sciolgono la parte cerea grassosa, per provocarne poi la disintegrazione e la lisi. A questo fatto segue l'immissione in circolo di elementi immunizzanti per la formazione di anticorpi specifici e aspecifici, mentre, per le vitamine liposolubili che contiene, si ha una benefica azione anabolica con aumento di peso e miglioramento della crasi sanguigna, che si hanno pure negli stati speciali organici su menzionati. Parrebbe poi che gli acidi grassi del Chaulmoogra avrebbero una azione specifica inibitrice di sviluppo, di attenuazione di virulenza oltre che battericida verso il bacillo di Koch.

L'acido morroico contenuto nell'olio di fegato di merluzzo agirebbe nella tubercolosi sinergicamente con l'etere etilico dell'olio di chaulmoogra per il suo contenuto in grasso e per i lipoidi poichè avrebbe la stessa azione sul bacillo di Koch, mentre, sia nella tubercolosi che negli stati pretubercolari, astenici, di depauperamento, per la colesterina e la vitamina contribuisce a migliorare lo stato di difesa organica, provocandone le reazioni benefiche e favorendo, l'ultima, l'assorbimento della vitamina dell'olio di chaulmoogra e la calcificazione dell'organismo.

Il complesso reticolo endoteliale, deputato anch'esso alla formazione degli anticorpi, ugualmente influenzato, verrebbe ad avere una funzione eccitatrice di processi reattivi che in esso hanno luogo, con tutti i benefici dipendenti dalla sua equilibrata ed esaltata funzione disintossicatrice, antitossiemica oltre che anabolica.

Dopo l'uso dell'associazione degli etilmorruati e degli etilchaulmoograti, ho potuto constatare un miglioramento netto della sintomatologia clinica che mi autorizza ad ammettere, nei casi su riportati, una vera e propria guarigione. La febbre ha ceduto a poco a poco, la tosse si è resa meno molesta fino a cessare del tutto, l'espettorazione, resa meno difficile, è andata mano a mano diminuendo con aumento dell'appetito, del peso, del benessere generale.

L'uso di essi che in conclusione ha superato ogni mia aspettativa non ha alcuna controindicazione con le altre cure generali e locali, atte a migliorare e rafforzare i poteri di immunità e di difesa organica.

Questa modesta nota, redatta in base ad osservazioni di pratica quotidiana, non vorrebbe dire di essersi finalmente trovato un rimedio miracoloso nella terapia bronco-polmonare e più particolarmente nella tbc., ma ho la certezza di poterlo raccomandare ai colleghi che come me, più a contatto di lagrime e di miserie, assaporano più facilmente i disinganni delle cure, perchè più vicini ai sofferenti.

Ridare fiducia all'ammalato però, ravvivare la speranza di miglioramento, di ripresa della vita rafforzando e migliorando ogni difesa organica, arrestando i processi che fatalmente portano alla rovina, è già per noi sodisfazione intima che ricrea e personifica la nostra missione.

Schiavi d'Abruzzo, 20 luglio 1935-XIII.

RIASSUNTO.

L'A. riporta alcuni casi da lui curati con gli etilchaulmoograti e gli etilmorruati, illustrando il loro meccanismo di azione, dovuto principalmente allo stimolo dei poteri difensivi dell'organismo, nelle affezioni respiratorie in genere e in ispecie in quelle tubercolari, dove provocano persino la lisi dei bacilli.

BIBLIOGRAFIA.

PAVAN. Taraktogenos Kurzii.
GOGLIA. Sanatorium, Gennaio 1935.
BELLI. Rivista Italiana Terapia X, 1928.
PENDE. Rassegna clinica scientifica, 7, 1934.
RENAULT et RICHARD. Journal Méd. de Paris, 5 settembre 1925.
WASSERMANN. La Tisiologia.
PASSINI. La pratica pediatra, n. 6, 1935.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Le pulmoniti prolungate e gli esiti post-pulmonitici nell'adulto.

(CH. ROUBIER. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 gennaio 1936).

La pulmonite franca tipica, la cui durata abituale è di 7 a 9 giorni, può prolungarsi oltre questi limiti o lasciare esiti permanenti. Le pulmoniti prolungate a focolaio unico (forme ben distinte da quelle nelle quali il prolungamento della malattia è dovuto alla comparsa di focolai successivi) si distinguono in due gruppi: *a)* pulmoniti prolungate a decorso favorevole che terminano con la guarigione dopo un lasso di tempo variabile; *b)* pulmoniti prolungate a decorso sfavorevole che terminano con la morte.

I. *Le pulmoniti prolungate a decorso favorevole* sono quelle nelle quali: *a)* la defervescenza avviene oltre il 12° giorno; *b)* i segni ascoltatorî (soffio bronchiale o rantoli) si sentono ancora nettamente dopo tre settimane; *c)* l'immagine radioscopica persiste dopo cinque settimane.

Possono assumere forme tipiche e atipiche:

A) *Le pulmoniti prolungate tipiche* hanno un modo d'inizio vario. Per lo più la scena è aperta, come nella pulmonite abituale, dal dolore puntorio al torace. La curva termica ha quattro periodi: nel primo si mantiene a 39°-40° per 8-14 giorni; nel secondo, che dura da qualche giorno a mesi, si hanno oscillazioni più o meno ampie; nel terzo, che dura 15-30 giorni, si ha uno stato subfebbrile, 37°,5-38°, talora con punte saltuarie a 39°,5-40°; nel quarto si ha apiressia completa.

I fatti ascoltatorî, che sono presso a poco identici a quelli della pulmonite abituale, durano ancora oltre la scomparsa della febbre. In genere il soffio scompare molto prima dei rantoli, la cui persistenza rimane spesso imprecisata, perchè si ascoltano ancora quando i malati lasciano l'ospedale. Nella maggior parte dei casi si ha oscurità respiratoria persistente.

L'immagine radiologica invece di essere completamente scomparsa dopo 4-5 settimane, rimane sotto forma di opacità abbastanza omogenea per oltre sei settimane ed anche per mesi. Nel corso della regressione si notano nella zona opaca parti chiare perchè la risoluzione del focolaio pulmonitico non avviene in blocco, ma per isole successive; allora l'aspetto radiologico somiglia a quello delle lesioni tubercolari fibro-caseose o broncopulmonitiche.

Nel complesso è difficile dare dati precisi che consentano di definire ciascun quadro della sindrome in limiti netti. Si può solo affermare che di regola è la curva termica che segna l'inizio del ritorno allo stato normale, e che i segni radiologici sono quelli che persistono più a lungo.

B) *Le pulmoniti prolungate atipiche* sono più frequenti delle precedenti, ed hanno anche minore interesse perchè si avvicinano di più alle forme abituali.

La defervescenza avviene in capo a 8-10 giorni; la fase acuta sembra terminata, perchè la temperatura si mantiene normale per qualche giorno; ma improvvisamente la temperatura risale e talora oltrepassa i 38°; per molto tempo si hanno piccole elevazioni termiche passeggere indice della persistenza dell'infezione pneumococcica. Malgrado la riviviscenza della temperatura e dei sintomi generali, i segni ascoltatorî e radioscopici possono scomparire nel lasso di tempo abituale; in effetti solo nel caso nel quale la defervescenza non si effettua tra il 7° ed il 12° giorno si può sicuramente prevedere un prolungamento degli altri segni.

Ma il più delle volte si ha un prolungamento dei segni fisici al di là dei termini considerati normali, ed in generale i segni radiologici, simili a quelli delle forme tipiche, persistono di più di quelli ascoltatorî.

La guarigione completa avviene dopo molto tempo: anche due mesi dopo l'inizio della malattia si riscontrano segni anormali.

II. *Le pulmoniti prolungate mortali* inizialmente hanno una sintomatologia simile a quella delle forme con esito favorevole. Ma con il progredire della malattia si nota un'alterazione progressiva dello stato generale e la persistenza di segni funzionali molto marcati. La temperatura molto alta può persistere inalterata dal principio alla fine, può cadere per crisi come nella pulmonite abituale per risalire subito e prendere il tipo remittente, o anche passare subito nel tipo remittente subfebbrile.

I segni ascoltatorî del focolaio pulmonitico persistono senza modificazioni fino alla fine, e la radiografia rivela una zona opaca massiva corrispondente al lobo colpito dal processo iperplasico.

In una fase avanzata si hanno segni di debolezza cardiaca e di asistolia periferica.

Anatomo-patologicamente le lesioni sono caratterizzate da proliferazione del connettivo che invade gli alveoli. Insieme alla sclerosi intralveolare si ha sclerosi perialveolare ed interstiziale; anche la pleura è inspessita.

La morte avviene in genere dopo uno o due mesi.

III. *Le pulmoniti croniche e le sclerosi post-pulmoniti* hanno fatto sorgere molte quistioni patogenetiche, cliniche ed anatomo-patologiche.

Charcot tentò di dimostrare le transizioni anatomiche dalla fase acuta a quella croni-

ca descrivendo successivamente l'epatizzazione rossa, gialla e grigia alla quale ultima corrisponderebbe istologicamente una sclerosi massiva postpulmonitica.

La quistione è tuttora controversa. Tuttavia le indagini radiologiche tenderebbero a dimostrare che la pulmonite può lasciare una sclerosi parcellare diffusa a tipo interstiziale e non una sclerosi compatta, massiva trasformante tutto un lobo pulmonare in un grosso blocco fibroso.

***

Per spiegare la lentezza di risoluzione del focolaio pulmonitico si può *a priori* incriminare sia l'agente microbico causale che il terreno sul quale agisce.

Per quel che riguarda la virulenza del microbo non si ha allo stato dei fatti alcun mezzo per determinarla.

Per quel che riguarda il terreno si può pensare che il ritardo della risoluzione della pulmonite sia in rapporto a un disturbo dello stato generale con debilitazione dell'organismo da cause diverse. Ma si tratta di ipotesi che i fatti non suffragano in pieno.

L'evoluzione sfavorevole di pulmoniti prolungate e la loro trasformazione in pulmoniti iperplasiche non ha finora ricevuto spiegazioni convincenti. In alcuni casi il fatto si può attribuire all'età avanzata del paziente, a precedenti patologici, o a concomitanti affezioni cardiache e renali. Harvier ha sostenuto la natura tubercolare della pulmonite iperplasica, ma questa opinione non è condivisa.

Il mistero grava anche sulle condizioni che determinano lo sviluppo della sclerosi pulmonare postpulmonitica.

Per la diagnosi differenziale tra pulmoniti prolungate e pulmoniti tubercolari si devono interrogare successivamente i seguenti fatti:

1) I precedenti che possono dare utili orientamenti. E' ovvio che un individuo il quale soffrì per il passato forme tubercolari deve fare sospettare la pulmonite specifica, senza però fare escludere senz'altro la forma da pneumococchi.

2) Il modo d'inizio è meno brusco nella forma tubercolare, che è sempre preceduta da una fase d'impregnazione bacillare con dimagrimento e disturbi generali.

3) I segni funzionali e generali sono meno pronunziati nella forma tubercolare. In questa l'espettorato non è mai rugginoso e manca l'erpete labiale.

4) La curva della temperatura, data la sua grande variabilità nelle pulmoniti prolungate non offre criterî di distinzione con la forma tubercolare.

5) I fatti ascoltatorî sono più intensi nella pulmonite franca.

6) Il reperto radiografico non consente una differenziazione tra forme pneumocciche e bacillari. Il focolaio pulmonitico, specie al momento della risoluzione, può dare immagini simili a quelle della tubercolosi. Anche il triangolo pneumonico non è caratteristico di una localizzazione penumococcica.

7) L'esame batteriologico dell'espettorato ha importanza capitale. La presenza di pneumococchi ha effettivo valore semeiologico se li si riscontra in abbondanza, tenendo conto che se ne possono trovare anche nel periodo iniziale della pulmonite tubercolare. Viceversa valore sicuramente probativo ha la presenza di bacilli di Koch, che si devono ricercare insistentemente, occorrendo con la omogeneizzazione e con l'inoculazione alle cavie.

8) L'evoluzione regressiva dei segni clinici e radiologici parla in favore della natura pneumococcica di un focolaio pulmonare persistente, perchè di solito le lesioni bacillari tendono ad estendersi o a stabilizzarsi. Vi sono tuttavia pulmoniti tubercolari guaribili con modificazione completa del reperto radiologico, ma sempre in un lasso di tempo più lungo che nelle pulmoniti prolungate semplici.

9) Le prove biologiche non hanno interesse per la diagnosi differenziale in quistione.

Nella grande maggioranza dei casi le pulmoniti prolungate hanno una prognosi favorevole. La convalescenza è lunga e penosa, ma le lesioni pulmonari finiscono per scomparire completamente. Solo eccezionalmente si è constatato che a distanza di tempo si aggiungono lesioni tubercolari apicali.

Le pulmoniti prolungate a decorso sfavorevole sono rare. All'inizio la prognosi è difficile. In ogni caso bisogna fare previsioni riservate quando il paziente è anziano, è in cattive condizioni generali, o presenta lesioni cardiache.

Le sclerosi postpulmonitiche non costituiscono conseguenze pericolose per l'avvenire del soggetto.

La cura non è diversa da quella della pulmonite pneumococcica abituale.

DR.

La puntura sottoccipitale e iniezione di caffeina nella paralisi respiratoria.

(STEINBRÜCK. *Zbl. Chir.*, n. 34, 1935).

In un caso di grave avvelenamento da dilaudid con paralisi respiratoria completa, essendo riusciti infruttuosi i mezzi che comunemente si adoperano in tali casi, l'A. ha praticato la puntura sottocipitale estraendo 10 cc. di liquor e iniettando 10 cc. di una soluzione al 10 % di caffeina.

Il paz. fu posto col capo basso e il dorso rialzato per impedire che il medicamento fosse disceso in basso. Il successo fu completo e duraturo tanto che il paz. potè superare una broncopolmonite e venne dimesso dopo 22 giorni completamente guarito.

La puntura sottoccipitale è un mezzo più semplice e più rapido, che non la puntura dei

ventricoli (adoperata da altri) per portare il medicamento direttamente al centro respiratorio. La dose di caffeina da iniettare deve essere alta ed eventualmente ripetuta per ottenere un successo duraturo. Non è certo se la caffeina agisce in sè stessa o per la sua reazione acida. Com'è noto gli acidi eccitano il centro respiratorio e l'A. esaminando otto campioni di caffeina provenienti da diversi laboratori trovò che sei avevano reazione acida e solo due debolmente alcalina.

Inoltre non è escluso che la caffeina agisca anche per la sua azione sul centro vasomotorio. G. PACETTO.

PRURITO VULVARE.

Il prurito vulvare.

(R. DAVID-CHAUSSÉ. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, novembre 1934).

Il prurito vulvare è un'affezione frequente, molto penosa e tenace. Rara nelle bambine, nelle quali per lo più è prodotta da vulvovaginite o da ossiuri, raggiunge il massimo di frequenza all'epoca della pubertà e della menopausa.

Il prurito interessa l'orificio vulvare, la faccia interna delle grandi labbra, o tutt'intera la regione genitale.

Il meccanismo fisiologico è ignoto perchè per lo più non si riscontrano lesioni anatomiche di alcun genere, e solo di rado sono state constatate alterazioni sclerotiche delle terminazioni nervose della cute.

Secondo molti autori si tratterebbe di un disturbo centrale o simpatico con punto di partenza nei visceri. L'eccitazione nata a livello dei visceri sarebbe trasmessa a mezzo delle fibre simpatiche e dei rami comunicanti ai gangli posteriori del midollo onde si diffonderebbe alla corteccia, la quale localizzerebbe la sensazione nelle zone cutanee corrispondenti ai gangli interessati. Così agirebbero per riflesso le lesioni dell'apparato genitale interno e del tubo digerente. Si spiegherebbe così come il prurito vulvare si manifesta spesso in donne affette da malattie dell'utero, della vescica, del retto e dell'appendice, e che scomparirebbe dopo l'eliminazione chirurgica della malattia stessa.

Le cause locali sono fortunatamente più numerose: parassiti vegetali (tricofizii, fermenti), infezioni microbiche (piococchi), intossicazioni alimentari e medicamentose.

Il diabete può provocare prurito intenso con lesioni cutanee locali discrete.

Spesso il prurito è legato a disturbi endocrini, specie a squilibrio della funzione ovarica.

Per lo più l'affezione si manifesta senza alcuna lesione cutanea visibile. Il prurito spesso sopravviene a ore fisse, a crisi, che durano qualche minuto ed anche ore, e che si producono o spontaneamente o provocate dalla minzione, dalla variazione della temperatura, dal calore, dal letto, dalla digestione. In alcuni casi le regole l'aggravano, in altri lo fanno scomparire. La gravidanza favorisce la comparsa del prurito, che cessa con esso.

Il bisogno di grattamento è imperioso: il fregamento non sempre è sufficiente, occorre servirsi delle unghie, di una spazzola, di un oggetto a superficie rude. Il grattamento provoca una sensazione di benessere, che purtroppo non dura a lungo: il prurito ben presto ritorna più intenso. Le malate non possono resistervi, i loro gesti possono far credere all'onanismo. Alcune donne trovano sollievo nel coito, altre non possono tollerarlo.

Il prurito vulvare di solito persiste per mesi ed anni.

All'inizio le lesioni micosiche sono facilmente riconoscibili: sono costituite da placche eritematose, circinnate diffuse più o meno lontano sulla faccia interna delle coscie. La pelle del fondo delle pliche è inspessita, marezzata, fissurata dalla macerazione. Spesso esistono lesioni della stessa natura all'ombelico, alle ascelle, sotto il seno, e fra le dita dei piedi.

L'infezione microbica provoca una dermite eritematosa che può trovarsi localizzata anche nel solco retroauricolare e intorno alla bocca.

Col tempo compaiono le lesioni provocate dal grattamento violento e ripetuto. La mucosa diventa spessa, bianca, rugosa, escoriata. Le grandi labbra aumentano di volume; la pelle della loro faccia esterna è infiltrata, fissurale, i peli sono spezzati e sconvolti dal grattamento. La pelle della faccia interna delle coscie è lichenificata: la sua superficie è bruna, dura, zigrinata, solcata da pliche strette e parallele, longitudinali o trasversali. Infine si possono produrre lesioni eczematose diffuse al perineo, all'ano, alle coscie.

Contemporaneamente si altera lo stato generale: l'insonnia, l'eccitazione continua, la mancanza d'appetito, l'inquietudine producono un deperimento fisico ed un esaurimento nervoso con tendenza alla depressione.

Il prurito vulvare è un'affezione particolarmente ribelle alle cure.

Quando la sua origine è micosica si pratica il seguente trattamento: lavaggio della regione genitale mattina e sera con acqua calda e sapone e quindi applicazione, alla sera, della seguente pomata:

Lanolina	gr.	30
Grasso benzoinato	»	10
Crisarobina	»	0.40

Dopo il lavaggio del mattino si fa una pennellazione con la seguente soluzione:

Acido salicilico		
Iodo metalloidico	anagr.	1
Liquore d'Hoffmann . . .	gr.	100

Quindi si cosparge la seguente polvere:

Talco polverizzato	gr.	100
Acido salicilico polverizzato	»	1

In caso di infezione microbica si lava la parte mattina e sera con acqua calda, alla quale sia aggiunta per ogni bicchiere un cucchiaio della seguente soluzione:

Solfato di rame	gr.	15
Solfato di zinco	»	15
Acqua distillata	»	300

Quindi si applica la pomata:

Vaselina	gr.	40
Ossido giallo di mercurio .	»	0,40

La polverizzazione con acqua ossigenata boratata o con acqua borica dà anche buoni risultati, decongestionando rapidamente e procurando una sensazione di benessere.

Nei diabetici giova il trattamento locale crisarobinico e iodato associato alla cura della malattia generale. Spesso giova anche l'applicazione di pomata all'insulina.

Quando la causa del prurito rimane ignorata ed esso resiste alle cure antimicosiche ed antimicrobiche, bisogna limitarsi al trattamento sintomatico.

Spesso giovano le applicazioni prudenti di raggi X a piccole dosi, e l'alta frequenza sulle grandi labbra e sulla clitoride.

Le iniezioni epidurali, l'autoemoterapia e l'autosieroterapia non procurano vantaggi.

Un sensibile sollievo dànno le iniezioni endovenose di bromuro secondo la formula seguente:

Bromuro di sodio	gr.	1
Iposolfito di soda	»	0,30
Siero fisiologico	cmc.	10

L'opoterapia ovarica, testicolare e tiroidea è inefficace.

Talvolta trattamenti empirici (cure depurative, cure idropiniche, ecc.) dànno risultati sorprendenti specie se praticati in stazioni climatiche o idroterapiche. Forse in questi casi agiscono fattori di ordine psichico come la tranquillità, la vita all'aria aperta, il cambiamento d'ambiente. E non è escluso che intervenga la suggestione.

Nei casi ribelli ad ogni trattamento si può tentare l'intervento chirurgico. Sono state proposte e praticate varie operazioni: 1) la vulvectomia comprendente la resezione delle grandi e piccole labbra e della clitoride; 2) la neurotomia dei pudendi interni; 3) la resezione del nervo presacrale; 4) la simpatectomia periarteriosa delle ipogastriche; 5) la cordotomia bilaterale. DR.

La chirurgia chimica del simpatico pelvico nel prurito vulvare essenziale.

(ENEA DOMENICÒ. *La Clinica Ostetrica*, settembre 1935).

È stato il Doppler di Vienna a realizzare per primo la distruzione dei filetti del simpatico mettendoli a contatto con una sostanza chimica. La simpatectomia chimica è particolarmente indicata nel campo del simpatico pelvico perchè rende possibile di attaccare contemporaneamente il simpatico in corrispondenza del plesso ipogastrico superiore nei parametri, nei mesovari ed anche nelle superfici delle ovaie. Il liquido che meglio risponde allo scopo è una soluzione acquosa di fenolo al 6%.

L'A. si è valso della simpatectomia chimica nel seguente caso di prurito vulvare.

F. E., a. 43, maritata con prole (12 gravidanze). Da circa 15 anni soffre durante il giorno e più intensamente durante la notte di intenso prurito vulvare. Ha fatto ogni specie di cura senza risultato. Esame obiettivo generale e ginecologico normale.

Operazione: anestesia lombare novocainica; laparatomia mediana: organi pelvici normali, nessuna aderenza, appendice sana. Reso libero e visibile il promontorio, l'operatore penetra con ago sottile sotto la sierosa e dopo esser disceso medialmente in basso per cm. 4 circa, spinge il liquido, mentre ritira l'ago gradatamente.

Ripete l'operazione sui legamenti larghi. Per aderire ad un desiderio espresso dalla paziente, procede alla asportazione delle ovaie con i rispettivi meso.

Il decorso post-operatorio è stato normale; il prurito è cessato subito e non si è più ripresentato, almeno a distanza di diversi mesi.

L'A. è del parere che la castrazione non abbia direttamente influito sulla guarigione, ma che questa debba riferirsi alla simpatectomia chimica pelvica.

Ritiene pertanto che tale intervento sia indicato non solo nei casi di prurito vulvare essenziale, ma anche nelle dismenorree essenziali ed in alcuni casi di frigidità.

VICENTINI.

MICROBIOLOGIA.

Lo studio di alcuni germi patogeni sotto il punto di vista dissociativo "in vivo" col metodo dei sacchetti di collodion.

(A. MATTEI. *Annali di Medicina Navale e Coloniale*. Maggio-Giugno 1935).

Tra le condizioni naturali incitanti la dissociazione in senso R dei batteri parassiti facoltativi è generalmente riconosciuta una grande importanza alla reazione immunitaria, spontanea o acquisita dell'ospite.

Ricorrono frequentemente nella letteratura osservazioni che mettono in evidenza nei soggetti guariti o naturalmente refrattari a determinate infezioni, ceppi del germe degradati dalla virulenza o nel biochimismo specifico (Scarpellini) o comunque variati nel senso del regime autonomo (Seppilli).

Tuttavia le ricerche specifiche dirette a se-

guire tale processo di variazione nell'organismo vivente non sono molto numerose.

L'A. ha cercato di aggredire lo stesso problema valendosi di un mezzo già sperimentato da altri dal punto di vista batteriologico e particolarmente dal Sanarelli che se n'è valso anche di recente per lo studio dell'ultravirus tubercolare e di quello tifico e cioè il metodo dei sacchetti di collodion, i quali consentono di introdurre col mezzo di una cavità artificiale una sospensione batterica nell'interno dell'organismo, e seguirne la sorte anche per un tempo molto lungo.

Dall'insieme delle esperienze dell'A. risulterebbe che il B. del tifo introdotto a mezzo di sacchetti di collodion sottocute o in peritoneo in animali naturalmente poco sensibili (conigli vaccinati o meno) o di animali naturalmente immuni (polli) non subisce apprezzabili variazioni in senso R.

Stando puramente e semplicemente al risultato delle esperienze fatte col bacillo del tifo, bisognerebbe ritenere che questo, in vivo, non tende a dissociare, a meno che non si voglia ritenere come insufficiente il periodo di 40 giorni di permanenza di esso negli animali utilizzati.

Risultati abbastanza probativi nei riguardi dei fenomeni dissociati si sono invece rilevati a carico del bacillo della setticemia emorragica del coniglio.

Questo germe inagglutinabile in partenza alla tripaflavina, ha acquistato successivamente, dopo 22 giorni di permanenza sottocute, la agglutinabilità alla tripaflavina e ha perduto del tutto o quasi la agglutinabilità specifica che dapprima presentava di fronte al siero di coniglio contenente agglutinine specifiche.

I risultati poi delle esperienze fatte a mezzo della Brucella melitensis (e che confermano in gran parte l'esperienza di Brancato) sono stati nettissimi e brillanti.

Mentre nessuna variazione in senso R si era notata nel germe estratto dal sacchetto dopo sedici e rispettivamente 26 giorni di permanenza sottocute, dopo 60 giorni, invece, è stato possibile recuperare un germe completamente variato, avente cioè tutti i caratteri che si attribuiscono alla Brucella paramelitensis e precisamente:

1) perdita quasi completa dell'agglutinabilità specifica;

2) acquisto della proprietà di agglutinare al calore (termoagglutinabilità);

3) acquisizione della proprietà di agglutinare di fronte alla tripaflavina 1/500.

Questa ultima esperienza permette di ritenere che « in vivo » in particolari condizioni e in un periodo di tempo più o meno lungo, la Brucella melitensis può dissociare nel senso di Ark-Wright, acquistando i caratteri della Brucella paramelitensis oggi universalmente conosciuta come la sua variante R.

In tutte le esperienze il punto critico della trasformazione del germe si riscontra tra il 20° e il 30° giorno. Se fenomeni di variazioni si costituiscono, essi si manifestano in questo periodo; dove invece sopraggiunge la risoluzione granulare del germe, anche una notevole protrazione dei termini dell'esperienza non modifica ulteriormente il germe contenuto nei sacchetti.

G. LA CAVA.

DIVAGAZIONI

Il basilico.

Umile pianta che da noi ha soltanto limitati usi culinarii, il basilico ebbe in passato numerose applicazioni terapeutiche e simbolici significati. Ancora oggi, in alcuni paesi dell'estero, è usato in floricultura come aggiunta a mazzi di fiori, per esempio di garofani ed il suo odore, per noi che lo associamo con quello delle vivande, neutralizza il profumo degli altri fiori.

Compreso fra le droghe amiche di Venere, nella tradizione popolare gli si attribuisce un doppio significato, erotico e funerario (associazione del resto frequente). In un canto popolare cretese, lo si invoca di fatto come erba di lutto, mentre la maledizione che pesa su di esso è dimostrata anche dal costume degli antichi Greci di accompagnarne la semina con ingiurie.

D'altra parte, osserva A. De Gubernatis nella sua « Mithologie des plantes », si crede che l'odore del basilico provochi simpatia donde — egli aggiunge — il suo nome di Bacio-Nicola. Nome di cui non trovasi traccia in nessun luogo e che mi sembra strampalato, come è pure erronea l'affermazione dello stesso A. che, in Toscana, il basilico si chiami « amorini », nome che *ab antico* in tutta Italia viene dato alla reseda. E, come spesso gli errori si tramandano, anche questo è ripetuto in libri folcloristici stranieri, ricamandovi sopra fantastiche argomentazioni.

Il basilico ha come nome scientifico *Ocimum basilicum;* il nome del genere è preso direttamente dal greco (il Mattioli dimostra che non va scritto, come fanno alcuni « *Ocymum* ») e starebbe ad indicare o la rapidità della vegetazione od il profumo, mentre l'appellativo specifico « *basilicum* » è dato per il profumo, che si giudicava degno di una dimora regale.

Gli usi medici del basilico furono varî. Impastato con farina di polenta, olio rosato ed aceto giova, secondo Dioscoride, alle infiammazioni del polmone; il seme è utile a coloro nei cui corpi si generano umori melanconici, alla difficoltà dell'urina, alle ventosità del corpo. Mangiato copiosamente nei cibi, inscurisce la vista, mollifica il corpo, aumenta il latte, ecc., ma difficilmente si digerisce, mentre alcuni si

astengono dal mangiarlo perchè masticato e posto al sole genera vermicelli. Poco commendevole a mangiarsi lo ritenne anche Galeno e, di fatto, l'odore dell'olio essenziale « ritorna » facilmente dopo avere mangiato del basilico.

Plinio gli attribuisce molte virtù, specialmente contro l'epilessia e la cefalea, ma lo accusa anche del grave difetto di generare scorpioni. E qualche A., per convalidare tale opinione, narra di persone che, dopo avere annusato la polvere di basilico (usata anche come starnutatoria) sono morte con grave male di testa ed all'autopsia si trovò nel cervello un nido di scorpioni!

I medici arabi lo consigliarono contro il freddo e gli umori, nonchè per conservare la memoria, rilasciare i nervi e calmare le palpitazioni dovute alla pituita ed all'atrabile.

Come rimedio contro la melanconia e la manìa, fu usato nel medio evo, vantandosi le sue virtù letificanti perchè dissipa la pituita dal cervello ed espelle dal cuore i vapori melanconici.

Nelle Indie, di dove il basilico è originario e dove si hanno molte specie, il basilico è usato ancor oggi. I semi (che al pari di quelli del lino messi in acqua si rigonfiano e danno una gelatina mucillaginosa) sono utilizzati per l'azione diuretica nella blenorragia e nella nefrite, nonchè nelle emorroidi e come afrodisiaci. Il succo della pianta è considerato come antielmintico.

La distillazione dell'essenza di basilico venne intrapresa fin dal secolo XV. L'olio aromatico che così si ottiene, analogo a quello dell'Artemisia, contiene il metilchalvicol, il lienol, l'estragol, il cineol.

Dal punto di vista farmacologico, è stato studiato, con esperienze sui cani e sull'uomo, da Cadéac e Meunier, che ne hanno dimostrata l'azione antispasmodica, con una fase di lieve eccitazione seguita da depressione e lo consigliarono nei dispeptici nervosi. È forse questa l'applicazione che può realmente essere utile, in forma di infuso, a guisa di thè, o di qualche goccia di essenza (V-VI) su un pezzo di zucchero, analogamente a quanto si fa con altre erbe aromatiche, fra cui la menta e che trova riscontro con il fatto che i medici arabi lo prescrissero contro certe palpitazioni.

I moderni fitoterapisti lo consigliano anche in miscele diverse: con Solidago e foglie di betulla come diuretico; con la menta, la melissa e la Glechoma nel nervosismo e, con la ruta ed il luppolo come anafrodisiaco. Il modo di preparazione è sempre a guisa di thè. Esternamente, il succo viene consigliato nel male di orecchi, nelle screpolature ed il sapone composto di grasso e di succo di basilico serve per le labbra ed i capezzoli feriti. Fra le varie fantasticherie fitoterapiche, qualcuna può pertanto essere suscettibile di applicazione.

A. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

SIEBECK R. *Die Beurteilung und Behandlung Herzkranker*. Un vol in-8° rileg. di pag. 322. München 1935, Lehmann edit. Prezzo M. 6 (prezzo per l'estero M. 4,50).

È un libro concepito in modo originale e aderente alla pratica: come dice il titolo, infatti, esso tratta del modo di giudicare e di valutare il malato di cuore e del suo trattamento. Quindi vuol essere della vera e propria clinica esposta però in modo organico e didattico. Esso è diviso in quattro parti. Nella prima sono studiati i fenomeni patologici che può presentare il cardiopaziente e il loro significato per il giudizio diagnostico e per il trattamento. I sintomi più importanti vengono vagliati specialmente dal punto di vista pratico: così per citarne solo alcuni sono esaminate le palpitazioni, l'affanno, la cianosi, i disturbi del ricambio idrico ecc. La seconda parte è un breve compendio di patologia: e qui si ritorna alle malattie, che vengono brevemente illustrate sia quelle del cuore che quelle delle arterie. Vi abbiamo letto con interesse un capitolo sul cuore nella posizione abnorme del diaframma. Nella terza parte si ritorna al giudizio complessivo del malato così come deve esser formulato dal medico che si trovi di fronte a questo: e vengono tracciate le linee per porre la diagnosi etiopatogenetica, la diagnosi anatomica, la diagnosi funzionale; vi si discute anche la prognosi e il significato sociale. L'ultima parte è dedicata al trattamento.

Il libro è ben concepito e ben fatto; ed è altamente consigliabile a chiunque possa leggere la lingua tedesca. Ha anche il pregio di un prezzo assai moderato. SEBASTIANI.

Klinik der Erkrankungen des Herzmuskels. (X, Fortbildungs-Lehrgang in Bad Nauheim 20-23-IX-1934). Herausgegeben von der Vereinigung der Bad-Nauheimer. Aerzte, IV. Un vol. in-8° di pag. 170 con 63 figure. Dresda 1934, Steinkopff edit. Prezzo RM. 10.

Nella quarta riunione della Società dei medici di Bad Nauheim è stato affrontato il poderoso tema delle malattie del miocardio. Sono quindici articoli, vere e proprie monografie, dovute tutte a ben noti nomi della scienza tedesca, e che considerano l'argomento sotto vari punti di vista.

Precedono tre capitoli di anatomia: uno di anatomia normale del miocardio e due di anatomia patologica: le lesioni non vasali (Aschoff) e le lesioni dovute a insufficienza coronarica (Buchner). Due capitoli considerano i fenomeni elettrocardiografici: elettrocardiografia generale e elettrocardiografia clinica del danno miocardico (Weber di Bad Nauheim).

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Due capitoli studiano l'aspetto radiologico: modificazioni di forma e funzione del cuore al quadro Röntgen e le apparenze delle malattie del miocardio al chimogramma (Stumpf). Krehl discute poi il quadro clinico delle malattie del miocardio, Nonnenbruch (di Praga) l'idrope del malato del circolo e il suo trattamento, e Hochrein l'interessante correlazione tra irrorazione sanguigna e sensibilità del cuore. Gli ultimi capitoli sono dedicati alla terapia e di essi due all'effetto dei bagni di acido carbonico. Un ultimo capitolo ma prezioso e riassuntivo espone il modo come ci si deve comportare di fronte a un sospetto miocardico e come le alterazioni miocardiche vanno apprezzate.

Non abbiamo saputo resistere a questa elencazione perchè ci è sembrato che limitarci a citare solo qualcuno degli argomenti trattati significava rendere assai male l'interesse di questo volume; e non abbiamo trovato nessuno dei capitoli degno di essere passato sotto silenzio. La necessaria brevità di questi cenni ci impedisce di estenderci ulteriormente. Ma i titoli che abbiamo riportati, i pochi nomi che abbiamo citato debbono già interessare il lettore: aggiungiamo solo che gli argomenti sono trattati con completezza di dati e per lo più con chiarezza di esposizione tali da rendere veramente consigliabile questo volume.

SEBASTIANI.

WEESE H. *Digitalis*. Un vol. in-8° di pag. 296 con una tavola e 72 figure. Leipzig 1936, Georg Thieme edit. Prezzo M. 26.

Ancora un libro sulla digitale! Ma non si può nascondere che l'argomento è di un tale interesse che giustifica la enorme letteratura che in proposito si va accumulando. Qui esso è trattato essenzialmente dal punto di vista farmacologico; e infatti il volume fa parte di una collezione, diretta da Haffner e Schulemann, di monografie di farmacologia e terapia sperimentale.

Il libro raccoglie una enorme serie di nozioni a cominciare dalla storia della digitale e dei glucosidi dello strofanto; e testimonia la ben nota cultura germanica.

Il lettore potrà trovarvi i metodi di analisi e di dosaggio e le più svariate reazioni biologiche; potrà apprendere notizie sulle più rare e meno usate droghe di questo gruppo (citiamo tra le tante la ninfalina, la *Rabelaisia philippinensis*, il *Pachypodium Sealli* ecc.); potrà conoscere la chimica e la biochimica di questi svariatissimi glicosidi, per passare poi alla farmacologia speciale. Un ultimo capitolo considera il trattamento digitalico nell'uomo. Ci sembra peraltro che questo manuale risenta del consueto difetto dei farmacologi e che tenga poco presente appunto l'ultima parte che è la più importante. Sicchè a nostro modesto avviso mal si apporrebbe il medico se non sapesse sceverare tra tutta questa enorme congerie di dati e se desse più valore a tutti i dati di farmacologia sperimentale, per quanto precisi essi siano, che non alla sua esperienza clinica. Vi abbiamo così ritrovata, illustrata con grafiche e dati, la famosa azione cumulativa che in clinica è così raro osservare (non confondiamo l'accumulo con la tossicità per eccesso di dose!); vi abbiamo ritrovato la non indicazione della digitale nei vizi aortici, regola che parte da concetti teorici ma non pratici; vi abbiamo trovato l'azione rallentatrice sulla frequenza, mentre è di comune osservazione che questa si esplica solo quando esiste anche l'aritmia completa.

Ciò non toglie che il volume è un vero e completo trattato sull'argomento come abbiamo avuto occasione di accennare e che la sua lettura o la sua consultazione possano essere di grande utilità.

SEBASTIANI.

J. H. GADDUM e H. H. DALE. *Gefässweiternde Stoffe der Gewebe*. Vol. in-8° di pag. 1200. G. Thieme, Lipsia, 1936, R.M. 18.

Sempre più largo sviluppo stanno prendendo gli studi sulle sostanze vasodilatatrici, antagoniste della adrenalina e della vasopressina, che si trovano diffusissime in tutti i tessuti. Tale grande sviluppo è dovuto principalmente al fatto che con l'estendersi ed il formarsi delle nostre conoscenze su tali sostanze si è visto come le loro proprietà, già da lungo tempo conosciute, esulino dal campo della pura farmacologia, per estendersi a quello della fisiologia e della patologia; si va cioè sempre più ritenendo che almeno alcune di esse, come l'istamina e l'acetilcolina abbiano in certe circostanze una importanza nella regolazione del meccanismo della circolazione del sangue, e nel manifestarsi di alcuni fenomeni patologici. Una ottima e completa rivista sintetica degli studi compiuti in questo campo è la monografia recentemente uscita di Gaddum e Dale. Dopo una breve introduzione ed una esposizione dei principi sorti a base dei metodi di studio dell'azione farmacologica degli estratti di tessuto, gli AA. passano a considerare separatamente le varie sostanze vasodilatatrici, cominciando da quelle a costituzione nota.

Sono minuziosamente esposte e commentate le azioni farmacologiche dell'istamina. dell'acetilcolina e dei derivati adenosinici. sia nella muscolatura liscia dei vari organi e tessuti sia nelle secrezioni, i metodi di dosaggio di queste sostanze il loro ricambio. e la loro importanza fisiologica. Segue poi, in riassunto la trattazione delle sostanze vasodilatatrici non ben conosciute presenti negli estratti di vari organi.

Particolarmente interessanti sono i due ultimi capitoli, e cioè quello sulla liberazione di sostanze specifiche per mezzo dell'azione dei nervi, e quello sulla liberazione di tali sostanze in varî tessuti. Nel 1° sono considerati particolarmente i nervi che liberano derivati della colina e quelli che liberano adre-

nalina, secondo la suddivisione farmacologica dei nervi proposta da Dale, nel 2° gli AA. espongono le nuove scoperte sulla regolazione locale della circolazione, e sulla liberazione di sostanze specifiche per azione dell'irritazione, e dell'irradiamento della pelle, delle scottature e dello chock traumatico.

Rende particolarmente apprezzabile questa pubblicazione il fatto che essa non rappresenta una semplice esposizione di ricerche, ma che in ognuno dei campi trattati gli AA. hanno apportato un proprio contributo, ed hanno quindi opinioni e concetti basati sulla propria esperienza personale. Abbondante e completa è la bibliografia, in cui però dispiace vedere citati così pochi nomi italiani. MESSINI.

Questions cliniques d'actualité. Ve Série. Un vol. in-8° di 307 pag., con figure. Masson et C.ie, Paris, 1935. Fr. 50.

Questa bella raccolta di lezioni tenute alla « Charité » nel servizio del prof. Sergent, riguardanti le più vive questioni che possono interessare il medico, ha incontrato il favore del pubblico, tanto che alcuni dei volumi precedentemente pubblicati sono ormai esauriti. Nel presente volume, che è il quinto della serie, troviamo 19 lezioni, fra cui ne segnaliamo varie sulla tubercolosi: (La tub. come malattia sociale; La meningite tub.; Le sequele della tub. urinaria; Pneumotorace e sorprese radiologiche; La cura sanatoriale). Altre riguardano: Come e quando praticare il salasso; Il rachitismo; Le emorragie della menopausa; un'interessante conferenza sulla psicofisiologia del riso; la piretoterapia in varie malattie infettive ecc. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 20 novembre 1935.

Presidente: Prof. G. JAPPELLI.

Velocità di svuotamento dello stomaco e acidità del succo gastrico.

G. BECCHINI. — L'O. comunica i risultati di sue osservazioni, dalle quali pensa si possa desumere la possibilità di orientarsi anche a mezzo dello schermo radiologico sui valori della acidità gastrica. Egli ha notato che la durata dello svuotamento gastrico in seguito a somministrazione di gr. 100 di bario più gr. 100 di carne arrostita è diversa in una stessa persona a seconda che la carne venga somministrata contemporaneamente al bario o ad un'ora di distanza da esso. Mentre negli stomaci ipoacidi lo svuotamento gastrico è più celere quando la carne venga ingerita a distanza di un'ora dal bario, negli stomaci iperacidi si ha esattamente il contrario: in essi lo svuotamento è più celere quando la carne venga somministrata contemporaneamente al bario.

Il criterio proposto dall'O., assai semplice, in quanto si limita a delle indagini sul tempo di svuotamento gastrico cambiando l'ora della somministrazione carnea, può essere di somma utilità in quei casi nei quali, per ragioni varie, non è possibile o non è prudente indagare sulla acidità del contenuto gastrico mediante il sondaggio.

M. ZAPPACOSTA. — *Nuove vedute sulla genesi dell'esoftalmo basedowiano.*

Lesioni epatiche e renali da canfora, in animali normali e in animali operati di fistola biliare.

V. SUSANNA. — L'O. ha constatato che le piccole ed alte dosi di canfora, somministrate a lungo a cani e conigli, hanno determinato, come è dimostrato dal reperto istologico, lesioni degenerative del rene e del fegato, che, durante il periodo sperimentale non erano state mai svelate dall'esame delle urine, dal tasso glicemico, e scarsamente dalle modificazioni fisico-chimiche della bile. La causa di queste lesioni è da attribuire unicamente alla canfora, essendo le alterazioni anatomo-patologiche del fegato e del rene identiche nei cani con e senza fistola biliare.

I risultati delle presenti ricerche avvalorano la controindicazione della canfora nelle gravi malattie epatiche, nelle forme morbose in cui la ossigenazione dei tessuti si compie insufficientemente, nel diabete, nell'intossicazione da ossido di carbonio, nelle gravi setticemie, e dimostrano che anche negli animali a fegato integro le piccole dosi di canfora somministrate a lungo e le alte dosi somministrate per breve tempo possono determinare lesioni epatiche degenerative.

Società Medico-Chirurgica di Pavia

Seduta del 16 gennaio 1936.

Presidente: Prof. A. PENSA.

Di nuovo sull'eziologia della rabbia.

E. VERATTI. — L'O. descrive e dimostra particolari inclusioni osservate nel corpo delle cellule di Purkinje del cervelletto in una serie di vacche morte per infezione rabica sperimentale da virus di strada, ne illustra brevemente i caratteri morfologici e microchimici e ne discute i rapporti coi corpi di Negri e le possibili interpretazioni.

Sulla nuova sieroreazione di Meinicke per la tubercolosi.

Dott. CARLO SARTORI. — L'O. afferma che la nuova sieroreazione di Meinicke ha un notevole grado di sensibilità nello svelare le modificazioni indotte dalla infezione tubercolare nel siero.

Per quanto riguarda la specificità i risultati sono meno soddisfacenti.

Sul cerchiaggio delle arterie nelle ferite longitudinali penetranti.

C. UGGERI. — L'O., partendo da esperienze di Pignatti, introduce modificazioni di tecnica al cerchiaggio delle arterie da questi eseguito in ferite longitudinali penetranti nel lume vasale: i risultati gli sembrano finora tali da rendere il metodo degno di ulteriore studio.

Vasti ascessi delle regioni lombo-iliache di " Aspergillus Flavus ".

Dott. ALDO SCALFI. — L'O. descrive un caso di ascessi multipli delle regioni lombo-iliache da aspergillus flavus. Rilevata la rarità della lesione, ne tratteggia le caratteristiche eziopatogenetiche e cliniche. *Il Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI PRATICA QUOTIDIANA

Le angine acute.

Il termine di angina è piuttosto vago e più che altro indicante il sintoma dello stringimento di gola o della soffocazione (*angere*), sicchè imprecisa ne riesce la definizione (per lo più intesa come affezione infiammatoria dell'istmo delle fauci) come male delimitato è il processo: taiora nettamente localizzato, tal'altra con tendenza alla diffusione. Processo ignoto nella sua essenza e che coinvolge vasti problemi di patologia generale, per la sua genesi ed i suoi rapporti con varie malattie infettive, di cui l'angina può essere la prima espressione.

Malattia di gravità molto varia, che va dal semplice e trascurabile « mal di gola » alle più serie forme, locali e generali.

Dal punto di vista pratico, è anzitutto essenziale la suddivisione in A. bianche ed A. rosse, in quanto che le prime comprendono essenzialmente la forma difterica, che comporta terapia e prognosi ben diverse.

LE ANGINE BIANCHE.

Caratteristica per esse è la presenza di formazioni bianche più o meno estese ed aderenti. Tipica è la *pseudomembrana*, aderente alla mucosa in modo da farla sanguinare quando ne viene staccata, formazione coerente (presenza di fibrina) che non si disgrega quando si mette nell'acqua.

La presenza di pseudomembrane deve subito mettere sull'avviso per la *difterite* che — di fatto — ne è la causa più frequente. Tuttavia, è bene tener presente che esse possono essere date da altre cause, fra cui va menzionata anzitutto la *scarlattina*. Si presenta allora il problema di conoscere se la pseudomembrana sia dovuta unicamente alla scarlattina od all'associazione con la difterite. La ricerca del bacillo di Löffler può dare utili indicazioni in proposito, ma quando questa non è possibile e specialmente se le pseudomembrane sono molto estese e con notevole adenopatia cervicale, è consigliabile ritenerne responsabile la difterite e trattare il caso in conseguenza.

Interessante, per evitare ingiustificati timori ed allarmi è il conoscere che la pseudomembrana può formarsi sulla superficie di sezione della *tonsillectomia* ed anche *in séguito a trattamenti terapeutici*, specialmente toccamenti con tintura di jodio od acqua ossigenata, di cui spesso si abusa, con l'intento di disinfettare la superficie tonsillare.

Altri germi, oltre al bacillo difterico, possono dare pseudomembrane ed è tutt'altro che raro il reperto dello streptococco; difficile è, però, la sicura dimostrazione che siano dovute ad essi.

Da menzionare inoltre, come produttrici di pseudomembrane la sifilide faringea e l'A. flemmonosa.

Pure alle A. bianche appartengono: 1) l'*A. poltacea*, in cui l'intonaco non ha la consistenza della pseudomembrana, è piuttosto puriforme e si disfà nell'acqua. La si trova come episodio delle A. comuni in individui cachettizzati e può presentare difficoltà diagnostiche col mughetto. 2) *A. lacunare* o *criptica*, che sarebbe la manifestazione secondaria sulla tonsilla di una malattia generale e si accompagna a segni generali ed a disfagia. Poichè talvolta la difterite si manifesta con tale forma, sarà bene tener sorvegliato il caso, soprattutto evitando la terapia che modifichi la superficie tonsillare, con formazione di pseudomembrane (v. sopra). Ad ogni modo, la comparsa in ambiente epidemico, la concomitanza di laringite o di notevole adenopatia cervicale devono mettere in sospetto a far trattare il caso come difterite, senza attendere il responso batteriologico.

3) L'*A. di Vincent*, caratterizzata dalla necrosi superficiale, di preferenza unilaterale, specialmente sulla mucosa tonsillare e sui pilastri anteriori, nonchè dall'associazione fusospirillare.

Anche nel morbillo, specialmente in certe epidemie, possono aversi angine prodromiche, catarrali, lacunari o poltacee, oppure manifestantisi con piccole granulazioni sulle amigdale.

Sono inoltre da menzionare le forme ulcerose, gangrenose e vescicolo-bollose.

ANGINE ROSSE.

Rappresentano spesso un problema difficile poichè possono essere l'espressione di un semplice raffreddore (*A. catarrale*) o costituire l'inizio di una malattia anche grave. Il rossore e l'ipersecrezione della mucosa, che caratterizzano queste forme, possono essere il segno prodromico di una difterite, per cui A.-B. Marfan dà la regola che di un'A. rossa la quale rimanga tale dopo 48 ore e non si accompagni a circostanze sospette, si può escludere l'origine difterica.

L'A. rossa può anche essere il fatto iniziale di una scarlattina (generalmente accompagnata da febbre forte e vomito), di un reumatismo articolare acuto, di una meningite cerebro-spinale, ecc. Frequente è l'A. prodromica dell'influenza, in cui è generalmente rossa (generalizzata o localizzata — amigdalite —), ma può essere anche poltacea, pseudomembranosa, necrotico-ulcerosa, specialmente se lo sviluppo ne è favorito da una cattiva igiene.

ALTRE FORME.

Forme più rare di A., che è bene tener presente sono: 1) L'*A. a cellule linfoidi* (*monocitica*), per lo più pseudomembranosa, ma an-

che catarrale, lacunare o necrotica, con leucocitosi notevole, specialmente riguardante i linfociti, i monociti e le cellule di passaggio di tali forme. Malattia a posizione nosologica non ancora ben definita (rapporti con la febbre ghiandolare?) ed a prognosi generalmente buona.

2) L'*A. agranulocitica* (*agranulocitosi*). In questa sono soprattutto notevoli le alterazioni dell'anello linfatico faringeo, specialmente le tonsille e la base della lingua, con forma catarrale, lacunare, fino alla necrotica. Tipico è l'esame del sangue: i leucociti possono essere ridotti a 100 per mmc. (ed anche zero), con la scomparsa totale o quasi dei neutrofili e degli eosinofili. Probabilmente viene talora confusa (se non si fa l'esame del sangue) con l'influenza (casi con gravi processi anginosi microtici) e le affezioni tonsillari settico-piemiche. La sua conoscenza è anche importante perchè talora è determinata da medicamenti (arsenobenzoli, preparati d'oro antitubercolari, piramidone).

La possibilità che un'A. appartenga ad una di queste forme indica la *necessità di procedere nelle A. non nettamente semplici all'esame del sangue.*

Curiose *manifestazioni epidemiche di angine* e faringiti si verificano ogni tanto in varie località. Cito fra queste la malattia di Kirkland o di Cheltenham (rispettivamente l'autore che l'ha descritta e la località in cui si è manifestata) e la faringite di Wimbledon che in certi casi ha dato forme pseudomembranose a tipo gangrenoso. L'agente eziologico è rimasto ignoto.

* * *

Il complesso sintomatico dell'A. ci appare pertanto come la prima reazione dell'organismo all'ingresso dei germi infettivi in tutto l'anello linfatico di Waldeyer. Essi possono, poi, passare oltre, determinando malattie infettive generiche o localizzate altrove, oppure possono annidarsi — specialmente sulle tonsille — costituendo il punto di partenza delle infezioni focali, oppure determinare processi locali che, a loro volta, possono dare un'infezione od un'intossicazione generale dell'organismo.

Un altro fattore, oltre a quello infettivo, è indubbiamente necessario per lo sviluppo dell'angina e per le vie che può seguire l'infezione. È questo la costituzione individuale. Vi sono individui, specialmente i bambini, che vanno particolarmente soggetti alle angine. I germi annidatisi nelle fauci, ad una occasione favorevole (p. es. raffreddamento) si sviluppano ed originano i fenomeni morbosi. La virulenza di tali germi può essere esaltata nelle forme epidemiche, in cui molti individui anche non predisposti sono colpiti.

La terapia.

Data la svariata gamma di tipi e di gravità delle singole forme di angina, la terapia non può essere univoca ed il medico all'inizio, specialmente nei primi due giorni, può trovarsi imbarazzato. Può trattarsi di una semplice manifestazione di un banale raffreddore ed allora le prescrizioni un po' severe possono sembrare esagerate; ma può trattarsi invece del sintoma prodromico una più grave malattia generale ed allora quelle diventano necessarie. Tanto maggiore è l'imbarazzo quando si è di fronte al quesito medico-legale di un paziente inscritto ad una Cassa-malattie, in cui si deve riconoscere, o non, lo stato di malattia. La concomitanza di fenomeni generali (febbre, malessere, ecc.) e locali (adenopatia) può mettere sulla buona strada.

Importante in ogni angina acuta anche lieve è la *sorveglianza del cuore e della funzione renale* (esame delle urine).

Nelle forme lievi, per mitigare i dolori e la disfagia, sono utili le pastiglie alla cocaina:

Cloridr. di cocaina . . .	cg.	2-4
Antipirina	g.	2
Zucchero vanigliato . . .	»	20
Sciroppo sempl.		q. b.

M., div. in 10 pastiglie.

Altre pastiglie del commercio contengono disinfettanti a base di formaldeide. Non si deve però contare molto sopra un'uccisione dei germi mediante colluttori o gargarismi i quali hanno più che altro azione detersiva. La convenienza di prescrivere dei gargarismi è, poi, molto discussa. Alcuni li ritengono addirittura dannosi perchè mettono in movimento la parte infiammata; altri (in base ad esperienze fatte con sostanze coloranti) sostengono che sono inutili perchè chiudendo, nell'atto del gargarizzarsi, il palato molle si impedisce l'arrivo del liquido alle tonsille; per altri, infine, sono utili per il fatto che al principio dell'atto di deglutizione si esercita una certa compressione delle tonsille, con tendenza ad esprimere il contenuto delle cripte.

Sono consigliati per i gargarismi: la soluzione di acqua ossigenata (un cucchiaio in ½-1 bicchiere di acqua), il permanganato di potassio e l'acido borico a debole concentrazione, come pure degli infusi di salvia o di camomilla; andare cauti con il clorato di potassio (sol. a 1 %) specialmente per i bambini (avvelenamento!). I gargarismi vanno fatti tiepidi.

Quando si ha un movimento febbrile anche lieve, è necessario tenere il malato in letto, ben caldo, somministrando piccole dosi di antipirina od aspirina, con chinina e procurando una buona diaforesi; andare cauti col piramidone od evitarlo del tutto.

Contro la disfagia, è utile la somministrazione di pezzetti di ghiaccio; è opportuno che la nutrizione (da darsi leggera) sia fredda. All'estero, specialmente in paesi di cultura germanica, sono molto usati gli impacchi freddi al collo (Priessnitz), che sono realmente efficaci, ma che da noi incontrano qualche difficoltà.

Il trattamento locale (spennellature e toccamenti) è caduto in disuso specialmente per il timore di aprire nuove vie ai germi; anche le lavature naso-faringee sono sconsigliate da molti; utili possono essere dei piccoli tamponi di cotone imbevuti con olio o vaselina al gomenolo od all'eucaliptolo (1:20).

Nell'angina di Vincent, risponde bene il trattamento locale con neosalvarsan (g. 0.15 in 0.5 di glicerina; tenere in contatto per 10-15 minuti) o con acido cromico (2-4 %). C. Hirsch raccomanda le lavature con debole soluzione di permanganato di potassio.

Nell'angina flemmonosa, con formazione di ascesso, favorire la maturazione con cataplasmi caldi e gargarismi, pure caldi; contro i dolori, usare i calmanti generali (morfina, pantopon). Si consiglia, poi, di pungere dopo 5-6 giorni, anche se la fluttuazione non è manifesta, in modo da decongestionare e permettere che il pus si faccia strada più facilmente; ciò può anche essere facilitato, il giorno seguente, mediante una sonda od una pinza dentata. A meno che vi sia un punto fluttuante, l'incisione va fatta nel punto mediano di una linea che va dal molare superiore all'ugola; è opportuno che la lama del bistori sia ricoperta di sparadrappo in modo da non lasciare libero più di 1-2 cm. Per evitare pericoli, W. Stepp consiglia di penetrare con strumenti ottusi (pinza dentata), ciò che non riesce difficile data la lassezza del tessuto infiammato, divaricando poi le branche della pinza ed aprendo così la strada al pus.

Il trattamento dell'angina difterica rientra in quello della difterite.

Nell'angina a cellule linfoidi, A. Schultz consiglia il liquore di Fowler (II gocce, 3 volte al dì, aumentando lentamente). L'ingrata terapia dell'A. agranulocitica esige una trattazione speciale.

Nelle varie forme che lo richiedono si terranno in considerazione specialmente le condizioni generali.

Recentemente un autore argentino (P. L. Errecart) ha provato con successo le iniezioni di bismuto (basta una di quelle consuete usate nella terapia antiluetica) nelle A. comuni, escluse la difterica e la flemmonosa; il metodo è semplice ed innocuo e vale la pena di tentarlo.

AZEGLIO FILIPPINI.

CASISTICA E TERAPIA.

Gli stati ansiosi e le modificazioni della calcemia. (Tentativo di trattamento paratiroideo).

J. Laboncarie e P. Valdiguié hanno studiato il comportamento della calcemia e della riserva alcalina e gli effetti dell'opoterapia paratiroidea in pazienti che presentavano stati ansiosi (*Paris Médical*, 14 settembre 1935), giungendo alle seguenti conclusioni:

1) In tutti i casi studiati gli stati ansiosi si accompagnavano ad ipocalcemia, spesso associata ad aumento della riserva alcalina. Il tasso dell'ipocalcemia è all'incirca parallelo all'intensità clinica della sindrome.

2) Le iniezioni di estratto paratiroideo determinano un aumento della calcemia.

3) Si ottiene per lo più un miglioramento clinico corrispondente all'elevazione della calcemia. Ma sembra che il fattore umorale non condizioni da solo tutti gli stati ansiosi, specialmente nei casi nei quali l'ansietà si associa ad altri disturbi mentali.

Il trattamento paratiroideo deve essere proposto come trattamento razionale delle turbe umorali legate alle sindromi ansiose; deve essere raccomandato, con le opportune riserve, come prezioso coadiuvante dei barbiturici, del belladénal e della cura di riposo.

M. NUNBERG.

Complicazioni della surrenalectomia.

Arkamikowa (*Lyon Chirurg.*, 5, 1935), in base ad un materiale di 140 epinefrectomie della Clinica di Oppel, enumera le complicazioni osservate nel corso ed a seguito di tale intervento. Essi sono:

1) morte dopo surrenalectomia unilaterale per mancanza dell'altra; 2) ematoma postoperatorio, che addebita in parte al diminuito spasmo vasale secondario all'operazione; 3) suppurazione postoperatoria della loggia renale; 4) apertura del peritoneo; 5) sepsi postoperatoria per suppurazione della ferita; 6) ferita operatoria del pancreas; 7) ferita dell'arteria renale; 8) raccolta di aria nello scroto; 9) tromboflebite della v. iliaca; 10) ferita della pleura semplice o con empiema; 11) pneumotorace semplice o con enfisema sottocutaneo; 12) aggravamento di preesistenti lesioni tubercolari polmonari; 13) bronchiti, broncopolmoniti, polmoniti postoperatorie; 14) ferita della vena splenica.

R. GRASSO.

Sulla cloruroterapia nel morbo di Addison.

Le osservazioni sul comportamento degli elettroliti del sangue nell'insufficienza surrenale, osservata in clinica o provocata sperimentalmente, misero in evidenza delle alterazioni che da alcuni vennero considerate quasi quali patognomoniche; sin dal 1927 Baumann, Kurland, Loeb ed altri rilevarono che negli animali surrenalectomizzati il tasso sanguigno di Na e di Cl discendeva risp. di 15-10 %; nel contempo si notava in alcuni casi un aumento di K, Ca e Mg; tali osservazioni trovarono il loro riscontro in molti casi di morbo di Addison umano.

Quale conseguenza logica della costatazione del genere è stato preconizzato l'impiego di NaCl nella terapia dell'iposurrenalismo; la somministrazione del sale veniva tentata sia per os, sia per via endovenosa con soluzione fisiologica od ipertonica. Risultati favorevoli sarebbero stati ottenuti da Loeb, Harrop, Weinstein ed altri; secondo Rogoff la terapia col NaCl costituirebbe addirittura un coadiuvante indispensabile nel trattamento degli iposurrenalici.

L'esperienza personale di S. Siwe, (*Klin. Wochenschr.*, 21 sett. 1935) (il quale in un caso tipico di m. di Addison non vide miglioramento alcuno e anzi notava una assoluta intolleranza verso la cloruroterapia) lo indusse a sottoporre ad una severa critica il nuovo trattamento; egli rileva in base ai dati propri e quelli della letteratura come l'abbassamento del Na e del Cl nel sangue e tutt'altro che proporzionato alla gravità della sindrome e non viene ad accentuarsi in prossimità delle tipiche crisi di insufficienza surrenale; d'altra parte, non mancano dei casi nei quali a malgrado la copiosa introduzione di NaCl, la cloruremia rimane invariata (Hind-Howell).

L'A. giunge quindi alla conclusione che la cloruroterapia del morbus Addisoni può essere considerata tutt'al più quale mezzo coadiuvante, di cui l'efficacia curativa varia a seconda dei casi; essa nulla può nella minaccia delle crisi acute che sono domabili solo mediante la somministrazione dell'ormone coritico-surrenale. S. Minz.

L'acetonemia essenziale nel bambino.

H. Spörl (*Münch. med. Wochens.*, 1935, n. 32) nel riferire su 5 casi di acetonemia essenziale non periodica, osserva che il quadro clinico è essenzialmente caratterizzato da improvviso disturbo della coscienza, che arriva fino all'incoscienza, con areflessia. Per lo più, si hanno vomiti, talora convulsioni; generalmente, la temperatura non è innalzata. La respirazione può essere frequente e tossica (respirazione da acidosi); l'aria espirata sa di acetone. Nell'urina, si trova abbondante acetone. Tale stato dura per lo più soltanto pochi giorni e si differenzia dai vomiti periodici, non solo per la mancanza di periodicità, ma specialmente per il disturbo della coscienza. Nell'acetonemia, periodica o non, la causa va riferita all'intossicazione acida dell'organismo, per cui ha la massima importanza il fegato. Dal punto di vista terapeutico, si tenga presente l'azione antichetogena dei carboidrati. *fil.*

Nei vomiti acetonemici dei bambini.

Escludere dapprima la possibilità di peritonite, ileo, appendicite o simili. La diagnosi si fonda sul reperto negativo all'addome e sul sintoma caratteristico della presenza di acetone nel sangue, nell'urina e nel fiato. La febbre generalmente manca a meno che non si tratti di un'infezione tuttora in atto.

Per il trattamento F. Goebbel (*Therap. Gegenwart*, luglio 1935) consiglia le iniezioni endomuscolari di luminal sodico, quali si usano con successo nei vomiti della gravidanza; si utilizzano le fiale da 1 cmc. della soluzione al 20 %; la somministrazione orale non è consigliabile, poichè il rimedio può venire vomitato.

Un'ora dopo l'iniezione, si può tentare la somministrazione di limonata fredda o di un po' di succhi di frutta. Altrimenti, si faranno clisteri con glucosio al 5 % in soluzione fisiologica. Cessato il vomito, si riparerà alla cloropenia mediante somministrazione di acido cloridrico *per os.* *fil.*

L'emoterapia materna nei vomiti gravi del lattante.

E. Jujoy (*Prensa med. argentina*, 23 gennaio 1935) in casi di vomiti ribelli a tutti i trattamenti medici abituali, ha ottenuto buoni effetti con le iniezioni bisettimanali di 20 cmc. di sangue prelevato dalla madre od anche dal padre; la siringa viene dapprima inumidita con soluzione di citrato di sodio al 2,5 %. Le iniezioni si fanno alla regione glutea.

L'A. ritiene che, in tal modo, si venga a correggere uno squilibrio di predominanza vagale, di origine tossica. L'emoterapia avrebbe un'azione eutrofica, aumentando la capacità di assorbimento nutritivo.

Su 10 casi, così trattati, 3 guarirono con una sola iniezione. *fil.*

Il trattamento istaminico delle malattie allergiche.

A. Dzsinich (*Klinische Wochens.*, 9 novembre 1935) ha tentato con successo le iniezioni di istamina in 15 casi di asma bronchiale e 3 di orticaria.

Nei casi leggeri di asma bronchiale pratica dapprima un'iniezione intracutanea di 1/10,000 di mg. di istamina (questa è fornita in fiale da 1 mg. e se ne fanno le convenienti diluizioni). Prosegue poi a giorni alterni con le iniezioni sottocutanee di mg. 0,0001; 0,0003; 0,0005; 0,0008; 0,001; 0,004; 0,007; 0,009; 0,01; continuando con questa dose per altre 10 iniezioni.

Nei casi gravi, incomincia con 1/100,000, sempre intracutaneo. Prosegue poi con l'iniezione sottocutanea di 0.00001; 0,00003; 0,00006; 0,00008; 0,00009; 0,0002; 0,0005; 0,0008; 0,001; 0,003, 0,005; 0,008; 0,01 e continua con questa dose per altre 7 iniezioni.

Spesso, dopo 10-12 iniezioni cessano i disturbi; in alcuni rari casi, sono state necessari 22-30 iniezioni. In 3 casi, si ebbero lievi recidive; 1 caso rimase refrattario.

Dei 3 casi di orticaria, in uno non si ebbe successo, negli altri 2 il risultato fu buono. *fil.*

Nella gangrena del piede dei diabetici.

L. Ramon (*Presse médicale*, 14 sett. 1935) prescrive:

1) Riposo in letto in posizione semiassisa.

2) Un regime ridotto per quanto riguarda gli idrati di carbonio e regolato secondo la glicemia e la glicosuria.

3) L'uso di insulina (20-40 unità al giorno, secondo il grado della glicemia).

4) L'iniezione quotidiana di acetilcolina (cg. 30).

5) L'ingestione quotidiana di 4 grammi di citrato di sodio.

Localmente:

a) Medicazione della parte gangrenata con Balsamo del Perù.

b) Medicatura umida con acqua bollita leggermente alcoolizzata della parte inferiore della gamba interessata, sede di linfangiti.

fil.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi delle epistassi.

J. Ch. Giraud (*Gazette des Hopitaux*, 20 novembre 1935) fa una rassegna sintetica sull'argomento interessante per il pratico. Poichè l'epistassi è un sintoma — egli dice — tutto l'interesse della diagnosi consiste nella ricerca della causa.

Diagnosi positiva: è facile riconoscere una epistassi quando si manifesta con deflusso di sangue da una o entrambi le narici. È importante non misconoscere una epistassi posteriore che avviene spesso all'insaputa del malato.

Clinicamente si va dalla epistassi lieve che cessa presto, alla epistassi abbondante, drammatica, infrenabile.

Diagnosi differenziale: in pratica non la si fà; però è necessario ricordare che le fosse nasali sono talvolta solo una via di transito per il sangue. Di fronte ad una epistassi bisogna sforzarsi di precisare la sede dell'emorragia, perchè tale scoperta renderà preziosi servigi per poterla arrestare.

Diagnosi etiologica: l'A. distingue cause locali, cause generali e traumatismi.

Le cause locali sono: rottura di varici arteriose (epistassi giovanile); tumori delle fosse nasali (benigni: polipo, angioma; maligni: sarcomi, epiteliomi); altre lesioni locali (ulcera semplice del setto, lesioni tubercolari, luetiche, da rinite cronica).

Cause generali: *a*) affezioni cardio-vascolari (ipertensione arteriosa, vizi mitralici); *b*) malattie infettive (tifo, forme emorragiche di malattie infettive); *c*) affezioni epatiche (ittero grave, insufficienza epatica); *d*) malattie del sangue (epistassi discrasiche, emogenia, emofilia, porpora, leucemie).

Traumatismi: si può avere epistassi in seguito a frattura della parte anteriore della base del cranio, delle ossa proprie del naso, del setto nasale osseo; per semplice trauma nasale, senza frattura; dopo interventi sul setto o sui cornetti.

VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'esame funzionale del cardias nell'uomo.

Alcuni anni fa, Herzberg, Rogov, Rudnieky, (*Dtsch. z. Chir.*, 245, 489, 1935), avevano avuto occasione di esaminare la funzione cardiale di un paziente a cui era stata praticata una gastrostomia, introducendo traverso la stomia una sonda munita di una pompetta elastica collegata a un manometro di Marey. In questa maniera potevano ottenere un chimogramma assai tipico. Nella presente comunicazione gli AA. riferiscono ora un complicato sistema di pompe-manometro introducibile per via boccale mediante il quale è possibile ottenere i chimogrammi della attività peristaltica dell'ipofaringe, esofago, cardias. Tipico è l'influenzamento provocato da farmaci capaci di eccitare (o di inibire) l'attività cardiale (cocaina, adrenalina, pilocarpina, fisostigmina ecc.). Gli AA. pensano di potere applicare tale ricerca nella diagnostica differenziale tra varie forme di affezioni del cardias.

A. CALÒ.

VARIA

I suicidi in Germania.

Da una statistica riportata in *Deut. med. Wochens.* (17 gennaio 1936) risulta che i suicidi dalla cifra di 15.974 nel 1927 sono saliti a 18.934 nel 1932, abbassandosi leggermente a 18.725 nel 1933. Le cifre relative a 100.000 abitanti sono di 25,3 nel 1927 e di 29,2 nel 1932. L'aumento riguarda le classi di età dai 25 ai 55 e dai 65 ai 70 anni, mentre per le altre vi è una diminuzione.

La cifra dei suicidi maschili è notevolmente superiore a quelli femminili e, ad eccezione del gruppo di 20-30 anni, sale con l'età. Da 1.9 per 100.000 a 10-15 anni, passa a 29,4 fra i 15-20 ed a 130,4 ad 80 anni. L'età media dei suicidi (uomini) è sui 40 anni e più.

Molto minori sono le differenze fra i gruppi di età nei suicidi delle donne: da 0,4 per 100.000 a 10-15 anni a 31,5 ad 80 anni e più. La cifra media dei suicidi femminili (16,8) viene superata nel gruppo di età dai 35 ai 40. Come per gli uomini, all'età di 20-25 anni la curva, che sale con l'età, subisce un'interruzione.

Per quanto riguarda il meccanismo, predomina l'impiccagione (44 %), seguita dalle armi (da fuoco e da taglio), dalla precipitazione e dall'avvelenamento; tutti questi meccanismi sono in aumento, mentre sono in diminuzione i suicidi per gas illuminante, per annegamento e gettandosi sotto i veicoli.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. NICITA. *Il fenomeno d'ostacolo (reazione del Donaggio) negli essudati.* — L. Cappelli, Bologna, 1935.

P. ROMUALDI. *La fistola duodenale esterna.* — Tip. Consorzio Naz., Roma, 1935.

G. ASCHIERI. *La reazione di Cabitto nel liquor per la diagnosi di neurolue.* — Tip. Studium, Napoli, 1935.

N. LOLLI e P. CAMPUS. *Glutationemia e stati morbosi.* — Stab. Tipog. Cappelli, Rocca S. Casciano, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Misure di sanità marittima.

Sono sottoposte alle misure prescritte dall'ordinanza di sanità marittima n. 1 del 12 gennaio 1930:

A) Nei riguardi della peste, le provenienze: *a*) per l'Africa: 1° da tutti i porti del Madacascar; 2° da tutti i porti del Kenia; *b*) per l'America: 3° da tutti i porti del Perù; 4° da Guayaquil (Equatore); *c*) per l'Asia: 5° da tutti i porti dell'isola di Ceylon; 6° da tutti i porti dell'India inglese compresi fra Moulmein e Karaki; 7° da tutti i porti della Manciuria; *d*) per l'Europa: 8° dai porti dell'isola di San Miguel (Azzorre); *e*) per l'Oceania: 9° da tutti i porti dell'isola di Giava (Indie Orientali Olandesi).

B) Nei riguardi del colera, le provenienze: *a*) per l'Asia: 10° da Chandernagor, Karikal, Mahè e Pondichery (Indie francesi); 11° da tutti i porti della Birmania, del Bengala e delle presidenze di Madras e Bombay (Indie inglesi); 12° da tutti i porti dell'Indocina francese; 13° da tutti i porti del Siam.

C) Nei riguardi del vaiuolo: 14° da tutti i porti dell'India inglese compresi fra Karaki e Moulmein.

L'attuale ordinanza sostituisce la ordinanza di sanità marittima n. 1 del 1° gennaio 1935, ed annulla le altre ordinanze emanate in materia durante l'anno 1935.

Atti ufficiali vari.

È stato emanato un R. D. L. 10 ottobre 1935 (« Gazz. Uff. », 4 dic. 1935, n. 282) recante « Norme per il servizio sanitario sulle navi mercantili ».

Sono state diramate: una circolare del Min. Interni (Dir. Gen. San. Pubbl.) 9 ottobre 1935, numero 24400, sulla profilassi della rabbia canina (per l'intensificazione dei servizi); una circolare del Min. Interni (Dir. Gen. San. Pubbl.) 25 sett. 1935, n. 20.300-2, sulla vaccinazione antitifica (per la raccolta dei dati relativi al metodo seguìto, all'efficacia comparativa ecc.); una circolare del Min. Int. (Dir. Gen. Ammin. Civile) 11 ott. 1935, sui contributi all'Opera pia nazionale di assistenza agli orfani dei Sanitari (i contributi dei funzionari richiamati dovranno essere corrisposti dalle amministrazioni, previa trattenuta sugli stipendi).

I testi integrali di questi provvedimenti sono pubblicati ne « Il Diritto Pubblico Sanitario », dicembre 1935.

* * *

La « Gazz. Uff. » del 26 ottobre 1935, n. 251, ha pubblicato, in supplemento ordinario, le norme di coordinamento della previdenza sociale. Sono pubblicate ne « Il Diritto Pubblico Sanit. », novembre 1935, limitatamente alla parte che può interessare i medici.

Un R. D. 17 agosto 1935, n. 1765, pubblicato nella « Gazz. Uff. » del 14 ott. 1935, n. 240, concerne l'assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni e le malattie professionali; è riportato, sempre limitatamente alla parte che può interessare i medici, nello stesso fascicolo.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ancona. *R. Prefettura.* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico condotto. 1) Arcevia, V reparto (condotta di Palazzo). 2) Consorzio medico Maiolati-Castelplanio (per le frazioni di Moie e di Coste). 3) Senigallia (per la frazione di S. Angelo). Scadenza per tutti il 30 aprile 1936. Per notizie dello stipendio, indennità trasporto, modalità, documenti ecc. chiedere il Bando di concorso alla R. Prefettura di Ancona.

Melito Porto Salvo (*Reggio Calabria*). *Ospedale Provinciale Garibaldi.* — Cercansi Radiologo Primario e Assistente per il Reparto Chirurgico e Ostetrico-Ginecologico. Radiologo: stipendio lire 7000; percentuale 40 % sull'incasso lordo del Gabinetto; vitto e alloggio gratuiti. Assistente: stipendio L. 2400; vitto e alloggio gratuiti. Rimborso delle spese di viaggio dal luogo di abituale soggiorno a Melito Porto Salvo e viceversa. Saranno preferiti i concorrenti che potranno dimostrare un sicuro addestramento pratico.

Nuoro. *R. Prefettura.* — Scad. 31 marzo; 2ª condotta di Macomer; titoli; stip. L. 8500; indenn. trasp. L. 1500; 5 quadrienni dec.

Roma. *Ministero della Marina.* — Concorso per la nomina di 18 tenenti medici in servizio permanente effettivo del Corpo sanitario militare marittimo. Età limite 30 anni al 31 gennaio 1936; il limite è aumentato di 4 anni per coloro che risultino regolarmente inscritti ai Fasci di Combattimento senza interruzione in data anteriore al 28 ottobre 1922. Domande, su carta da L. 6, al Ministero della Marina, Direzione generale del personale e dei servizi militari, Divisione stato giuridico, entro il 15 marzo 1936.

Treviso. *R. Prefettura.* — Scad. 31 marzo; condotte di Cornuda, Follina e Vazzola; titoli; stipendi rispett L. 8500, 8000 e 8000, aumentabili; indenn trasp. L. 3500 per ogni condotta; c.-v.

Concorsi a premi.

La « Société française d'anesthésie et d'analgésie » ha istituito un premio di 2000 franchi per un lavoro o una tesi sull'anestesia o l'analgesia. Scad. 31 marzo 1936. Sede: rue de Seine 12, Paris, Francia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Società argentina di tisiologia ha nominato socio corrispondente il prof. Umberto Carpi, dell'Università di Milano.

Il prof. Vincenzo Bisceglie, titolare di patologia generale a Sassari, è trasferito a Catania.

Sono nominati i proff.: Giovanni Castiglioni, di patologia chirurgica a Milano; Boldrino Boldrini, di medicina legale e Alessandro Della Volta, di patologia medica a Modena; Domenico Macaggi, di medicina legale e Guido Melli, di patologia medica a Parma.

Sono conferiti i seguenti incarichi: a Bari, al prof. G. Chiariello, di patologia chirurgica; a Bo-

logna, al prof. Francesco Paolo Tinozzi, di patologia chirurgica; a Cagliari, al prof. Mario Volterra, di patologia medica; a Catania, al prof. Paolo Introzzi, di patologia medica e al prof. Omero Tempestini, di clinica odontoiatrica; a Messina, al prof. Giuseppe Occhipinti, di anatomia umana e al prof. Cristoforo Rizzo, di clinica delle malattie nervose e mentali; a Modena, al prof. Umberto Poppi, di clinica delle malattie nervose e mentali; a Padova, al prof. Alessandro Arlotta, di clinica odontoiatrica; a Palermo, al prof. Luigi Ajello, di anatomia patologica.

Su proposta di S. E. il Capo del Governo, ministro delle Corporazioni, il prof. Remo Monteleone, della Clinica Medica di Roma, è insignito della Croce di cavaliere dell'Ordine Mauriziano.

Rallegramenti cordiali al prof. Monteleone, nostro collaboratore ed amico.

Il prof. Giuseppe Piazza, che da 13 anni dirige l'Ospedale Vittorio Emanuele II di Caltanissetta, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia. Sentiti rallegramenti all'insigne professionista.

Il maggiore medico dott. Giorgio Giorgi ha conseguito in questi giorni la libera docenza in tossicologia di guerra. La Commissione risultava composta dal ten. gen. Ricchetti, e dai proff. Bonanni e Bargellini. Rallegramenti vivissimi.

Il prof. Ernesto V. Merlo è nominato titolare della cattedra di semeiologia nella Facoltà di Scienze Mediche di Buenos Aires.

NOTIZIE DIVERSE

Assicurazioni contro la tubercolosi.

Il Comitato corporativo centrale, presieduto dal Duce, ha deciso di estendere l'obbligo dei benefici dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi alle categorie coloniche e mezzadrili.

Con questa nuova provvidenza, che sarà presto consacrata da una precisa norma di legge, il Regime ha inteso, non solo d'allargare il settore su cui si svolge la lotta contro il terribile male, ma dimostrare altresì una volta di più, nella maniera più chiara e tangibile, il fattivo ed efficace interessamento nei riguardi di una categoria di lavoratori altamente benemeriti.

Il particolare valore della decisione presa appare ancora più evidente dal fatto che, fino ad oggi, i coloni e i mezzadri sono stati esclusi, sia dai benefici connessi all'azione dell'Istituto fascista della previdenza sociale, come dalle prestazioni che i Comuni sono tenuti ad effettuare nei riguardi dei contadini meno abbienti.

Da un calcolo compiuto risulta che ben 587.000 famiglie coloniche, quali sono registrate dall'ultimo censimento, beneficeranno della nuova provvidenza. Considerando, poi, che ciascuna famiglia colonica o mezzadrile è composta di 6 e di 7 unità, si deduce che dei vantaggi inerenti all'assicurazione verranno a risentirne oltre quattro milioni circa di persone: l'undicesima parte della popolazione complessiva del Regno.

La deliberata estensione è particolarmente significativa, anche perchè, in un certo qual modo, elimina una lacuna finora esistente nella lotta contro la tubercolosi.

Secondo le direttive fissate dal Comitato corporativo centrale, la assicurazione sarà estesa all'intero nucleo familiare del colono o mezzadro, indipendentemente da ogni limite d'età.

Al Duce è pervenuto il seguente telegramma, inviatogli dal Segretario della Federazione nazionale coloni e mezzadri:

« I coloni e i mezzadri d'Italia tutti, impugnino essi la vanga, o il fucile, apprendendo l'estensione a loro favore dell'assicurazione contro la tubercolosi, elevano a V. E. il loro pensiero profondamente grato e devoto. - Il segretario della Federazione nazionale: Atti ».

L'assistenza agli orfani dei medici caduti in guerra.

Si hanno interessanti ragguagli sulla benefica attività che svolge ininterrottamente da anni il Comitato nazionale per l'assistenza degli orfani dei medici morti in guerra.

Ecco alcune cifre: orfani assistiti dalla fondazione dell'Opera, 92; orfani che hanno beneficiato dell'assistenza negli anni scorsi e non hanno più bisogno di aiuto, 36 — dei quali 5 laureati in medicina, 3 ufficiali in servizio permanente effettivo, 1 ingegnere, 27 diplomati; somme complessivamente spese dal Comitato fino allo scorso anno lire 660.000 circa; orfani ancora da assistere, 54 — dei quali 9 con sussidi annui variabili, e 45 nel corso e fino al compimento degli studi già iniziati; spesa media annua attualmente necessaria 65.000 lire circa.

Prolusioni.

Oltre le prolusioni già segnalate, sono state tenute le seguenti. dal prof. Biagio Alajmo, di cli-

nica oculistica a Padova, su « La patologia oculare nei suoi rapporti con la fisico-chimica »; dal prof. Giuseppe Caronia, di clinica delle malattie infettive a Roma, su « Indirizzi di Patologia infettiva »; dal prof. Ugo Lombroso, di fisiologia a Genova, su « La scienza biologica nei suoi rapporti con la vita pratica e le recenti ricerche sul ricambio proteico »; dal prof. Riccardo Reitano, di anatomia patologica a Catania, su « Le forme extrapolmonari della tubercolosi »; dal prof. Enrico Greppi, di clinica medica a Siena, su « Concetti e limiti dell'insegnamento clinico »; dal prof. Guido Guerrini, di patologia generale a Bologna, su « Il concetto della *vis medicatrix naturae* nell'evoluzione del pensiero medico ».

Nella Direzione Generale della Sanità Pubblica.

A sostituire il prof. Arcangelo Ilvento, destinato al Ministero delle Colonie per l'organizzazione e la vigilanza dei servizi sanitari coloniali, il direttore generale della Sanità Pubblica, S. E. prof. Petragnani, ha chiamato a ricoprire la carica di vice direttore il prof. Antonio Labranca, di cui sono generalmente riconosciute le qualità, la molteplice e fervida attività svolta a favore dell'amministrazione sanitaria e il senso della responsabilità, associato ad una superiore gentilezza. Espertissimo dell'amministrazione, per la quale si è instancabilmente prodigato, possiede una visione organica e ricostruttiva dei problemi sanitari.

Gli amici ed estimatori sono lieti di salutarlo nella nuova carica, in cui potrà rendere preziosi servizi. Egli sarà un ottimo coadiutore del Petragnani, studioso di raro valore, animato da intendimenti di fattiva operosità e da volontà di realizzazione e, pertanto, idoneo a compiere una vigorosa azione restauratrice e di potenziamento della Sanità, mentre incalzano esigenze nuove.

Convegno per i sanitari della Mutualità scolastica.

L'Ente Nazionale Fascista della Mutualità scolastica ha indetto per i primi del prossimo marzo un Convegno fra i consulenti dell'Ente Nazionale colla partecipazione dei dirigenti sanitari dei 113 ambulatori mutualistici e dei medici scolastici delle principali città d'Italia.

La iniziativa risponde allo scopo di esaminare alcune questioni di assistenza sanitaria e dare unità di indirizzo in conformità dei dettami dell'esperienza e delle teorie scientifiche più moderne.

Gli argomenti da discutersi sono i seguenti: 1) organizzazione e funzione dei centri terapeutici scolastici; 2) la profilassi delle malattie degli occhi nelle scuole; 3) la profilassi della carie dentaria nell'età scolastica; 4) l'assistenza igienico-sanitaria nell'età pubere (scuole medie); 5) propaganda igienico-sanitaria per i maestri elementari.

Parteciperanno al Convegno, che avrà luogo presso la R. Università degli Studi di Torino, illustri clinici d'Italia.

Lo spirito antisanzionista degli italiani.

A cura dell'Associazione Nazionale Donne Professioniste e Artiste, ha avuto luogo durante una delle recenti trasmissioni radiofoniche speciali da Roma per gli Stati Uniti d'America dell'E.I.A.R., una interessante manifestazione di italianità a cui ha partecipato la sig.ra Hackett, di nazionalità americana, moglie del dott. Hackett, rappresentante la Fondazione Rockefeller in Italia; dopo lunghi anni di residenza in Roma, ella ha voluto parlare ai suoi connazionali sull'argomento sempre più vivo del magnifico spirito dimostrato dal popolo italiano durante l'esperimento sanzionista.

La trasmissione ha compreso un discorso della dott.a Rossi, la quale ha inoltre letto un messaggio della prof.a Maria Castellani, Commissaria Nazionale dell'Associazione Nazionale Donne Professioniste e Artiste.

La partenza da Palermo di un reparto autoportato di Sanità.

Da Palermo è partito qualche settimana fa alla volta di Napoli, dove poi s'è imbarcato per l'A. O., un reparto autotrasportato di Sanità del quale fanno parte il capitano prof. Bruno Trambusti, Console della M. V. S. N., che ha rinunciato al grado, combattente decorato al valore, titolare della cattedra di Pediatria nella R. Università di Parma, il sottotenente dott. Di Marco, tre sottufficiali e 96 soldati.

A salutare i partenti nella Stazione Centrale erano convenuti le Autorità cittadine e numerose rappresentanze.

Un po' dovunque.

Il sen. Castellani, recatosi a compiere un'ispezione sanitaria in Somalia, ha confermato che lo stato di salute delle truppe operanti e le condizioni igieniche della colonia sono ottime.

Si è chiuso il 14° corso di clinica tropicale, tenutosi nell'Istituto diretto dal sen. prof. Castellani, per medici che si recano alle Colonie.

Nel « Messaggero » del 2 febbraio il noto viaggiatore Arnaldo Cipolla dà ampie notizie su di un libro in preparazione del dott. Francesco Savà, accorso volontario da New York nell'Africa Orientale; il Savà rende dal vero, con straordinaria evidenza ed efficacia, la psicologia dei dubat — combattenti fedeli ed eroici — quale egli l'ha osservata dirigendo il suo ospedaletto da campo.

Il Comitato ordinatore del 3° Congresso internazionale sulla malaria, indetto a Madrid dal 12 al 18 ottobre, ha designato come organo ufficiale la « Rivista di Malariologia » di Roma.

Le prime giornate internazionali periodiche di cardiologia avranno luogo a Royat (Puy-de-Dôme, Francia), durante la Pentecoste (31 maggio-1 giugno); saranno presiedute dal prof. Vaquez; tema in discussione: Tono vascolare e spasmi vascolari » (5 relazioni). Segretario generale: Dr. Boncoumont, rue Sainte-Beuve 5, Paris.

Il 3° Congresso internazionale per gli studi sulla luce si terrà a Wiesbaden dall'1 al 7 settembre, sotto la direzione del prof. W. Friedrich. Verranno prese in esame la biologia, la fisica e la terapia, nei riguardi della luce. Segretario generale: Dozent Dr. H. Schreiber, Robert Koch-Platz 1, Berlin NW 7, Germania.

Le Giornate mediche di Bruxelles (15ª sessione) si terranno all'Università libera di Bruxelles dal 20 al 24 giugno, sotto la presidenza del prof. Robert Danis. Per informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. R. Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles, Belgio.

Il 5° congresso della Società francese di ginecologia si terrà dal 18 al 21 maggio a Parigi. Tema all'ordine del giorno: « La sterilità femminile »; saranno presentate 5 relazioni. Sono in programma anche sedute operatorie, visite a Servizi ospedalieri ed a Laboratorî, escursioni, feste, ricevimenti. Segretario generale: Dr. Maurice Fabre, rue du Conservatoire 6, Paris 9e.

Alla 48ª riunione della Società tedesca di medicina interna, indetta a Wiesbaden dal 23 al 26 marzo, si discuteranno i seguenti temi: « Trattamento interno delle tireotossicosi »; « Diagnosi elettrocardiografica delle cardiopatie »; « Malattie polmonari da inalazione di polveri »; « Malattie infiammatorie dell'intestino crasso »; « Diagnosi delle caverne con speciale riguardo alla diagnosi roentgenologica »; i due ultimi temi in comune con la Società tedesca Roentgen, che discuterà il tema: « Esiti del trattamento irradiante dei tumori maligni, con speciale riguardo al canale digerente ». Per le comunicazioni rivolgersi al prof. Schwenkenbecher, Medizinische Klinik, Marburg; segretario gen.: Dr. Bürger, Bierstädter Höhe 5, Wiesbaden.

Il 6° Congresso pan-ucraino dei chirurgi è indetto a Odessa per il giugno venturo. Temi: « Il traumatismo agricolo, sua profilassi e organizzazione dei soccorsi chirurgici »; « L'occlusione intestinale »; « Il trattamento delle scottature »; « Il trattamento delle ferite infette »; Le artriti purulente e loro trattamento »; « Il trattamento delle peritoniti ». Per qualsiasi informazione, preghiera di rivolgersi al presidente del Comitato d'organizzazione, prof. N. I. Kefer, r. Betel 58, Odessa, Ucraina.

La Società Svizzera per la medicina interna si adunerà a San Gallo il 16 e il 17 maggio. Informazioni dal Prof. Dr. A. Schüpbach, Seftigenstrasse 2, Berna.

Il 4° Congresso cileno di assistenza sociale si è tenuto dal 4 al 6 ottobre a Santiago del Cile; vi hanno avuto molta parte i problemi di assistenza sanitaria, particolarmente quelli ospedalieri.

Si è tenuto a Lemberg un congresso ucraino di naturalisti e di medici.

Nel prossimo maggio la Sezione Lombarda della Federazione Ital. Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi terrà il 9° Convegno annuale Regionale a Sondrio. I temi di comunicazione sono così definiti: Tema clinico: « Discordanza anatomo-clinica nella tp. », relatore il prof. Nello Montanini; Tema sociale: « Considerazioni pratiche sulla organizzazione attuale della lotta contro la tbc. in Lombardia », relatore il dott. Guido Salvini. Segreteria della Sezione: via Gaudenzio Ferrari 18, Milano.

La Sezione Ligure della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi si è adunata il 29 gennaio, sotto la presidenza del prof. sen. E. Maragliano, assistito dal segretario prof. G. Poggio. Il prof. Figari ha riferito sul tema: « Amine tubercolari da sieri immuni »; alla discussione hanno partecipato i proff. E. Maragliano, G. B. Ramoino, A. Gismondi, G. Poggio, Manara, G. Breccia.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 6 dicembre, sotto la presidenza del prof. F. Fedeli, vice-presidente. Sono state fatte comunicazioni da: A. Majocchi, G. Riva Grugnola (due comunicazioni), L. Sertoli, M. Lapidari, L. Mucchi, G. B. Lasio, R. Ascoli, M. Pepere, E. Gianni.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 10 gennaio, con la presidenza del prof. Rubinato, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Sono state fatte comunicazioni da: M. Bortolozzi, G. Sacerdote, M. Venzoni, G. Bonfini, F. Pezzato.

In occasione delle gare olimpioniche invernali (6-16 febbraio 1930), la « Deutsche Mediz. Woch. » ha pubblicato un numero speciale sulla medicina dello sport e le gare olimpioniche; esso consta di 72 pagine, in formato della rivista; è presentato dalle maggiori autorità sanitarie della Germania e contiene 25 articoli, sulla fisiologia, la bioclimatica, l'igiene, la clinica e il pronto soccorso nei riguardi dello sport. Reca anche il programma preliminare del congresso di medicina dello sport indetto a Berlino dal 27 al 31 luglio. (Per informazioni: Deutscher Sportärzte-Bund, Lindenstrasse 42, Berlin SW 19).

Si è riunito a Milano il Comitato femminile di propaganda della Croce Rossa Italiana, sotto la presidenza della contessa Ernesta Durini di Monza.

L'Ordine dei Medici di Bologna, prima di sciogliersi, ha emanato delle norme disciplinari sulla pubblicità professionale dei medici. Esse sono ispirate a dignità e buon senso.

Il Consiglio dell'educazione medica dell'Associazione Medica Americana ha messo in rilievo l'aumento del numero di studenti di medicina che si recano a compiere i loro studi all'estero. Da 710 nel 1930 sono andati a 1471 nel 1935. Le Facoltà mediche straniere ove gli studenti degli Stati Uniti più abbondano sono: Edimburgo 190, Roma 161, Berna 114, Basilea 83, Zurigo 72, Parigi 63, Berlino 62.

Si è costituito un comitato per offrire una spada d'onore al dott. Georges Duhamel, in occasione della sua nomina all'Accademia francese; ne fanno parte medici e letterati, tra cui Nicolle, Gosset e Mondor. Le sottoscrizioni si ricevono al « Figaro », rond-pont des Champs-Elisée, Paris.

L'industriale George Leib Harrison, fabbricante di prodotti chimici, ha lasciato 2 milioni di dollari (25 milioni di lire it.) all'Università di Pennsylvania, destinandole a costituire un fondo per ricerche di chirurgia generale.

Una Mostra controsanzionista e del prodotto nazionale si svolgerà dall'1 al 29 febbraio in Milano (sul piazzale Generale Cantore); sarà organizzata per iniziativa della Federazione fascista, dal Gruppo General Cantore; è riservata ad aziende di Milano e Provincia; il padiglione coprirà una superficie di 1800 metri quadrati.

Il prof. Francesco Denti, ha compiuto 80 anni il 31 gennaio; quasi tutta l'attività dell'illustre oculista si è svolta nella nativa Milano.

Ci è grato di render noto ai nostri lettori che il prof. A. Gasbarrini è guarito delle lesioni riportate in uno scontro automobilistico, tanto che l'illustre clinico ha ripreso la sua attività. Ce ne rallegriamo di tutto cuore.

Sui proiettili dum-dum è comparso un pregevale articolo illustrato in « Sapere » del 31 gennaio. Vi sono ricordate le osservazioni di R. Alessandri durante la guerra mondiale.

L'« Association corporative des étudiants en médecine » (detta più semplicemente « Corpo de Médecine ») ha pubblicato una vibrata adesione al movimento contro il prof. Jèze.

Il ministro degli affari esteri dell'Etiopia ha conferito, in nome del Negus, la croce militare al dott. Hylander e alla memoria del dott. Lundstrom, i due medici svedesi che furono incidentalmente colpiti nel bombardamento di Dolo.

Tra le masse operaie occupate nella esecuzione di una grandiosa galleria a Ganley Bridge, nella Virginia occidentale — lavoro iniziato nel 1930 e che richiede ancora qualche anno — si sono prodotti moltissimi casi di silicosi; sono già denunziati oltre cinquecento morti. È in corso un'azione al Parlamento, per provocare una rigorosa inchiesta su così grave fatto, attribuito a inadeguate misure di protezione degli operai, disposte dagli imprenditori.

Il lutto che ha colpito l'Inghilterra è stato sentito anche in Italia, la quale ha avuto in Giorgio V un amico sincero.

Eprimiamo ai colleghi inglesi tutto il nostro cordoglio.

MANLIO PISA

Il 2 gennaio 1936, dopo breve violentissima malattia, è morto a 31 anni il prof. Manlio Pisa, assistente nella Clinica Medica di Roma.

Da 15 giorni appena egli aveva ottenuto la libera docenza in Patologia Speciale Medica, raggiungendo quella mèta, cui con ingegno, con studio appassionato, con grande amore per la ricerca scientifica, aveva tanto aspirato.

Manlio Pisa compiuti gli studi universitari a Roma, e dopo un anno di assistentato ospedaliero, era entrato nella Clinica Medica di Padova da dove poi si trasferì a quella di Roma riuscendo in breve a meritarsi la piena stima e la più viva affezione mia e dei colleghi collaboratori della Clinica.

Allo scopo di approfondire la sua preparazione scientifica egli si era anche temporaneamente trasferito presso Istituti Biologici in Italia ed all'estero: formandosi così una cultura clinica e scientifica di primissimo ordine, della quale costituisce ottima prova l'abbondante e seria sua produzione.

Ricordiamo tra le sue più notevoli ricerche quelle riguardanti le modificazioni fisico-chimiche nelle nefropatie e nell'edema polmonare acuto, le indagini sulla reazione di Vernes, riguardo alla quale aveva indicato e proposto una nuova tecnica nefelometrica; da segnalare anche gli studi sui colloidi coi metodi appresi nell'« Institut für Kolloidforschung » di Bechhold, a Francoforte (ove si era recato con una borsa di studio della Reale Accademia d'Italia) e le ricerche sulla fosfatasi e infine quelli sulla fisiopatologia delle paratiroidi.

A tanto lavoro era stato appena dato pieno riconoscimento con la docenza e la proposta di nomina ad assistente effettivo, ed egli, recandosi presso la sua famiglia, si accingeva ad aprire una brevissima parentesi di riposo nella diuturna fatica del lavoro di Clinica. Non è più ritornato. E un gran vuoto si è fatto nella clinica e nei nostri cuori. Noi piangiamo il compagno fedele e intelligente del duro lavoro che solo fortemente affronta chi, come il povero Manlio, ha intelligenza, fede, tenacia, senso di abnegazione. E noi tutti lo piangiamo e non sappiamo se più colpiti nella mente o nel cuore.

C. Frugoni.

Nel dicembre u. s. è deceduto improvvisamente all'età di 55 anni, il comm. prof. Francesco Casagli, libero docente di Patologia chirurgica, chirurgo direttore dell'Ospedale Lotti di Pontedera (Pisa). Allievo del prof. Burci, che lo ebbe carissimo, provvisto di solida cultura scientifica, pubblicò pregevoli lavori di patologia sperimentale e numerosi contributi clinici. Assunta la direzione dell'Ospedale di Pontedera vi dedicò tutta la sua attività, ne curò l'ampliamento e ne migliorò i servizi, così da farlo diventare un ottimo centro chirurgico. Fu operatore abile, quanto coscenzioso, e portò nell'esercizio professionale una profonda bontà e la dovizia di un animo nobilissimo.

La sua immatura perdita è stata profondamente lacrimata dalla cittadinanza di Pontedera e da quanti ne apprezzarono la grande dirittura morale e le alte doti di mente e di cuore. Ha lasciato il cospicuo patrimonio raccolto in venti anni di fatica, per opere di beneficenza.

G. Ceccarelli.

Abbiamo avuto notizie dettagliate e precise sul dott. Raffaele Costa, della cui fine prematura demmo già notizia nel n. 2.

Il dott. Costa si era laureato a Milano nel 1932, a pieni voti. Era stato assunto nell'Ospedale « XXVIII Ottobre », dell'Azienda Tramviaria Milanese, e vi si fece subito apprezzare per l'abnegazione e per la passione allo studio. Mentre prestava la sua assistenza a un intervento chirurgico, fu colto da emottisi; ma egli continuò l'assistenza e la notte successiva volle anche compiere il servizio di guardia; se non che, sopravvenne una nuova e grave emottisi. Inviato al Sanatorio di Sortenna, si rimise; volle però riprendere presto il suo apostolato, prodigandosi, e fu nuovamente colpito dalla malattia, che lo ha condotto a morte. Lascia la madre vedova e senza altri figli.

(Queste notizie ci sono state cortesemente fornite dal dott. G. Carcano di Milano). A. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 30 dicembre al 5 gennaio: Morbillo 186 (906); Scarlattina 142 (315); Pertosse 67 (152); Varicella 104 (293); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 159 (254); Infezioni paratifiche 25 (28); Febbre ondulante 16 (19); Dissenteria 5 (5); Difterite e croup 233 (428); Meningite cerebro-spinale epidemica 8 (11); Poliomielite anteriore acuta 14 (15); Encefalite letargica 4 (5); Anchilostomiasi 1 (1); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 31 (39), dichiarata — (—); Pustola maligna 15 (15).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Riforma Med., 21 sett. — M. ZAPPACOSTA. Significato della ipercreatinemia nell'ipertensione essenziale. — 28 sett. L. DE GAETANO. Cura chirurgica del torcicollo muscolare negli adulti. — A. COSTADONI. Reaz. di Henry nella malaria.

Deut. Med. Woch., 27 sett. — Malattie del sangue.

Klin. Woch., 28 sett. — E. BERGER. Immunochimica e medicina. — B. MISSKE. L'onda del polso venoso diastolico nella tachicardia.

Wien. Klin. Woch., 27 sett. — ELIAS. Nefrosi. — HOFER. Tonsillectomie.

Clinical Med. a. Surg., 9 sett. — F. E. CHIDESTER. Il diabete e la tiroide.

Presse Méd., 28 sett. — L. BINET. I riflessi condizionali.

Lancet, 28 sett. — E. W. HURST. Le malattie da virus neurotropi.

Med. Welt, 28 sett. — F. LEUTHARDT. La riserva alcalina del sangue.

Med. Klinik, 27 sett. — F. MUNK. Secrezioni interne e malattie articolari. — W. REDISCH. Forme miste dei disturbi funzionali della tiroide.

Practitioner, ott. — Numero sui progressi della terapia.

Pathologica, 15 sett. — R. ATTIMONELLI. Alcuni stipiti di b. coli isolati dalle deiezioni di ammalati di febbre tifoide. — M. BERTOLOZZI. Aneurisma fusiforme dell'arteria pancreatico-duodenale inf.

Ginecologia, sett. — F. GASPARRI. Lattosuria nello stato puerperale. — F. GASPARRI. « Fenomeno d'ostacolo » nello stato puerperale.

Brit. Med. Journ., 5 ott. — W. TROTTER. Idee generali in medicina.

Med. Klinik, 4 ott. — Inchiesta sul morbo di Basedow.

Gaz. d. Hôp., 2 ott. — P. RIMBAUD. L'insulino-resistenza.

Lancet, 5 ott. — D'A. MCCREA. Trattam. del testicolo ritenuto. — D. HARE. Il fattore allergico nelle coliti.

Münch. Med. Woch., 4 ott. — L. ASCHOFF. Il reumatismo infettivo specifico. — O. VONTZ. Errori diagnostici sul reumatismo.

Pathologica, 15 sett. — G. SCOTTI. Associazione cancro-tbc. — M. BERTOLOZZI. Aneurisma fusiforme dell'a. pancreatico-duodenale inf. — L. ALZONA. Leucemia acuta trombopenica con blocco renale.

Klin. Woch., 5 ott. — E. URBACH e S. WOLFRAM. Allergizzazione e de-. — A. V. v. FRISCH e A. SCHMEIDERBAUR. L'anidride carbonica nel pneumotorace a.

Minerva Med., 6 ott. — G. FERRO-LUZZI. Ittero da stasi ed iperazotemia.

Deut. Med. Woch., 4 ott. — Numero sulle malattie della circolaz.

Rev. of Gastroenterol., sett. — J. C. DOANE. Effetti di diete acide e basiche protratte. — J. B. WOLFFE e A. SAMMELSON. Fattori gastro-intest. nell'angina pectoris.

Journ. A. M. A., 2 sett. — F. E. ANGLE. Trattam. delle brucellosi. — R. G. HOSKINS. Problemi d'endocrinologia.

Acta Med. Scand., 28 sett. — H. I. BING e E. S. TOBIASSEN. Riflessi addominali viscero-cutanei e cuti-viscerali. — J. BING e U. STARUP. Iperlipemia e colesterinuria.

Giorn. di Cl. Med., 10 ott. — C. D'IGNAZIO e G. SOTGIU. Uricuria e ossaluria. — L. BARCHI. Rapporti tra malaria e tbc.

Cl. Med. It., sett. — V. DALL'ACQUA e R. VALSECCHI. Interlobi polmonari negli stati patologici. — C. M. RARASIO. Cancro-cirrosi.

Brasil-Med., 10 ag. — J. VELHO DA SILVA e J. P. LOPES PONTES. Colecistopatie da Lamblia intestinalis.

Wien. Klin. Woch., 11 ott. — Numero sul Congresso medico alpino.

Presse Méd., 12 ott. — G. MOURIQUAND e al. Carenza materna e fetale; distrofie. — J. ARNAUD. L'avvenire dei tubercolotici.

Med. Klinik, 11 ott. — L. R. BROTE. Obesità e magrezza. — A. M. MARX. Morti improvvise durante operazioni innocue.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 17 Febbraio 1936 - XIV — Num. 7

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I - ROMA
VIII PADIGLIONE
diretto dal Prof. A. CARDUCCI.

I sintomi vascolo-ematici e le complicazioni flebitiche nella "febbre eruttiva o esantematica del Mediterraneo"

per il dott. CARLO COSTANZI, aiuto medico.

Le ricerche sull'importanza della stasi venosa provocata per lo studio delle manifestazioni cutanee nel tifo esantematico sono di antica data.

Murchinson nel suo trattato del tifo esantematico (1896) ha riferito il fenomeno, dimostrato da Hudson, che, quando le macchie cutanee sono assai pallide, l'applicazione di una coppetta è capace di renderle molto più visibili in pochi secondi.

Porot e Vullien (1911), facendo in un malato di tifo esantematico un prelevamento di sangue a scopo sierodiagnostico, mediante l'applicazione di coppette scarificate, hanno osservato che nelle ore e nei giorni consecutivi, le zone di cute scarificate prendevano un aspetto marmorizzato ed ecchimotico assai intenso. Colpiti da questo fatto, hanno ripetuto l'esperienza su altri malati di tifo es. ritrovandola sempre positiva. Per confronto, applicata la stessa prova in malati di febbre tifoide, hanno notato che la pelle riprendeva presto l'aspetto normale. Da ciò gli AA. hanno concluso che il fenomeno da loro verificato, chiamato « segno della coppetta », può rendere utili servizi nei casi dubbi e iniziali di tifo es. Anzi gli stessi AA., venuti successivamente a conoscenza del fenomeno della coppetta, riferito da Murchinson, hanno concluso che il « segno della coppetta » è capace di provocare nel dermotifo due ordini di fatti: 1) la messa in evidenza di macchie cutanee latenti od assai pallide; 2) la produzione, in seguito a scarificazione, di macchie ecchimotiche persistenti.

Secondo Porot (1919) il « segno della coppetta », di semplice e facile ricerca, ha inoltre il vantaggio di poter essere utilizzato, a scopo diagnostico, più precocemente della legatura della radice degli arti (Muratet), perchè quan-

do l'eruzione cutanea invade questi, è già in via di regressione sul tronco.

Jan Pioro (citato da Rostoski), all'inizio dell'ultima guerra mondiale, si è occupato della stessa ricerca, provocando la stasi venosa mediante l'applicazione di una legatura al braccio. I suoi risultati furono giudicati così utili nel fine diagnostico, che l'impiego della prova fu raccomandato ai medici militari dell'armata prussiana.

Si può dire però che il primo studio completo in materia sia stato quello di C. Dietsch (1915). Questo A. ha messo in evidenza che, producendo una stasi venosa lieve per circa un minuto, con una legatura applicata al braccio del tifoso, è possibile osservare in corrispondenza dell'avambraccio, durante la stasi, alcune modificazioni caratteristiche degli elementi eruttivi cutanei. Precisamente si nota che l'esantema iniziale (al primo stadio) diviene più manifesto; quello in fase evolutiva più avanzata (al secondo stadio) assume un colorito più scuro; e quello giunto alla fase terminale di macchia bruna (al terzo stadio) è capace di riacquistare il colorito cianotico, che aveva al secondo stadio. Tali trasformazioni però non hanno un carattere permanente, perchè, cessata la stasi, gli elementi eruttivi riprendono il primitivo aspetto. Il fenomeno riferito, in omaggio al ricercatore, è stato chiamato « segno di Dietsch », e ne è stato spiegato il meccanismo di produzione coll'aumento della stasi già esistente nei capillari cutanei.

Baumgarten (1916) ha ripetuto la ricerca consigliata da J. Pioro nel dermotifo, notando, quando l'esantema è in piena efflorescenza, la frequente formazione di emorragie cutanee, come nel segno del laccio. Però ha consigliato di essere molto prudenti sull'importanza diagnostica da attribuire al fenomeno, potendo riscontrarsi in altre malattie.

Rostoski (1916-17) ha controllato il « segno di Dietsch », confermandone l'utilità quando l'esantema è ancora poco evidente oppure quando è ritardata la trasformazione dell'elemento eruttivo da roseola a petecchia. È da notare però che in queste ricerche l'A. non ha fatto distinzione tra le manifestazioni caratteristiche del « segno di Dietsch » e quelle del « segno del laccio ».

Da noi Ceconi (1918) si è occupato in modo completo e preciso delle varie manifestazioni della stasi nel dermotifo. L'A. mediante l'applicazione di una legatura al braccio dei malati di tifo es. in piena evoluzione, ha osservato nello spazio di 1/2-1 1/2 minuto, la comparsa di roseole nei tratti di cute dell'avambraccio, dove prima non c'erano; la assunzione di un colorito rosso vivo da parte delle roseole di tinta pallida; e la trasformazione del colore in rosso scarlatto, sino al violaceo scuro, in quelle di tinta più accesa. Prolungando l'applicazione della legatura per 3-5 minuti, ha osservato un'abbondante eruzione dove prima appariva scarsissima; e nei punti dove era piuttosto numerosa, essa aumentava a tal punto da dare un aspetto di marmorizzazione diffusa, punteggiata da macchioline di tinta violacea più o meno intensa. Tolto il laccio, tutto tornava più o meno rapidamente allo stato primitivo; però alcune roseole si erano trasformate in petecchie, mostrando nel centro un punticino di colorito rosso cupo. Ripetendo la prova in malati che avevano superato la malattia da quattro settimane, l'A. ha ottenuto dopo 1-2 minuti di legatura, non solo la trasformazione delle macchioline brunastre dell'ultimo stadio in quelle di colorito rosso scuro del secondo stadio, ma anche la comparsa di grosse petecchie nei punti della cute liberi dall'esantema. Tolta la legatura, le macchie riprendevano il colorito primitivo, restando soltanto le petecchie. I risultati di Ceconi da una parte corrispondono a quelli di Dietsch, differendone però per la produzione delle petecchie; dall'altra parte confermano le osservazioni di Baumgarten, ma col pregio di avere messo in evidenza la possibilità di provocare la formazione di petecchie, anche a convalescenza avanzata, avvalorando così la diagnosi retrospettiva della malattia. A questo proposito è da ricordare che E. Fraenkel è riuscito a riaccendere il quadro dell'esantema petecchiale mediante la stasi, anche dopo otto settimane dalla guarigione clinica, dimostrando in corrispondenza delle roseole, studiate su tratti di cute escissa in questo periodo, la presenza delle caratteristiche alterazioni istologiche dei vasi capillari. Perciò, secondo Ceconi, la stasi provocata è capace di « favorire lo stabilirsi nelle roseole di quelle alterazioni vascolari (arterite e periarterite circoscritta, trombosi venosa), che sono causa di stasi locale e della speciale tinta rosso-scura che le roseole stesse assumono nel secondo stadio; nel mentre rinforza la stasi e con ciò anche la tinta stessa in quelle roseole in cui l'alterazione vasale è già stabilita ». La comparsa delle petecchie dopo la stasi può essere d'altra parte in relazione coll'individualità del soggetto, mentre il fenomeno trova la giustificazione

della sua protratta comparsa, nella persistenza delle alterazioni vasali, riscontrate da Fraenkel anche in piena guarigione.

Ficai (1919) ha confermato gli stessi fatti, avendo notato che l'esantema tenue, crepuscolare, in alcuni infermi diveniva evidente mercè la prova della stasi provocata, colla quale inoltre quello mediocre diveniva intenso e quello quasi scomparso si riaffacciava.

Berghinz e Arrigoni (1919) hanno confermato che, provocando la stasi secondo il metodo di Dietsch, si osservano nel dermotifo, dopo tolta la legatura, tre ordini di fatti: 1) gli elementi eruttivi prima rosei, diventano lividi; 2) altri appena percettibili, diventano più evidenti; 3) altri prima non visibili, diventano appariscenti. Applicando invece lo stesso metodo in altre malattie esantematiche (morbillo e scarlattina), gli AA. hanno riscontrato solo una maggiore evidenza degli elementi eruttivi, ma non i tre ordini di modificazioni riferite.

G. Ancona (1919) studiando nel dermotifo i fenomeni provocati colla stasi, ha distinto con precisione quelli che si osservano ricercando il « segno di Dietsch » già da noi ricordati, e quelli che si notano colla ricerca del « segno del laccio » di Frugoni e Giugni. Secondo la tecnica stabilita da questi AA. (1911) si provoca la stasi applicando al terzo inferiore del braccio una legatura modicamente stretta, senza modificare il polso radiale, e mantenendola in sito per un periodo non oltrepassante alcuni minuti (circa dieci). La lettura del risultato si fa dopo che è stata tolta la legatura, e, a differenza del segno di Dietsch, si tiene conto delle alterazioni provocate dalla stasi nella cute, a carattere persistente. Studiando il « segno del laccio » in 45 malati di tifo es. accertati clinicamente e sierologicamente, Ancona ha osservato che, se si toglie la legatura dopo 60-90 minuti secondi, a differenza di quanto hanno osservato Dietsch e gli altri AA., le modificazioni dell'esantema, provocate dalla stasi, non scompaiono essendo dovute costantemente a fatti emorragici. D'altra parte l'A. non è del parere che tali modificazioni debbano interpretarsi come un fenomeno che si svolge realmente a carico dei singoli elementi esantematici, col meccanismo di rinnovate od esaltate alterazioni vasali, le quali sono bensì ammesse dagli altri AA., ma contrastano con le loro osservazioni sul ritorno dell'esantema al primitivo stato dopo cessata la stasi. Perciò egli crede che il « segno di Dietsch » rappresenti solo « un particolare aspetto del « segno del laccio » che trae le sue caratteristiche da quelle proprie dell'esantema del dermotifo (lesioni vasali di Fraenkel) ». Togliendo la legatura dopo 7-10 minuti primi, l'A. ha constatato che, se il segno del laccio è positivo, esso non differisce da quanto si osserva in altre malattie (diatesi emorragiche, ecc.): soltanto che qui le emorragie cutanee sono in genere piccole e gli elementi eruttivi preesistenti divengono la sede frequente di emorragie, mentre in quelli già emorragici il versamento ematico si estende maggiormente. Cosicchè l'A., dai risultati delle sue ricerche, ha concluso che il segno del laccio è costantemente positivo, in maniera rapida e netta, in tutti gli ammalati di dermotifo coll'esantema in I e II stadio; è positivo nell'80 % dei casi quando l'esantema è allo stadio delle macchie residuali; infine è bene apprezzabile anche quando non si riscontra più alcuna traccia dell'esantema, dopo un periodo superiore a 6 settimane, purchè nel decorso della malattia le manifestazioni emorragiche non siano state scarse od assenti, nel qual caso è negativo. Perciò l'A. ha affermato che l'uso del « segno del laccio » nel dermotifo « può servire ad accellerare il passaggio dell'esantema dal primo al secondo stadio ed in tutti gli altri casi a rivelare la presenza di uno stato emorragico latente ».

In base a tutte queste ricerche si può dunque concludere che nel dermotifo sia stata accertata, per mezzo della stasi provocata, l'esistenza di una fragilità dei vasi sanguigni cutanei, tanto in seno agli elementi eruttivi, quanto al di fuori di essi, in corrispondenza della cute sana. Non ci risulta però che nella stessa malattia siano state prese in esame le altre prove della resistenza capillare, all'infuori delle osservazioni di Porot sulla « coppetta scarificata » e di quelle fatte da Ceconi, Ficai, ed altri — paragonabili ai risultati della prova di Hess — sulla facilità di produzione di versamenti sanguigni in seguito a iniezioni ipodermiche. Lipschütz (cit. da Schittenhelm) ha riferito il seguente fenomeno, chiamato « reazione emorragica », che può essere considerato come una prova della fragibilità vasale. Facendo una ferita superficiale da taglio sulla cute, la zona circostante alla lesione acquista, in 24-48 ore, una colorazione rosso-violacea evidentemente dovuta a spandimento di sangue.

Le ricerche sulle prove ematiche, utilizzate a dimostrare uno stato emorragico generale, più o meno latente, nel dermotifo, sono assai scarse e frammentarie. Il tempo di durata dell'emorragia, il tempo di coagulazione del sangue e la retrattilità del coagulo non ci risulta che siano stati sistematicamente ricercati. So-

lo Pletnew (cit. da Schittenhelm) ha affermato che nel dermotifo il tempo di coagulazione del sangue è prolungato. Il numero delle piastrine in circolo, secondo Pletnew e Brobrow, diminuisce nella stessa malattia già al quinto giorno e raggiunge il più forte abbassamento (circa 110.000) verso l'undicesimo e tredicesimo giorno di malattia; nella convalescenza invece il numero risale, raggiungendo cifre superiori alla norma (sino a 500.000).

Nel morbo di Brill, il quale da tutti gli AA. è considerato una forma benigna, endemica, di tifo es., non sono state fatte in particolare le ricerche per dimostrare l'esistenza di uno stato emorragico generale, forse in considerazione che la malattia, essendo una varietà di dermotifo, non presenta particolarità speciali, all'infuori della attenuazione del quadro clinico.

Nella febbre eruttiva di Carducci (o febbre bottonosa di Conor e Bruch) la quale per molti AA. (Carducci, Olmer, Piéri, Cannavò ed altri) non ha relazioni, almeno dirette, col tifo es., nè tanto meno deve essere considerata come una varietà di questo, le ricerche sulla sindrome vascolo-ematica emorragica sono assai scarse.

Boinet e J. Piéri (1929) hanno riferito che gli elementi eruttivi coll'applicazione di una coppetta, divengono nettamente emorragici, ma che le prove della coagulazione sono normali.

Pecori (1929), studiando i casi di dermotifo estivo non diffusibile (o febbre eruttiva), osservati in Roma, ha constatato che « nella prima e seconda settimana di malattia, è facile mettere in maggiore evidenza gli elementi eruttivi, specialmente quelli emorragici, colla provocazione della stasi mediante un laccio lasciato in sito per parecchi minuti (segno del laccio) ». Come si vede, l'Autore non ha osservato la formazione di petecchie nei tratti di cute privi di esantema, ma solo la trasformazione di questo.

Corinaldesi (1931) in un caso di febbre es. fece le prove vascolari ed ematiche della diatesi emorragica con esito negativo.

Cannavò (1931-32) ha trovato che il numero delle piastrine, in un caso di febbre eruttiva, era 350.000 ed in un altro 360.000. Lo stesso A., ricercando il tempo di emorragia, il tempo di coagulazione, la retrattilità del coagulo e la fragilità capillare (prove del laccio, del colpo di martello, di Koch e di Hess), ha ottenuto sempre dati normali.

Anche Frugoni (1934), illustrando in una lezione clinica un caso di febbre eruttiva, ha riferito che la ricerca del segno del laccio era stata negativa.

Come si vede, tali risultati sono bene differenti da quelli già riferiti nel tifo es., dove è stata accertata l'esistenza di uno stato emorragico generale. Orbene, collo scopo di controllare se tale differenza potesse far parte del quadro clinico della febbre eruttiva, abbiamo intrapreso la ricerca sistematica della sindrome vascolo-ematica emorragica in dieci casi di quest'ultima malattia, da noi osservati negli anni 1932 e 1933.

Per condizioni di uniformità abbiamo eseguito tutte le ricerche verso il decimo giorno di malattia, ossia quando questa era al suo acme di evoluzione, studiando in ciascun malato: il numero delle piastrine, mediante il metodo di Fonio; il tempo di durata dell'emorragia, dopo puntura del lobulo dell'orecchio coll'ago di Francke; il tempo di coagulazione del sangue, col metodo di Vierordt (normalmente 5'-6'); la retrattilità del coagulo, tenendo la provette col sangue in termostato a 37° C.; la fragilità vasale, colla prova del laccio e con quelle del colpo di martello, di Koch e di Hess. In tutti i casi abbiamo ricercato anche la formula nucleare dei granulociti, secondo lo schema di Arneth. Per brevità e per maggiore evidenza, riuniamo i dati delle nostre ricerche in un quadro riassuntivo (v. Tabella).

Dall'esame del quadro risulta che lo schema di Arneth ha dimostrato nei nostri dieci casi di febbre eruttiva lo spostamento verso sinistra della formula nucleare, con prevalenza dei leucociti polimorfonucleati della prima classe (42-50 %) in tre casi e di quelli della seconda classe (42-52 %) negli altri sette casi.

Il numero delle piastrine è oscillato entro i limiti delle variazioni normali, non raggiungendo mai il valore critico (1/10) delle diatesi emorragiche; ma non si è osservato un comportamento uniforme della loro variazione rispetto ai valori ottenuti nelle altre prove della sindrome vascolo-ematica emorragica. Il tempo di emorragia, quello di coagulazione del sangue e la retrattilità del coagulo hanno avuto in tutti i casi un comportamento normale. Le prove di Koch, di Hess e del martello sono state sempre negative.

La prova del laccio invece ha dato risultati che meritano di essere riferiti estesamente, per confrontarli con quelli ottenuti nel dermotifo. Anzitutto nei primi 30-60 minuti secondi, mentre il laccio era in posto, abbiamo osservato, secondo il segno di Dietsch, una maggiore evidenza degli elementi eruttivi cutanei, alcuni dei quali, prima rosei, acquistavano un colo-

Malati	N. di piastrine per mmc.	Tempo di emorragia	Tempo di coagulazione	Retrattilità del coagulo	Prova del laccio		Prove di Kock, Hess, del martello	Schema di Arneth classe		
					sull'esantema	sulla cute sana		I	II	III
R. Attilio	200.000	4'	7'	50'	++	—	—	50 %	44 %	6 %
A. Emanuele	280 000	2'	6'	40'	+	—	—	47 %	43 %	10 %
L. Armando	310 000	3'	8'	60'	—	—	—	45 %	49 %	6 %
C. Raimondo	230.000	3'	5'	40'	+++	+ ?	—	44 %	52 %	4 %
B. Luigi	250.000	2'	5'	30'	—	—	—	48 %	49 %	3 %
M. Cesare	270 000	4'	7'	80'	++	—	—	44 %	48 %	8 %
P. Maria	280.000	2'	6'	40'	—	—	—	46 %	47 %	7 %
D. S. Elisa	250.000	3'	6'	70'	++	—	—	50 %	42 %	8 %
S. Giuseppa	300.000	3'	4'	50'	—	—	—	42 %	48 %	10 %
B. Anita	320.000	2'	5'	40'	—	—	—	44 %	52 %	4 %

rito rosso scuro, mentre non abbiamo notato la comparsa di nuovi elementi esantematici. Togliendo il laccio dopo dieci minuti primi, abbiamo osservato spesso (5 volte su 10) la comparsa, in sede degli elementi eruttivi, di punti emorragici facilmente distinguibili per il loro colorito rosso vivo. Invece in corrispondenza delle zone di cute esenti da elementi esantematici, non abbiamo osservato in 9 casi, di cui uno mortale, la comparsa di petecchie, che indicano la positività del « segno del laccio ». Solo in un caso pure mortale abbiamo riscontrato la formazione di puntícini emorragici in numero così scarso, da rendere discutibile la positività della prova. Cosicchè si può concludere che il « segno del laccio », mentre ha dimostrato una frequente positività in corrispondenza degli elementi esantematici, è stato invece negativo, anche in casi gravi, nei tratti di cute sana. Ripetendo poi la stessa prova durante la convalescenza, non abbiamo mai riscontrato la formazione di petecchie nè in seno all'esantema, nè al di fuori di esso.

In conclusione, dai risultati delle nostre ricerche si può dedurre che nella febbre eruttiva, a differenza di quanto è stato riscontrato da molti AA. (Ceconi, Ancona ed altri) nel tifo es., non si riesce a dimostrare l'esistenza di un vero stato emorragico generale. Ed allora, quale importanza è da attribuire alle emorragie puntiformi che compaiono spesso negli elementi papulosi cutanei della febbre eruttiva, quando si ricerca il segno del laccio? Al contrario di quanto giustamente Ancona ha negato pel tifo es., con probabilità nei casi da noi studiati, i fenomeni emorragici sono dovuti soltanto ad un fattore locale e non ad una condizione generale. Infatti è comprensibile come la stasi provocata nelle vene faccia risentire i suoi effetti meccanici sui capillari cutanei, i quali, secondo le ricerche di Filippella, Dionisi, Pecori, Cannavò e nostre, presentano nella febbre eruttiva lesioni istologiche molto simili a quelle dimostrate da Fraenkel nel dermotifo. In tal modo esistono le condizioni locali capaci di determinare in seguito alla stasi un'emorragia per diapedesin o per rhexin.

A conferma di questo concetto, ci è parso assai istruttivo quello che abbiamo potuto osservare in un caso di febbre eruttiva, complicata da flebite della femorale sinistra, di cui riportiamo i dati clinici.

Anamnesi. — M. Cesare, di anni 57, coniugato, carpentiere, da Roma (Vicolo Tuscolano). Il giorno 3 agosto 1933, senza alcuna causa apprezzabile, è stato colpito da febbre alta con cefalea intensa e dolori diffusi agli arti inferiori. Non ha avuto male di gola, non tosse nè dolore al torace. Nei giorni seguenti, persistendo i disturbi riferiti, la minzione si è mantenuta regolare, mentre l'alvo è stato piuttosto diarroico. Non si è accorto a domicilio di avere alcuna eruzione cutanea, non avvertendo nessuna sensazione molesta che richiamasse la sua attenzione sulla pelle. Per i disturbi generali, e specialmente per l'altro grado della temperatura, ha chiesto ricovero al Policlinico Umberto I (VIII Padiglione) il giorno 7 agosto 1933, mentre era in quarta giornata di malattia.

È stato sempre un modico bevitore e fumatore. Non ha avuto mali venerei. Ha sofferto di malaria nel 1922, guarita in poco tempo col trattamento chininico. Si è sposato per la seconda volta, essendo morta la prima moglie di epitelioma del-

l'utero. Ha condotto sempre una vita di eccessivo lavoro. Abita in una casetta di campagna, rustica e bassa, circondata da un orto e tiene con sè un cagnolino, dalla cui pelle ha tolto più volte le zecche. Non si è mai accorto di avere sul corpo questi parassiti, nè ha mai avvertito la loro puntura.

Esame obbiettivo (7 agosto 1933). — Condizioni generali discrete. Stato di nutrizione abbastanza buono. Costituzione corporea robusta. Tipo morfologico normale. Decubito indifferente. Sensorio integro. Polso 90, con qualche extrasistole. Respiro 24. Temperatura 40°.

La pelle, di colorito roseo, presenta al tronco ed agli arti, compresa la palma delle mani, un'eruzione costituita da elementi sparsi diffusamente, abbastanza numerosi, di grandezza oscillante da una testa di spillo ad una lenticchia, di colorito variabile tra il rosso vivo ed il rosso scuro, rilevati sulla cute circostante, non dolorosi, i quali, sotto la pressione, impallidiscono lasciando talvolta una leggera tinta giallastra. In corrispondenza del fianco destro si osserva una piccola crosticina nerastra, di tipo ematico, circondata da un aloncino di cute arrossata.

Il tessuto sottocutaneo è abbastanza spesso, senza edema. Nulla di speciale si nota a carico dell'apparato linfoghiandolare esterno. I muscoli sono bene tonici e trofici. Lo scheletro si presenta a sviluppo e conformazione regolari. Normali sono le articolazioni.

Nulla si nota a carico del capo. Le congiuntive sono iperemiche. Le pupille reagiscono bene alla luce e all'accomodazione. La lingua è impatinata, ma umida. Il palato ed il faringe sono arrossati. Il collo si presenta regolare. La tiroide non è ingrossata.

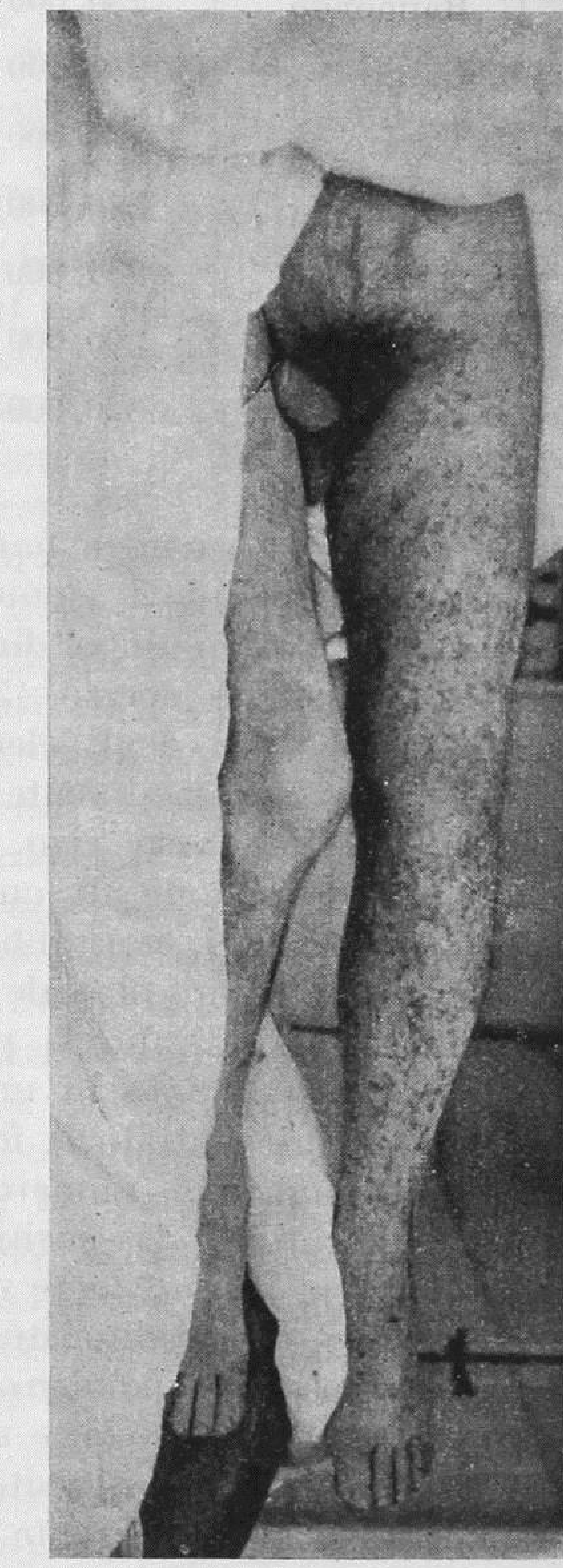
Il torace è ampio, a tipo enfisematoso, simmetrico ed abbastanza mobile. I polmoni presentano gli apici alla stessa altezza sulla prominente, mentre i limiti inferiori sono abbassati e poco espansibili. Il fremito toraco-vocale è poco trasmesso. Il suono polmonare è chiaro ed aumentato d'intensità in tutto l'ambito. Il murmure vescicolare è piuttosto indebolito ed accompagnato da scarsi rumori bronchiali secchi.

Il cuore non fa vedere nè palpare l'itto. La sua punta si delimita al V spazio intercostale, all'interno dell'emiclaveare. Il suo limite superiore sinistro è al terzo spazio intercostale sulla parasternale; il limite destro non oltrepassa il margine destro dello sterno. I toni cardiaci sono netti con qualche extrasistole.

L'addome non presenta nulla di anormale. Il fegato e la milza non sono ingrossati. Nulla di speciale esiste a carico del sistema nervoso e degli organi genitali.

Ricerche collaterali. Le urine dimostrano una leggera quantità di albumina senza emazie nè cilindri. I leucociti nel sangue sono 10.000, con polinucleati neutrofili 80 %, linfociti 14 %, monociti 6 %. La R. di Wassermann sul sangue risulta negativa. L'azotemia è 0,28 ‰. Le sierodiagnosi per tifo, paratifi e melitense sono negative. La sieroreazione di Weil-Felix in ottava giornata dà risultato negativo con tre stipiti diversi di Proteus X 19. La formula nucleare dei polimorfonucleati mostra una deviazione a sinistra dello schema di Arneth, con 44 % forme della prima classe, 48 % quelle della seconda, e 8 % quelle della terza classe. Le piastrine sono 270.000. Il tempo di emorragia, quello di coagulazione e la retrattilità del coagulo sono normali. Negative sono le prove di Koch, Hess e del colpo di martello. La prova del laccio è positiva in corrispondenza degli elementi eruttivi, producendo in molti di essi la comparsa di petecchie, mentre è negativa nella cute priva di esantema.

Decorso. — La malattia ha proseguito regolarmente con febbre alta remittente fino alla tredicesima giornata, mentre gli elementi eruttivi sono divenuti gradatamente meno evidenti. Dopo due giorni di leggere elevazioni termiche, quando sembrava che presto dovesse iniziarsi il periodo della convalescenza, il paziente ha cominciato ad avvertire dolore alla radice della coscia sinistra, irradiato a tutto l'arto. Così in sedicesima giornata di malattia, con nostra meraviglia, mentre si è avuta una ripresa della temperatura, sono comparse numerose petecchie, alcune delle quali abbastanza grandi, sparse su tutta la cute dell'arto inferiore sinistro, specialmente sulla superficie estensoria (v. figura).



Contemporaneamente l'arto si è andato tumefacendo, ed i suoi movimenti attivi e passivi sono divenuti assai dolorosi. Obbiettivamente in corrispondenza della regione inguino-crurale sinistra, lungo il decorso della vena femorale, si apprezzava l'esistenza di un cordone dolente alla palpazione. Questa complicazione della febbre eruttiva, di natura flebitica, ha decorso con febbre di media altezza, fortemente remittente, sino alla trentaduesima giornata dall'inizio della malattia, mentre le petecchie hanno presentato successivamente le consuete trasformazioni dei versamenti ematici. Ricordiamo che in ventiduesima giornata di malattia, durante il decorso della flebite, la sieroreazione di Weil-Felix in precedenza negativa, ha dato risultato fortemente positivo al titolo di 1:100 sino a 1:800; mediocremente positivo a quello di 1:1600; leggermente positivo a quello di 1:3200.

In seguito il malato ha continuato a presentare per una trentina di giorni basse elevazioni febbrili serali, finchè ha potuto lasciare l'ospedale dopo 68 giorni di malattia in condizioni di salute abbastanza buone.

Deduzioni.

Il caso illustrato appare interessante sotto vari aspetti. Anzitutto ha fornito la possibilità di osservare una complicazione flebitica, durante il decorso della febbre eruttiva. L'eventualità di tale complicazione, per quanto rara, è stata già segnalata da altri AA.

Jean Piéri (1928) ne ha riportato due casi con « i dolori e gli edemi abituali », che sono guariti completamente. A. Raybaud al Congresso internazionale d'Igiene mediterranea, tenuto a Marsiglia nel 1932, ha riferito un caso di febbre esantematica in cui, caduta la temperatura al decimo giorno di malattia, dopo quattro giorni è comparsa una pesantezza della gamba destra, accompagnata da gonfiore alla caviglia e da dolore al polpaccio. In seguito il dolore è risalito fino alla faccia interna della coscia. Dopo 15 giorni dall'inizio della complicazione, è stato ancora possibile riscontrare l'esistenza di un cordone duro, teso e dolente, lungo il decorso della vena safena esterna destra, esteso fino alla safena interna. L'A. ammette che la flebite sia legata all'evoluzione della malattia originale, ma afferma l'impossibilità di stabilirne la patogenesi, perchè, non conoscendosi ancora l'agente causale della febbre esantematica, è impossibile stabilire se la flebite debba essere attribuita al germe specifico o a qualche germe comune di sortita.

D. Olmer e J. Olmer (1933) hanno pure riferito due casi di flebite della femorale, in uno dei quali la complicazione è comparsa in ottava giornata di malattia, quando la temperatura cominciava ad abbassarsi. Ma la flebite è stata di lieve entità, tanto che dopo una decina di giorni la temperatura è ritornata allo stato normale, e dopo venticinque giorni l'arto è stato potuto mobilizzare.

Come si vede la flebite, complicante la febbre eruttiva, non è poi tanto eccezionale; però facciamo notare che nelle osservazioni precedenti gli AA. non hanno mai riscontrato alcuna modificazione dell'esantema esistente sull'arto malato. È questo appunto un altro aspetto interessante del nostro caso. Mentre tutte le ricerche speciali eseguite per mettere in evidenza uno stato emorragico generale, più o meno latente, sono risultate negative, soltanto il segno del laccio ha dimostrato la positività in sede degli elementi eruttivi, probabilmente per l'esistenza di un fattore locale di fragilità vascolare.

Orbene la conferma più sicura dell'interpretazione da noi data al comportamento del segno del laccio nella febbre eruttiva, si è avuta nel caso attuale colla comparsa di numerose petecchie sull'arto inferiore sinistro nel periodo iniziale della flebite, prima ancora che si manifestassero l'edema da stasi od altri disturbi circolatori. La complicazione quindi è apparsa con i segni della riproduzione in grande del fenomeno del laccio.

Si può perciò concludere che nel nostro caso, pur non esistendo alcun sintomo di condizione generale emorragipara, la flebite, creando un ostacolo alla circolazione venosa dell'arto, ha provocato la formazione di petecchie, essendo i capillari cutanei meno resistenti, per le alterazioni che in essi si verificano nel decorso della febbre eruttiva.

RIASSUNTO.

Riscontrata da vari Autori (Ceconi, Ancona, ecc.) l'esistenza nel tifo esantematico classico di uno stato emorragico generale, l'A. ha ricercato in 10 casi di febbre eruttiva o esantematica i sintomi vascolari ed ematici per accertare una condizione simile ed ha ottenuto risultati negativi, eccettuata la formazione (5 volte su 10) di emorragie puntiformi in corrispondenza degli elementi eruttivi cutanei. Giudica questo fenomeno dipendente da una condizione semplicemente locale di diminuita resistenza dei capillari ed a conferma riferisce un caso in cui, pur mancando le condizioni generali emorragipare, dopo la complicazione di flebite della femorale sinistra, sono comparse numerose petecchie sull'arto malato, mentre l'esantema del resto del corpo non presentava carattere emorragico.

BIBLIOGRAFIA.

Ancona G. *Il segno del laccio nel tifo esantematico.* Rivista critica di Clinica medica, anno XX, n. 31, pag. 361, 1919.

Baumgarten. *Feldärztlich Beil. Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 2, 1916.

Berghinz e Arrigoni. *Osservazioni sovra alcuni casi di tifo esantematico.* Rivista critica di Clinica medica, n. 26, pag. 300, 1919.

Boinet et J. Piéri. *La fièvre exanthématique du Littoral Méditerranéen. Étude clinique.* Le Journal Médical français, T. XVIII, n. 1, janvier 1929.

Cannavò. *Sulla febbre esantematica mediterranea.* Riforma Medica, n. 14, pag. 517, 1931.

Id. *Osservazioni e ricerche in un caso di febbre esantematica mediterranea.* Riforma Medica, n. 23, pag. 862, 1932.

Ceconi. *Per la diagnosi di tifo petecchiale.* Policlinico, sezione pratica, n. 19, 1931.

Corinaldesi. *Sulla febbre esantematica mediterranea.* Policlinico, sezione pratica, n. 34, p. 1229, 1931.

Dietsch C. Münchener Medizinische Wochenschr., n. 36, 1915.

FRAENKEL E. *Zur pathologische Anatomie des Fleckfiebers.* M. Med. Woch., 1921.
FIGAI *Osservazioni sul tifo esantematico e sulla reazione di Weil-Felix.* Annali d'Igiene, vol. XXIX, pag. 145, 1919.
FRUGONI. *Febbre bottonosa e Sodòku.* Lezione clinica. Policlinico, Sez. pratica, n. 1 gennaio 1935.
FRUGONI e GIUGNI. *Le signe du lacet.* Sémaine médicale, n. 3, 1911.
MURCHISON. *Le typhus exanthematique.* Traduit et annoté par Thoinot et Dubief; O. Doin, Paris, 1896.
PECORI. *Note su alcuni casi di una forma morbosa riferibile alla malattia di Brill osservati in Roma (dermotifo estivo non diffusibile).* Annali d'Igiene, n. 1, pag. 1, Roma, 1929.
POROT et VULLIEN. *Le typhus exanthématique. Étude clinique sur 46 cas.* Tunisie Médicale, février et mars 1911.
POROT. *A propos des signes cliniques du typhus exanthématique.* Paris Médical, T. XXXIII, pagina 380, 1919.
ROSTOSKI. *Feldärzliche Beil.* Münchener Medizinische Wochenschrift, 13 märs 1917.
SCHITTENHELM. A. *Il tifo esantematico.* In Mohr e Stachelin. « Trattato di medicina interna », v. I, parte I; Soc. Ed. Libraria, Milano, 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE AL MARE DI LIDO

Osteomielite pandiafisaria della tibia, resezione totale, rigenerazione completa dell'osso.

Dott. GAETANO MOCCIA, chirurgo primario agg.

Desidero rendere noto un caso interessante di osteomielite grave della tibia trattato colla resezione diafisaria totale di essa perchè si presta a fare varie considerazioni sia sul trattamento della malattia che sulla facoltà rigenerativa dell'osso resecato.

Trattasi di un giovanetto di 16 anni che fu colpito circa due anni e mezzo fa da osteomielite acuta della tibia sinistra non preceduta nè da traumi nè da malattie settiche degne di nota. Dopo circa un mese dall'inizio del processo venne operato di trapanazione da un collega che durante l'intervento, come si vede dalla radiografia, fratturò l'osso in corrispondenza del suo III superiore. Non faccio colpa al collega dell'infortunio che, date le condizioni dell'osso, era pressochè inevitabile, ma gli addebito piuttosto l'errore di averci dopo circa due anni di degenza nel suo Ospedale inviato l'ammalato con un arto ciondolante per la pseudoartrosi secondaria alla frattura, ampiamente e diffusamente fistolizzato ed abbondantemente secernente, con una netta dichiarazione che solo la cura eliomarina avrebbe potuto guarirlo. Egli lo avrebbe certamente rioperato se avesse conosciuto quanto noi per lunga e larga esperienza andiamo dicendo da anni, che cioè le osteomieliti non sono suscettibili di guarigione con l'elioterapia la quale riesce sempre inutile, spesso dannosa. Perciò edotti dalla nostra esperienza decisi di operare senz'altro il paziente il giorno 11-XII-1934, qualche giorno dopo la sua entrata nell'Ospedale, e, poichè le alterazioni (come si vede nella fig. 1), erano così gravi e diffuse che una sequestrotomia per quanto generosa non avrebbe potuto dare che scarsissimi vantaggi prolungando ancora per anni ed anni la malattia, pensammo di resecare senz'altro tutta la diafisi



FIG. 1.

tibiale invasa dal processo per via sottoperiostale ripromettendoci di praticare in secondo tempo a processo spento o un'infibulazione o meglio un innesto mediante stecca ossea presa dall'altra tibia. Tutto l'arto fu immobilizzato in apparecchio gessato. Dopo circa una settimana venne aperta un'ampia finestra sulla gamba per tutto il tratto della ferita chirurgica che venne solo parzialmente drenata. In 12ª giornata fu allontanato completamente il drenaggio e medicato a piatto. Quando allontanammo, dopo circa tre mesi l'apparecchio, rimanemmo grandemente sorpresi constatando sia con l'esame clinico che con quello radiologico la completa rigenerazione dell'osso al punto che non era più riconoscibile neppure il vecchio focolaio di frattura, esito del 1° intervento (v. fig. 2). L'ammalato fu quindi il 1° del maggio c. a. dimesso cicatrizzato con un arto solido, con un minimo accorciamento e senza alcun apparecchio contentivo.

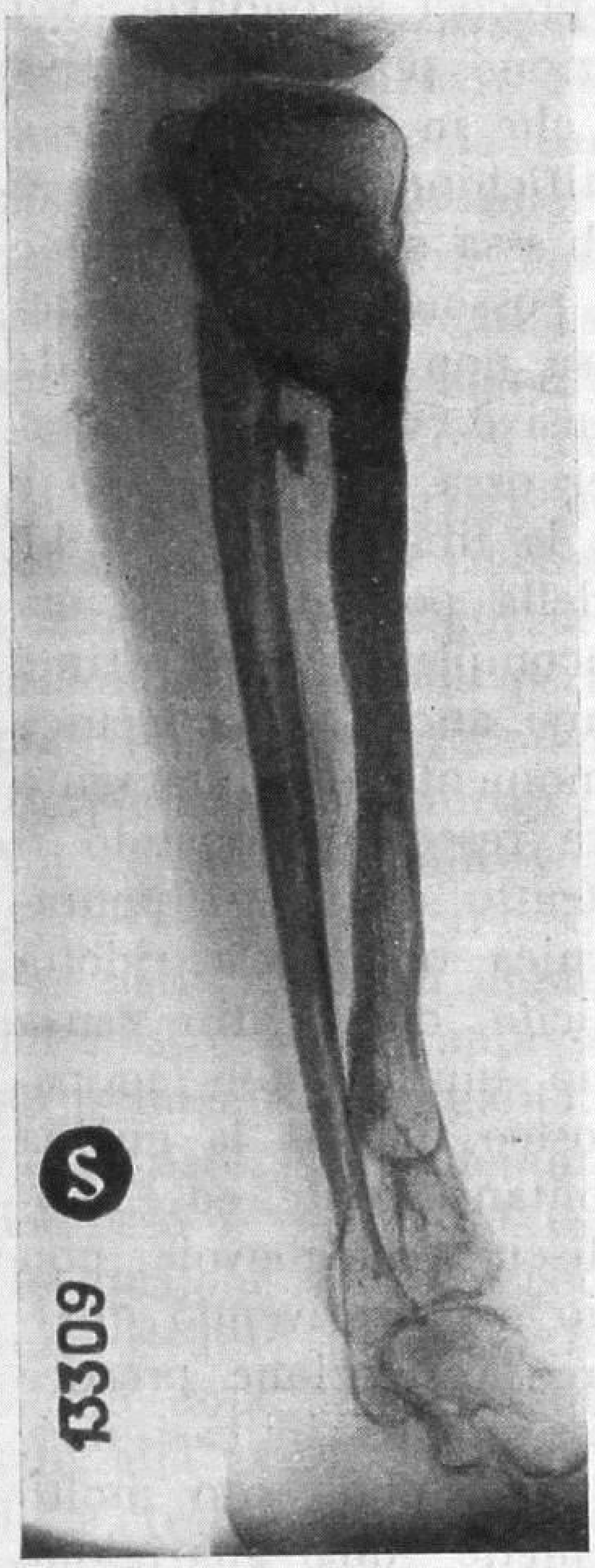


Fig. 2.

Il caso veramente interessante si presta a fare delle considerazioni di ordine anatomo-clinico che in definitiva si riferiscono soprattutto al trattamento delle osteomieliti.

La vecchia concezione di Lannelongue era che le alterazioni indotte simultaneamente sul midollo e sul tessuto osseo, donde il nome di osteomielite, rendono necessaria una trapanazione dell'osso, unico metodo razionale, efficace, inoffensivo che deve essere applicato con premura. La trapanazione larga venne applicata e sostenuta anche dal Broca e dal Leriche. Ma in seguito un'altra concezione si andò facendo strada specialmente in Germania per opera del Lexer, Ritner, Nusbaum, Rost, e in America, per opera dello Ochsner, Crile, Wilenski e Bancroft, quella cioè della necrosi primitiva dell'osso per fissazione di un embolo settico distaccatosi da un punto qualsiasi della superficie interna ed esterna del corpo. Risulterebbe da questa teoria che ogni trapanazione è nociva perchè capace di aumentare la distruzione arrestando la vascolarizzazione del territorio osseo indenne. Quindi secondo questi ultimi AA. nell'osteomielite non c'è da far altro che procedere all'apertura del focolaio, val quanto dire alla semplice incisione dell'ascesso sottoperiosteo. Vignard e Lasserre non fanno l'incisione d'urgenza, aspettano che l'ascesso sia formato o provocano degli ascessi di fissazione. Altri chirurghi aprono economicamente l'osso se sospettano l'infezione grave e si astengono dallo scucchiaiare il canale midollare temendo la disseminazione dell'infezione.

Abbiamo visto come i sunnominati AA. tedeschi ed americani abbiano rinunziato in ogni caso e sistematicamente alla trapanazione e si limitano ad aprire l'ascesso sottoperiosteo. Questa decisione per loro è sufficiente a drenare; i prodotti tossici, anche nel caso che il midollo sia infetto, sono drenati naturalmente dei canali di Havers, dalla profondità alla superficie.

In questi ultimi anni il Leveuf e il Bechet hanno addirittura rovesciata la posizione preconizzando la resezione precoce che deve essere distinta da quella tardiva. La resezione precoce è fatta prima che si sia prodotta una delimitazione netta tra l'osso vivo e il morto, cioè a dire prima dell'apparizione del sequestro. Ma il fatto importante è che la guaina periostea resti integra e pieghevole, senza cioè apposizione di letti apprezzabili di osso nuovo. In pratica queste condizioni sono realizzate nei primi due mesi di una osteomielite acuta. La resezione può essere primitiva, imposta dalla gravità delle condizioni generali e locali, può essere secondaria dopo il fallimento dei precedenti interventi. È del 1922 l'osservazione di Hallopeau che fece una resezione primitiva della diafisi omerale per una osteomielite subacuta; guarigione rapida, con ricostruzione dell'osso in un mese. L'essenziale è di non lasciare osso necrosato; quando la resezione è precoce il periostio non è alterato e l'osso si può rigenerare. Il buono stato del periostio è necessario per la rigenerazione dell'osso. La resezione offrirebbe il vantaggio di assicurare la guarigione dei fenomeni locali che compromettono così gravemente le condizioni dello stato generale. Essa è seguita dalla ricostituzione di un osso sano e mette al riparo da un'osteomielite prolungata.

Ma si è sempre sicuri di una rigenerazione ossea? Il Leveuf attribuisce la mancata rigenerazione, segnalata da parecchi chirurghi, ad errori di tecnica, ad operazioni incomplete o troppo tardive. Egli per es: insiste sul fatto

che nella resezione precoce non bisogna fare uso del raschiaperiostio; lo scollamento del periostio è sempre spontaneo. Lo stesso autore all'argomento del Lannelongue e di altri, che nelle resezioni precoci è difficile stabilire quale quantita di osso bisogna togliere perchè la resezione sia sufficiente senza essere eccessiva, oppone il criterio basato sull'estensione dello scollamento periosteo per fissare l'estensione della resezione. Egli pur ammettendo col Margolin, Beckel, Ollier e Lannelongue che là dove il periostio è scollato non si produce sempre la necrosi dell'osso, ritiene però che dove vi è necrosi il periostio è sempre scollato. Portando quindi la resezione su tutta l'estensione dell'osso deperiostato, si è ben certi di non lasciare sul posto osso necrosato, ciò che sarebbe il punto essenziale.

Noi riteniamo che sia esagerata l'opinione dei tedeschi che ogni trapanazione nell'osteomielite sia nociva. La teoria della necrosi primitiva racchiude solamente una parte di verità e i rimproveri fatti alla trapanazione immediata sembrano immeritati. Non è essa che causa una mortalità, dovuta unicamente alla forma tossica o setticemica acuta. Ne vien quindi questo problema: quando vi è un ascesso sottoperiosteo, conviene semplicemente inciderlo come vogliono i tedeschi e gli americani, o conviene anche trapanare? E ancora: malgrado sia sicura una diagnosi di osteomielite, dopo aperte le parti molli, non trovando alcuna alterazione periostale, si deve trapanare o no?

Secondo noi conviene trapanare. La trapanazione esploratrice, in caso di errore di diagnosi non ha nessun inconveniente. La trapanazione permette sia di scoprire e trattare un'osteomielite centrale, sia di arrivare dall'interno dell'osso pieno di pus sopra un ascesso sottoperiostale passato fino allora inosservato.

Che una trapanazione ossea in caso di errore di diagnosi non sia un inconveniente serio, lo dimostra il fatto che non si rischia un'infezione midollare se si trapana in un mezzo non infetto.

Ma la trapanazione inizialmente non deve esser larga; non si tratterà quindi di una trapanazione esploratrice ma di una semplice perforazione. Se la diagnosi è esatta colla perforazione della diafisi si vede attraverso al piccolo orifizio scolare sotto pressione un liquido purulento e tipico che non ha alcuna rassomiglianza col midollo osseo. La quantità di questo pus può essere tale che si resta meravigliati come il canale midollare dei bambini possa contenerlo. L'esistenza di questa osteomielite centrale con assenza di ascesso sottoperiostale dimostra come sia esagerata la tesi dei tedeschi che vogliono proscrivere la trapanazione nell'osteomielite acuta.

In quanto alla resezione, l'Ingerlans ha riunito 22 osservazioni di resezioni precoci primitive e 56 resezioni precoci secondarie. Noi riteniamo che la resezione precoce primitiva non deve essere usata che in casi rarissimi e nelle forme che giustifichino l'amputazione. Nè si può affermare ch'essa sia un'operazione radicale; altri focolai possono evolvere ulteriormente. Quando essa non sia imposta da lesioni necrotiche estensive, un largo svuotamento è sufficiente per ossa come l'omero e sopratutto il femore e la tibia, anche perchè bisogna tener conto della possibilità di una rigenerazione ossea incompleta. Quest'ultima possibilità può verificarsi anche se la tecnica è stata perfetta e il momento dell'intervento era ottimo cioè a dire resecando quando il periosteo non era distrutto da una suppurazione grave, e la tecnica operatoria ridotta alla più grande semplicità, cioè a dire senza fare alcun traumatismo inutile, non adoperando mai raschiaperiosteo, poichè la guaina periostale è scollata spontaneamente, ed è conservata perfettamente liscia e pieghevole, non usando alcun drenaggio e proscrivendo qualsiasi antisettico. Mentre la resezione precoce primitiva, secondo noi, va fatta in casi rari, quella secondaria può avere un esito molto favorevole poichè permette una guarigione completa in 5 o 6 mesi, e preserva l'ammalato da ulteriori interventi e da lunghissime suppurazioni. E poichè anche in questo periodo il periostio è ben conservato, si può ottenere come nella resezione precoce una rigenerazione ossea completa senza andare incontro agli inconvenienti di quest'ultima, fatta cioè in un periodo in cui non c'è ancora una netta delimitazione fra osso vivo ed osso morto. Che anzi secondo l'Ollier l'irritazione moderata, che la presenza di osso morto determina sul periostio, eccita lo sviluppo degli elementi dell'ossificazione, per cui alcuni AA., seguendo questo principio, si sforzavano, dopo una resezione, di irritare il potere osteogenetico del periostio riempiendo la guaina di stoppini imbevuti di prodotti vari: polvere d'iodoformio, tamponi imbevuti di acqua borica, lembi periostali prelevati dall'uomo o dall'animale ecc. Questi ultimi provvedimenti a noi sembrano esagerati poi-

chè favorirebbero il prolungarsi della suppurazione.

Tutti sono d'accordo che la resezione sia primitiva che secondaria deve essere precoce, cioè a dire fatta quando il periostio non sia profondamente alterato. Ma il mio caso dimostra che si può intervenire anche tardivamente e con brillante successo, quando la radiografia mette in evidenza l'estensione del segmento da estirpare e quando si è sicuri di poter risparmiare la cartilagine di coniugazione. Con questo intervento si può far rinascere a nuova vita ammalati che altrimenti sarebbero condannati a ripetuti interventi spesso inani e a suppurazioni decennali.

Con una resezione tardiva si può, come nel nostro caso, avere una guarigione in pochi mesi con una rigenerazione completa dell'osso e, anche se questa non avvenisse per la profonda alterazione periostale, si potrà sempre intervenire secondariamente a processo completamente esaurito con un innesto osseo. Noi certamente non vogliamo sostenere che la rigenerazione dell'osso sia una regola, anzi essa nelle resezioni molto tardive come quella del nostro caso, rappresenta una rarissima e sorprendente eventualità.

La parte preponderante nella rigenerazione dell'osso è dovuta al periostio; è bensì vero che qualche volta l'aspetto ad orologio a polvere assunto dall'osso incompletamente rigenerato dopo una resezione, ci ha fatto pensare alla possibilità che anche la cartilagine di accrescimento possa contribuire alla ricostituzione dell'osso. Ma il periostio rimane sempre l'agente preponderante della rigenerazione. In virtù dell'attività produttiva del suo strato profondo (strato osteogeno di Ollier, midollo sottoperiosteo di Ranvier) che il Duhamelle aveva paragonato al cambio di vegetali in quanto che le lamine di osso nuovo si sarebbero formate da esso in quello stesso modo che le lamine concentriche delle piante a fusto legnoso si costituiscono per una organizzazione del cambio. Il Cruveilhier confermò sperimentalmente il valore del periostio nell'ossificazione riparatrice e fin dal 1839 Heine (di Wurtzbürg) lo dimostrò con una serie di esperienze che incominciate con lo scopo di studiare la formazione del callo lo trascinarono alla scoperta della rigenerazione dell'osso dopo la resezione sottoperiostea.

Qual'è la forma dell'osso ricostituito? Alcuni AA. notano che ora l'osso rigenerato è più sottile di quello del lato opposto, ora che l'osso è voluminoso con delle iperostosi. Ma questi semplici aspetti radiografici non modificano l'aspetto esteriore dell'arto nè la direzione dell'asse di sostegno. Possiamo anche dire che la morfologia del tessuto osseo a contatto della cartilagine di coniugazione ci è sembrata del tutto normale e l'attività di quest'ultima non sembra modificata.

Le minaccie di deformazione per azione preponderante di un gruppo muscolare su di un arto in cui una parte dello scheletro è stata soppressa, possono essere evitate con dei procedimenti ortopedici. Ci resta da osservare un ultimo punto riferentesi alla qualità del tessuto osseo ricostituito. Sulla radiografia che noi abbiamo fatto dopo 4-5 mesi dalla resezione, l'osso nuovo è manifestamente compatto come la guaina d'invaginazione di un sequestro voluminoso di una diafisi. Ma abbiamo potuto riscontrare in una radiografia dell'omero fatta in un operato di Hallopeau, dopo tre anni e mezzo da una resezione, il fatto estremamente curioso, cioè a dire la ricostituzione di un canale midollare di dimensioni abituali non solo, ma la morfologia dell'osso nuovo del tutto uguale a quella dell'omero normale.

Ed ora un'ultima osservazione.

Si è voluto da molti AA. condannare la resezione perchè essa sopprimerebbe la crescenza dell'osso cosa che si verificherebbe tanto più gravemente quando si opera in soggetto giovane. Ma l'esperienza dimostra che si ha avuto torto a condannare tutti i casi di resezione per questa ragione. Se questa è giusta quando si dovesse procedere alla simultanea resezione della diafisi e della epifisi, non è così quando invece la resezione non interessa la cartilagine di coniugazione. È vero che nella maggioranza dei casi si registra un certo grado di raccorciamento, ma questo è sempre minimo e, se dovesse essere notevole, dovrebbe essere attribuito ad errore di tecnica, cioè a dire alla retrazione di una guaina periostea pieghevole sotto l'influenza della tonicità muscolare, cosa che si può evitare in grande misura usando delle cure ortopediche appropriate (estensione continua, apparecchi gessati). Quando si tratta invece di resecare simultaneamente la diafisi e l'epifisi, il raccorciamento è inevitabile e in un soggetto giovane la soppressione delle due cartilagini di coniugazione conduce a dei disastri. Ed anche quando una sola cartilagine è stata resecata non si deve contare sull'iperattività compensatrice della cartilagine rispettata. In

questo caso il problema che si pone è di decidere se vale meglio conservare un arto enormemente raccorciato o fare un'amputazione immediata. Ma noi siamo convinti che se si pone a tempo l'indicazione di una resezione della diafisi, operazione di scelta, la resezione simultanea della diafisi e della epifisi, operazione di necessità per l'invasione di quest'ultima, potrà essere evitata.

RIASSUNTO.

L'A. pubblica un caso interessantissimo di osteomielite grave pandiafisaria della tibia trattato colla resezione totale della diafisi in cui si ebbe dopo circa tre mesi completa ricostituzione dell'osso.

Il caso si presta a fare varie considerazioni sulla cura delle osteomieliti e specialmente sul trattamento di esse mediante resezioni precoci secondarie o tardive e sulla eventualità o meno della rigenerazione dell'osso dopo di esse.

BIBLIOGRAFIA.

1812 VIGAROUS. *Oeuvres de Chirurgie pratique.* Montpellier, 1912 (1 Observation).
1866 HOLMES. Lancet, 31 mars 1866, p. 340 (1 Observation).
1875 DUPLAY. Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, 13 octobre 1875 (1 Observation).
1875 AYMERS MACDOUGALL. Edimbourg Med. Journal, mai 1875, p. 99 (1 Observation).
1878 BOCKENHEIMER. Deutsch. Med. Woch., 1878 (1 Observation).
1879 PARONA. Giornale di R. Acad. Med. Torino, 1879, p. 514 (1 Observation).
1880 FAUCON (de Lille). Mémoire couronné par l'Academie de Belgique, 1880 (1 Observation).
1885 TH. ANGER. Congrès français de Chirurgie, 1885 (1 Observation).
1885. CERNÉ (de Rouen). Id. id. (1 Observation).
1888 QUENU. Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, 1888, p. 760 (1 Observation).
1888 PAMARD (d'Avignon). Congrès français de Chirurgie, 1888 (1 Observation).
1889 GERARD MARCHANT. Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1889, p. 139 (5 Observations).
1889 PONCET. Congrès français de Chirurgie, 1889, et Traité de Resections d'Ollier, t. III, p. 415 (2 Observations).
1890 LANDI. Bollettino delle Cliniche Milano, 1890, p. 6 (1 Observation).
1890 NEGRETTO. Gazzetta degli Ospedali Milano, 1890, p. 610 (1 Observation).
1892 CHARVOT. Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Paris, 1892, p. 808 (1 Observation).
1897 OLLIER. Bull. de l'Acad. de Médecine, 1897, p. 595 (1 Observation).
1898 PAULIDES. Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris, novembre 1898 (Rapport de Walther) (1 Observation).
1900 STOUFFS. Presse Médicale Belge, 1900 (1 Observation).
1901 ALEXANDROWICZ. Thèse de Montpellier, 1901-1902, n. 72 (1 Observation de Forgue; 1 Observation de Gilis-Estor).
1901 BARTHEZ. Thèse de Paris, 1901-1902 (3 Observations de Marion).
1902 BERNDT. Münch. Med. Woch., 1902, t. XIII, p. 516 (4 Observations).
1909 JEANNEL. Province Médicale, 16 août 1909 (2 Observations).
1909 JOTKOWITZ. Deutsch. Zeit. f. Chirurgie, 1909, t. III, p. 217 (1 Observation).
1911 HARDOUIN. Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris, 1911, p. 1358 (Rapport Walther) (1 Observation).
1922 HALLOPEAU. Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Paris, février 1922 (1 Observation).

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE VITTORIO EMANUELE III - MATERA
REPARTO MEDICO

Sulla vaccinoterapia endovenosa delle brucellosi.

Dott. A. GUERRICCHIO, primario

Nel recentissimo Congresso di Medicina Interna abbiamo assistito ad una lunga discussione sulla vaccino- e proteinoterapia delle malattie infettive; ma, in verità, non può dirsi che dal dibattito siano scaturite idee nuove o nuove direttive, tranne forse per quanto riguarda la vaccinoterapia endovenosa della febbre ondulante.

Su questo metodo di cura la grande maggioranza degli interlocutori ha espresso essenzialmente parere favorevole, e, se qualche voce discorde si è levata, essa non è valsa ad infirmare la sostanziale bontà del metodo, al quale non può naturalmente attribuirsi un'assoluta infallibilità che non può riconoscersi, del resto, neanche al più *specifico* dei mezzi terapeutici oggi conosciuti.

Il metodo, come vivacemente è stato rilevato da Jemma, è certamente vecchio, ma va senza dubbio ad alcuni studiosi italiani il merito di averlo rivalorizzato e rielaborato con opportune modificazioni con le quali è attualmente possibile il conseguimento di risultati fino a ieri irraggiungibili. Il merito spetta alla Scuola di Ferrata, e specialmente al Di Guglielmo il quale, con la larga esperienza fornitagli dalla Clinica di Catania, ha potuto fissare alcune norme di fondamentale importanza nell'applicazione del metodo, richiamandovi incessantemente l'attenzione dei medici con reiterate comunicazioni sue e dei suoi allievi.

Il Ferrata, illustrando al Congresso la sua relazione, ha ripetutamente invocata la collaborazione dei pratici e li ha invitati a render noti i risultati delle loro esperienze, ed è perciò che credo opportuno riferire qui quanto ho avuto occasione di osservare in più di un anno di vaccinoterapia per via endovenosa dei casi di brucellosi a me occorsi nel reparto ospedaliero e in clientela privata.

Si tratta di 13 casi, tutti accuratamente seguiti e, diciamolo subito, tutti completamente guariti con le iniezioni endovenose di vaccino.

La diagnosi è stata sempre accertata mediante l'agglutinazione fino ad alto titolo con ceppi di br. melitensis e abortus. In un caso (P. Assunta, di a. 29) sul quale fra breve ritorneremo, la malattia datava da più di 4 mesi e si era mostrata ribelle ai più diversi ed energici rimedi aspecifici; negli altri si trattava di forme relativamente recenti, da 15 a 30 giorni.

Per quanto riguarda l'età, i casi vanno da un minimo di 12 anni (G. Egidio) ad un massimo di 67 anni (Q. Antonio); uno (R. Bruna di a. 23) presentava anche doppio vizio mitralico da infezione reumatica pregressa, due altri (C. Maria di a. 58 e M. Antonio di a. 61) segni di arteriosclerosi diffusa con ipertensione, polso aritmico, tracce di albumina e qualche cilindro ialino nelle urine.

Secondo le norme dettate da Bianchi e ribadite poi da Di Guglielmo, abbiamo iniziata la cura con la iniezione di dosi piccole (2-5 milioni di germi) *iniezioni di prova*, per passare rapidamente alle *iniezioni efficaci*, tali cioè da provocare reazioni febbrili da 39° a 40°-40°,5. In genere, non abbiamo ripetuta la stessa dose se non raramente, in caso di iperpiressia (41° 41°,3) o in soggetti molto defedati; abbiamo invece spesso saltata la dose intermedia. Abbiamo anche talvolta, specialmente all'inizio della cura, ridotto l'intervallo fra le iniezioni a due giorni soltanto, per allungarlo poi fino a 6-7 giorni, e durante l'acme febbrile le forze cardiache sono state sostenute secondo il bisogno. Ottenuto lo sfebbramento, sono state sempre praticate 2 o 3 *iniezioni di sicurezza*, così che non abbiamo registrato nessun caso di recidiva o di ricaduta.

La durata della cura è stata in media di un mese; in un caso (T. Maria di a. 52), abbiamo ottenuta la guarigione con due sole iniezioni (5 e 25 milioni di germi); in un altro caso invece (L. Antonio di anni 30, figlio della precedente, malato contemporaneamente alla madre) è stato necessario prolungare la cura per circa due mesi, con 13 iniezioni di vaccino, spingendo le dosi fino a 110 milioni di germi.

Incidenti e complicazioni direttamente attribuibili alle iniezioni endovenose di vaccino non ne abbiamo osservati, ma, a questo proposito, ritengo necessario riferire i due casi seguenti.

Uno riguarda il malato a cui abbiamo or ora accennato, L. Antonio di anni 30, con siero-agglutinazione positiva per il b. di Bang fino ad altissimo titolo (1:3000) e per il m. di Bruce fino al titolo 1:500, nel quale, dopo la terza iniezione di vaccino, si manifestò, insieme con un notevole aggravamento delle condizioni generali, violentissima ischialgia destra a tipo radicolare ribelle anche alla morfina e, quasi contemporaneamente, dolorosissima orchite a sinistra. Tali fenomeni andarono poi lentamente attenuandosi nel corso

della cura vaccinica che, come già si è accennato, ebbe una durata particolarmente lunga.

Sulla possibilità dell'insorgenza di siffatte complicanze durante la cura vaccinica è ritornato anche recentemente il Di Guglielmo, il quale scrive di non saper ancora dire se si tratti di fenomeni legati direttamente alla cura o da essa del tutto indipendenti; se, cioè, si tratti delle solite complicanze così frequenti nella brucellosi o non piuttosto di fatti di sensibilizzazione e quindi direttamente provocati dalla terapia specifica. Il Di Guglielmo, considerando la rapidità con la quale tali complicanze guariscono continuando la stessa terapia, si mostra in definitiva propenso a ritenerle indipendenti dalla cura vaccinica.

Nel mio caso i fenomeni si manifestarono come vere reazioni di focolaio, in quanto apparvero subitaneamente con l'acme della reazione febbrile provocata dalla terza iniezione di vaccino, per cedere alla cura così lentamente che l'ischialgia perdurò violenta per circa un mese. D'altra parte — senza escludere affatto una fortuita casualità — è forse degno di rilievo il fatto che proprio in questo caso io ho avuto ad osservare per la prima volta l'orchite che è certamente qui, in Lucania, una complicanza estremamente rara dell'infezione brucellare, poichè in circa quindici anni io non l'avevo ancor vista.

Nel secondo caso, si tratta di un soggetto, Q. Antonio, di anni 67, piuttosto obeso, antico bevitore, già curato per quasi un mese con alte dosi di chinina e con preparati antimalarici sintetici, nel quale ottenemmo la guarigione senza incidenti in un mese di terapia vaccinica, con dosi massime di 100 milioni di germi. Senonchè, verso gli ultimi giorni di malattia si manifestarono i sintomi iniziali di un'epatite, che andò poi durante la convalescenza rapidamente evolvendo verso il quadro di una cirrosi epatica atrofica.

In questo infermo evidentemente il processo cirrotico era in stato di latenza, e l'infezione brucellare, con la sua ben nota lesività per il fegato, ne ha accelerato il decorso. Ma non può forse del tutto escludersi che in ciò abbia avuta la sua sia pur piccola parte anche la terapia vaccinica endovenosa per la sua potente azione sui fattori dell'equilibrio immunitario, fra i quali, secondo i moderni studi, un posto di prima importanza occupa la cellula epatica. Il nostro caso si differenzia da quello descritto dal Pontoni in cui si ebbe completo insuccesso della cura vaccinica endovenosa, attribuito dall'autore ad inadeguata attività dell'apparato reticolo-istiocitario ed ad alterata funzione epatocellulare, poichè la cura ebbe favorevole risultato, per quanto forse attraverso un deleterio affaticamento delle già minorate capacità funzionali del fegato.

Vogliamo da ultimo accennare con qualche dettaglio ad un caso che si presta ad utili considerazioni circa la dibattuta questione del meccanismo d'azione della vaccinoterapia endovenosa delle brucellosi e di altre malattie infettive.

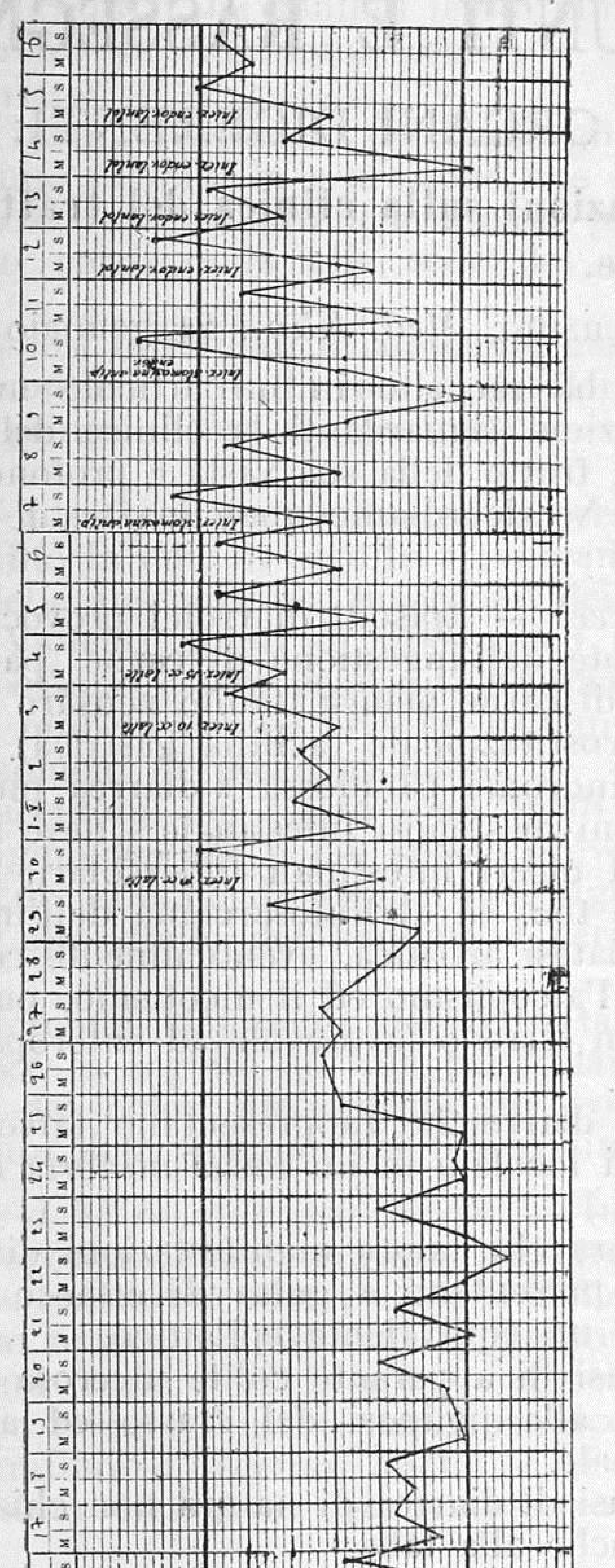
Si tratta di una donna, P. Assunta, di anni 29, senza precedenti morbosi degni di nota, la quale in sette anni di matrimonio ha avuto undici aborti, malgrado diverse cure antiluetiche ed opoterapiche consigliate da parecchi ginecologi, nonostante l'esito costantemente negativo della Wassermann in lei e nel marito. Di questi aborti, nove hanno avuto decorso normale, gli ultimi due sono stati invece accompagnati da imponente emorragia e seguiti da violenti accessi febbrili.

In occasione dell'ultimo aborto, nel febbraio scorso, fu ricoverata d'urgenza del Reparto ostetrico dell'Ospedale, ove fu curata per una forma febbrile a tipo settico, e ne fu dimessa apparentemente guarita dopo venti giorni di degenza. Senonchè, fu costretta a rientrarvi dopo pochi giorni, il 28 marzo, per il ritorno della febbre. Rimase nel Reparto due mesi, durante i quali, per una febbre che si presentava tutti i giorni, preceduta da brividi e rimetteva con profusi sudori, le fu praticato un ascesso di fissazione che parve giovarle. Ma il riaccendersi di alte temperature costrinse ben presto i curanti a metter mano ad altri mezzi terapeutici, e si passò quindi dalle iniezioni di latte a quelle di stomosina antipiogene, a quelle endovenose di rodio colloidale.

Come si rileva dalla grafica della temperatura, tutte queste iniezioni furono regolarmente seguite da violente reazioni febbrili (40°-40°,7), ma dopo di esse l'attesa apiressia non si verificava, e la curva febbrile riprendeva ostinatamente il suo monotono decorso. Finalmente, l'assoluto silenzio della sfera genitale indusse i curanti a trasferire l'inferma nel nostro Reparto ove la ricevemmo il 26 maggio, ed ove le praticammo senza indugio l'esame sierologico che ci rivelò un'agglutinazione positiva per il b. di Bang fino al titolo 1:2500 e per il m. di Bruce fino al titolo 1:1000. Il giorno 29 dello stesso mese iniziammo la terapia vaccinica specifica per via endovenosa, e uno sguardo alla grafica è sufficiente, più di qualsiasi descrizione, a dare un'idea della rapidità con la quale questa cura condusse a guarigione l'inferma: quattro sole iniezioni efficaci bastarono per risolvere un problema terapeutico che si era fatto, dopo tre mesi di vani tentativi, veramente assillante.

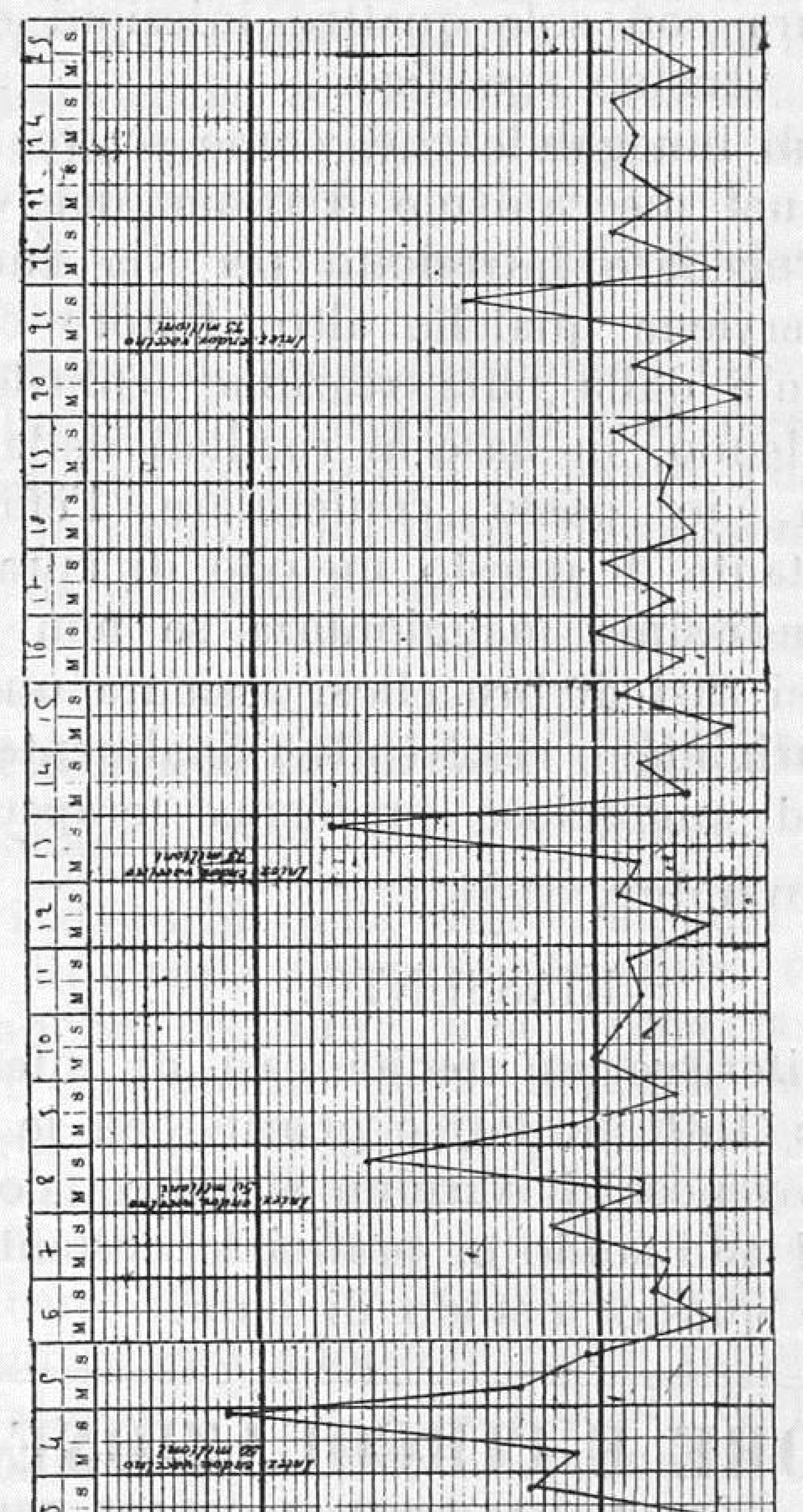
A me sembra che questo caso dimostri in modo brillante l'intervento di un fattore specifico nel meccanismo d'azione della vaccinoterapia endovenosa delle brucellosi.

Sono note le lunghe discussioni sul modo d'agire delle iniezioni di vaccino, discussioni che risentono inevitabilmente delle numerose incertezze che rendono arduo ed oscuro ogni problema immunitario. Secondo la maggioranza degli autori l'azione dei vaccini sarebbe di natura essenzialmente aspecifica, dovuta alle proteine prodotte dalla disintegrazione dei corpi batterici, le quali agirebbero con un meccanismo di desensibilizzazione nell'organismo in stato allergico, attraverso l'insorgenza di fenomeni più o meno violenti locali e generali (crisi emoclasica, iperpiressia). Secondo altri si tratterebbe invece di fenomeni



GRAFICA I. (P. Assunta)

strettamente specifici, perchè si verificherebbero in quanto le proteine funzionanti da antigeni sono omologhe a quelle del germe verso il quale l'organismo si è sensibilizzato nel corso dell'infezione.



GRAFICA II. (P. Assunta)

Per quanto riguarda l'infezione brucellare, le osservazioni di Bianchi e Cattaneo e quelle di Signorelli sembrano favorevoli ad un carattere di specificità della reazione febbrile prodotta dalla iniezione endovenosa di vacci-

no, sebbene tale specificità non sia così spiccata come dapprima si era creduto.

Nel nostro caso l'infezione persisteva tenacemente, nonostante un ascesso di fissazione e violenti accessi febbrili determinati da iniezioni di diverse proteine aspecifiche, mentre si ebbe immediata e duratura caduta della temperatura con sole quattro iniezioni endovenose di vaccino specifico.

È quindi innegabile che, come scrive il Signorelli, nel meccanismo d'azione del vaccino antibrucellare introdotto per via endovenosa, interviene qualche altro fattore che è indipendente dalla pura reazione febbrile.

Concludendo, in base ai risultati della mia esperienza, io posso confermare l'efficacia quasi costante di questo metodo di cura che nella grandissima maggioranza se non nella totalità dei casi di brucellosi assicura una rapida guarigione, risolvendo finalmente un annoso ed angoscioso problema terapeutico.

25 novembre, 1934.

RIASSUNTO.

L'A., riferisce su tredici casi di infezione brucellare, tutti trattati e guariti con le iniezioni endovenose di vaccino specifico, confermando ed additando ai pratici la costante efficacia di questo metodo di cura.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Annotazioni sulla clinica del tratto digerente.

(R. SCHMIDT. *Med. Klin.*, 24 gennaio 1936).

L'A. ha raccolto in un articolo numerose osservazioni riguardanti la clinica delle enteropatie, frutto della sua vasta e profonda esperienza. Ne ricordiamo qualcuna tra le più inressanti.

Diarree. — Episodî diarroici provocati elettivamente dall'ingestione di carne ,particolarmente di carne bianca, fanno pensare all'acloridria costituzionale (achilia gastrica).

La sindrome paradossa « diarrea più manifestazioni di stenosi intestinale » deve far pensare ad ulceri intestinali tubercolari, alla peritonite tbc. ed al linfosarcoma dell'intestino.

La diatesi artritica, eventualmente combinata con l'alcoolismo ed il nicotismo, può costituire un terreno favorevole ad enteropatie con diarrea.

Crisi diarroiche rappresentano talvolta reazioni di focolaio in un *locus minoris resistentiae.*

Sembra che talora manifestazioni diarroiche che si presentano a guisa di attacco rappresentino un equivalente epilettico.

In casi di apparente colite ulcerosa pensare sempre alla poliposi del crasso ed alla tbc. intestinale.

In casi di diarrea di natura non chiara pensare anche alla tabe.

Flatulenza, meteorismo, addome a tamburo. — Come tonico delle pareti intestinali in caso di meteorismo spesso il freddo umido agisce meglio delle applicazioni calde.

La flatulenza è spesso legata al terreno artritico.

Un rigonfiamento acuto dell'addome con forte tensione delle pareti (addome a tamburo) può insorgere in seguito ad emozioni psichiche, influssi alimentari ecc. ed improvvisamente scomparire senza modificazioni del contenuto in aria dell'intestino: si tratta probabilmente di oscillazioni di tono del tubo digerente e della parete addominale ed eventualmente di un maggiore afflusso di sangue nell'addome per influenze vasomotorie.

Le iniezioni di canfora nei casi di addome a tamburo acuto funzionale provocano per lo più una rapida ed evidente diminuzione di volume dell'addome.

Le verdure produttrici di flatulenza, come il cavolo, perdono questa loro proprietà se si butta via la prima acqua di cottura.

Stenosi intestinali e coliche da stenosi. — Il punto di origine delle coliche da stenosi non dice nulla sulla sede della stenosi.

Tumori primitivi dei genitali femminili possono simulare un carcinoma profondo stenosante del retto.

Nel carcinoma stenosante del tenue gli ammalati hanno talvolta la sensazione che i gas arrivino solo fino ad un determinato punto, che spesso corrisponde alla sede del carcinoma.

Nelle stenosi intestinali il contenuto gastrico vomitato contiene talvolta una netta flora intestinale, prima ancora di assumere un odore fecaloide.

Coliche intestinali da stenosi spesso cessano nel momento in cui, in seguito a svuotamento parziale delle anse distese, insorgono dei borborigmi. Violenti dolori di tipo colico intermittenti possono essere provocati da una piccola ernia ombelicale che presenti di tempo in tempo fenomeni di incarceramento.

Tra i carcinomi del crasso sono quelli della flessura sigmoidea che il più spesso provocano precocemente coliche da stenosi con rigonfiamento di alto grado dell'addome e peristalsi intensa.

Nei carcinomi stenosanti del retto talvolta si stabilisce in seguito ad una particolare distensione del colon discendente un evidente inarcamento della regione del fianco sinistro.

Malattie della regione ileo-ciecale. — In caso di dolori spontanei nella regione ileo-ciecale e di leggera sensibilità alla pressione della medesima, se manca un evidente aumento della temperatura (sotto i 38°) e se le condizioni generali sono buone, l'intervento chirurgico non riveste carattere d'urgenza, anche se si tratta di uno stato irritativo del processo vermicolare.

Non si dimentichi prima di intervenire per appendicite di porsi la domanda se non si tratti di una malattia del bacinetto (pielite o nefrolitiasi): in favore di quest'ultima parlano la dolorabilità alla pressione della regione del fianco, il segno di Giordano ed i risultati dell'esame delle urine; i disturbi urinarî possono eccezionalmente mancare.

Dolori addominali di origine dietetico-dispeptica, dovuti ad un errore dietetico, cessano per lo più dopo la defecazione: se invece perdurano bisogna anche pensare ad un'origine appendicolare dei dolori.

Una nausea apparentemente senza motivi può essere condizionata da un'appendicite acuta.

Anche dopo ablazione dell'appendice possono insorgere occasionalmente nel periodo premestruale dolori nella regione appendicolare, con irradiazione verso la coscia destra, che possono far pensare erroneamente all'appendicite: bisogna tenere presente l'eventuale dipendenza di simili dolori dall'atto mestruale.

Dolori nella regione appendicolare durante la defecazione possono essere il primo sintomo di una appendicite iniziale o l'ultimo sintomo di un'appendicite in via di regressione.

Nella perforazione da appendicite gangrenosa con tensione enorme dell'addome può anche mancare una particolare sensibilità alla pressione della regione ileo-ciecale: la dolorabilità durante i movimenti dell'arto inferiore corrispondente può in simili casi rappresentare un importante sintoma locale.

Parassiti intestinali ed altro. — La diazoreazione può rappresentare un importante argomento in favore della natura tbc. di una malattia ileo-ciecale. Si riscontra eccezionalmente anche nella gastro-enterite acuta e nella salpingite gonococcica.

Il caffè e la birra hanno azione sfavorevole sulle emorroidi.

I portatori di tenia presentano talvolta una sensibilità elettiva rispetto al vino rosso ed al caffè. Crampi addominali di natura poco chiara con lievi elevazioni termiche possono essere causati da presenza di ascaridi.

M. NUNBERG.

Il trattamento colloidale della dispepsia.

(H. SCHEER. *Med. Well*, 4 gennaio 1936).

Tra i disturbi della digestione del lattante stanno in prima linea le dispepsie, che possono anche costituire una minaccia per la vita: il trattamento della dispepsia ha perciò un posto dominante nella pediatria ed è una caratteristica degli ultimi anni che questa terapia è stata condotta quasi esclusivamente con misure dietetiche. Le varie miscele nutritive fino ad ora adoperate sono rappresentate essenzialmente dalle mucillagini, dalle varietà di latte magro acido ed infine dal latte albuminoso. I due fattori fondamentali che agiscono favorevolmente in questi tipi di alimentazione apparentemente del tutto differenti sono: 1) la diminuzione dei fattori che favoriscono la dispepsia, il grasso ed il lattosio; 2) un aumento delle sostanze ad azione antidispeptica. Quest'ultima proprietà spetta specialmente alle mucillagini di carboidrati, alle gelatine di carne e di ossa ed alle sostanze proteiche, che hanno in comune un alto peso molecolare: si sa d'altra parte che quanto più un corpo assume nella sua struttura caratteri colloidali, tanto più intensa è la sua attività antidispeptica.

Seguendo quest'ordine di idee l'A. ha saggiato l'attività antidispeptica di numerose sostanze con forti caratteri colloidali. Egli si è convinto che quanto più un alimento è capace di rigonfiarsi tanto meglio si manifesta la sua azione antidispeptica. Nel corso delle sue ricerche rivolte a trovare la sostanza più appropriata, ha dimostrato che una delle migliori azioni curative si ottiene con l'agar, gel vegetale ottenuto da un'alga: la sua attività è superiore a quella della gelatina, della gomma arabica ecc. L'A. ha così curato tutte le specie di dispepsia, da quelle primarie su base puramente enterica a quelle delle distrofie e delle atrofie ed a quelle parenterali nel de-

corso delle malattie infettive. Su 145 casi l'A. ha ottenuto la guarigione nei primi 5 giorni nel 91 % dei casi lievi, nel 47 % di quelli di media gravità, nel 33 % di quelli gravi: gli altri guarirono rispettivamente in 10 ed in 11 giorni.

Per ottenere l'azione ottimale e supplire alle deficienze dell'agar, l'A. ha fatto mettere in commercio una composizione di sostanze colloidali, tra le quali l'agar occupa il primo posto. Detto composto colloidale si può aggiungere sotto forma di polvere in adatta proporzione all'alimento del lattante (miscela di mucillagine e latte con aggiunta di zucchero). Con questa alimentazione si ottiene quanto segue:

1) Diminuzione della metà delle sostanze ad azione eventualmente dannosa, grasso e lattosio, in seguito alla diluizione a parti ~~uguali~~ uguali del latte con tenue mucillagine.

2) A questa miscela si aggiunge nella proporzione del 2 % la sostanza colloidale a forte azione antidispeptica sotto forma della composizione colloidale.

3) Le feci divengono più consistenti ed abbondanti, le evacuazioni più rare e cessa la perdita di acqua.

4) Con questa alimentazione il bambino riceve un nutrimento sufficiente.

5) Il bambino non perde ulteriormente peso.

6) Questo trattamento è adatto per tutte le varietà di dispepsia, qualunque sia la loro genesi. M. NUNBERG.

Sulla chirurgia del dolicocolon: l'emicolectomia splenica.

(NARD. *Bordeaux Chirurgical*, n. 4, pag. 322, 1935).

L'A., dopo aver accennato al quadro clinico di questa entità morbosa e dopo aver enumerato i vari tipi d'intervento proposti e attuati dai vari operatori, descrive il suo metodo, che egli chiama « emicolectomia splenica » e i cui vantaggi sarebbero: possibilità di resecare un lungo tratto di colon e di sigma (fino a metri 1,20) con una relativa piccola incisione che non indebolisce la parete addominale, senza grave traumatismo per l'ammalato e ricostituendo la cornice colica come essa si presenta normalmente. L'A. insiste sulla posizione da dare all'operando perchè l'operazione possa facilmente essere eseguita; egli la chiama « Trendelenburg laterale » e consiste nel mettere il tavolo operatorio in inclinazione laterale al massimo, con la curvatura usata per le operazioni renali: questa posizione renderà l'angolo splenico superficiale e facilmente aggredibile. Il chirurgo deve porsi a destra, di fronte al ventre del paziente. L'incisione, lunga circa 10 cm. è trasversale e va dall'estremità libera della XII costa S. al margine esterno del m. retto. Estrinsecato in tal modo facilmente l'epiploon, si procede allo scollamento colo-epiploico che deve essere molto esteso; quindi si scolla il colon discendente facendo delle trazioni su di esso fino a sezionare un'ultima briglia situata all'inizio del sigma: allora, con facilità, tutto il grosso intestino verrà fuori dalla ferita. La liberazione dell'angolo splenico non offre più alcuna difficoltà e l'A. afferma che per lo più non è necessaria alcuna legatura.

Si può allora lasciare come colon trasverso e come colon discendente una quantità d'intestino così tesa quanto è necessario. Sezionato il colon, l'A. sutura parzialmente a canna di fucile i monconi colici, che chiude con i piccoli schiacciatori di De Martel; questi vengono tolti in seconda giornata.

Facendo in tal modo, l'A. afferma che si ottiene il vantaggio di rendere meno grave l'intervento e si lascia un ano temporaneo per qualche settimana che funziona come valvola di sicurezza lasciando in riposo il colon discendente e l'ampolla rettale (che possono così riacquistare il loro tono normale) e permettendo dei lavaggi dall'alto in basso del colon ascendente. Dopo qualche tempo, questo ano viene chiuso.

Nel caso che esista anche una pericolite e che sia opportuno perciò drenare, il drenaggio è fatto posteriormente in modo da ottenere una cicatrice solida ed estetica.

L'A. ha potuto seguire alcuni di questi suoi operati per lungo tempo (fino a 10 anni) e afferma che essi non presentano più alcun disturbo, evacuano normalmente e presentano all'esame radioscopico una cornice colica perfettamente normale. Le radiografie annesse sono, effettivamente, molto dimostrative.

G. GENTILE.

Enterorragia come sintomo di una affezione del diverticolo di Meckel.

(CHESTERMANN. *Br. J. Surg.*, XXIII, 267, 1935).

L'A. osserva che il 2% dei cadaveri presenta un diverticolo di Meckel che nell'82% dei casi è libero, nel 10% è aderente, nell'8% presenta fistole o altre affezioni (occlusione, infiammazioni, neoplasmi ecc.). Mentre queste affezioni sono state oggetto di una estesa letteratura, l'enterorragia nel corso di esse non è stata considerata sufficientemente nella letteratura. Tale enterorragia invece può indirizzare con sufficiente sicurezza alla diagnosi di affezione del diverticolo.

Le affezioni del diverticolo che possono dar luogo ad enterorragia sono varie, in prima linea va ricordata l'ulcera peptica, essendo noto come in un gran numero di diverticoli di M. si riscontri mucosa gastrica aberrante. Poi vengono cause meccaniche [intussuscezione, infiammazione (tifosa, tbc.), tumori (carcinomi, sarcomi, miomi, adenomi)].

L'emorragia è copiosa, massiva, il sangue

è chiaro, con coaguli, la sindrome addominale concomitante non netta: si ha dolore modico, irregolarità della defecazione sia nel senso di una diarrea che di stipsi. Tipica è la negatività completa sia dell'esame obiettivo che di quello radiologico. Altro carattere importante è quello dell'età; tali emorragie si presentano specialmente nei bambini; tra i casi riportati dall'A. ve ne è uno in cui la paziente 32enne si presenta in clinica con anemia intensa con sindrome addominale lieve e non netta: dolenzia alla regione ombelicale, stipsi. Pochi giorni prima la p. aveva avuto una enterorragia grave con emissione di sangue chiaro. Negativo l'esame obiettivo e radiologico. La p. aveva già avuto una sindrome analoga a 8 anni. All'operazione si rinviene un'ulcera del div. di Meckel.

Ecco un caso in cui è possibile, anzi addirittura facile porre la diagnosi: comparsa di fatti enterorragici nell'infanzia, storia lunga, sindrome dolorosa addominale e scarsa, emissione di sangue rosso chiaro, negativo l'esame obiettivo e radiologico, muta la storia per tutte le altre affezioni che potrebbero dare una enterorragia.

L'A. riporta altri tre casi, tutti dovuti a ulcera peptica del diverticolo di Meckel e guariti con la diverticolectomia. A. CALÒ.

ENDOCRINOLOGIA.

Sulla magrezza di origine insulare.

(B. LIEGNER. *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 29 novembre 1935).

Fra i molteplici quadri di magrezza endogena, l'A. si sofferma su un tipo speciale, nel quale la causa primaria dell'affezione è da ricercarsi nel pancreas: riconosciuto recentemente dal punto di vista clinico anche da Bergmann, questo trova perfetto riscontro nelle precedenti esperienze dell'A. eseguite su cavie-femmine. In queste l'asportazione dei due terzi del pancreas provocava un rapido aumento di appetito ed una discreta caduta del peso, a malgrado l'aumentata ingestione dei cibi. Negli stessi animali si verificava anche una notevole diminuzione (di sei-sette volte) della prolificità.

Ora, condizioni cliniche analoghe vengono descritte nel riguardo di alcune donne nelle quali a malgrado un appetito buono e nutrizione abbondante, il peso rimane al disotto della norma; tali donne, che presentano spesso anche oligo o polimenorrea rimangono frequentemente sterili.

Nei suoi animali di esperimento l'A. ha trovato frequentemente una minorazione od addirittura sospensione della funzione ovarica dopo la riduzione del pancreas; ciò che colpisce in tali contingenze è il fatto che alla minore attività delle ghiandole sessuali concomita la magrezza invece della solita obesità ipoovarica. Tale fenomeno starebbe a dimostrare che si tratta di un'alterazione primaria del pancreas, di cui sia la lesione ovarica, sia la magrezza sono solo le conseguenze. È da notarsi che secondo le ricerche dell'A. (confermato in ciò da Zondek) difficilmente avviene la rigenerazione del tessuto insulare soppresso.

L'A. tiene a differenziare la magrezza insulare da quella ipofisaria; nella prima gli ormoni ipofisari rimangono senza effetto; inoltre, come è stato notato anche da Bergmann, la magrezza insulare si riscontra quasi esclusivamente nelle donne.

Quest'ultimo fatto sarebbe, secondo l'A., da attribuirsi ai cicli sessuali della donna. Sono note le alterazioni funzionali del pancreas durante la gravidanza che si estrinsecano con disturbi del ricambio dei glicidi e sono influenzati favorevolmente dalla insulina. Ora, è ammissibile che anche ogni ciclo mestruale venga a ripercuotersi sul sistema insulare pancreatico, nel senso di provocarne una ipofunzione. Un'indiretta conferma riguardo la diversa funzionalità del pancreas nel maschio e nella femmina l'A. avrebbe trovato nel fatto della diversa resistenza al digiuno delle cavie dei due sessi; le riserve glicogeniche del fegato e in genere l'organismo in toto della cavia femmina resistono molto meglio al digiuno, che non quelli del maschio, come se nella femmina fosse già realizzato un processo di allenamento alle diverse fasi funzionali del sistema insulare.

E allargando il campo l'A. avanza un'ipotesi, per quanto azzardata, ma seducente per interpretare la prevalenza del diabete nel sesso maschile rispetto a quello femminile (3 contro 1): secondo lui la diversa reattività organica dei due sessi fa sì che nell'uomo l'ipoinsulinismo predispone al diabete, nella donna alla magrezza.

L'A. quindi si sofferma sulla terapia della magrezza insulare, insistendo sull'importanza della cura specifica a piccole dosi; cominciando con 5 u. *pro die*, e graduando opportunamente si riesce a raggiungere l'intento terapeutico; è necessario però portare il trattamento molto a lungo. S. MINZ.

La diagnosi e la terapia della magrezza ipofisaria.

(H. ROTHMANN. *Acta Med. Scandin.*, fasc. I-II, 1935).

La descrizione del quadro clinico della cachessia ipofisaria eseguita da Simmonds nel 1914, ha orientato il pensiero medico verso la ricerca anche di altre sindromi metaboliche di origine pituitaria; fra queste una delle meno rare è forse la magrezza ipofisaria. la quale però può essere ben differenziata dal morbo di Simmonds; secondo l'A. essa non dev'essere considerata quale una forma più mite o par-

ziale della cachessia ipofisaria; fra le due esistono differenze diagnostiche che deporrebbero per una diversità non solo quantitativa ma anche qualitativa nelle alterazioni della ipofisi; valga quale esempio il fatto che l'azione dinamico-specifica degli alimenti è spesso aumentata nella magrezza ipofisaria, cioè che dimostrerebbe una certa esaltazione dell'attività ghiandolare al contrario di ciò che succede nel morbo di Simmonds. Quale criterio diagnostico clinico (a parte il fatto di diversa gravità) si tenga presente che nella magrezza ipofisaria mancano i disturbi trofici a carico del sistema pilifero e dentario, così caratteristici per il morbo di Simmonds.

Il quadro della magrezza ipofisaria, o come alcuni la denominano, della *astenia grave ipofisiogena* è abbastanza caratteristico: essa colpisce di solito donne piuttosto giovani che inizialmente presentano turbe mestruali e a malgrado le « cure ingrassanti » non riescono aumentare di peso. La perdita di appetito è notevole (a differenza di ciò che succede nella magrezza pancreatogena delle donne, da poco descritta, N. d. R.). Sono frequenti fenomeni spastici specie a carico del tubo digerente che portano ad una stipsi ostinata; talora è stato osservato uno spasmo delle vie biliari. Il dimagramento che caratterizza questi soggetti, per lo più longilinei e di costituzione gracile, è specialmente evidente alla parte interna delle coscie; le mammelle sono piccole e nell'ambito vicino si palpano spesso ghiandole linfatiche. Dall'esame genitale risulta ipoplasia uterina. È degno di nota come tali soggetti risentano le influenze climatiche; vengono influenzati favorevolmente dal clima di alta montagna, ma ricadono subito col ritorno alla pianura. Non sono rari periodi psico-depressivi con tendenza al suicidio, specie in rapporto a disturbi mestruali.

La terapia dev'essere ispirata al concetto etiologico tenendo presente anche il fatto che la lesione ipofisaria si ripercuote anche nelle gonadi ed in parte sulla tiroide; nei casi riportati dall'A. risultati favorevoli sono stati ottenuti con somministrazione di dosi generose di preparati di ipofisi anteriore, cui venivano associati prodotti follicolari e del corpo luteo; l'A. insiste sulla necessità di eseguire o per lo meno iniziare il trattamento per via parenterale, a malgrado che tali soggetti sopportano male le iniezioni che provocano in essi fenomeni dolorosi spiccati. Inoltre di grande utilità si è dimostrato l'uso di piccole quantità di tiroide (0,1 pro die). La cura climatica (alta montagna) può essere vantaggiosa; la dieta sarà abbondante, i pasti frequenti ma piccoli; si eviteranno i cibi molto grassi o difficilmente digeribili. La stitichezza di solito migliora colle cure endocrine; eventualmente si ricorrerà a lassativi oleosi o a base di cellulosa. È opportuno ogni tanto cambiare i preparati ormonici o sospendere la cura per non creare l'assuefazione; è inutile insistere con quantità di cibo molto forti: data l'esagerata azione dinamico-specifica degli alimenti, l'apparato alimentare esagerato non farebbe che aumentare le ossidazioni organiche, rimanendo quindi senza influenza sulla curva ponderale.

È degno di nota un caso dell'A. dove la sindrome di magrezza ipofisaria è insorta dopo un'intensa cura dimagrante cha ha portato perfino ad edemi da fame: la patogenesi di questo caso sarebbe secondo l'A. riferibile ad una atrofia multipla da inanizione di alcune ghiandole endocrine e fra queste anche dell'ipofisi. Si è creato in tal modo un circolo vizioso che potè essere interrotto solo dopo insistenti cure ormoniche, climatiche e dietetiche.

S. MINZ.

La tireotossicosi: suoi aspetti medici.

(HORDER. *Brit. Med. Journ.*, 30 nov. 1935).

L'A. dopo aver discusso l'esattezza del termine tireotossicosi ricorda come la iperplasia della tiroide, che è l'alterazione caratteristica del quadro della malattia di Flaiani conclamata, è per alcuni fatti da considerare come un fenomeno secondario alla malattia stessa, e non primitivo: infatti non vi è rapporto quantitativo fra il grado della tumefazione tiroidea e la durata dei sintomi. Questi possono essere molto gravi pur essendo minimo l'aumento di volume della tiroide e viceversa. D'altra parte non si è potuto ancora stabilire che la secrezione del tessuto ghiandolare iperplastico, fibroso, o adenomatoso sia differente da quello della ghiandola sana.

Certo fino a quando non sarà trovato qualche metodo per misurare la quantità di secrezione tiroidea che si versa nel torrente circolatorio — e fino adesso non possediamo tale metodo — tale problema rimarrà in gran parte insolubile.

Patogenesi. — Qual'è la *causa causans?* Essa rimane nascosta. Che qualche veleno sia in giuoco sembra impossibile escludere. Non vi è ragione per credere che questo veleno sia di origine microbica. È forse di origine metabolica? Quale parte nella patogenesi della malattia sostiene il metabolismo dello iodio? Il fatto che la rimozione di una larga parte della ghiandola porti al miglioramento anche i casi più gravi fa pensare che la fonte di questa tossina risieda nella ghiandola: ma una prova di questa ipotesi noi non l'abbiamo. Può darsi che la tiroidectomia, interrompendo un circolo vizioso agisca migliorando la sintomatologia. D'altra parte il fatto che tanti differenti quadri morbosi possano coesistere con la sindrome tireotossica, ha indotto alcuni autori a considerare la tiroide come soltanto indirettamente interessata nell'eziologia della malattia. Ma per quante sottigliezze si possano fare è difficile negare la stretta relazione fra

la tiroide e la malattia di Flaiani: una eccessiva analisi potrebbe confondere più che chiarificare le nostre idee, specialmente se si considera che i dati fondamentali sono ancora così scarsi. Il fatto rimane: la malattia esiste e si fa sempre più frequente e per questo richiede tutta la nostra attenzione.

Il quadro clinico. — Che nella malattia di Flaiani vi sia una diatesi è da tutti accertato: ma ciò che noi non sappiamo è dove il difetto ha sede, se cioè nel sistema nervoso involontario o nella psiche o nel sistema endocrino o in qualche altro tessuto o funzione ancora non riconosciuta.

Poco sappiamo delle cause predisponenti e delle cause determinanti fra le quali sono notevoli; traumi psichici, i flussi mensili, e la sepsi focale.

Ai tre sintomi originali osservati da Flaiani — esoftalmo, tachicardia e gozzo — Charcot aggiunse il tremore: queste sono le note cardinali. Molti altri segni sono stati descritti in seguito fra cui varie alterazioni oculari, dermatosi, glicosuria, neurosi, psicosi, e manifestazioni di instabilità simpatica come sudorazione e diarrea. La diminuzione di peso è frequente, per quanto, come nel diabete, i pazienti possano essere piuttosto grassi che magri. È stato fatto il tentativo di dividere quei casi che presentano i sintomi della malattia di Flaiani, ma senza aumento del metabolismo basale, da tutti gli altri. L'A. crede che non bisogna dare molta importanza a questo criterio: in molti casi infatti il metabolismo basale è alto eppure i pazienti non sono nè tendono a divenire dei basedowiani, mentre vi sono dei tipici basedowiani con metabolismo normale e perfino abbassato.

Per quanto riguarda il decorso della malattia nella maggioranza dei casi l'inizio e gli stadi precoci sono insidiosi. In pochi casi l'origine sembra essere acuta e perfino brusca; ma in tali casi è possibile riconoscere quasi sempre un precedente stato di latenza della malattia. Quando questa è completamente sviluppata può anche regredire fino a guarire completamente senza lasciar traccia di sè oppure persistere tanto a lungo da provocare lesioni organiche permanenti. Purtroppo nella più larga percentuale dei casi il fuoco cova sotto le ceneri ed ogni tanto si riaccende: il paziente diventa un invalido cronico con disturbi cardiaci in un primo tempo, funzionali e intermittenti, e più tardi organici e permanenti. In altri casi la fiammata divampa e porta in breve all'esito finale il paziente in stato di grave tossiemia.

Diagnosi. — La diagnosi della malattia di Flaiani può essere molto facile ma anche molto difficile: la difficoltà sta nel riconoscere le forme precoci e quelle incomplete. Bisogna sempre pensare a questa malattia quando si ha dinnanzi un caso oscuro con disturbi nervosi o metabolici: negli stadi precoci la malattia di Basedow è, per così dire, una malattia del paziente, e non dei suoi organi: è perciò che bisogna abituarsi a riconoscere la caratteristica *facies*: ma non è soltanto questa che può indirizzare verso la diagnosi bensì anche la maniera di entrare nella stanza, la mano calda, presto data e presto ritirata, la irrequietezza, la rapidità dei movimenti, l'eccesso dei gesti, la pelle secca, il tempo da *record* con cui questi malati si vestono e si spogliano, e tanti altri piccoli segni caratteristici. Un'ispiegabile perdita di peso in soggetti che hanno passato l'età media dovrebbe sempre far sorgere la questione della malattia di Basedow: così anche alcuni cambiamenti nel comportamento del paziente come irascibilità, emotività esagerata, e la facilità di consumare una gran quantità di energia nervosa senza apparente stanchezza.

Terapia medica. — Scopo del medico pratico dev'essere quello di riconoscere le forme iniziali, quelle larvate e le fruste: in tal modo ci sono più probabilità di riuscire nella cura che non quando la forma morbosa è completamente dichiarata. Nella maggior parte dei casi. il medico non è seguito dal paziente, il quale non è convinto della reale necessità di una cura, specialmente nei casi iniziali. La principale difficoltà, dopo quella del temperamento del paziente, sta nell'ottenere il necessario riposo per quei soggetti i quali sono forzati dalla loro posizione economica di guadagnare il loro pane con impieghi che richiedono molto al loro sistema nervoso. Appunto per ciò la questione dell'occupazione del malato deve essere accuratamente considerata. Occorre spingere questi pazienti verso la *vita semplice*, pur senza allontanarli dal loro lavoro.

Se i sintomi persistono malgrado che il paziente abbia modificato il suo tenore di vita, e in tutti i casi in cui la sindrome completa si è sviluppata, il grado di riposo fisico e psichico dovrebbe essere assoluto e continuato per un periodo di almeno tre mesi: il letto è il solo posto in cui un tale riposo è garantito.

Se è presente la sepsi focale, bisognerebbe tentare tutto per eliminarla.

Tutti i tentativi di una terapia specifica basata sull'ipotesi della disfunzione tiroidea sia con l'uso di sieri da animali tiroidectomizzati o da animali a cui si è inoculato un eccesso di secrezione tiroidea, sono falliti nelle mani della maggior parte degli osservatori. Non vi è nessun medicamento specifico per quanto vi siano dei medicamenti che aiutano: lo jodio certamente, ed in tutti i casi in cui la tiroide è coinvolta, per quanto sia ancora da stabilire quale sia il metodo migliore di sfruttamento di questo medicamento; la belladonna in alcuni casi, i bromuri in altri. La digitale ha valore solo nei casi di cuore dilatato.

Terapia chirurgica. — Resta la importante questione della tiroidectomia parziale. Secondo le esperienze dell'A. l'operazione dovrebbe essere praticata quando la malattia rimane attiva dopo sei mesi di cura medica attentamente controllata, e nei casi in cui il metodo di vita del paziente non può essere opportunamente modificato. L'operazione è inoltre indicata in tutti i casi in cui si è sviluppata una fibrillazione auricolare ed è soprattutto indicata assolutamente quando sono presenti segni di deficenza cardiaca congestizia, sia o non modificato il ritmo cardiaco. Per quanto riguarda la tecnica ad altri il parlarne: il medico può soltanto desiderare che il procedimento sia il più incruento possibile, che a ogni paziente restino le sue paratiroidi, che i nervi ricorrenti laringei siano lasciati in pace, e che vengano creati il meno possibile dei casi di mixedema. G. La Cava.

Sulla terapia del morbo di Basedow.

(Th. Brugsch. *Münch. mediz. Wochenschr.*, 29 novembre 1935).

I recenti studi endocrinologici hanno recato notevoli contributi alla fisiopatologia umorale ed ormonica del morbo di Basedow. Essi da una parte hanno dimostrato che la ghiandola tiroide stessa è governata dalla preipofisi per mezzo dell'ormone tireotropo; a sua volta la preipofisi viene influenzata dai centri mesencefalici, dalla cosidetta personalità vegetativa e psichica dell'individuo; d'altra parte, sembra che la nota influenza dello iodio nel determinismo della sindrome basedowiana si esplichi attraverso il mesencefalo (dove si accumula dello iodio) e successivamente per la via della ipofisi (Schittenhelm); tanto che dopo l'asportazione dell'ipofisi nei ratti lo iodio in questi non provoca i soliti effetti tireotossici.

Le ricerche nel campo del metabolismo iodico hanno permesso di precisare l'esistenza di gravi alterazioni di esso nel morbo di Basedow; si è visto che la iodemia nei basedowiani supera di due e più volte quella normale (25 γ invece di 9-12 γ). Le difficoltà tecniche della determinazione del tasso iodico nel sangue non hanno permesso finora di sfruttarla agli scopo clinici; va notato però che la malattia può dirsi dominata solo quando i valori iodemici sono ritornati alla norma.

Lo studio dei composti iodici, specie quelli organici, che vengono prodotti dalla ghiandola tiroide ha portato a notevoli progressi anche nel campo della terapia; fra tali composti ad azione antitireotossica (dovuta alla tirossina) va in primo luogo citata la dijodotirosina. Secondo Abelin e Schönenberger l'attività terapeutica di quest'ultima non si esplica attraverso la tiroide bensì direttamente sulle sostanze attive da essa increte.

Sin dal 1919 l'A. ha applicato la cura iodica ai casi di Basedow ricoverati nella clinica da lui diretta; da due anni allo iodio inorganico ha sostituito la dijodotirosina; in base alla vasta esperienza acquisita vengono ora preconizzati alcuni schemi di terapia.

Per quel che riguarda la cura iodica la preferenza è da darsi al trattamento prolungato (fino a 1-2 anni) con piccole dosi che nei casi lievi oscillano fra 1-3 mgr. pro die; praticamente, per 10-20 giorni al mese si somministravano 3 volte al giorno 2-4 goccie di soluzione di KJ all'1 %; l'osservazione del metabolismo basale costituisce una guida indispensabile nella regolazione della cura: esso eventualmente può essere determinato indirettamente per mezzo della formula di Read [in questa com'è noto il metabolismo basale viene calcolato quale uguale a: — 0,75 × (numero delle pulsazioni + pressione differenziale × 0,74) — 72].

Nei casi più gravi i composti iodici anorganici non diedero risultati soddisfacenti; un miglioramento transitorio, che può essere sfruttato quale preparazione per l'atto operativo, viene dato dal trattamento di Plummer, somministrando cioè dosi maggiori di iodio sotto forma di soluzione di Lugol in quantità di 10-30 goccie tre volte al dì; va però notato che tale procedimento non può essere prolungato per più di 10 giorni ed è spesso seguito dall'aggravarsi del quadro morboso.

Risultati migliori e più costanti anche nei casi gravi sono stati ottenuti coll'uso della dijodotirosina; il dosaggio di questa deve essere strettamente proporzionale all'eccesso del metabolismo basale, poichè una dose esagerata può accentuare l'ipertiroidismo. Nello schema consigliato dall'A. per ogni 25 % di aumento del metabolismo la dose giornaliera (divisa in 3 volte) di dijodotirosina deve essere di gr. 0,1; il ciclo di somministrazione deve durare 3 settimane e la dose dev'essere definita settimanalmente in base al metabolismo o alla formula di Read; seguono quindi quattro giorni di intervallo (durante i quali il metabolismo di solito risale leggermente) e quindi il ciclo viene ripristinato. Il trattamento deve durare per mesi ed anche anni fino a che l'esponente massimo della sindrome, cioè il metabolismo basale, non ritorna alla norma.

Paragonando i risultati della cura medica preconizzata con quelli della röntgenterapia, l'A. rileva che la prima se non è superiore, è per lo meno uguale alla seconda; essa inoltre è molto più facilmente attuabile; va da sè che i precetti di igiene fisica e psichica per i basedowiani conservano la loro importanza in qualsiasi delle cure. Per quel che riguarda i casi gravi, di manifestazione recente la cura di elezione è rappresentata dall'operazione; i casi meno gravi, quelli vecchi o recidivi, rimangono di pertinenza della cura medica.

S. Minz.

DIVAGAZIONI

Le malattie più frequenti in Abissinia.

L'interesse naturale che suscita nel medico italiano la nosografia dell'Africa Orientale ha trovato una larga eco nelle molteplici pubblicazioni comparse recentemente nella letteratura medica del nostro paese; però l'esperienza che attualmente si va acquistando è appena ai suoi inizi, si chè per ora ci si è costretti a riferirsi ai dati degli anni precedenti; principalmente a quelli della spedizione Gabbi del 1930.

Anche nella letteratura straniera il problema è considerato di attualità: un recente articolo di C. Schilling (*Mediz. Klinik*, 15 nov. 1935) confronta i dati di Gabbi con quelli degli ultimissimi anni, e rappresenta una sintesi critica delle nozioni in proposito basata anche sulla nota competenza dell'A. nel campo delle malattie tropicali.

L'A. fa notare come le osservazioni di Gabbi siano state eseguite nel periodo asciutto che corrisponde a quello più salubre (il mancato riscontro della malaria estivo-autunnale sarebbe appunto dovuto a tale fatto). Fra le malattie più diffuse viene anzitutto citata la malaria (terzana benigna); difatti 50-75 % degli indigeni presentano tumore di milza; sembra che l'infezione malarica sia abbastanza bene dominata dalla resistenza degli indigeni i quali consumano minime quantità di chinino. La sifilide è molto dffusa ed è ivi caratterizzata dal fatto che predominano le manifestazioni cutanee mentre sono rare quelle nervose (virus dermotropo?); fra le malattie polmonari è molto frequente la polmonite, spesso mortale, mentre è relativamente rara la tbc. polmonare.

La dissenteria amebica, secondo i dati di Gabbi, è relativamente frequente, pur non avendone egli personalmente visto alcun caso. La diffusione delle altre infezioni intestinali — quale il tifo addominale e la dissenteria — sembrerebbe piuttosto limitata. Sono molto scarsi i dati che riguardano la febbre ricorrente ed il tifo esantematico; a tale proposito l'A. confessa di aver avuto l'impressione che i dati della spedizione italiana del 1930 siano basati più che altro sui casi osservati negli ambulatori locali, mentre quelli gravi e degenti si sono sottratti all'osservazione.

Dati più recenti e riferentisi alla Somalia sono dovuti a Talamonti (1934); nella parte nordica ed orientale di questa colonia l'entameba istolitica sarebbe diffusissima, tanto che la sua presenza nelle feci è stata riscontrata in 409 su 800 individui apparentemente sani.

Osservazioni basate su sei anni di esperienza medica nell'altipiano abissino sono state recentemente comunicate da Naegelsbach (*Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg.*, v. 38, 1934). L'A. che ha vissuto a Gore (a 1500 m.) e ad Addis Abeba pone sul primo posto l'incidenza morbosa delle infezioni intestinali quali la dissenteria amebica e bacillare ed il tifo addominale; la notevole mortalità infantile sarebbe pure dovuta ad affezioni del tubo digerente. La tenia è diffusissima e quasi nessuno degli indigeni ne è immune. Fra le malattie trasmesse da insetti ematofagi le più frequenti sono la febbre ricorrente e il tifo petecchiale, dei quali il veicolo sarebbe rappresentato dai pidocchi, essendo le zecche rarissime sull'altipiano. La malaria è quasi sconosciuta a Gore, mentre viene riscontrata ad Addis Abeba posta 1000 metri più in alto; è forse in parte importata dalle valli.

Fra le altre malattie piuttosto diffuse vanno ricordate la framboesia, la lebbra, la lissa, la blenorragia, la blastomicosi, il tracoma. È degna di nota la completa assenza del morbillo, della difterite, della scarlattina fra gli indigeni; d'altra parte la presenza di anticorpi contro la difterite (e la febbre gialla) nel sangue di molti adulti farebbe supporre che l'infezione avvenuta non dà segni clinici, oppure che tali anticorpi siano secondari a qualche altra affezione. Schilling fa notare come nei dati di Naegelsbach manchi qualsiasi accenno a malattie reumatiche, le quali pur dovrebbero essere frequenti dati i notevoli squilibri termici fra il giorno e la notte. Il vaiuolo non è raro e gli indigeni conoscono la vaccinazione, sebbene vi ricorrono di rado (con croste di casi umani benigni). È degno di rilievo e per ora inspiegabile il fatto di assoluta rarità di qualche malattia quale l'appendicite, la colecistite, l'oftalmoblenorrea; lo stesso dicasi della leishmaniosi cutanea nell'altipiano. Non è stato mai osservato il colera, nè la trichinosi, nè la bilharziosi.

Il compito del medico in Abissinia e in Africa in genere non può essere paragonato a quello del medico europeo: una delle massime difficoltà è rappresentata dalla diffidenza e dalla indifferenza degli indigeni verso la malattia ed alla morte; in prima linea si pretende dal medico che riconosca se la malattia porti o meno alla morte; le cure di un infermo che poi soggiace alla malattia sono considerate quali segno di ignoranza e tutt'altro che apprezzate; nei casi disperati è quindi consigliabile il limitarsi alla eutanasia.

La chemioterapia moderna ha fornito una serie di medicamenti che possono dirsi specifici per molte delle affezioni tropicali: gli arsenobenzoli nella framboesia e nella ricorrente, i preparati di antimonio nella leishmania e nella bilharziosi. Ma nelle altre malattie, quali la tbc. la lebbra, la gonorrea, che richiedono cure difficili e prolungate, il compito del medico è assolutamente ingrato, data appunto la psicologia degli indigeni. V'è tutta

una strada da percorrere per combattere efficacemente i flagelli della morbilità molteplice in Abissinia; e per noi è chiaro che solo una potenza civile ed europea riuscirà a porre le basi dell'igiene in un paese nel quale finora le usanze, la morale, le abitudini di vita stanno al livello dei tempi barbari o medioevali.

S. MINZ.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

A. TIAN et J. ROCHE. *Chimie*. Vol. di pag. 970, in-8°. Masson, Paris, 1935. Fr. 80.

Il libro che è presentato in elegante rilegatura, è dedicato agli studenti che aspirano al diploma di studi fisici, chimici e biologici, o alla licenza in scienze naturali, il che corrisponderebbe ad un diploma conseguito dopo il primo biennio della facoltà di scienze naturali o di medicina.

Il libro che esaminiamo fa parte di una collana di Manuali, in cui sarà raccolto dall'editore Masson, veramente inesauribile di iniziative, tutto quanto serve ai giovani che si preparano a conseguire il titolo indicato.

Mi sono dilungato in queste notizie scolastiche, perchè da tutto ciò risultino chiari l'indole, i pregi, le caratteristiche del manuale; nelle 960 pagine di cui il libro si compone si tratta prima della chimica generale e della fisicochimica, poi della chimica inorganica, quindi dell'organica.

La parte generale è raccolta in 170 pagine, in cui la concisione e la chiarezza vanno mirabilmente d'accordo. Il libro è modernissimo ed è per questo — credo — accetto anche a chi faccia la chimica con intendimenti più gravi che il diplomino in scienze; infatti in questa parte generale sono esposti modernamente tutti gli argomenti fondamentali della chimica generale.

Particolarmente segnaliamo il capitolo dedicato allo studio quantitativo degli equilibri chimici, e quelli di energetica e cinetica chimica. Il libro presuppone nel lettore qualche nozione di analisi algebrica che se è ormai indispensabile al chimico-biologo, non entra nel gruppo dei nostri ricordi liceali.

La parte seconda è dedicata alla chimica inorganica. È questa la parte meno dilettevole del libro, perchè è così vasta la materia, che per condensarla in 300 pagine, gli AA. hanno dovuto limitarsi alla enunciazione dei fatti.

Segue la chimica organica che è svolta molto razionalmente e lucidamente.

Dopo un capitolo di 30 pagine sulla generalità (formule brute e formule di struttura, classificazione, concetto di stereochimica) gli autori passano alla descrizione dei vari gruppi di sostanze seguendo la classica suddivisione per funzioni chimiche.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Notevole particolarmente il capitolo 44, studio statico e cinetico dell'esterificazione, ed il 48°, sul gruppo carbamico, per i suoi diretti rapporti con la fisiologia dell'urea. Anche gli AA., secondo la nomenclatura francese, parlano di *lipidi, protidi e glucidi*. Non è il caso di discutere qui l'opportunità di questa tassinomia. Anche la chimica dei corpi ciclici è trattata con profondità e completezza notevolmente maggiore di quel che si è soliti vedere nei soliti manuali scolastici.

Nel complesso il libro di Tian e Roche è ottima guida per chi vuole avviarsi allo studio della chimica, e può servire molto bene di testo di consultazione per coloro, i quali hanno bisogno di avere sottomano i concetti fondamentali e le formule più importanti della chimica moderna.

M. COPPO.

A. STROHL. *Précis de physique médicale*. Un vol. in-16° di 724 pag. con 320 figure. Masson et C.ie, Paris, 1935. Prezzo 60 fr., rilegato 70.

Questo manuale differisce dai consueti perchè è messa soprattutto in rilievo la parte che interessa direttamente il medico. L'A., di fatto, si è astenuto dall'esporre le nozioni elementari di fisica, limitandosi a ricordarle brevemente all'inizio di ogni capitolo. Data questa direttiva, tutto quanto riguarda la locomozione, la meccanica respiratoria e circolatoria, il lavoro muscolare, come pure il calore animale è raggruppato in modo sintetico nella prima parte che si occupa delle manifestazioni energetiche dell'essere vivente.

L'acustica non comprende che la parte veramente fisiologica e si limita alle nozioni acquisite; l'ottica fisiologica e la chimica fisica sono parimenti ridotte alle nozioni essenziali per il medico.

Invece, lo studio delle proprietà biologiche delle diverse radiazioni (luce, infrarosso, ultravioletto, irraggiamento radioattivo e delle correnti elettriche, galvaniche, ecc.) occupa quasi la metà del volume ed è sviluppata in modo che il lettore può prendere ampia conoscenza delle importanti applicazioni di questi agenti fisici nella diagnosi e nella terapia.

Per tal modo, questo manuale è adatto non soltanto per gli studenti, ma anche per i medici e soprattutto per quelli che, a scopo di specializzazione, vogliono avere le basi fisiologiche e fisiche dell'elettroradiologia medica.

fil.

S. GLASSCHEIB. *Allgemeine Röntgenkunde-Einführung in Studium und Praxis der medizinischen Röntgenologie*. Vienna, Springer ed. Vol. di pag. 502, 304 schemi e figure. 18 marchi.

Il libro di Glasscheib è la seconda edizione della « röntgentecnica in diagnostica e terapia » che oggi cambia nome. Numerose aggiunte e molti aggiornamenti: la prima parte

riguarda sempre la röntgenfisica; la seconda parte la diagnostica e la terza la terapia. La divisione della materia in röntgenanatomia, röntgenfisiologia e röntgenpatologia rende più pratica tutta la complessa materia riguardante la diagnostica come è negli scopi del resto del libro che vuole iniziare allo studio e alla pratica radiologica. E. MILANI.

L. BRILLOUIN. *Notions élémentaires de mathématiques pour les sciences expérimentales.* Un vol. in-16° di 251 pag., con figure, rilegato. Masson et C.ie, Paris, 1935.

Nella nuova riforma francese dell'insegnamento medio, si è introdotto un certificato di studî fisici, chimici e biologici per la licenza scientifica. Questo libro corrisponde al programma di matematica ed è concepito in modo del tutto diverso dai consueti manuali, partendo dal complesso per arrivare al semplice. Metodo talvolta fecondo di risultati, tanto più che si parte dall'esempio pratico, quasi intuitivo, per arrivare alle basi teoriche. Qualunque medico, p. es., sa leggere la curva della temperatura di un paziente, senza pensare che in linguaggio matematico una tale lettura esige le nozioni di assi ortogonali, di coordinate cartesiane, di funzione, che gli imbroglierebbero le idee se venissero esposte dapprima. Partendo invece dal fatto, di osservazione, la dimostrazione riesce più semplice e l'A. arriva così anche a dare i concetti di integrale e di differenziale.

Evidentemente il medico pratico non ha bisogno di queste conoscenze, che sono invece essenziali per chi si voglia dare alla carriera scientifica, allo studio della biologia generale ed a quello della statistica. Il libro dell'A., chiaro e dimostrativo, può essere in tal caso un eccellente aiuto. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 4 dicembre 1935.

Presidente: Sen. prof. G. SALVI.

Un caso di cisti del pancreas (con presentazione dell'ammalato).

R. MINERVINI. — L'O. riferisce su un caso di cisti del pancreas in un uomo di 35 anni, sviluppatasi in tempo relativamente breve (sei mesi), da lui operato con laparotomia mediana sopraombelicale, con escissione della massima parte della parete cistica e marsupializzazione del fondo. Il contenuto era di circa due litri e mezzo di liquido limpido citrino, leggermente filante, di reazione alcalina, non contenente sangue. La cisti si era estrinsecata fra fegato e stomaco. L'operato, che l'O. presenta all'Accademia, è guarito, e soltanto mostra ancora una piccola fistola con scarsa secrezione.

G. PENNETTI. — *Metabolismo dell'acido ossalico e fegato (ricerche sperimentali). Nota V.*

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 18 dicembre 1935.

Presidente: Prof. G. DI GUGLIELMO.

Salvatore Tomaselli e la Clinica medica Catanese.

Prof. G. DI GUGLIELMO. — La Clinica medica catanese di oggi si ricollega a quella di Salvatore Tomaselli non solo perchè riconosce in Lui il Suo fondatore e perchè ritorna nella stessa sede nella quale Egli svolse per tanti anni il suo insegnamento, ma anche per la continuità d'indirizzo di alcuni studi e precisamente di quelli sull'infezione brucellare.

A distanza di più di 100 anni dalla Sua nascita e di 30 dalla Sua morte, sopravvive il nome di Salvatore Tomaselli, si continua il Suo pensiero medico, si mantiene sempre vivo il ricordo della Sua benefica attività a sollievo dell'umano dolore.

Rapporto sull'attività del Centro antibrucellare di Catania.

Prof. G. DI GUGLIELMO. — In pochi mesi di vita del Centro antibrucellare di Catania, creato nel febbraio del 1935, sono già state eseguite numerose ricerche nel campo *epidemiologico*, in quello *diagnostico*, in quello *sperimentale*, in quello *clinico* e in quello *terapeutico*.

I risultati di tali ricerche sono stati raccolti nel primo fascicolo del « Bollettino del Centro Antibrucellare » che sarà regolarmente pubblicato.

La resezione del plesso ileo-colico.

Dott. G. BOMBI. — L'O. ha praticato la resezione del plesso ileo-colico, ideata e proposta dal Pieri in un caso di sindrome doloroso-spastica del cieco e colon ascendente, insediatasi dopo la guarigione di una colite dissenteriforme di natura amebica. Ha constatato la scomparsa degli aspetti spastici radiologici in seguito all'intervento, ed ha constatato pure la guarigione della sindrome dolorosa. Il risultato si mantiene da cinque mesi.

L'alcoolizzazione sottoaracnoidea delle radici spinali posteriori.

Dott. G. BOMBI — L'O. ha praticato l'alcoolizzazione sottoaracnoidea delle radici posteriori spinali, ideata e proposta dal Dogliotti, in 10 casi di sindromi dolorose periferiche (1 caso di nevralgia parossistica; 4 casi di sciatica; 2 casi di dolori radicolari da artrite deformante; 3 casi di dolori su cicatrici operatorie da imbrigliamento di filuzzi nervosi). Espone i risultati ottenuti i quali sono nettamente favorevoli al metodo, e ne trae motivo per proporsi di applicare il metodo stesso su più larga scala.

Studi epidemiologici sulle brucellosi. - Nota I.

Dott. F. CIANCIO. — L'O. trae dati epidemiologici dallo studio di 525 casi di brucellosi passati in un decennio (1925-35) dalla Clinica Medica di Catania (ambulatorio, infermerie, laboratorio). Secondo questi studi, la brucellosi nel territorio di Catania ed in quelli limitrofi (Sicilia orientale) nel periodo preso in esame, ha raggiunto il massimo di diffusione nel 1934. Circa le variazioni stagionali, la massima frequenza spetta alla primavera (maggio) e la minima all'estate (agosto) e all'inverno (dicembre). In rapporto all'età, la brucellosi può considerarsi come malattia prevalentemente giovanile (15-40 anni). I due sessi sono colpiti nel rapporto 1,28 U : 1 D.

Il Segretario

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Aspetti particolari della broncopolmonite infantile.

V. Zamorani (*La Pediatria*, genn. 1935) descrive due casi di broncopolmonite in lattanti, di natura pneumococcica, caratterizzati da mancanza di disturbi funzionali atti a richiamare l'attenzione sull'apparato respiratorio, da apiressia, da decorso prolungato ma benigno, e da arresto di sviluppo strettamente in rapporto con lo stato infettivo. Per la genesi di questa particolare forma, l'A. invoca dei fattori costituzionali che, in un caso potevano essere attribuiti al timo e, nel secondo erano dimostrati dalla spiccata eosinofilia dell'escreato come del sangue circolante.

In altri due casi, (di mesi 20 e 30) l'A. ha osservato la comparsa, dopo 5-6 giorni, di grave dispnea, caratterizzata da un intenso sforzo prevalentemente espiratorio. Gli elementi positivi e negativi di diagnosi facendo escludere le cause di stenosi, l'asma, l'edema polmonare, la natura luetica o tubercolare del processo, deponevano per una bronchite capillare, di probabile origine pneumococcica la quale, come dimostrò l'esame radiologico, doveva essere ritenuta secondaria a lesioni peribronchitiche e broncopolmonitiche.

L'A. esamina quindi la patogenesi della bronchite capillare, trovando che la violenza e la rapidità del processo richiedono un decadimento improvviso delle resistenze locali anti-infettive, di cui le cause sono talora palesi, tal'altra oscure. *fil.*

Il blu di metilene nelle malattie respiratorie.

Nella cianosi e dispnea delle polmoniti crupali e delle broncopolmoniti, dovute all'esclusione di vari campi respiratori, H. Schlungbaum (*Deut. med. Wochens.* e *Z. Blatt f. inn. Med.*, 14 dicembre 1935) ha usato con successo il blu di metilene in una dose unica di 10 cmc. di una soluzione al 10 %. Il risultato è stato sempre assai buono in 14 su 15 casi così trattati, durando 24 ore (l'iniezione si può poi ripetere) e portando un alleviamento dei sintomi. Nel caso in cui il trattamento è stato inefficace, si trattava di deficienza circolatoria. Il meccanismo di azione non è spiegato. *fil.*

Il trattamento degli ascessi e delle gangrene del polmone con le iniezioni endovenose di benzoato di sodio.

L. Goldkin (*La Presse Médicale*, 21 dicembre 1935) il quale aveva già costatato in molti tubercolotici l'azione prosciugante ed antiessudativa che esercitano le iniezioni endovenose di benzoato di sodio nel tessuto polmonare, ha pensato di tentare questo metodo nella terapia degli ascessi polmonari.

Egli ha adoperato una soluzione di « Natrium benzoicum purissimum » di Heyden al 20 per cento della quale iniettava ogni giorno cc. 20 in media pari a 4 grammi della sostanza. I risultati che egli ottenne in due casi di ascesso cronico del polmone furono molto brillanti. Nel primo tutti gli altri metodi di cura erano falliti (emetina, novarsenobenzolo, alcool); trentadue iniezioni di benzoato di sodio condussero alla guarigione; nel secondo caso vi erano tutte le indicazioni all'intervento chirurgico, che fu evitato con la terapia ideata dall'A.

Egli ha applicato questo metodo curativo anche alle bronchiettasie, ma in cinque casi da lui seguiti il miglioramento ottenuto (diminuzione progressiva dell'espettorato) fu solamente passeggero.

Le iniezioni endovenose di benzoato di sodio vanno fatte molto lentamente, facendo refluire più volte il sangue nella siringa. In genere basta farne una al giorno per 15 gg. nei casi acuti e 36 gg. nei casi cronici; ma nelle gangrene estese si può al principio della cura iniettare due volte al giorno la dose di cc. 20 della soluzione. VICENTINI.

Relazione fra asma e sinusiti.

R. A. Cooke e R. C. Grane (*Archives of Internal medicine*, ottobre 1935) hanno osservato 248 casi di asma, in 92 dei quali fu accertato come fattore etiologico una infezione dei seni, e credono che le sinusiti abbiano una grande importanza determinante, e che l'asma infettivo, sia il risultato di una reazione allergica ai batteri o ai loro prodotti. Questo sarebbe comprovato, oltre che da altri fenomeni, dalla possibilità di scatenare un attacco con l'iniezione di vaccino, e dai buoni risultati ottenuti con l'intervento chirurgico sui seni malati. Su 120 pazienti trattati chirurgicamente, il 70 % migliorò notevolmente, e se si tiene conto delle operazioni radicali la percentuale dei migliorati sale all'86 %.

Gli AA. raccomandano operazioni radicali, ed aggiungono che i risultati, in genere, non sono immediati, ma si osservano dopo un certo tempo, probabilmente per la graduale estinzione di focolai infettivi in altre sedi, come nelle glandole della mucosa branchiale o in linfoglandole. ZITO.

I gargarismi.

Sull'efficacia dei gargarismi, i pareri sono discordi. Recentemente, Kirschner li ha dimostrati dannosi, in quanto che si oppongono a lasciare tranquilli i tessuti infiammati. Invece, W. Krainz (*Wiener med. Wochens.* e *Z. Blatt f. inn. Medizin*, 14 dicembre 1935) li ritiene molto utili. Essi costituiscono il primo atto della deglutizione, in cui si ha uno spie-

gamento ed uno svuotamento delle cripte tonsillari, che viene favorito dal gargarismo il quale prolunga la prima fase della deglutizione. Questo agisce in senso favorevole nell'angina, mentre il movimento del tessuto infiammato è trascurabile. L'azione del gargarismo può essere aumentata con l'uso di date sostanze, fra cui l'A. indica specialmente il tè di salvia. *fil.*

SEMEIOTICA.

La frequenza relativa dei segni della poliomielite.

Da un vasto studio di Y. Biraud e S. Deutschman (*Rapport epidémiologique de la Soc. des Nations*, 1935, n. 10-12) la frequenza relativa dei vari segni della poliomielite risulta la seguente.

Segni precedenti l'ospedalizzazione.

Cefalea	75,4 %
Dolori della faccia e del collo	59,2 %
Vomiti	23,2 %
Diarrea	5,8 %
Evoluzione difasica	10,5 %

Sintomi obbiettivi all'ospedale.

Febbre (oltre 37°,8 al retto)	88,8 %
Rigidità spinale	85,4 %
Rigidità del collo	34,9 %
Facies poliomielitica	57,9 %
Angina	56,6 %
Prostrazione e conf. mentale	11,6 %
Vomiti	9,0 %
Diarrea	1,6 %
Disturbi riflessi (tremore, atassia, ipertonia)	33,4 %
Paralisi (complessivamente)	9,5 %
» dubbie	0,2 %
» transitorie	2,9 %
» permanenti	5,5 %
» mortali	0,9 %
Pleocitosi nel liquor (oltre 16 cellule per cmc.)	63,9 %

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI

Trasmissione della febbre tifoide per contatto. — Al dott. N. L. da B. C.:

Accanto ad altri modi di trasmissione della f. t., (acqua, latte, verdure, mosche, ecc.) quello per contatto ha ora una parte importante nello stillicidio dei casi che continuano le epidemie. Il meccanismo è chiaro. Il tifoso, e tanto più quello in stato di incoscienza o di agitazione, ha le mani più o meno insudiciate di minime particelle fecali, che sono sparse per il letto. Le mani che hanno contatto con il malato o con la sua biancheria si caricano di bacilli, che possono in tal modo infettare direttamente l'individuo o, indirettamente gli altri, p. es., per mezzo degli alimenti. Non è infrequente il caso della madre che assiste il figlio tifoso — senza prendere le dovute precauzioni — e che infetta direttamente sè stessa od indirettamente altri della famiglia nella preparazione degli alimenti. La possibilità di trasmissione per contatto continua quando il tifoso è guarito e si rimette « in circolazione », in quanto che l'eliminazione dei bacilli continua, specialmente per l'urina, per un certo tempo.

La trasmissione per contatto ha assunto ora un'importanza notevole; troppo spesso, un osservatore superficiale attribuisce all'acqua lo sviluppo di qualche caso di febbre tifoide, mentre uno studio più attento e senza preconcetti ne trova in altre cause e bene spesso nel contatto l'origine.

Per queste ragioni, la disinfezione in corso di malattia e l'accurata assistenza del malato sono indispensabili se si vuole seriamente lottare contro la febbre tifoide, mentre la sola disinfezione terminale non è che una lustra che interviene dopo che l'infezione ha potuto ampiamente diffondersi e l'individuo guarito continua a spargere per qualche tempo i germi.

Date queste premesse, nulla di più probabile che il medico, il quale per il fatto stesso di visitare accuratamente il malato deve venirgli in immediato contatto, possa anche infettarsi. Ma bastano, per evitarlo, delle semplici norme di profilassi, che il medico stesso *deve* attuare. Nella questione medico-legale — se si possa considerare o meno la febbre tifoide come contratta in servizio — entrano in considerazione molti fattori concomitanti, per cui non è possibile il dare una risposta generica. A. FILIPPINI.

VARIA

Una bambina madre.

Il caso venne già riferito nel *British Med. Journ* del 23 settembre 1933 ed è riportato in *Gynéc. et Obstét* dell'ottobre 1935. Si trattava di una bambina inglese, certa Hilde S. Keane, di 7 anni (nata l'11 ottobre 1925), accolta in ospedale per un tumore addominale; altezza m. 1,18; presentava ancora i denti di latte, salvo i primi molari e l'incisivo inferiore destro; l'incisivo inferiore sinistro della seconda dentizione cominciava la sua eruzione. L'esame obbiettivo dimostrò che l'utero aveva la grandezza di una gravidanza a sei mesi e mezzo. La gravidanza si è prodotta malgrado mancassero le mestruazioni. Inizio del travaglio il 7 giugno 1932; la testa fetale non riusciva ad impegnarsi in una pelvi infantile e perciò si dovette praticare un'operazione cesarea: si estrasse una bambina che pesava kg. 1.5; la piccola madre fu in grado di allattare la bambina, che a 9 mesi pesava kg. 4.27. Il caso comporta considerazioni biologiche e morali che lasciamo ai lettori.

Da « *Igea* » (Ann. d'Ig.), nov. 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I pericoli della Croce Rossa in guerra.

Recenti avvenimenti africani hanno rimessa in discussione la neutralità della Croce Rossa e la garanzia della sua incolumità durante i fatti bellici.

La discussione non è stata obiettiva e serena. Sono stati montati, quando non sono stati inventati, i fatti, sono state adoperate parole grosse, sono state elevate proteste sproporzionate, tali da rendere evidenti il preconcetto, se non peggio, di coloro che consapevolmente si prestavano al giuoco.

Il fatto certo è che la Croce Rossa non può sottrarsi ai pericoli derivanti dalla guerra. Ed è quest'alea che concorre a conferire prestigio e titoli di nobiltà alla benefica istituzione. Senza danno, per lo meno eventuale, non v'è sacrificio.

Il perfezionamento delle vecchie armi, l'avvento dell'arma aerea, le grandi estensioni in lunghezza ed in profondità dei campi di lotta, hanno moltiplicato le probabilità di offesa per gl'impianti della Croce Rossa, e le hanno rese più micidiali.

Il Presidente della Croce Rossa Svedese, che è anche principe ereditario della Svezia, del paese la cui stampa si è mostrata più freneticamente agitata in occasione del noto incidente occorso ad un'ambulanza, così salutava il personale di un ospedaletto in partenza per l'Etiopia:

« *Abbiamo deciso che l'ambulanza debba assumersi l'incarico più rischioso, ma anche più fattivo che incombe ad un ospedale.*

« *Un pericolo è, fra l'altro, costituito dalle difficoltà da parte degli aviatori italiani di distinguere ad alta quota i concentramenti abissini da quello svedese, nonostante il segno della Croce Rossa, e anche l'ignoranza da parte degli Abissini della importanza del segno della Croce Rossa e della Convenzione di Ginevra* ».

Nobili parole che traducono chiaramente la realtà, quella stessa realtà che poi doveva essere così scioccamente e malignamente travisata dagli agitatori settari di altri paesi.

Nel pronunziare la sua allocuzione il Principe Svedese era inspirato dall'esperienza della guerra mondiale.

Anche allora la Croce Rossa non fu risparmiata, e il fatto fu sfruttato a scopo propagandistico per dimostrare la barbarie degli avversari accusati di avere deliberatamente bombardati gli impianti sanitari.

La verità è che tutti i belligeranti più o meno inconsapevolmente offesero la Convenzione di Ginevra.

Al riguardo non furono da meno gli eserciti di quelle nazioni, che allora denunziarono solo le malefatte tedesche ed austro-ungariche, e ora ospitano i farneticatori dei delitti italiani contro la civiltà.

Opportunamente V. Gayda nel *Giornale d'Italia* enumera le imprese accertate dell'aviaziane francese e britannica, che si risolsero in grave danno della Croce Rossa.

Durante la guerra 1915-18 le vittime nel personale della Croce Rossa, in seguito a bombardamenti di unità sanitarie, sono state: uccisi 14 ufficiali medici, due ufficiali di amministrazione e 30 militi; feriti: 12 ufficiali medici, 5 ufficiali di amministrazione, un cappellano, due infermiere volontarie e 118 militi.

Durante la stessa guerra sono stati fatti prigionieri 21 ufficiali medici, un ufficiale farmacista, un ufficiale di amministrazione, tre infermiere volontarie e 11 militi. Sono anche risultati dispersi tre ufficiali medici, un cappellano e 16 militi.

Nell'aprile 1915 la marina britannica cattura una nave ospedale della Croce Rossa germanica *Ophelia* e la porta innanzi al Tribunale di Marina britannico delle « prede ». È del 17 aprile la protesta della Croce Rossa germanica.

Il 14 luglio 1915 un aeroplano dell'armata franco-britannica bombarda la nave-ospedale della Mezzaluna Rossa *Gul Lihal* ancorata ad Akbache nei Dardanelli, che batte la bandiera prescritta. Uccide tre operai e ne ferisce altri otto. In un secondo attacco cagiona, con le sue bombe, gravi avarie alla nave e uccide ancora un marinaio.

Due giorni dopo un altro aeroplano dell'armata franco-britannica lancia alcune bombe sulle ambulanze turche di Havouzlidere, presso Gallipoli. Uccide quattro uomini e ne ferisce otto. Le ambulanze portavano ben visibile l'emblema della Mezzaluna Rossa.

Passa un giorno e i bombardamenti si rinnovano. Il 17 luglio infatti alcuni aeroplani francesi e britannici bombardano una compagnia sanitaria della 19ª divisione, dislocata lontano dai concentramenti di armati e segnata dalle bandiere della neutralità.

Il 25 luglio, alle ore 18.30, sei aeroplani franco-britannici volano sulla fattoria di Halil Pascià, presso Gallipoli, dove sin dall'inizio delle ostilità era stata impiantata un'ambulanza sanitaria, ben visibile per le sue grandi bandiere della Mezzaluna Rossa. Gettano dodici bombe. Uccidono otto feriti ricoverati, ne feriscono ancora altri dodici e provocano un incendio che distrugge l'intero ospedale.

Tutto questo avviene nel solo mese di luglio del 1915: su un solo settore della guerra.

Il 30 agosto dello stesso anno la flotta britannica, dinanzi i Dardanelli, bombarda l'ospedale militare di Akbache, situato assai lontano dalla linea del fuoco, e ferisce molti ricoverati.

Questi fatti illustrano il silenzioso eroismo della Croce Rossa in guerra.

È doveroso rievocarli per offrire il nostro pensiero di riconoscenza per quanti si sacrificarono non combattendo, ma nell'adempimento di atti di pietà.

Ma è pur giusto riesumarli per controbattere asserzioni materiate di menzogna e di astio.

E vanno infine posti in evidenza perchè si studî il modo di mettere gl'impianti della Croce Rossa al sicuro di ogni offesa.

Questa sicurezza forse può essere ottenuta con adatti accorgimenti tecnici, con opportune dislocazioni degli impianti, ma anche e sopra tutto con la leale osservanza delle convenzioni vigenti, con la rinunzia agli abusi tendenti a mettere opere di guerra al riparo della Croce Rossa. Ma certo ciò non può pretendersi dai popoli selvaggi. *argo.*

Cronaca del movimento professionale.

Il nuovo Direttorio Nazionale del Sindacato Medico.

Nella sua riunione dell'8 dicembre u. s. il Consiglio Nazionale del Sindacato Medico Fascista, dopo aver confermato per acclamazione a Segretario del Sindacato stesso l'on. prof. Eugenio Morelli, del che demmo già notizia, su proposta del comm. Di Marzio, reggente la Confederazione Nazionale Professionisti e Artisti, nominava a comporre il nuovo Direttorio Nazionale i seguenti camerati:

Consiglieri: S. E. prof. Raffaele Paolucci, S. E. prof. Dante De Blasi, sen. prof. Raffaele Bastianelli, prof. Carlo Baslini, prof. Eduardo Calandra, prof. Ottavio Cipollino, prof. Federico Grignolio, prof. Giovanni Perez, prof. Adelchi Salotti, prof. Carlo Vercesi, prof. Felice Bobba, dott. Fiumicello Fiumicelli (in rappresentanza dei Mutilati), e dott. Enrico Crispolti (in rappresentanza della Confederazione);

Sindaci: prof. Eugenio Gasparro, prof. Urbano Sorrentino e dott. Luigi Catalano.

Sono stati anche nominati i rappresentanti delle Sezioni tecniche nelle persone degli on. prof. Amedeo Perna per gli stomato-odontoiatri, on. prof. Giuseppe Vidau per la Corporazione dell'Ospitalità, on. prof. Cesare Serono per il Consiglio Superiore di Sanità, prof. Oliviero Pini per gli psichiatri ospitalieri, on. Andrea Vinaj, prof. Guido Ruata, e dott. Alberto Botti per l'idroclimatologia, prof. Porcelli per i dermosifilografi, prof. Aristide Busi per i radiologi, prof. Carlo Foà per la medicina sociale.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ancona. *R. Prefettura.* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico condotto. 1) Arcevia, V reparto (condotta di Palazzo). 2) Consorzio medico Maiolati-Castelplanio (per le frazioni di Moie e di Coste). 3) Senigallia (per la frazione di S. Angelo). Scadenza per tutti il 30 aprile 1936. Per notizie dello stipendio, indennità trasporto, modalità, documenti ecc. chiedere il Bando di concorso alla R. Prefettura di Ancona.

Bologna. *R. Prefettura.* — Scad. 31 marzo; condotta per Castel Guelfo. Chiedere condizioni.

Bologna. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 20 maggio; tre posti di medico primario psichiatrico nell'Ospedale Prov. « Francesco Roncati » in Bologna ed uno nell'Ospedale Prov. « Luigi Lollini » in Imola; titoli scientifici e pratici; L. 14.500, 3 trienni, 2 quadrienni e 1 quinquennio dec., serv. att. L. 3000, c-v.; età limite 35 anni al 15 genn.; tassa L. 50; assunzione servizio entro 30 giorni dalla partecipaz. di nomina.

Foggia. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 14 marzo. Assistente ordinario. L'assistentato è gratuito. Obbligo di prestare servizio di pronto soccorso, a turno con gli altri assistenti; retribuzione di L. 51 al lordo delle prescrizioni ritenute per ogni 24 ore di servizio prestato. Età limite anni 35. Tassa lire 50,10. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria. Nomina triennale.

Genova. *R. Prefettura.* — Scad. 31 mar.; due condotte, per Genova Zona 51 e Campoligure. Chiedere condizioni.

Littoria. *Municipio.* — Direttore del Dispensario antivenereo comunale; titoli; L. 9500 oltre L. 1800 serv. att. e c.-v.; aumenti periodici. Età limite 35 anni al 3 febbr. Scad. 31 marzo. Chiedere annunzio. Rivolgersi al Commissario Prefettizio.

Roma. *Ministero della Marina.* — Concorso per la nomina di 18 tenenti medici in servizio permanente effettivo del Corpo sanitario militare marittimo. Età limite 30 anni al 31 gennaio 1936; il limite è aumentato di 4 anni per coloro che risultino regolarmente inscritti ai Fasci di Combattimento senza interruzione in data anteriore al 28 ottobre 1922. Domande, su carta da L. 6, al Ministero della Marina, Direzione generale del personale e dei servizi militari, Divisione stato giuridico, entro il 15 marzo 1936.

Roma. *Ministero delle Colonie.* — La « Gazzetta Ufficiale », nei n. 22 e 23 del 28 e 29 gennaio, pubblica i decreti del Ministero delle Colonie con i quali sono stati banditi tre concorsi per titoli ai posti di direttore, di primario medico e primario oculista dell'Ospedale Coloniale Principale di Bengasi.

Il vincitore del concorso al posto di direttore verrà assunto a contratto per anni sei salvo rinnovazione, gli sarà attribuito il grado sesto della prima categoria, di cui al D. M. 129 del 30 aprile 1929 (corrispondente al grado 6° del gruppo A dei funzionari di ruolo dello Stato) e godrà degli assegni corrispondenti a tale grado oltre una indennità coloniale pari a 3/4 di stipendio.

I vincitori degli altri due concorsi verranno assunti con contratto di uguale durata, sarà loro attribuito il grado 7° della 1ª categoria del D. M. sopracitato (corrispondente al grado 7° del gruppo A dei funzionari di ruolo dello Stato) e godranno degli assegni corrispondenti a tale grado, oltre l'indennità coloniale nella misura sopraindicata.

Per ogni altro schiarimento gl'interessati potranno rivolgersi al Ministero delle Colonie (Ufficio 2° del Personale) oppure alle RR. Prefetture.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Roberto Alessandri, direttore della R. Clinica Chirurgica di Roma, è stato nominato Membre associé étranger dell'Accademia di Medicina di Parigi, nella seduta del 4 corr.

Questa nomina è molto significativa, inquanto generalmente i membri associati vengono scelti fra quelli corrispondenti, mentre per il prof. Alessandri non si è passati per tale grado intermedio.

All'illustre Clinico e Maestro, che ci onoriamo di avere nostro Condirettore, vadano i nostri più vivi e cordiali rallegramenti.

L'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere ha conferito i seguenti premi: della Fondazione Fossati al prof. Gino Pieri, primario nell'Ospedale di Udine; della Fondazione Secco Comeno al dott. Alceo Gandellini, assistente nella Clinica Medica di Pavia; della Fondazione Pascal al dott. Mario Villa di Milano; un premio d'incoraggiamento della Fondazione Lattes alla dott.a Alfonsina Braun. Non sono stati conferiti i premi della Fondazione Amalia Visconti Tenconi e della Fondazione Pastori.

La Commissione per il conferimento di due premi sul reumatismo — premi istituiti dal Governo russo presso la Lega internazionale per la lotta contro il reumatismo e dell'importo di 1000 rubli-oro ciascuno — ha stabilito di dividerli in parti uguali tra i dottori: prof. G. Kahmeter (Stoccolma), prof. M. P. Weil (Parigi), prof. E. Freund (Vienna) e B. Schlesinger (Londra). È stata fatta una menzione onorevole al prof. Chini (Roma). I candidati erano in numero di 65. La commissione era costituita da van Breemen (Amsterdam), presidente, Kontchalovsky (Mosca), Danischewsky (Mosca) e Ingvar (Lund).

Il dott. Roberto F. Berro è nominato direttore dell'Istituto internazionale americano di protezione dell'infanzia.

CORPO DI SANITÀ MILITARE. *Colonnelli promossi Maggior Generali*: Santamaria, per meriti eccezionali: « Ufficiale medico di eccezionale valore scientifico, organizzatore in pace e in guerra, ha reso segnalati servizi alla Sanità Militare »; Martoglio, continuando a essere a disposizione del Ministero delle Colonie; Zanuttini, nominato Ispettore di Sanità Militare, Zona di Napoli.

Tenenti-colonnelli promossi colonnelli: Landriani, Direttore Sanità Militare C. A. Sardegna; Briguglio, Direttore Ospedale Messina; Casella, Direttore Ospedale Ancona.

Maggiori promossi tenenti-colonnelli: De Liso, Ospedale Bari; Rattazzi, Ospedale Militare Alessandria; Pellegrino, Ospedale Trieste; Zuddas, Minist. Aeronautica; Mancini, Direzione Sanità militare C. A. Trieste.

Primi capitani promossi maggiori: Squillacciotti, Soleri, Miletti, Musto, Piccacreta, Froggio.

Tenenti incaricati del grado superiore promossi capitani: Francia, Bonelli, Ferrajoli Ferruccio, D'Attilio, Barile, Santillo, Cammarano.

Tenenti promossi capitani: De Lorenzo, De Chiara, Pellegrino.

Tenenti incaricati del grado di capitano: Cassone, Ferrajoli Ferruccio, Aragona, Pala, Lino, Cristiani, Andreotti, Cirillo, Fedeli, Berardinone, Grifoni, Sant'Agati.

NOTIZIE DIVERSE

L'orario degli insegnamenti negli Istituti Universitari.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale, con recente circolare, ha impartito istruzioni in merito all'orario delle lezioni ed esercitazioni accademiche, dei Gabinetti ed Istituti scientifici, delle Biblioteche speciali e di Facoltà, nonchè delle Cliniche universitarie.

In vista delle peculiari esigenze degli studi superiori, sono state consentite alcune deroghe al provvedimento dell'orario continuato. È consentito ai direttori di Facoltà stabilire l'orario delle lezioni ed esercitazioni, secondo i particolari bisogni delle singole discipline, anche in deroga alle disposizioni generali, con la raccomandazione, però, di ridurre al minimo indispensabile gli intervalli fra le varie ore d'insegnamento.

Per i Gabinetti, Istituti scientifici e biblioteche speciali o di Facoltà è stata consentita una certa elasticità di orario, tenuto conto che la loro attività si svolge, oltre che nel campo dell'insegnamento, anche nel campo della ricerca scientifica. I singoli direttori, fra l'altro, dovranno curare che venga limitato, quanto più possibile, il consumo dell'energia per l'illuminazione ed il riscaldamento. Per ciò che riguarda, infine, le Cliniche universitarie, nessuna limitazione di orario verrà applicata, in considerazione delle particolari funzioni affidate alle cliniche stesse nel campo dell'assistenza ospedaliera.

9° Congresso francese di pediatria.

Il venturo Congresso dell'Associazione francese di pediatria si terrà a Bordeaux dal 28 al 30 maggio, sotto la presidenza del dott. C. Rocaz. Temi: « Epidemiologia e patogenesi dell'acrodinia infantile », relatore Péhu (Lione); « Insulinoterapia nel fanciullo », relatori Aubeztin (Bordeaux) e Lelong (Parigi); « Deformazioni distrofiche del torace », relatori Ombrédanne e Garnier (Parigi). Quota: 100 franchi per i membri titolari (membri dell'Associazione) e per i partecipanti (membri liberi); 50 per gli aderenti (persone di famiglia). Sono previste escursioni e gite. Segretario generale è il Dr. Boisserie-Lacroix, cours Xavier-Arnozan 27-bis, Bordeaux.

Per i Sacerdoti ammalati di mente.

La Federazione fra le associazioni del clero in Italia ha svolto un'azione benefica per il ricovero in ambiente adatto dei sacerdoti ammalati di mente, azione che prende sempre maggiori sviluppi. Dopo un accordo stabilito con la Casa della Divina Provvidenza di Bisceglie, la Federazione ne ha ora concluso un altro con i Fatebenefratelli di Venezia, che hanno una Casa di salute alla Madonna dell'Orto. Con il nuovo accordo, la Casa di Bisceglie resta destinata ai malati del Mezzogiorno d'Italia, mentre quella di Venezia raccoglierà, in un padiglione, i malati dell'Italia settentrionale e centrale. L'accordo nuovo, come il precedente, ha ottenuto l'approvazione e l'incoraggiamento della Santa Sede. La convenzione è stata firmata da mons. Orlandi, vice-presidente della Federazione e da Fra' Michele Caimi, Superiore della Casa di Venezia. Essa entra subito in vigore.

I servizi sanitari all'Esposizione di Bruxelles.

Furono assicurati dall'Ufficio d'Igiene del Comune ed in parte dalla Croce Rossa del Belgio. Il bollettino di quest'ultimo Ente informa ora che tra il 27 aprile e il 5 novembre il personale sanitario addetto all'Esposizione — composto di medici, infermiere, portantini — è intervenuto in 9731 casi: 3040 ferite e contusioni, 197 fratture e distorsioni, 51 emorragie, 247 sincopi, 88 congestioni cerebrali e malori, 463 affezioni oculari, 5596 casi diversi. Furono effettuati 47 trasporti in ospedali o a domicilio e si ebbero 2 morti. La Croce Rossa assicurò il suo servizio di soccorso anche nelle riunioni speciali (inaugurazioni, feste stradali ecc.) e il suo personale fu chiamato a intervenire in circa 600 altri casi.

L'ospedale per le malattie nervose di Londra.

Il « National Hospital for Nervous Diseases » di Londra, al Queen's Square, è considerato come la culla e il focolaio della neurologia britannica. Esso è stato illustrato dai nomi di Jackson, di Gowers e d'altri. Contiene 186 letti e vi è annessa una casa di convalescenza con 32 letti, a East Fonchley.

Da alcuni anni l'attività dell'Ospedale è rimasta ostacolata da deficienze di organizzazione materiale. Si è pertanto resa manifesta la necessità d'ingradirlo e modernizzarlo; ma i lavori previsti importano una somma corrispondente a 10 milioni di lire it. Ora la Fondazione Rockefeller ha deciso di partecipare alla spesa, nella misura di due terzi, a condizione che i lavori siano ultimati entro due anni; di più, assegnerà all'ospedale 3 milioni di lire, per promuovere ed aiutare le ricerche e i lavori scientifici.

Medici ungheresi disoccupati

A richiesta del « Comitato nazionale per i diplomati disoccupati » costituitosi in Ungheria, il ministro della difesa nazionale ha messo a disposizione di esso dei baraccamenti militari. Tra i disoccupati si contano un centinaio di medici. Vivono in dormitorî di 5 a 15 letti ciascuno, senza altri mobili che la tavola e i banchi regolamentari. Hanno organizzato da sè il tenore di vita; due volte al giorno si recano a cercare lavoro; non appena un medico trova un'occupazione stabile, il suo posto è preso da un altro postulante. Il numero delle richieste è tale che basterebbe a coprire più volte il numero dei posti disponibili. Le sole e scarse possibilità d'impiego che possono sperare di trovare quegli sfortunati colleghi, sono date dai servizi d'assicurazione.

Un po' dovunque.

Vengono sempre più largamente documentati gli abusi che le truppe del Negus fanno dell'emblema della Croce Rossa.

Risulta provato nel modo più manifesto che il bombardamento dell'ambulanza svedese presso Dolo, sul quale vennero intenzionalmente diffuse notizie esageratissime e false, inscenando una vera gazzarra contro l'Italia, fu accidentale.

Una relazione del Console egiziano a Addis Abebà dimostra l'assoluta correttezza degli italiani nei riguardi dell'ambulanza egiziana presso Dagabur.

Larghissima eco di riprovazione ha avuto la morte eroica del cappellano P. Reginaldo Giuliani, barbaramente trucidato dagli abissini mentre prestava l'estrema assistenza della Fede ad un ufficiale caduto; il bracciale della Croce Rossa non valse a proteggerlo.

Sono state costituite le commissioni giudicatrici dei concorsi sanitari autorizzati con R. D. L. 16 dic. 1935-XIV, n. 2272 (concorsi per titoli ai quali è possibile la partecipazione dei richiamati alle armi).

L'8° Convegno nazionale italiano degli psicologi, che doveva tenersi in Roma dall'8 al 10 novembre, è stato rinviato al 3-5 aprile. Il convegno avrà di mira la valorizzazione della psicologia presso gli studiosi delle discipline viciniori e presso gl'interessati alle applicazioni pratiche nella vita sociale. Ad una riunione preliminare hanno partecipato i proff. Colucci, presidente della Società italiana di psicologia, Gemelli e Ponzo.

Il 5° Congresso romeno di urologia ha avuto luogo a Bucarest, per la prima volta separato da quello di chirurgia.

Il 16 e il 17 marzo si adunerà a Würzburg la Società tedesca di balneologia e climatologia.

L'11 e il 12 gennaio si è tenuto a Milano il Convegno lombardo per la casa popolare, indetto dalla Società Reale d'Igiene presieduta dal prof. L. Veratti. Al convegno era unita una mostra.

Il Sindacato Medico Fascista della Provincia di Sondrio ha tenuto una riunione culturale il 29 gennaio, sotto la presidenza del prof. Fiamberti. Sono state fatte comunicazioni da: G. Piccagnoni, F. Bertoletti, E. Margnelli.

Il 5 febbraio venne inaugurata solennemente a Parigi l'Accademia di chirurgia; la cerimonia si svolse nel grande anfiteatro della Sorbona, con l'intervento del Presidente della Repubblica Lebrun.

La Società dei Medici di Leysin ha festeggiato, il 25 e il 26 gennaio, il 25° anniversario della sua fondazione. Sono state tenute conferenze da Sergent, Rist e Bezançon (Francia), L. Michaud, Rollier Deckes e Roch (Svizzera).

Corsi complementari d'igiene, per la preparazione alla carriera sanitaria, sono organizzati nei RR. Istituti d'Igiene di Bologna, Milano, Modena e Bari a partire dai giorni 1, 16, 16 e 30 marzo, per la durata di un bimestre. Rivolgersi alle segreterie universitarie.

Un corso celere di perfezionamento in patologia, clinica e profilassi delle malattie tubercolari si terrà nell'Istituto di studi scientifico-pratici sulla tubercolosi di Genova, sotto la direzione dei proff. E. Maragliano e G. Sabatini, dal 14 aprile al 14 maggio. Rivolgersi alla direzione dell'Istituto (via Balilla 1).

La « Medicina de los Paisos Cálidos » (Madrid), nel numero di gennaio traccia un profilo di G. Sanarelli, in occasione dell'andata a riposo del nostro illustre scienziato. Rileva tra l'altro che i virus invisibili dovrebbero recare il nome di « Sanarellia », dato da Lipschütz ad un virus scoperto da Sanarelli e che fu il primo della serie. Si mette in luce l'importanza del « fenomeno di Sanarelli ».

Il prof. Guido Izar ha assunto la condirezione della « Rassegna internazionale di clinica e terapia », subentrando al prof. G. Di Guglielmo.

Il « Bollettino della Lega nazionale svizzera contro il cancro », pubblicato in collaborazione dell'Ufficio federale dell'igiene pubblica, è ricco di contributi originali, recensioni, notizie; ne compaiono 4 fascicoli l'anno. L'abbonamento annuo importa 12 franchi svizzeri. Editore: Hans Huber, Berna.

La « Münchener Mediz. Wochenschrift » ha dedicato il n. 6, del 7 febbraio, alle gare olimpioniche invernali. Il fascicolo comprende 7 lavori originali, un'inchiesta sull'alimentazione degli sciatori e altre rubriche consuete; è bene illustrato.

La « Revista de Medicina y Cirugia de la Habana » ha pubblicato un volume giubilare in occasione del suo 40° anniversario: esso consta di oltre 550 pagine e comprende ben 52 lavori, che riguardano i varî campi della medicina; è copiosamente illustrato. La rivista è diretta dal prof. J. A. Presno y Bastony.

È stato inaugurato a Venezia un padiglione per i servizi di oculistica e di otoiatria, in dipendenza degli Ospedali Riuniti; il costo del manufatto e degli impianti accessorî si è elevato a 2 milioni e mezzo di lire.

Il 21 gennaio è stata solennemente inaugurata a Stettino la « Casa dei medici della Pomerania »; si tratta di un'abitazione patrizia riattata, che sorge sulla Kleinen Domstrasse.

Il Consiglio dei Ministri ebbe ad approvare uno schema di R. Decreto recante le norme per l'attuazione della Legge 13 giugno 1935-XII n. 1350 sulla disciplina della produzione e del commercio degli estratti di carne.

Uno degli ultimi atti dell'ex-ministro francese dell'igiene, Lafont, fu un'ispezione personale compiuta ai servizi notturni di guardia negli ospedali; risultò che funzionavano regolarmente. Il corpo medico — che aveva avuto molte ragioni di risentimento verso il Lafont — è rimasto sgradevolmente sorpreso di tale gesto di diffidenza.

Alla Maternità di Lovanio è stata sottratta una neonata di 15 giorni, in circostanze rimaste misteriose.

È morto a 65 anni il prof. WILLIAM BLAIR-BELL, emerito di ostetricia e ginecologia all'Università di Liverpool, noto per avere introdotto il trattamento dei tumori maligni col piombo colloidale. Egli aveva insistito sui pericoli di questa terapia, che gli procurò dispiaceri e azioni giudiziarie, dalle quali uscì assolto.

È morto a 69 anni il prof. STEFAN MINOVICI, direttore dell'Istituto chimico di Bucarest, noto per i suoi lavori di chimica giudiziaria, di tossicologia, d'igiene industriale ecc. Negli ultimi tempi si era specialmente occupato del compito del colesterolo nell'organismo animale. Insegnava anche alla Facoltà di medicina e farmacia e ne era stato decano.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 6 gennaio al 12 gennaio: Morbillo 225 (1179); Scarlattina 144 (320); Pertosse 100 (350); Varicella 147 (382); Vaiuolo e vaiuoloide 1 (2); Febbre tifoidea 168 (258); Infezioni paratifiche 35 (49); Febbre ondulante 18 (22); Dissenteria 4 (4); Difterite e croup 305 (604); Meningite cerebro-spinale epidemica 17 (19); Poliomielite anteriore acuta 8 (8); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 4 (4); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 35 (60), dichiarata — (—); Pustola maligna 17 (19); Febbre puerperale 31 (33).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma · Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 24 Febbraio 1936 - XIV — Num 8.

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

DIVISIONE CHIRURGICA
DELL'OSPEDALE G. B. MORGAGNI IN FORLÌ
diretta dal Prof. SANTE SOLIERI.

Passio appendicularis

per il prof. SANTE SOLIERI.

La frequenza e la fisionomia spesso proteiforme della infermità legata alla sofferenza non acuta dell'appendice mi convince a ritornare sull'argomento. Credo utile fare ancora opera di delucidazione presso i medici pratici, perchè una gran parte di essi non può avere, come non ha, idee chiare sull'argomento. Molto più che la discussione insorta sulle sindromi associate dell'addome destro a proposito della importanza etiologica e patogenetica da assegnare al fattore flogistico derivante dall'appendice in confronto delle turbe fisio-patologiche provocate a distanza dall'appendicopatia cronica ha valso ad intorbidare la situazione anzichè a chiarirla.

Il patimento di ordine locale e generale legato alla condizione abnorme congenita od acquisita dell'appendice, che sino ad ora si è detta *appendicite cronica*, io chiamai già «*Male appendicolare*» (1) in latino «*Passio appendicularis*» (2). Vorrei che il termine latino, di intelligenza universale, prevalesse nell'uso pure fuori dei confini della Patria. Il che sarebbe anche di omaggio alla memoria del nostro grande *Morgagni*, il quale chiamò — *Passio iliaca* — il male acuto della fossa iliaca (volvulo, mal del miserere, ecc.). Non esisteva allora dell'appendicite acuta o cronica nè rilievo clinico, nè anatomo-patologico (3).

I fenomeni clinici subbiettivi ed obbiettivi a distanza che nella *Passio appendicularis* sogliono far corredo al fatto doloroso della fossa iliaca destra possono riferirsi:

1) al crocicchio digestivo superiore (piloro, duodeno, colecisti);

2) alla valvola ileo-cecale ed al grosso intestino;

3) alla vescica urinaria ed all'apparato genitale interno femminile;

(1) SOLIERI S. *Appendicite cronica o male appendicolare?* Rassegna Intern. di Clinica e Terapia, vol. XV, n. 6, 1934, Napoli.

(2) SOLIERI S. *In tema di appendicite cronica. Discussione*. Atti e Memorie della Società Lombarda di Chirurgia, vol. III, n. 5, pag. 489. Seduta 1° marzo 1935.

(3) SOLIERI S. *L'appendice vermiforme nelle opere di G. B. Morgagni*. Num. unico in onore di G. B. MORGAGNI. Tip. S. Bernardino, 1931, Siena.

5) al trofismo, cioè allo sviluppo generale dell'organismo;

6) allo stato psichico.

I.

I fatti morbosi che possono svolgersi in dipendenza dell'appendicopatia nell'ambito del crocicchio digestivo superiore sono stati illustrati da me a proposito della *Sintonia patologica dell'addome destro* (4) e non intendo ritornarvi sopra per esteso. Riferirò soltanto in proposito la sintesi che il Donati fece magistralmente del mio pensiero alla Società Lombarda di Chirurgia (5), completandolo col frutto della sua grande esperienza:

« Il Solieri ritiene che nella maggioranza dei casi in cui viene posta la diagnosi di appendicite cronica la sintomatologia stessa non sia in funzione diretta delle alterazioni flogistiche spesso solo microscopiche, ma dipenda da due altri elementi a cui dà importanza capitale, se non esclusiva, cioè *vizio di posizione dell'appendice* e sua *fissità in posizione abnorme*. Da ciò una turba fisio-patologica dell'angolo ileo-cecale, che determina una sintomatologia locale e generale.

Perciò egli parla di *male appendicolare* piuttosto che di appendicite cronica, nell'intendimento che questo termine, *che si può accettare*, voglia esprimere una condizione fisiopatologica piuttosto che anatomo-patologica. La posizione fissa dell'organo, aggravata da fatti acquisiti, non solo disturba la funzione dell'angolo ileo-cecale con sofferenza della regione iliaca, ma eccita riflessi, che modificano in modo particolare la funzione di organi lontani. Da ciò la ben nota teoria del Solieri della « *Sintonia dell'addome destro* ».

Orbene, anche se questa concezione fosse applicabile solo ad una parte dei casi e non alla generalità, è certo che molta parte della sintomatologia clinica dell'appendicite cronica si deve attribuire anche a delle azioni riflesse a distanza. Come vi è una sintonia generale fisiologica, nel senso di reciproche influenze nervose in rapporto a determinati momenti e stati funzionali, vi è certamente una correlazione patologica che si esplica quando un viscere è ammalato ed in particolare quando è ammalata l'appendice.

Ho già ricordato altra volta come anche a base della interdipendenza morbosa fra appendicite, ulcera piloro-duodenale e colecistite il Solieri ponga, non la propagazione di un fatto flogistico, ma un riflesso nervoso con punto di partenza nell'appendice infiammata e che, scaricandosi sul duodeno, sul piloro e sulla colecisti, si costituisce elemento patogenetico di gravi e permanenti turbe e conseguenti manifestazioni morbose.

Se anche si può ritenere che il meccanismo infettivo sia spesso presente accanto al riflesso nervoso, è certo, e lo ha anche rilevato nella mia clinica il Foà sulla base di reperti radiologici, che molte volte in appendicitici si può osservare una sintomatologia gastrica o gastro-duodenale, che fa sospettare talvolta perfino l'ulcera, mentre non si mette in evidenza che un insieme di turbe funzionali, atte a scomparire dopo l'appendicectomia. Analogamente si possono vedere guarire con l'appendicectomia sindromi colecistiche riflesse, evidentemente di origine appendicolare ».

La radiologia, come anche il Donati ha riferito, conferma in pieno le mie vedute.

Il Buisson (6), da un complesso di ricerche radiografiche assai numerose, diligenti e di acuta interpretazione conclude. « Confermo in primo luogo i concetti del Solieri sull'esistenza del riflesso appendiculo-gastrico, sull'esistenza di una Sintonia fisio-patologica fra gli organi del crocicchio inferiore e del crocicchio superiore destro, sull'importanza dell'appendice come centro di riflessi, di sindromi oscure, subdole, spesso mal diagnosticabili clinicamente. L'opera di precursore di Sante Solieri. la quale risale al 1912, riceve luce e conferma quasi quotidiana dalle nostre osservazioni radiologiche ».

Troppo lungo sarebbe citare tutti quelli che in base alle loro osservazioni hanno avvalorato la dottrina della Sintonia patologica dell'addome destro; ricordo l'Uffreduzzi, il Castiglioni, il Pepere, il Ticozzi, il Ciocca, il Ferrata.

Questi ha scritto: « il Solieri insiste giustamente su quanto io stesso vado insegnando nella Scuola, chiamando l'appendice « *il cervello dell'addome dai molteplici riflessi* ».

Con quanto sopra esposto non si vuol negare la importanza del fattore bacterico ed infiammatorio, propagantesi dell'appendice a distanza per vie linfatiche, sanguigne; ma non si può e non si deve generalizzare in favore di esso. La Clinica ha dimostrato e dimostra

---

(4) SOLIERI S. *Scritti sull'addome destro.* Casa Editr. Cappelli, 1933, Bologna.

(5) DONATI M. *In tema di malum appendiculare: a proposito di appendicite cronica.* Atti e memorie della Società Lombarda di Chirurgia, vol. III, n. 5, pag. 345. Seduta 1° marzo 1935.

(6) BUISSON M. *La radiologia nelle sindromi associate dell'addome destro.* Bollettino e memorie della Società Piemontese di Chirurgia, vol. V, fasc. X. Seduta 26 maggio 1935.

come il più delle volte lo stato flogistico di un organo si stabilisca soltanto dopo che il terreno è stato preparato dal turbamento della funzione specifica. Impera giustamente nella Medicina di oggi il concetto che il quadro clinico non sia espressione esclusiva nè dello stato anatomo-patologico nè di quello batteriologico. Quante volte la lesione anatomo-patologica che si riscontra al tavolo di autopsia non è l'espressione completa della malattia o, meglio ancora, della evoluzione della malattia che ha condotto a morte il paziente? Nè il reperto biopsico di un microbismo latente è ancora uno stato di malattia, perchè a determinare la malattia si devono aggiungere altri fattori di cui, se una parte ci sfugge, per certo l'alterata funzione è di precipua importanza. Basterebbe a questo proposito ricordare come lo stato bacterico e flogistico degli organi ghiandolari (rene, fegato, pancreas, ghiandole salivari, ecc.) quasi sempre si stabilisca quando la funzione secretoria, per causa intrinseca od estrinseca, vicina e lontana, sia menomata, ostacolata o del tutto impedita. Anche nel campo del male appendicolare bisogna dare il giusto valore a questo concetto, poichè la clinica e la biopsia hanno dimostrato che in casi di appendicite cronica vi sono molto spesso alterazioni fisio-patologiche gravi di organi a distanza, (del piloro, del duodeno, della cistifellea, ecc.). Lo stato microbico dell'appendice, il microbismo latente del mesenteriolo e dei gangli non costituiscono per sè uno stato di malattia, nè locale nè generale. La malattia comincia se e quando un disequilibrio funzionale locale si stabilisca per circostanze nuove o preparate di lungo mano da circostanze congenite e prepari il terreno alla flogosi, mentre il disequilibrio poi si rifletta lontano su organi disposti per *sintonia fisiologica*, che diverrà *patologica*.

Fra le condizioni predisponenti non va dimenticata neppure quella costituzionale (tipo longilineo, vagatonismo nel 60-70 %), come io ed altri abbiamo dimostrato.

II.

In una mia memoria (7) richiamai già l'attenzione dei chirurgi e dei medici sulla circostanza che una disposizione abnorme congenita od acquisita, per reazione infiammatoria, della plica ileo-ceco-appendicolare poteva dare fenomeni di difficoltato svuotamento dell'ultima ansa dell'ileo nel cieco per l'accollamento di detta ansa alla parete interna del cieco stesso. E posi in evidenza come la radiografia e la biopsia potessero dimostrare attinenti a questa vera *stenosi di posizione* (epifenomeno di una viziata sede appendicolare e dei suoi annessi) disturbi diagnosticati per appendicite cronica. Però mi sono convinto durante la biopsia che talora si può determinare uno spasmo della valvola ileo-cecale riflesso di una sofferenza dell'angolo ileo-cecale per la posizione abnorme e fissa dell'appendice e la irritazione flogistica di essa.

Infatti, sorpresa, come non di rado accade nel corso di una appendicectomia, una contrazione peristaltica dell'ultima ansa del tenue ingombra ancora di feci, ho veduto la contrazione a monte della valvola farsi violenta, quasi tetanica, come per vincere il tono della valvola chiusa in modo spastico. E vinta la resistenza, l'ansa poi svuotarsi ad un tratto e l'onda peristaltica progredire a valle sul cieco e sul colon ascendente. Questa turba funzionale secondaria, insieme alla distensione, ai contorcimenti, a cui è soggetta l'appendice fissa in positura viziata e non più sana per fatti flogistici cronici secondari, spiega le sensazioni dolorose periodiche della fossa iliaca ed anche le *crisi enteralgiche* di certi appendiciti cronici, di cui di recente il Ticozzi (8) ha scritto.

D'altra parte questi pazienti, liberati dall'appendice ed ottenuta una esatta correzione dell'angolo ileo-cecale, acquistano la salute da lunghi anni poco soddisfacente.

La forma diarroica dell'appendicite, ritenuta sintomatica di una vera enterocolite, che spesso in realtà non è tale, fu descritta molti anni fa da Saupault e Menard, dal Biondi, e di recente dal Chastenet e de Gerj, da Darian e Pichon e dall'Ettorre (9). Male potrebbero queste crisi spiegarsi per la diffusione ricorrente di uno stato bacterico dall'appendice flogosata al restante intestino crasso (come il Biondi riteneva), molto più che l'appendice, nella maggior parte di questi casi dimostrò note flogistiche di poca entità. Mentre questi pazienti quasi sempre guarirono delle loro crisi colitiche o comunque diarroiche dopo l'appendicectomia. Scrive l'Ettorre che « non si può assolutamente stabilire alcun rapporto fra quadro clinico e stato anatomo-patologico.

(7) SOLIERI S. *Deformità congenite ed acquisite della plica ileo-cieco-appendicolare causa di stenosi ileo-cecale di posizione.* Archivio Ital. di Chirurgia, vol. VII, fasc. III, 1923.

(8) TICOZZI E. *Appendicite cronica a crisi enteralgiche.* Atti e memorie della Società Lombarda di Chirurgia, vol. III, n. 5, pag. 436. Seduta 1° marzo 1935.

(9) ETTORRE E. *La forma diarroica dell'appendicite cronica.* Atti e memorie della Società Lombarda di Chirurgia, vol. III, n. 5, pag. 426. Seduta 1° marzo 1935.

Che se si voglia trovare una spiegazione del sintomo predominante (diarrea), dobbiamo pensare che il processo abbia agito esagerando il riflesso gastro-ileale e paralizzando lo sfintere ileo-cecale e che in pari tempo abbia eccitato il sistema vagale ».

Per quello che si riferisce alla mia esperienza, parecchie osservazioni di tal genere, fra le migliaia di appendiciti operate, mi sono occorse, non trascurate nella indagine clinica e nei rilievi anatomici alla biopsia, perchè il mio maestro prof. Biondi aveva richiamato l'attenzione di noi allievi sui rapporti che potevano intercorrere fra colite ed appendicite. E condivido in proposito le idee dell'Ettorre, salvo per quanto si riferisce alla paralisi della valvola ileo-cecale, perchè sta in contrasto con tutto il comportamento a tipo spastico dei varî sfinteri sotto l'azione riflessogena degli stimoli che partono dall'appendice (10).

Fra i tanti casi però uno solo desidero qui ricordare. Di una signora che io ho conosciuto sin da giovanetta e che in tale età fu per molti anni malata di colecistite. Così si ritenne e perciò fu curata con risultato più o meno buono, ma non completo, perchè sofferente rimase sempre. Frequentò anche Chianciano per diversi anni, salvo che l'ultimo anno dovette venirne via perchè presa da dolori colici violenti con diarrea intermittente. Si dimostrò colitica e, come accade a tal sorta di malati, un po' stette meglio, un po' peggio, talora giovandosi di diete appropriate e di medicamenti indicati, talora affatto. Io la rividi a distanza di anni, sinchè all'ultima mia visita la riscontrai per certo appendicitica, le proposi l'intervento, che fu accettato e la operai. L'appendice lunga ed edematosa era circa per metà affondata nella fossetta ileo-cecale ed ivi stretta da un cingolo. La metà distale del verme era cianotica ed edematosa. L'esame istologico dimostrò i segni di una flogosi cronica interstiziale della parete con stasi venosa. La signora è da anni guarita completamente dei fenomeni colecistici, della colite, è ingrassata come non era stata mai. La paziente è di tipo longilineo e spiccatamente vagolabile ipertonica.

III.

I fenomenî riflessi sul cuore di origine appendicitica non sono così frequenti come quelli che caratterizzano la Sintonia patologica dell'addome destro. Tuttavia non di rado occorre, operando in rachianestesia bassa per l'appendicectomia, di sentire il paziente accusare, proprio all'atto in cui si stira l'appendice o l'angolo ileo-cecale, in cui l'appendice è malamente fissa, un senso di stretta al cuore e di vero dolore precordiale, accompagnato da arresto del respiro in inspirazione o da ambascia respiratoria. Il che cessa rapidamente se si lascia la trazione sul viscere o appena si è tolta l'appendice. Talora è concomitante a questo disturbo una improvvisa dilatazione della pupilla. Ciò ha riscontro nella clinica. Ho pubblicato già l'osservazione di una donna che era bradicardica e che presentava fasi ricorrenti di aritmia. Poi si manifestò appendicitica. Il medico suo curante era dubbioso di farla operare perchè temeva per lo stato del cuore, ma accadde questo che, una volta appendicectomizzata, la donna fu libera dei suoi disturbi cardiaci, che non si sono mai più rinnovatî.

Ricordo l'osservazione di un'altra donna la quale aveva il cuore aritmico in modo impressionante e bradicardico ogni volta che era colta da crisi dolorose per acutizzazione dell'appendicite cronica, di cui era portatrice. Lo strano — ma in verità non strano del tutto alla luce di queste nostre conoscenze — era che l'aritmia non cedeva ai cardiocinetici, mentre si calmava, sotto l'azione del Pantopon o del Sedasolo. Sottoposta ad intervento, si trovò appendice lunga e fissa dietro il cieco, disposta a canna di fucile col colon ascendente e con segni evidenti di processi flogistici acuti pregressi.

Ma posso citare il caso ancora più impressionante di una signorina che soffriva di cuore per accessi di cardiopalmo imponenti. La crisi era però quasi sempre preceduta da un periodo di bradicardia e di dolore precordiale. Visitata da clinici medici di fama, era stata diagnosticata una *tachicardia parossistica essenziale* e si erano suggerite e sperimentate le cure più svariate con risultato poco buono, perchè le crisi si ripetevano sempre più frequenti. Poi si manifestarono dolori alla fossa iliaca destra, per cui fu condotta a me ed io trovai che per certo era appendicitica e consigliai l'intervento, che fu accettato, quantunque con grande apprensione dei parenti che temevano per le crisi cardiache. Avrei voluto operare in *rachi* e sarebbe stato interessante per studiare i fenomeni provocati dalle manovre sull'appendice, ma la signorina si rifiutò recisamente, per cui si ricorse alla narcosi eterea. L'appendice fu trovata ripiegata su se stessa ad angolo, di cui un lato era adeso

---

(10) SOLIERI S. *Colecistostomia ed appendicectomia nella colelitiasi in base alla fisiopatologia delle vie biliari*. Archivio Ital. di Chirurgia, vol. XXXVI, fasc. 4°, anno 1934.

al cieco e l'altro al meso dell'ultima ansa del tenue, per modo che ad ogni peristalsi l'appendice veniva stirata in due sensi opposti. Fatti non gravi di appendicite follicolare. La ragazza non ebbe nel decorso postoperatorio, nè dopo mai più, attacchi parossistici di cuore. È ingrassata e fatta tranquilla. Dice di avvertire solo un po' di batticuore se debba presentarsi in ambiente di soggezione, ma ciò non è da meravigliare, quando si pensi che ciò capita a tantissime persone timide di carattere.

Per quanto si riferisce all'apparecchio respiratorio, premessa la considerazione che fatti di tal genere non si saprebbero del tutto disunire dall'influenza cardiaca, ricordo ancora la osservazione di una donna cinquantenne appendicitica, nella quale si erano stabiliti accessi di asma bronchiale assai grave e che appendicectomizzata si liberò dell'asma in circa tre mesi, nè più vi è andata soggetta. A me non sono occorsi più in osservazione casi di tal sorta, ma ricordo di averne riscontrato altri nella letteratura medica.

IV.

Ognuno comprende come sia cosa molto difficile discriminare in caso di fenomeni a carico della vescica urinaria e dell'apparecchio genitale interno femminile nel decorso di una appendicite quanto sia da riferire a propagazione del processo flogistico per contiguità o per rapporti esistenti di circolazione linfatica e sanguigna e quanto invece ad una turba di indole nervosa per la insorgenza di riflessi abnormi. È necessario per ciò scartare da questa rubrica tutti i casi acuti o subacuti o comunque riacutizzati. Ma ciò fatto, rimane per constatazione mia e di altri (Castiglioni, Finocchiaro) (11) un certo numero di osservazioni in cui la sofferenza data ai pazienti di appendicite cronica dagli organi del piccolo bacino non può essere messa in rapporto con fatti infiammatori nè con distopie di essi. In persone che poi guarirono completamente mediante appendicectomia e nelle quali vi era disuria o stranguria penosa accessuale l'esame dell'apparato urinario era sempre stato negativo, l'urina senza pus od altri elementi patologici, ed all'intervento si trovarono fatti flogistici modici, mancanza di aderenze dirette colla vescica o di compressione sull'uretere.

Ora in tali circostanze non si può a meno di mettere i fatti morbosi in rapporto con un riflesso nervoso *appendiculo-urinario* (Finocchiaro).

Ed egualmente si dica di un certo numero di donne che hanno mestruazioni dolorose, irregolari nel periodo, nella durata, nella quantità di sangue, nello stato di irritazione ed eccitazione generale, che ad ogni ricorso sentono più molesti i dolori abituali della fossa iliaca destra. In queste io soglio fare sempre il taglio mediano e la biopsia spesso dimostra l'integrità macroscopica dell'apparato genitale, l'appendice libera da ogni rapporto di contiguità o di aderenza con le trombe e con l'utero, quantunque in istato di patimento per posizione fissa abnorme nella regione ileo-cecale e per fatti infiammatori cronici. L'appendicectomia libera tali pazienti e bisogna così pure ammettere un riflesso patologico *appendico-uterovarico.*

V.

Non è soltanto osservazione mia, ma di molti, medici e chirurgi, che, specialmente nei bambini e nei giovanetti, l'appendicopatia cronica è accompagnata da una deficenza impressionante dello stato somatico. Il quale si riferisce, non soltanto alla scarsezza del pannicolo adiposo, ma ad una vera insufficenza dello sviluppo organico. Nei bambini a tale stato io do una importanza di prim'ordine quale segno del male appendicolare, anche quando il dolore della fossa iliaca destra è scarso e non si sono avute vere coliche.

L'osservazione viene fatta per primi dai genitori stessi, i quali lamentano che il figliolo *non si fa buono a nulla,* frase caratteristica che il popolo qui usa per esprimere la miseria fisica di un bimbo. È cosa mirabile, la quale riempie i genitori di gioia e procura al chirurgo massima soddisfazione, il constatare come, dopo l'appendicectomia, in pochi mesi questi piccoli pazienti siano fatti quasi irriconoscibili per il rapido accrescimento, per lo sviluppo fisico, il colorito roseo, ed il cospicuo accumulo di pannicolo adiposo. Spesso ragazzine pallide, smunte, già di 13 o 14 anni, non ancora mestruate, si sono poi evolute decisamente verso la pubertà.

Alla biopsia in questi ammalati si trovano quasi sempre appendici assai lunghe, *tipo linfoide,* cioè con prevalenza esagerata del tessuto follicolare linfatico, e con segni macroscopici e microscopici flogistici di esso. Persiste anche l'abbondante pleiade gangliare linfatica che è sempre nel bambino all'angolo

(11) Castiglioni G. *Considerazioni cliniche ed anatomo-patologiche in tema di appendicite cronica.* Atti e memorie della Società Lombarda di Chirurgia, vol. II, n. 5, pag. 371. Seduta 1° marzo 1935.

ileo-cecale. Si aggiunge assai di frequente la fissazione e lo stiramento dell'appendice in sede abnorme.

È noto sino dal Morgagni che l'appendice vermiforme nei bambini ha un volume notevolmente superiore a quella degli adulti. Tale fatto dal Morgagni e poi da quasi tutti gli anatomici fu spiegato con l'accrescimento non proporzionale del cieco in confronto dell'appendice, nel senso che il cieco continua a crescere di volume, mentre l'appendice rimarrebbe stazionaria. Ma ciò non è esatto, perchè io ho controllato che il peso assoluto di un numero determinato di appendici infantili confrontato col peso di ugual numero di appendici di adulto risulta assai superiore per i bambini. È dunque evidente che l'appendice col volgere degli anni in realtà si atrofizza e più che altro a carico dell'elemento linfoide, come si atrofizzano sino a scomparire quasi del tutto i gangli dell'angolo ileo-cecale. Il che dimostra un comportamento dell'appendice simile a quello di altre formazioni della economia nei primi anni della vita.

Il rifiorire dei fanciulli operati di appendicectomia ricorda lo stesso fenomeno che si ha dopo l'ablazione delle vegetazioni adenoidi o delle tonsille palatine ipertrofiche. Si suole dire che le condizioni fisiche scadenti degli adenoidei dipende dalla scarsa ossigenazione di quegli organismi, ma non può essere tutta in ciò la patogenesi della distrofia adenoidea; vedute moderne sulla natura delle adenoidi e sulla loro probabile relazione col complesso endocrino sembrano estendere l'ambito del problema. Si ricordi che molti sofferenti di tonsillite ipertrofica o di adenoidismo sono pure dei, così detti, appendicitici cronici. Non è da escludere, in base alla osservazione clinica messa in confronto col reperto della biopsia, che l'appendice linfoide flogosata e malamente fissa possa, determinando riflessi disendocrinici, influire sullo sviluppo somatico.

VI.

Spesso va unito al male appendicolare uno stato psichico a fondo depressivo.

La sofferenza addominale continua, l'alimentazione riguardosa, la rinuncia a molti svaghi o sports ambiti conduce a questo. Il Mitchell (12) sostiene che l'appendice cronicamente infiammata può simulare (io direi piuttosto occasionare) sindromi nervose, come nevrastenia, isterismo, epilessia. Nella mia pratica io ho l'osservazione di un bambino, il quale aveva accessi convulsivi messi in relazione con vermi intestinali, che però non furono mai dimostrati, e che guarì dopo l'appendicectomia da me indicata, ma non eseguita. Ed ho l'osservazione di due pazienti afflitti da male epilettico, di cui l'uno presentava l'appendice dimostrata radiograficamente lunga, contorta, claviforme, contenente un grosso coprolito e nel contempo ulcera duodenale, e l'altro una sintomatologia clinica e radiografica tale da farlo ritenere per certo appendicitico cronico. Nè l'uno nè l'altro però si assoggettò al consigliato intervento chirurgico.

(12) MITCHELL. British. Med. Journ., 1927, n. 3464.

***

Dopo questa esposizione, per quanto sintetica, di osservazioni e di fatti, mi sembra giusto dedurre che il termine nosologico — *appendicite cronica* — non è appropriato a designare un quadro clinico che ha manifestazioni assai complesse per quanto dall'appendice venga il movente primo della successione morbosa.

In altri termini non è lecito definire con una espressione anatomo-patologica di significato infiammatorio riferentesi ad un organo solo (l'appendice) una infermità che in tale organo ha note flogistiche quasi sempre solo microscopiche o macroscopiche assai modeste, ma che sopratutto, per un vizio stabile di posizione, si estrinseca con turbamento funzionale dell'angolo ileo-cecale e con disequilibrio funzionale riflesso da prima e poi organico di apparati lontani della massima importanza.

Da questa definizione impropria dipende in gran parte la discrepanza di pareri che vi è sulla esistenza o meno della appendicite cronica *ab-initio*. Si deve quindi parlare piuttosto di *malattia appendicolare*, « Passio appendicularis ».

Così è rispettato e prospettato nel termine nosografico la realtà clinica in relazione con uno stato morboso, non solo anatomo-patologico, ma anche fisio-patologico locale e generale.

RIASSUNTO.

L'A. passate in rassegna le manifestazioni cliniche che sogliono accompagnare la sofferenza non acuta dell'appendice, propone che al termine *appendicite cronica* si sostituisca quello di *Passio appendicularis*, in cui è prospettata la realtà clinica in relazione con uno stato morboso non solo anatomo-patologico, ma anche fisio-patologico locale e generale.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I - ROMA
II PADIGLIONE - primario: prof. MUZII

Il collasso massivo postoperatorio del polmone

per il dott. ENRICO GIUPPONI, chirurgo aiuto.

Il mattino del giorno 11-VI-1934 viene portata in ospedale una giovane di 22 anni, G. G., nubile, con forti dolori addominali. La malattia ha la seguente storia:

Anamnesi famigliare negativa, è stata sempre bene fino al settembre 1933, epoca in cui ha cominciato a soffrire di dolori modici alla fossa iliaca D. spontanei, non in rapporto coi pasti, accompagnati da perdita dell'appetito e da senso di nausea.

Un mese fa ebbe un attacco doloroso molto forte, che si localizzò alla fossa iliaca D.; durò tre giorni durante i quali la malata ebbe febbre e vomito. A poco a poco il dolore diminuì d'intensità ripresentandosi saltuariamente.

Il giorno 10-VI-1934 fu di nuovo colpita da intenso dolore alla fossa iliaca D. con irradiazione a tutto l'addome. Non febbre, non vomito, alvo chiuso. Minzione regolare.

Mestruazione regolare.

Esame obiettivo: Condizioni generali buone, nulla al cuore e ai polmoni.

Addome: Pianeggiante; dolente il punto di Mc Burney e tutta la fossa iliaca D. Scarsa difesa, Rowsing e Blumberg presenti.

Esame rettale: negativo per lesioni dell'utero e annessi.

Temperatura 36,4, polso 80. Urine p. sp. 1029, reaz. acida.

Albumina e zucchero assenti.

Intervento il giorno 11-VI-1934 (dott. Giupponi). Rachianestesia novocainica 10 ctg. sufficiente. Taglio di M. B. Si ritrova un'appendice con segni netti di flogosi cronica riacutizzata.

Appendicectomia: affondamento: sutura totale. L'operazione è durata 15 minuti ed è avvenuta alle ore 13 dell'11-VI-1934.

Alle ore 17 durante la visita del pomeriggio noto che la malata è agitata ma l'operazione è troppo vicina per poter pensare a complicazioni, dato che la temperatura è 36,3 e il polso di 80.

Il mattino del 12 seguita l'agitazione della malata che ha dovuto essere cateterizzata, alle 16 la malata è divenuta dispnoica ed accusa forti dolori alla spalla S. e al collo, la temperatura è salita a 39,5, il polso a 120, i respiri a 40 al minuto: non tosse, non espettorato.

L'addome non è nè meteorico nè dolente. Sull'emitorace S. alla percussione si ha un suono ridotto su tutto l'ambito con risonanza timpanica verso la base. Il fremito è abolito. Nella fossa sopra-spinosa soffio bronchiale.

Puntura esplorativa negativa.

Il giorno 14 la temperatura massima è di 37,5, alle ore 18, i respiri al minuto si mantengono da 36 massimo a 32 minimo, il polso da un massimo di 92 a un minimo di 88. La malata si sente meglio, non ha tosse. Reperto toracico, immutato.

La riduzione di suono è divenuta ottusità. L'emitorace D. all'ispezione è diminuito di ampiezza, il mediastino è stirato a S. L'esame del sangue dà: Gl. r. 3.900.000; gl. b. 5200.

Formula: 70 % neutrofili; 5 % eosinofili; 16 % linfociti; 1 % basofili; 8 % monociti.

Il limite D. dell'ottusità cardiaca è sulla marginale S. dello sterno. Apnea completa su tutto l'ambito.

Il giorno 15 la malata non ha febbre, si sente leggermente meglio. La ferita sta bene e vengono tolte le grappette. Il reperto toracico è immutato; si avverte in più qualche sfregamento pleurico.

Nella notte dal 15 al 16 ha tosse con espettorato schiumoso. Il mattino è senza temperatura, euforica; i dolori al collo e alla spalla S. sono quasi scomparsi, alla percussione il suono è più chiaro su tutto l'ambito, il soffio bronchiale è scomparso, il fremito si percepisce fino all'apice della scapola, così pure il murmure. Si ascolta qualche rumore con tutti i caratteri dello sfregamento.

L'esame dell'espettorato è negativo per spirali di Curschmann, cristalli di Charcot ed eosinofili.

Il giorno 17 e 18 continua il miglioramento della malata.

Il giorno 18 si tolgono i punti, il reperto toracico è quello di un torace normale, in qualche punto si apprezzano dei ronchi. Si esegue esame radiografico che a distanza di 2 giorni dalla crisi non dà nulla di notevole. Si nota però ipomobilità del diaframma S. impiccolimento dell'emitorace S.

La malata nei giorni seguenti ha cistite causata dai cateterismi dei primi giorni.

Esce perfettamente guarita il 4 luglio.

Durante il periodo acuto è stata curata con adrenalina 20 gocce 3 volte al giorno. Inalazioni di camomilla e bicarbonato; iniezioni eccitanti; esercizi respiratori; cambiamenti frequenti di posizione.

Diagnosi. — Un paziente che in seconda giornata presenta elevazione di temperatura fino a 39,5 e ottusità polmonare può avere o una polmonite, o una broncopolmonite o un infarto o un collasso massivo.

Riunendosi però sintomi antitetici come ottusità, scomparsa del fremito, retrazione dell'emitorace e attiramento del mediastino verso il lato malato bisogna far diagnosi diretta di collasso massivo del polmone.

Diagnosi confermata dall'ulteriore decorso della malattia e per l'attenuazione e scomparsa quasi completa di tutti i sintomi in poche ore.

Per collasso massivo postoperatorio del polmone, s'intende l'atelettasia totale di una ampia zona di polmone che sopravviene in seguito ad operazione.

Nei pochi casi venuti a morte e in cui si è praticata l'autopsia si è trovato il polmone atelettasico, come un polmone di feto che non abbia ancora respirato, e perciò alcuni autori, fra i quali Jackson e Lee, insistono nel voler dare all'affezione il nome di atelettasia postoperatoria. Ci sembra più giusto riserbare il

termine di atelettasia al polmone che non ha mai respirato e di dare all'affezione in questione il termine di collasso postoperatorio, nome del resto che gli fu dato da W. Pasteur che si è occupato per primo della questione.

L'atelettasia polmonare dei neonati e il collasso del polmone in seguito ad affezioni mediche, erano conosciuti già da parecchio tempo quando W. Pasteur nel 1890 notava uno stato atelettasico delle basi polmonari in individui morti di difterite.

Egli credeva che ciò fosse dovuto alla paralisi del diaframma e all'insufficienza respiratoria consecutiva.

Qualche anno più tardi, anche individui morti in seguito ad operazione, ritrovò un analogo stato atelettasico del polmone.

Descrisse allora il collasso massivo postoperatorio del polmone in una serie di lavori di cui il più importante apparve nel 1914 nel *British Journal of Surgery*.

Tutto era descritto, in modo completo, dalla frequenza ai dati clinici, solo la patogenesi oscura per lui, è rimasta oscura anche in seguito.

Leopold nel 1922 ne descrisse i sintomi radiologici e nel 1925 Scott ne riunì 64 casi.

Da allora le osservazioni si sono moltiplicate perchè l'attenzione dei medici è stata richiamata sulla questione e il collasso massivo del polmone è entrato a far parte delle complicazioni polmonari post-operatorie, di quelle complicazioni che secondo Petren costituiscono la croce della chirurgia moderna.

Il collasso polmonare post-operatorio è stato visto manifestarsi in seguito a qualunque anestesia; generale (all'etere o cloroformio) spinale, locale, ed anche senza anestesia.

Si crede in genere che l'anestesia generale per inalazione, per le proprietà irritanti degli anestetici sulla mucosa bronchiale, determini più facilmente il collasso. Ma Lincoln Brown accusa l'anestesia spinale come maggiormente colpevole per parecchie ragioni quali la diminuzione notevole dell'ampiezza dei movimenti respiratori non solo durante l'anestesia ma anche dopo; l'aumento della viscosità delle secrezioni bronchiali che così sono più difficili ad espettorare, l'assenza di vomito che segue generalmente l'anestesia.

Il collasso si produce in seguito ad interventi sul collo, sul torace, sull'addome ed anche sugli arti.

Da notare la sua frequenza dopo operazioni per toracoplastica (Berry) e dopo operazioni per appendicite e ernia.

Notevole che si produca in seguito a traumi non chirurgici e specialmente dopo ferite e contusioni degli arti, dopo fratture del bacino, dopo ferite del torace anche non penetranti.

Il collasso si è manifestato con più frequenza dal lato opposto alla ferita del torace o dell'arto come in genere nelle operazioni chirurgiche sul rene o sul torace si manifesta nel lato opposto all'operazione.

La frequenza è diversamente valutata, W. Pasteur su 2.000 operazioni ha trovato 16 casi di collasso ossia il 0,8 %; Scott 12 casi su 1.000 operazioni; Cutler 2 casi su 1.000 operazioni. Gli autori che tengono conto delle atelettasie parziali vedono salire la percentuale a 32 per 419 interventi (Mastic e Spitler) a 36 su 251 malati (Buland e Sheret) tanto da dover dire che il collasso massivo costituisce da se solo il 70 % delle complicazioni polmonari.

È più frequente nell'uomo che nella donna forse per uno stato irritativo dei polmoni dei fumatori.

Patogenesi: Molte teorie si contendono il campo per spiegare il collasso massivo. Pasteur, che aveva osservato l'atelettasia nei difterici, riportava alla paralisi del diaframma l'atelettasia dei lobi polmonari inferiori.

Infatti gli scambi respiratori si fanno male quando i muscoli inspiratori sono paralizzati, e l'aria è riassorbita molto più velocemente di quello che non sia rinnovata.

Si possono così spiegare i collassi massivi non solo per paralisi del diaframma, ma per paralisi degli intercostali, per sezioni del midollo nei miastenici ed infine negli operati in cui già sappiamo che la capacità vitale dei polmoni misurata con lo spirometro è ridotta al 20 o al 30 % di quella che era prima dell'intervento, e nei quali, il dolore, l'ascensione del diaframma per distensione delle anse, le fasciature e sopratutto la posizione forzata predispongono al collasso massivo.

Certo è, che senza essere la sola causa del collasso massivo del polmone, l'insufficienza respiratoria degli operati è senza dubbio una delle più efficienti cause della sua produzione.

Ostruzione bronchiale: In individui morti di collasso massivo p. Jakson e Lee hanno trovato i bronchi obliterati da un tappo di muco. In altri individui colpiti da collasso massivo p. con la broncoscopia è stato potu-



Autorizzazione R. Prefettura di Milano N.: 8265-1928 e 27605-1934.


STIMOLA
IL
CUORE
Solucamphre
LE STESSE INDICAZIONI
DELL'OLIO CANFORATO
A GOCCE
IN FIALE da 1-2-5 c.c
LABORATORI FARMACEUTICI A. MALIZIA - VIA GIACOSA 31 - MILANO

to constatare ed estrarre un tappo mucoso e far cessare rapidamente la sindrome. Vi è poi un interessantissimo caso riferito da Lee, Tucker e Clerf.

Un giovane di 15 anni durante una operazione di ernia in anestesia generale presenta forte secrezione di muco. Dopo 24 h. inizia un c.p.m. controllato radiograficamente. Si pratica la broncoscopia e si aspira una grande quantità di muco, e tutti i segni del collasso spariscono. Il muco così ritirato è pieno di pneumococchi. Si laparatomizza un cane e si richiude e il giorno seguente dopo avergli fatto un'iniezione calmante per impedire il riflesso della tosse gli si iniettano col metodo broncoscopico 7 c. c. del muco anzidetto nel bronco S.

Dopo solo 3 ore si constata radiograficamente l'esistenza di un collasso massivo S. Esperienze simili eseguite da Lincoln Brown sui cani con liquidi vischiosi iodati (e quindi visibili ai raggi) hanno dimostrato che più denso è il secreto più facilmente si ha l'ostruzione di un solo bronco, mentre quando è più fluido si diffonde lentamente a tutto l'albero bronchiale.

In due casi di collasso p. riportati da lui, mentre nel primo caso il collasso occupava la parte inferiore del polmone D. e con la broncoscopia si ritirò un tappo mucoso densissimo che occupava il bronco inferiore; nel secondo caso l'atelettasia era a focolai disseminati e con la broncoscopia si ritirarono liquidi più diffluenti che nel caso precedente.

Ora qual'è la causa di questo aumento di secrezione?

Per Mathes si tratterebbe di un'infezione delle vie respiratorie che comincerebbe già nel periodo anestetico ed è favorita dal fatto che il malato non può tossire.

Scott e Cutler, Bergamini e Skepard pensano che sia la dilatazione dei capillari e delle venule che determinano un edema della mucosa dei piccoli bronchi con produzione di muco spesso, vischioso.

La dilatazione vasale sarebbe a sua volta sotto le dipendenze di un riflesso vaso-motore. Infine altri autori vogliono spiegare tutta la sindrome senza dover ricorrere all'ostruzione bronchiale per tappo di muco: così per Bradford si tratterebbe di uno spasmo dei muscoli bronchiali per eccitazione del pneumogastrico. Per Simon qualsiasi eccitazione addominale riflettendosi nei polmoni sia per il simpatico che per il pneumogastrico determinerebbe la chiusura spasmodica dei canali aerei, non a livello dei bronchioli ma del canale alveolare, nel punto in cui gli istologi hanno messo in evidenza una specie di sfintere liscio che con la sua contrazione può chiudere il canale alveolare completamente.

V'è infine chi ritiene colpevole del collasso l'alterazione del riflesso di Hering Brauer.

Per questo riflesso il polmone espanso al massimo inibisce l'inspirazione e stimola l'espirazione, retratto al minimo inibisce l'espirazione e stimola l'inspirazione. Nel collasso polmonare il polmone retratto al minimo non stimolerebbe più l'inspirazione. Teorie tutte che se spiegano un fatto ne lasciano insoluto un altro.

Allo stato attuale, i fatti più probatori per spiegare la sindrome sono quelli dell'insufficienza respiratoria e dell'ostruzione bronchiale.

QUADRO CLINICO.

Il collasso massivo polmonare si inizia in modo brusco, generalmente nelle prime 24 ore, ma anche in 2ª o 3ª giornata. È stato visto iniziarsi sul tavolo operatorio (Bergamini e Shepard), ed anche in 9ª giornata (R. Simon).

Il malato dopo l'operazione molte volte è calmo, altre volte (caso nostro) è in preda ad agitazione, mai però dà l'impressione di un malato intossicato. L'inizio è segnato da temperatura dispnea e dolori.

La temperatura il primo giorno arriva verso i 39 (nel nostro caso 39°,5) per diminuire rapidamente nei giorni successivi. Sono state notate temperature altissime (41) e casi senza temperatura.

La dispnea può andare da 35 respiri al minuto fino a 50. La respirazione è superficiale, il volto è leggermente cianotico. Lenormant dice di avere notato sempre una colorazione *rouge-brique* che egli ritiene caratteristica.

I dolori non mancano quasi mai. In genere sono retrosternali, o toracici, non hanno però l'intensità del dolore puntorio del polmonitico. Si possono anche avere dolori alle spalle e al collo (come nella nostra malata) sotto forma di stiramenti penosissimi. La testa e il collo frequentemente vengono piegati verso il lato del polmone collassato. Qualche volta si ha anche tosse ed espettorazione. Ma quello che colpisce è l'esame del torace.

L'emitorace preso è immobile e retratto, le costole più oblique che nel lato sano, gli spazi intercostali diminuiti.

Il mediastino è stirato dal lato malato.

Il cuore subisce spostamenti in alto e lateralmente. In alto perchè il diaframma s'in

nalza aspirato anch'esso. La punta del cuore può arrivare fino nell'ascella S. e battere nel terzo spazio intercostale.

Percussione. — Ottusità completa su tutto l'ambito meno intensa sull'apice, in basso a S. il timpanismo dello stomaco delimita bene le basi ottuse e retratte.

Abolizione del fremito vocale tattile e apnea completa. — Qualche volta si ha aumento del fremito e soffio tubario. Secondo Lenormant nel primo caso i bronchi sarebbero ostruiti, nel secondo no. In genere sull'ilo si ascolta un soffio bronchiale. La puntura esplorativa è sempre negativa e la pressione intrapleurica è fortemente negativa.

Come si vede quello che colpisce nel collasso polmonare è l'associazione fra sintomi di condensazione polmonare e spostamento del mediastino verso il lato malato.

Verso il terzo giorno (qualche volta dopo poche ore e altre volte in 5ª giornata) il collasso polmonare si avvia a guarigione, che può avvenire per crisi o per lisi.

Se è per crisi, il malato bruscamente, sia in occasione di un colpo di tosse, sia per un cambiamento di posizione, incomincia ad emettere con la tosse una grande quantità di muco e dopo poco tempo si sente meglio. Esaminando il torace che poche ore prima era immobile ed ottuso, si è stupiti di trovare il ritorno della sonorità alla percussione e del murmure vescicolare.

Se la guarigione avviene per lisi, e questo è il caso più frequente, piano piano si fa la riespansione del polmone dall'alto al basso. L'ultimo a riespandersi è il lobo inferiore. In pochi giorni tutto rientra nella norma. Sul polmone si ascolta qualche rantolo espiratorio e null'altro.

Il quadro che abbiamo tracciato è quello del *collasso massivo di tutto un polmone.*

Esistono forme con *collasso completo del lobo inferiore e collasso parziale dei lobi soprastanti.*

Collasso completo del solo lobo inferiore.
Collasso parziale di un lobo.
Collasso di ambedue i lobi inferiori.

ESAME RADIOLOGICO.

Molte volte per la gravità di sintomi si evita di mandare il malato alla sala di radiografia e si attende. Quando poi le condizioni del malato sono migliorate non si ha più il reperto caratteristico radiografico del collasso massivo.

Così è avvenuto nella nostra malata ed appunto per questo non posso presentare delle radiografie.

Sarebbe opportuno che ogni reparto avesse un apparecchio portatile per poter eseguire radiografie al letto stesso del malato.

Probabilmente il numero delle osservazioni di collasso parziale aumenterebbe a scapito delle cosidette broncopolmoniti post-operatorie.

Il quadro radiografico del collasso massivo non fa che confermare i dati clinici. Retrazione del torace — aumento di obliquità delle costole, ascensione del diaframma — aspirazione del mediastino nel lato malato.

In più tutto l'emitorace retratto è occupato da un'ombra densa, uniforme, che maschera perfino i rilievi ossei.

Sembra strano che il polmone possa dare un'ombra tanto intensa ma ciò si può spiegare sapendo che il polmone è ingorgato di sangue, compresso e soprattutto privo di aria.

Quando il processo si avvia a guarigione si potrà assistere ad uno schiarimento della parte alta del polmone, mentre resterà opaca la base. Nelle parti più chiarite rimarranno ancora delle piccole ombre a testimoniare che v'è qualche lobulo atelettasico. L'ultima a schiarirsi è la base.

Decorso e complicazioni. — Raramente il collasso massivo termina con la morte. In genere dopo pochi giorni o per crisi o per lisi il malato si avvia a guarigione. Si è avuto però qualche raro caso di morte.

È ovvio pensare che le infezioni, bronchite, broncopolmonite e infarti si localizzino più facilmente su un polmone che è stato attaccato dal collasso. (Mastics Spittler su 50 casi di collasso massivo hanno avuto 5 volte complicazioni di bronchite e broncopolmonite).

Non mancano autori che credono il polmone collassato al riparo dalle infezioni.

Anatomia patologica. — Scarsi sono i reperti autopsici. Nei casi morti per collasso o per altre cause ma che avevano presentato un collasso massivo si è sempre trovato: polmone retratto, grigio rosa, compatto al taglio, non crepitante, più pesante dell'acqua. All'esame microscopico, gli alveoli accollati e vuoti, qualcuno ripieno di muco e leucociti.

Alcune volte è stato trovato il bronco principale intieramente ostruito da muco, altre volte no.

Cura. — Se è vero che il collasso massivo predispone alle complicazioni polmonari, prevenire il collasso vorrà dire prevenire le complicazioni. Infatti molte statistiche provano la

verità di questo asserto dimostrando una diminuzione enorme delle complicazioni polmonari dopo che sistematicamente si cerca di prevenire il collasso.

Molti mezzi, dei quali alcuni semplicissimi si possono mettere in opera.

Porre il malato a letto in posizione semi seduta e fargli compiere spesso grandi respirazioni, cambiarlo spesso di posizione, limitare la morfina pre e postoperatoria. Piccole avvertenze queste che possono essere attuate ovunque. Moisè e Smith non ritengono la posizione semiseduta come la più adatta per prevenire il collasso massivo perchè credono che con la posizione semiseduta si abbia una vera e propria fognatura del polmone e quindi un accumulo di secrezioni nella parte più declive.

È stata anche preconizzata e attuata con successo da Buland e Sheret la posizione inversa che determinerebbe una maggiore ventilazione delle basi. Questa posizione consiste nel far decombere il malato senza cuscino con i piedi del letto sollevati di 60 cm.

Più comodo il metodo di Cutler che dispone di letti la cui posizione può essere variata a piacere.

Non appena il collasso massivo si sia manifestato — che cosa occorre fare?

L'unico mezzo veramente efficace sarebbe quello di aspirare mercè la broncoscopia il tappo mucoso dei grandi bronchi. Ma a parte il fatto che non in tutti i casi esiste il tappo mucoso, per questo intervento occorre l'opera di uno specialista.

Ma vi sono una quantità di mezzi atti a ridare al polmone la sua pervietà.

Il più semplice è quello di far decombere il malato sul lato opposto, ma molti non tollerano questa posizione. Alcune volte basta scuotere i malati e dar loro qualche colpo sulla schiena per vedere sparire il collasso.

Se possibile, mettere in opera l'iperventilazione polmonare, che consiste nel dare durante dieci minuti insufflazioni successive di un miscuglio contenente un volume di CO_2 e 5 di O e quindi di aria pura.

Questo metodo di iperventilazione, istituito da Scott e Cutler e ormai messo in opera da molti, si basa sul fatto che l'anidride carbonica stimola i centri bulbari che così eccitati determinano inspirazioni molto forti.

Gli autori che applicano questo metodo consigliano di fare sistematicamente 10 minuti di iperventilazione alla fine della narcosi; in ogni maniera di metterla in opera immediatamente non appena manifestatisi i primi sintomi del collasso.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di collasso massivo postoperatorio del polmone e tratta l'argomento diffondendosi particolarmente sulla etiologia e sulla cura.

BIBLIOGRAFIA

BERTRAM SOLTAN. *Massive collapse of lung.* British Medical Journal, 21 marzo 1925.

BERGAMINI e SHEPARD. *Bilateral atelectasis of lung.* Annals of Surgery, 1927, p. 35.

BERRY. *L'atelettasia massiva complicazione della toracoplastica paravertebrale p. tbc. pol.* Archives of Surgery, vol. XVII gennaio 1929, pagine 257, 271.

BULAND e SCHERET. *Postoperative massive collapse.* Lancet, juillet 1928, p. 111.

CECONI. *Patologia medica. Apparato respiratorio,* pag. 261-211.

CHEVALIER, JACKSON e LEE. *Acute massive collapse of the lungs.* Annals of Surgery, t. XXXII, p. 362, 1925.

DIEZ J. *L'etiologia e la patogenesi dell'at. p. mas. p. op.* La prensa médica argentina, gennaio 1931, p. 1166-75.

HEARN e CLERF. *Post operative massive collapse of the lung.* Annals of Surgery, 1927, p. 54.

LEE-TUCKER CLERF. *Postoperative Pulmonary atelectasia.* Ibid., t. LXXXIII, p. 362, 1925.

LENORMANT et ISELIN. *L'atelectasie pulmonaire post-opératoire.* Journal de Chirurgie, nov. 1928, pag. 530 e segg.

LINCOLN BROWN. *Atelectasia polmonare post-operatoria.* Archives of Surgery, giugno 1931, pagine 976-982.

LLUCIA H. *L'atelectasia polmonare post.* Gazette des Hôpitaux, 8 marzo 1933, pag. 347-352.

FONTAINE *Les complications pulmonaires post-opératoires.* Lyon chirurgical, 1928, p. 385.

HARRINGTON. *Relief of postoperative massive collapse of lung.* New York Surgical Society, 1926 in Annals of Surgery, 1927, pag. 157.

MASTIES, SPITTLER e MAC NAMEE. *Postoperative pulmonary atelectasis.* Archives of Surgery, 1927, p. 156.

MOISÉ e SMITS. *Atelectasia e ascesso del polmone.* Archives of internal Medicine, vol. XLV, 1930, pag. 92-101.

MATHES. *Atelectasia post-operatoria.* Current Recherches in Anestesia and analgesia, vol. IX, 1930, pag. 19-33.

PASTEUR W. Intern. Ill. Med. Sc., 1890, pag. 242; The Lancet, 1908; British Journal of Surgery, 1914.

PERUSSIA. *L'atelettasia nel determinismo delle opacità polmonari ai raggi X.* La Radiologia Medica, 1926.

RINECKER. Münchener Medizinische Wochenschrift, an. LXXX, n. 16, 21 apr. 1933, pag. 608-609.

SHEFFEY-IONES-CLERF. *Collasso post-operatorio in ginecologia,* pag. 795-806. American Journal of Obstetrics and ginecology, giugno 1930.

SCOTT. *Post-operative massive collapse of the lung.* Archives of Surgery, t. X, p. 73, 1925.

SCOTT, CUTLER. *Post-operative massive atelectasis.* Journal of the American med. Assoc., t. XC, p. 1759, 1928.

WOODBURN, MORISON. *Collapsus pulmonaire massif.* The British Medical Journal, agosto 1930, pag. 237, 41.

RIVISTE

Alcuni dati sulla lisatoterapia.

Fra i molteplici metodi dell'organoterapia, di cui la branca ormonoterapica è una delle più affermatesi accanto alla epato- e gastroterapia, vi sono ancora dei procedimenti allo studio dei quali però i risultati sembrano di già essere notevoli e promettenti; intendiamo parlare delle ricerche sperimentali e cliniche riguardanti l'uso terapeutico dei lisati di alcuni organi o tessuti alle quali ricerche si sono dedicati particolarmente gli AA. russi (Touchnow e la sua scuola, Kasakow ed altri).

Il nome dei lisati è stato dato alle sostanze che rappresentano i prodotti di scissione, della lisi di vari organi o tessuti di animali da macello. Preparati secondo Touchnow i lisati vengono ricavati mediante un trattamento complesso di cui ogni fase dà un tipo speciale; la prima frazione viene ottenuta colla digestione pepsinica fino a chè le reazioni per l'albumina diventano negative; essa contiene principalmente peptoni e albumose; nella seconda frazione prevalgono albumose e polipeptidi; la terza frazione ottenuta mediante trattamento colla tripsina o colla permanenza in autoclave contiene polipeptidi, aminoacidi e forse anche amine biogene. I lisati di Kasakow vengono preparati mediante idrolisi in autoclave a pressione di 12-15 atmosfere; in essi è indubbia la presenza di aminoacidi, di amine biogene e di altri elementi scissi della molecola albuminoidea.

L'azione dei lisati sull'organismo umano od animale è caratterizzata oltrecchè da effetti generali, che potrebbero dirsi stimolanti, anche e sopratutto da effetti locali specifici, nel senso di un'azione elettiva sull'organo o tessuto omonimo a quello da cui derivano e che si manifesta con l'eccitamento (fino ad effetti deleteri, Touchnow) o colla normalizzazione (Kasakow) della sua funzionalità.

Per quel che riguarda l'azione generale essa solo difficilmente può essere considerata analoga a quella della proteinoterapia, trattandosi di prodotti di scissione e non già della molecola albuminoidea integra. Ma sia nel meccanismo dell'azione generale, che su quello dell'effetto specifico verte ancora la discussione; alcuni aspetti di tale discussione sono stati recentemente riassunti da S. GENES (*Vracebnoje Delo*, 1934, f. 2). L'A. osserva che l'azione dei lisati non può essere senz'altro ricondotta a quella degli ormoni eventualmente in essi contenuti, trattandosi spesso di derivati di organi non endocrini (muscoli, cervello ecc.); l'A. evidentemente si riferisce al concetto clinico e pratico dell'ormone in senso stretto della parola.

Va notato però che nel senso lato quali organi ormonali possono essere intesi tutti i nostri organi e tessuti, e questo difatti sarebbe il concetto di Richet, Miyagawa ed altri; secondo questi AA. esisterebbero degli ormoni omoorganici, sostanze cioè che agiscono sull'organo omologo (Richet); in questo caso l'ormone corrisponderebbe ad uno o più prodotti intermedi di scissione del tessuto; ora tale concetto sarebbe analogo a quello di Touchnow stesso, il quale parla del lisato quale « veleno naturale della cellula ».

Può essere però l'azione di ormoni comuni senz'altro trascurata (Kosakow) o considerata quale secondaria (Touchnow) nel caso di lisati derivati da organi endocrini?

Le esperienze di Genes riescono molto dimostrative in proposito; in esse l'A. ha potuto costatare che il lisato delle ghiandole surrenali saggiato con metodi biologici, esplica, a differenza di lisati di altri organi, un'azione adrenalino-simile sulla pressione sanguigna, sull'azione cardiaca, sull'intestino e sulla glicemia di vari animali di laboratorio; evidentemente il procedimento usato dall'A. (preparazione dei lisati in 3 frazioni secondo Touchnow) non distrugge l'adrenalina (la quale com'è noto resiste fino alla temperatura di 212° gradi e non è attaccata dalla pepsina e pancreatina). Va però notato che l'azione della seconda frazione era più intensa di quella della prima; tale fatto potrebbe essere attribuito alla maggiore messa in libertà di sostanze adrenalinosimili; ma sarebbe più verosimile la supposizione che sono gli altri prodotti di scissione albuminoidea ad intensificare l'azione dell'adrenalina (com'è stato già dimostrato da Abderhalden per alcuni aminoacidi); la stessa ipotesi potrebbe spiegare il fatto che l'ebollizione prolungata diminuisce più notevolmente l'attività dell'adrenalina pura che non quella del lisato surrenale. Risulterebbe quindi da queste ricerche che l'effetto di alcuni lisati endocrini può essere almeno in parte attribuito all'azione di ormoni in essi contenuti; tale azione viene però notevolmente potenziata dalla presenza di prodotti di scissione albuminoidea.

Nello stesso senso di aumentata recettività cellulare sotto l'influsso dei lisati depongono le osservazioni di STEPPUN, GUBAREW ed altri (*Vracebnoje Delo*, 1935, f. 1); operando con lisato di caseina — quindi con prodotti di scissione di un'albumina non specifica gli AA. hanno potuto notare come tali lisati potenziavano l'effetto di alcune sostanze farmacodinamiche come ad es. dell'istamina, della adrenalina, della digitale. L'effetto favorevole che da tale lisato viene esplicato su un cuore di rana in periodo di stanchezza potrebbe pure essere attribuito ad una aumentata sensibilità cellulare verso le sostanze autostimolanti. (Si noti che risultati analoghi sono stati ottenuti da Weichardt e Schittenhelm con prodotti di scissione albuminoidea a peso molecolare alto; a tale proprietà « attivatrice del protoplasma » è stato attribuito l'effetto terapeutico della pro-

teina introdotta parenteralmente, la quale agirebbe mediante i suoi prodotti di scissione).

Sembrerebbe quindi da questi dati che l'azione dei lisati è piuttosto complessa; con ogni probabilità accanto ad elementi attivi specifici i lisati di Touchnow contengono anche prodotti aspecifici che agiscono in sinergia coi primi.

Una recente comunicazione di KASAKOW (*Acta Med. Scandin*, 1935, v. 1-11) è dedicata sopratutto ai risultati pratici della terapia mediante associazioni di vari lisati; nella parte teorica l'A. si limita ad un breve accenno sulle sostanze attive dei lisati e sui fenomeni neurometabolici da questi influenzati.

Riferendosi esclusivamente ai lisati preparati col proprio metodo l'A. nega che la loro attività generale sia analoga a quella dei « corpi stimolanti » (*Reizkörper*) di Weichardt cioè dei derivati albuminoidei a peso molecolare alto, quali si riscontrano anche negli istolisati di Touchnow. Infatti i lisati di Kasakow sarebbero privi di polipeptidi a peso molecolare alto e, come risulta da esperienze su animali di laboratorio, non posseggono quella tossicità che caratterizza le sostanze proteiche di Weichardt, i lisati di Touchnow, le emulsioni di Miyagawa. Essi sono costituiti da sostanze a peso molecolare basso (quindi non attive secondo Weichardt).

Anche la componente ormonica, quando dovesse esistere nell'organo da cui i lisati sono ricavati, verrebbe distrutta secondo l'A. dalla intensa azione del procedimento da lui adottato. L'A. sostiene il concetto della specificità organica dei lisati la quale fa differenziare l'effetto dei lisati a molecole di peso molto basso dalla terapia con aminoacidi; i lisati sarebbero composti di frammenti delle molecole di un dato organo che conservano la loro specifiicità, di sali minerali e di aminoacidi forse in parte ancora non noti o non sintetizzabili nell'organismo.

Senza entrare in merito al problema del meccanismo intimo d'azione dei lisati a peso molto basso, l'A. fa rilevare che questa si svolge principalmente attraverso le modifiche che tali lisati determinano nel metabolismo intermedio dei processi organici in genere ed in ispecie del sistema nervoso. L'azione sul metabolismo è dominata dall'aumento di grado di dispersione dei sistemi colloidali organici che segue alla introduzione parenterale di alcuni lisati, particolarmente quando vengono impiegate alcune associazioni di questi; l'attività dei lisati si manifesta con l'aumento dei processi ossidativi, con intensificazione di proprietà immunologiche e antitossiche del siero del sangue; in esperienze di laboratorio è stato costatato che la polilisatoterapia guarisce e previene l'anemia sperimentale da veleni emolitici, porta a normalizzazione la formula leucocitaria alterata, intensifica (fino al doppio) l'attività fagocitaria. La funzione plastica dei lisati è stata dimostrata anche in esperienze con colture di tessuti in vitro, le quali permisero di stabilire il carattere catalitico di tale attività (Rumjanzew).

Fra i « punti d'attacco » dei lisati l'A. considera anche il sistema nervoso, specie quello che governa l'attività metabolica dei singoli organi; egli cita in proposito le ricerche di Oleandrow, nelle quali il tropismo dei lisati veniva indirettamente messo in evidenza dalla colorazione blu che acquistava la rete nervosa di alcuni organi (pancreas) quando il lisato iniettato era mescolato con blu di metilene.

I lisati possiederebbero quindi attività generali e locali nei riguardi di metabolismo dell'organismo in toto e dei suoi singoli organi, nei riguardi cioè dei processi che secondo l'A. dominano quasi tutti i quadri morbosi della patologia umana. Partendo da tale considerazione l'A. ha applicato la polilisatoterapia a 4000 casi di diverse malattie; le modalità terapeutiche basate principalmente sulla associazione di vari lisati venivano studiate caso per caso; l'A. insiste sulla individualizzazione del trattamento, del quale accenna ai criteri fondamentali. Nella sua comunicazione vengono riferiti particolarmente i risultati della polilisatoterapia nel morbo di Basedow, nel diabete mellito, nell'otosclerosi, nel glaucoma, nella spondilosi anchilopoietica.

Così nel morbo di Basedow venivano somministrati i lisati della corteccia surrenale, delle paratiroidi, delle ovaia quali antagonisti della tiroide; inoltre veniva aggiunto il lisato del fegato (del quale la minorata attività sarebbe una delle cause dell'incompleta ossidabilità dei prodotti del ricambio nel morbo di Basedow) cui veniva associato il lisato della preipofisi considerata quale ghiandola sinergica del fegato. Il lisato del cervello avrebbe avuto per compito la normalizzazione del metabolismo del sistema nervoso. Volta per volta si presentava utile l'aggiunta di alcuni altri lisati (del muscolo: nel caso di processi distrofici) o la soppressione di qualcuno di quelli enumerati (della preipofisi che all'inizio talvolta accentuava i sintomi tireotossici e la proteolisi).

I risultati del trattamento in 700 casi di morbo di Basedow sarebbero stati molto incoraggianti: in circa metà dei casi l'osservazione clinica e biochimica ha messo in evidenza un notevole miglioramento; in 17 % dei casi sarebbe avvenuta la guarigione, in 28 % un discreto miglioramento; 5 % dei casi rimasero stazionari.

Nei diabetici (100 casi) venivano applicati principalmente i lisati della corteccia surrenale, del fegato, dei muscoli e del pancreas; i risultati favorevoli si rendevano manifesti attraverso la scomparsa della glicosuria, l'abbassamento della glicemia (è stata osservata maggiore glicolisi da parte delle emazie) l'aumento del peso con dieta più larga e quantità ridotte di insulina.

In cinquanta casi di otosclerosi (considerata dall'A. quale esito locale di deficiente ossidazione organica e di diminuita dispersione colloidale con passaggio di albumine nello stato di *gel*) i lisati oltrechè per via intramuscolare venivano introdotti localmente mediante la iontoforesi: in 75 % dei casi (dei quali molti trattati inutilmente da eminenti specialisti) si è verificato un miglioramento più o meno notevole fino talvolta al completo ricupero della funzione uditiva. Anche nel glaucoma considerato quale espressione di una malattia generale il procedimento analogo ha dato dei risultati buoni, talora addirittura sorprendenti con miglioramento del visus e ritorno alla norma della pressione endoculare.

Discreti benefici sono stati raggiunti in 25 casi di spondilosi anchilopoietica mediante somministrazione di lisati muscolari, splenici, epatici e tiroidei. Si notava non solo l'arresto del processo ma spesso la regressione di esso con ricupero almeno parziale della mobilità e diminuzione della contrattura muscolare.

Finora in tutto sono stati trattati secondo il metodo esposto e con risultati più o meno favorevoli 1000 individui con 50 varie diagnosi. L'A. ritiene che la polilisatoterapia può essere estesa a tutto il dominio della patologia; l'universalismo di tale terapia si sarebbe ormai affermato anche nelle sue applicazioni pratiche.

La mole degli studi, delle ricerche, delle osservazioni cliniche che abbiamo riportato qui solo per accenni o per sommi capi sembra ci scopra degli orizzonti nuovi. Erano essi effettivamente finora ignorati? E non si tratta piuttosto di un ritorno alla vetusta organoterapia intesa nel senso più lato e che è stata ricacciata in secondo piano dalle moderne acquisizioni chimiche e biochimiche che si portano in campo di preparati sempre più raffinati, di ormoni isolati, di sostanze più o meno chimicamente pure? Come se nel frattempo venisse dimenticato che l'armonia di ogni organo, di ogni tessuto fa sì che tutti i suoi componenti siano sinergici, aiutino uno l'altro nel loro compito organico. Ora anche nel campo strettamente farmacologico questa affinità chimica e ancor più spesso farmacodinamica ha già avuto il suo riconoscimento ufficiale nel frequente ritorno a preparati galenici, ad impiego totale di principi attivi delle piante officinali. Anche nella lisatoterapia scorgiamo il dominare del principio totalitario, della riconosciuta unitarietà dei componenti del singolo organo e di un intero sistema.

Il procedimento chimico riportato costituisce nella sua relativa semplicità un'acquisizione importantissima, ma forse subirà ancora più di una modificazione. Ma quel che più conta è il fatto di poter rivedere e realizzare con criteri nuovi e possibilità finora ignorate ciò che finora è stato solo intuito; e se l'idea anche non è nuova, la coltivazione del campo appare appena iniziata. Il compito attuale e principale consisterà probabilmente nella sperimentazione pratica su vasta scala a fine di poter standardizzare un trattamento del quale le modalità sono per ora più che altro basate su considerazioni teoriche e di cui i successi terapeutici sono ancora passibili di varie interpretazioni.

S. MINZ.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

L'ipertonia circolatoria.

(J. PAL. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 17 gennaio 1936).

Il tono è una qualità essenziale degli organi della circolazione, ed è qualche cosa di ben differente dalla tensione. Il tono è un fenomeno biologico della parete vasale, mentre la tensione è un fenomeno fisico ed è in relazione alla pressione esercitata sulle pareti vasali.

L'ipertonia non sempre è un fatto morboso, ma può senza limiti netti varcare i confini della patologia. Ogni sovracarico del muscolo produce un aumento del tono e successivamente l'ipertrofia.

Nell'apparato circolatorio vi sono tre specie di muscoli: il miocardio, le fibrocellule muscolari delle arterie, delle vene e dei linfatici, ed infine i periziti dei capillari. Il processo di contrazione in questi tre tipi di organi contrattili non è identico. Nei periziti è il mioplasma con i suoi prolungamenti che determina il movimento e contemporaneamente produce energia.

L'ipertonia avviene per stimolazione diretta delle fibrille o per eccitazione dell'innervazione tonica.

L'eccitazione delle fibrille avviene attraverso i vasomotori o proviene dall'intima, come è il caso degli spasmi vasali provocati da un embolo. L'eccitazione del tono produce anche un aumento della pressione vasale.

L'ipertonia è sempre la conseguenza di un sovracaricamento della funzione tonica. Non esistono ipertonici costituzionali.

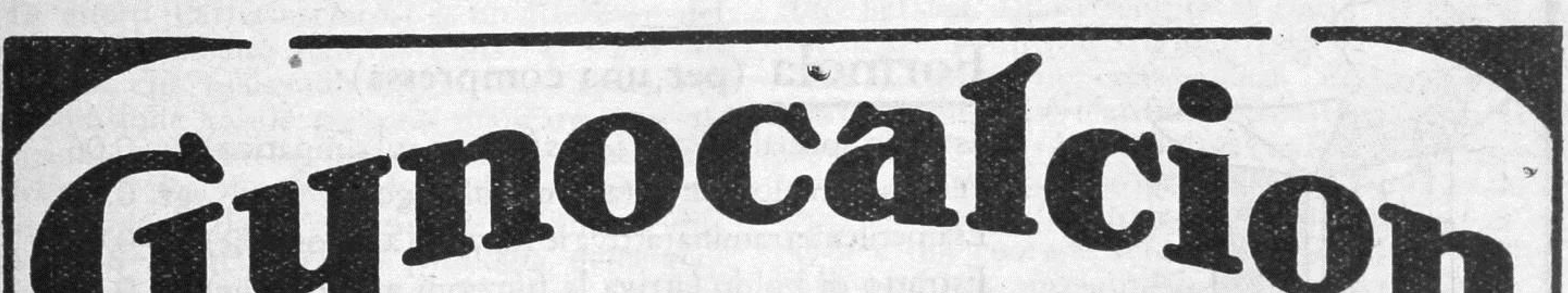
Può essere acuta e continua. L'acuta può sopravvenire tanto nei normotonici quanto negli individui abitualmente con tono anormale.

L'ipertonia continua o permanente si sviluppa in varie condizioni e può assumere due forme, una forma esclusivamente arteriosa ed una forma estesa a tutto l'apparato circolatorio.

L'ipertonia arteriosa permanente può essere ereditaria o acquisita.

Tra le forme acquisite merita speciale considerazione quella di origine tossica, che può verificarsi nel saturnismo, nell'eclampsia gravidica e nei casi di nefrite nei quali si formano tossine vasali.





Approvato dalla R. Prefettura di Torino col N. 0264.

La forma ereditaria dell'ipertonia primaria è una malattia, che generalmente si sviluppa nel corso di decennî e i cui disturbi si manifestano dapprima nelle parti distali. Vi partecipa primitivamente la sezione arteriosa della grande circolazione con esclusione dei capillari. Il cuore presenta un'ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro, e la punta conica. La dilatazione è una conseguenza della stasi arteriosa. Anatomicamente si riscontra ingrossamento del cuore sinistro, punta conica, muscoli papillari ipertrofici.

Nell'ipertonia tossogena l'aspetto del cuore è diverso; ha una forma arrotondata. All'autopsia si trovano ambo i ventricoli ed i muscoli papillari inspessiti e arrotondati, e negli stadii terminali si riscontrano spesso il ventricolo sinistro e più tardi anche il destro ingranditi con il quadro dell'ipertrofia concentrica.

Le arterie nell'ipertonia primaria sono ipertoniche e alquanto inspessite, e nei vecchi ancora più inspessite, tortuose e disuguali, mentre nella forma tossogena sono eguali, dure e sottili.

Le vene di solito non partecipano alla ipertonia primaria ed agli accessi angiospastici, e nella forma tossogena sogliono presentare una maggiore resistenza tonica ed essere soggette a stasi.

I capillari venosi nell'ipertonia primaria sono per lo più serpigginosi, mentre in quella tossogena sono diritti.

Nel corso di queste ipertonie sogliono verificarsi complicazioni di notevole importanza, come l'arteriosclerosi, la nefrite, l'insulto cerebrale.

In effetti l'arteriosclerosi è un'affezione del tutto indipendente dall'ipertonia. È stato dimostrato che malgrado l'ipertrofia cardiaca e l'ipertensione vasale possono mancare vere alterazioni anatomiche dei vasi. L'ipertonia non è legata a lesioni istologiche delle pareti vasali, è una malattia funzionale, è molto diffusa, non appartiene alla patologia della vecchiaia (essa compare per lo più verso la quarantina negli uomini ed all'epoca del climaterio nelle donne).

Ancora molto incerta è la posizione dei reni nel complesso morboso in quistione. Non è dubbio che l'ipertonia generale e quindi anche dei vasi renali deve produrre alterazioni della funzione ed anche della struttura dei reni. D'altra parte è da escludere che la nefrite sia una causa immedita dell'ipertonia, è da ammettere invece che non l'infiammazione dei reni ma certe tossine producono gli stati ipertonici.

Dal punto di vista pratico hanno molta importanza gli insulti cerebrali, che, specie sotto forma di emorragia sono molto frequenti nell'ipertonia primaria e meno in quella tossogena, nella quale i disturbi cerebrali sono espressione di angiospasmi.

Il trattamento deve essere indirizzato a combattere l'ipertensione. Gli effetti della cura della ipertensione influiscono sulla ipertonia, quando questa oltrepassa il suo grado abituale. Deve in ogni caso essere tenuto presente che un rapido abbassamento del tono può essere pericoloso.

Nelle crisi acute d'ipertonia giovano i farmaci spasmolitici.

Le forme primarie risentono molto l'azione della psicoterapia.

I salassi possono provocare un aumento dell'ipertonia e l'ipertensione.

Sono vantaggiosi i bagni delle mani e dei piedi a temperatura del corpo.

L'ipertonia tossogena si giova del rispettivo svelenamento.

Occorrono ancora altri studî per precisare se lo snervamento dei reni provochi effettivamente un durevole abbassamento dell'ipertensione. DR.

La genesi delle extrasistoli.

(J. PAL. *Medizin. Klinik*, 17 gennaio 1936).

L'A. ha da tempo rilevato l'importanza della posizione del diaframma, condizionata a sua volta dallo stato dei visceri addominali. Specialmente la posizione alta della metà sinistra del diaframma può essere assai pericolosa, come lo dimostra un caso mortale di sclerosi delle coronarie, in cui il diaframma era in tale stato. Così pure la bolla gastrica è importante come fenomeno concomitante dell'angina pectoris vera, che talora può anche scatenare.

Frequenti sono appunto le extrasistoli nella pneumatosi, la quale a sua volta è dovuta ad insufficienza del cardias ed all'aspirazione di aria nella fase di digestione, come pure in stati nervosi. Quasi sempre si tratta di individui vegetativamente stigmatizzati.

Si avrebbe, in conseguenza uno stimolo meccanico del pericardio; tutto il processo si basa sopra uno stimolo meccanico autoctono e su' un riflesso propriocettivo. Risulta da esperienze sugli animali che non tutta la superficie del cuore è sensibile, ma soltanto alcuni punti e specialmente il terzo superiore del solco longitudinale. Un processo analogo può aversi anche nel cuore malato, ma allora ha un ben altro significato.

Dal punto di vista terapeutico, non è affatto necessario un trattamento cardiaco, ma ci si dirigerà contro la pneumatosi, contro la pirosi, facilitando lo svuotamento dello stomaco. Tenuto conto che la pneumatosi può essere anche dovuta all'intestino, si baderà anche a questo, specialmente al colon discendente. Anche i cambiamenti di posizione possono avere effetto favorevole. *fil.*

Le reazioni cardiache consecutive alla tonsillectomia.

(A. DE ORCHI. *Cuore e Circolazione*, novembre 1935).

L'A. fa rilevare che vi sono degli individui con alterazioni cardiache nei quali a breve

distanza dalla tonsillectomia si osserva la ricomparsa di disturbi subbiettivi riportabili ad alterazioni del ritmo (tachicardie parossistiche, senso di cardiopalmo) già avuti in passato e da tempo non più avvertiti. Si nota talora una stretta corrispondenza fra i disturbi pregressi e quelli che compaiono dopo l'intervento, in modo da suggerire un certo nesso causale.

Poichè sulla natura di questi fatti che costituiscono delle realtà cliniche è difficile pronunciarsi, l'A. ha eseguito delle ricerche elettrocardiografiche prima e dopo l'intervento. I 30 casi studiati si riferiscono ad individui nefritici, tonsillitici e reumatici. Si è rilevato che con notevole frequenza, specialmente nei reumatici, la tonsillectomia è seguìta da una temporanea accentuazione delle alterazioni elettrocardiografiche preesistenti, alterazione che si è manifestata con il tipo delle « reazioni a focolaio » in corrispondenza del miocardio.

Criteri di analogia ed altri desunti dallo studio dei singoli casi fanno ritenere che tali reazioni siano realmente del tipo « a focolaio », analoghe a quelle renali, articolari che, da un lato possono suggerire dei rapporti fra tonsillopatia e cardiopatia e, dall'altro, costituiscono un elemento per la migliore conoscenza e valutazione delle reazioni dell'organismo ad interventi sulle tonsille malate. *fil.*

Il soffio sistolico del 3° o 2° spazio intercostale sinistro nell'ipertiroidismo.

(P. Cossio, G. B. Del Castillo e O. Fustinoni. *La Semaña Médica*, n. 29, 1935).

Sono riferite in questo lavoro le osservazioni fatte dagli AA. su 64 pazienti con tirotossicosi: 55 di sesso femminile e 12 di sesso maschile. Ognuno di essi fu oggetto di una accurata ascoltazione precordiale ed in 44 furono eseguite ricerche radiologiche (teleradiografia, ortodiagramma). In 20 malati fu determinato il tempo di circolazione del sangue ed in 27 la conta dei globuli rossi e il dosaggio della emoglobina.

L'ascoltazione precordiale ha rivelato la esistenza di un rumore di soffio in 45 delle 64 osservazioni (70 %). Tale rumore di soffio corrispondeva al soffio funzionale del focolaio della polmonare in 41 osservazioni (35 femmine, 6 maschi); nelle altre 4 osservazioni era dovuto ad una endocardite reumatica in 3 casi e ad una malformazione congenita nel 4°. La sede della regione precordiale dove il soffio era percepito con la maggiore intensità, corrispondeva generalmente al terzo spazio intercostale un poco all'esterno del margine sinistro dello sterno. Meno di frequente si trattava del secondo spazio intercostale, ma sopra il margine sinistro dello sterno. La intensità del soffio era minima o media ed il timbro dolce; abitualmente occupava tutta la piccola pausa od una parte di essa; la sua irradiazione nulla o molto limitata. Il trattamento medico o chirurgico dell'ipertiroidismo, a volte determinava la scomparsa del soffio, altre volte ne attenuava l'intensità, altre ancora non lo influenzava affatto.

Le variazioni del soffio della polmonare in relazione con l'intensità dei fenomeni di ipertiroidismo, hanno potuto essere riscontrate in 19 pazienti che furono studiati prima e dopo il trattamento medico o chirurgico.

Sulla base delle ricerche eseguite gli AA. affermano che si tratti di un soffio organico da stenosi relativa dell'orificio della polmonare, dovuta alla dilatazione dell'arteria polmonare in rapporto con la iperattività cardiaca abituale nella tirotossicosi e con la debolezza delle pareti di detta arteria.

La dilatazione dell'a. polmonare al principio sarebbe semplicemente una dilatazione dinamica e quindi suscettibile di modificazione, od anche scomparsa, col tornare alla norma della dinamica ascoltatoria sotto l'influenza della cura. Se però il fattore meccanico perdura e la elasticità delle pareti è vinta, la dilatazione da dinamica si trasforma in statica ed il vaso non è più capace di tornare al suo primitivo calibro. Se la cura dell'ipertiroidismo vien fatta in questo periodo, il soffio non può scomparire, persistendo la stenosi relativa dell'orificio.

La dilatazione della a. polmonare è stata comprovata dall'esame autoptico di soggetti che in vita presentarono ipertiroidismo. Anche radiologicamente è stato possibile agli AA. riscontrare la sporgenza dell'arco medio per dilatazione della a. polmonare, nella maggior parte dei pp. con soffio nel 3° o 2° spazio. Degno di nota è il fatto che la accelerazione della velocità sanguigna è solo un fattore coadiuvante di grande importanza nel meccanismo di produzione del soffio.

Gli AA. inoltre hanno anche trovato una relazione tra coincidenza del soffio stesso ed aumento del metabolismo basale: ciò è dovuto al fatto che entrambi le condizioni sono il risultato della stessa causa; il perturbamento della funzione tiroidea.

In conclusione il rumore di soffio del 3° o 2° spazio nell'ipertiroidismo è una osservazione abbastanza frequente, e può presentarsi solo od accompagnato ad altri rumori di differente valore. Ma i suoi caratteri semeiologici permettono facilmente di individuarlo.

VICENTINI.

EMATOLOGIA.

Rapporti della leucemia degli animali con la leucemia dell'uomo.

(Furth, H. W. Ferris e P. Reznikoff. *The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 7. dic. 1935).

La leucemia, sia mieloide che linfoide, è trasmissibile nei topi: il materiale da inoculare trasmette la leucemia soltanto se contiene globuli bianchi leucemici viventi, mentre perde

la capacità a trasmettere la malattia se sottoposto a procedimenti tali da danneggiare le cellule viventi, ma non i virus ed i microrganismi. Gli organi emopoietici dell'ospite non prendono parte attiva allo sviluppo della leucemia in seguito ad inoculazione, come dimostra lo sviluppo della malattia in topi, nei quali precedentemente all'inoculazione gli organi emopoietici sono stati distrutti da dosi massive di raggi X. I fattori che determinano il successo dell'inoculazione sono simili a quelli che determinano il destino di un trapianto di tumore. La malattia prodotta per mezzo di inoculazione endovenosa ha i caratteri dell'affezione sistemica leucemica, mentre in seguito ad inoculazione sottocutanea le cellule ematiche immature formano tumori in corrispondenza del luogo d'ingresso. Il tipo di malattia prodotta dipende da numerosi fattori, fra i quali il più importante è il carattere delle cellule ematiche immature. I varî ceppi di leucemia del topo, studiati in laboratorio dagli AA., presentavano caratteristiche morfologiche individuali, che si mantenevano attraverso numerosi passaggi negli animali, come avviene per altri neoplasmi trasmissibili. Più numerose ancora sono le differenze fra i ceppi trasmissibili di leucemia che si rivelano negli esperimenti di trasmissione, quali la localizzazione e l'intensità degli infiltrati, la capacità a produrre tumori ecc.

Questi studî dimostrano che le cellule ematiche leucemiche dei topi non sono comuni cellule immature, ma cellule maligne con caratteristiche proprie. Varie osservazioni dimostrano che la leucemia, come il cancro, può essere prodotta da agenti chimici o fisici; la leucemia da raggi X può essere trasmessa da animali malati ad animali sani. I ceppi di leucemia studiati hanno un periodo di latenza che va da tre settimane a tre mesi, durante il quale l'animale appare in buona salute, mentre le cellule ematiche maligne introdotte per via endovenosa si moltiplicano negli organi emopoietici. Gli studi sperimentali stanno dunque ad indicare che la leucemia dei topi è un'affezione neoplastica; d'altra parte le manifestazioni anatomiche dei varî tipi di leucemia del topo rassomigliano così strettamente a quelle dell'uomo, che sembra logico considerare anche la malattia dell'uomo di natura neoplastica.

Alcuni ritengono che la leucemia cosiddetta acuta possa risultare da un'infezione e progredire rapidamente, mentre i più ritengono che la leucemia cronica, specie la linfoide, sia probabilmente di natura neoplastica. Gli studi sperimentali sulla malattia degli animali dimostrano che non v'è alcuna differenza essenziale tra leucemia acuta e cronica: ambedue si comportano come affezioni di natura neoplastica e le alterazioni anatomiche sono essenzialmente uguali. Anche lo studio anatomico dei casi nell'uomo non rivela criteri che possano appoggiare la distinzione della leucemia in due varietà, l'acuta e la cronica, distinzione che trova la sua origine negli studi clinici. Ma bisogna tenere presente che la leucemia sperimentale ha un periodo di latenza, durante il quale l'animale appare sano, e che d'altra parte in molte storie cliniche di pazienti affetti da leucemia acuta si può mettere in evidenza con un'accurata anamnesi come la malattia abbia subdolamente progredito, prima che l'insediarsi dell'infezione abbia condotto alla diagnosi. Questi dati stanno ad indicare che la leucemia termina spesso con un'infezione, ma non dimostrano che questa ne sia la causa: evidentemente un individuo i cui tessuti emopoietici siano stati sostituiti da cellule ematiche patologiche non può lottare contro un'infezione con la stessa efficacia di un uomo normale.

Gli studî morfologici nell'uomo e quelli sperimentali nel topo indicano che il linfosarcoma e la leucemia linfoide sono malattie affini: nella leucemia linfoide sperimentale del topo le cellule ematiche maligne di alcuni ceppi tendono dopo l'inoculazione a formare masse tumorali, mentre quelle di altri ceppi tendono al contrario ad invadere prontamente il sangue, producendo il quadro ematico della leucemia; altro fattore che può avere importanza nel determinare il tipo della malattia è la resistenza dell'ospite. Lo studio del materiale umano conduce ad osservazioni che sono in armonia con questi studî sperimentali: esso dimostra che l'invasione del sangue è molto più frequente nel linfosarcoma di quanto comunemente non si supponga.

Gli studî sperimentali stanno ad indicare che la leucemia si sviluppa quando i globuli bianchi normali assumono le caratteristiche di cellule maligne: le varie manifestazioni della malattia possono trovare una spiegazione nelle caratteristiche delle cellule ematiche maligne, nella loro provenienza, nella possibilità della loro libera entrata in circolo e nella resistenza dell'ospite. Le cellule ematiche maligne entrate in circolo sono dapprima trattenute da numerosi organi e vi si moltiplicano; in seguito invadono il sangue e possono essere trattenute nei capillari di vari organi (leucostasi) o formare infiltrati perivascolari. La leucostasi rappresenta un reperto comune e caratteristico della leucemia. Il materiale studiato dagli AA. non dimostra una formazione di cellule ematiche da istiociti o da cellule endoteliali o reticolari. Nella controversia se nella leucemia gli infiltrati dei varî organi siano il risultato di una metaplasia o di una metastasi, gli studî sperimentali portano argomenti in favore di questa seconda ipotesi. Le cellule immature circolanti e dei varî organi del topo inoculato hanno le caratteristiche di quelle introdotte. Naegeli ha richiamato l'attenzione su di una differenza fondamentale tra il quadro ematico della

semplice iperplasia del midollo e della leucemia: nella prima v'è tutta una serie di forme di transizione tra granulociti maturi ed immaturi; nella seconda invece spesso v'è uno « hiatus » tra le forme mature ed immature, il cosiddetto « hiatus leucemico » di Naegeli.

M. NUNBERG.

L'agranulocitosi e le sue cause.

(R. KRACKE e P. PARKNER. *Journ. am. med. assoc.*, 21 sett. 1935).

Da qualche tempo, si nota una certa frequenza di amigdalite agranulocitaria. Ora è da vedersi quale delle due malattie sia la prima, cioè l'amigdalite o l'agranulocitosi. È da ritenersi che in presenza di organi emopoietici alterati, un'infezione banale e quindi anche una semplice amigdalite, invece di provocare come nei normali una eccitazione tali organi, provoca un fenomeno inverso, cioè una vera siderazione e l'agranulocitosi consecutiva. Per la mancanza dei mezzi di difesa dovuta alla leucopenia, un'amigdalite banale prende il carattere necrotico e settico grave.

L'alterazione degli organi emopoietici è frequentemente prodotta da rimedî contenenti l'anello benzolico, fra cui gli arsenobenzoli, il piramidone, il dinitrofenolo (gli avvelenamenti industriali dimostrano, del resto, il grande pericolo del benzolo). Vi sono anche dei preparati del commercio che sono quanto mai insidiosi sotto tale rapporto, in quanto che contengono piramidone associato con dei barbiturici. Ora, il piramidone è spesso male sopportato, in quanto che può produrre uno stato di ansia e delle palpitazioni; i barbiturici (luminal) agendo da calmanti del sistema nervoso mascherano gli effetti del piramidone e permettono il lungo uso di tali preparati che possono così intossicare l'organismo, rispettivamente i suoi organi emopoietici, mentre il luminal non ha affatto azione antagonista sul piramidone.

Pertanto, appare necessario che, per i preparati del commercio contenenti del piramidone, ne sia indicata esattamente la presenza e, per i pazienti che fanno lungo uso di tale rimedio si proceda ogni tanto all'esame del sangue, in modo da sorprendere un'alterazione incipiente degli organi emopoietici. Così pure, sarà bene nella cura della leucemia e della eritremia col benzolo di sospendere il rimedio quando si osservi una caduta troppo brusca dei leucociti.

fil.

Contributo all'ematologia dell'acromegalia.

(V. PORTA. *Haematologica*, 1935, fasc. X).

L'A. ha comunicato nella 1ª riunione della Società Italiana di Ematologia i risultati ottenuti con lo studio ematologico di un piccolo gruppo di acromegalici. In tre di essi egli ha studiato la massa sanguigna col metodo del rosso Congo ed ha riscontrato tendenza alla poliglobulia e tendenza alla pletora vera; in un caso vi era anche intensa iperplasmia relativa. In nessuno dei malati esisteva ipertensione arteriosa ed in due di essi risultò normale il ricambio idrico. L'A. spiega la pletora ematica di questi individui come episodio della splenomegalia. Passa quindi ad occuparsi della influenza spiccata che esercita sul quadro ematologico l'irradiazione Roentgen dell'ipofisi; per effetto di essa si osserva una notevole diminuzione dei globuli rossi e dei globuli bianchi, mentre l'emoglobina si mantiene quasi allo stesso livello, cosicchè il valore globulare sale oltre l'unità. Ma queste modificazioni sono transitorie e si attenuano dopo poche settimane dall'irradiazione. Tale reperto egli ha riscontrato in tre acromegalici sottoposti alla irradiazione della ipofisi. In due di essi anche il metabolismo basale notevolmente aumentato, venne ridotto alla norma e se ne può dedurre che l'andamento parallelo dei due fenomeni depone per una origine unica.

La questione della regolazione centrale del quadro ematologico è senza dubbio di grande importanza, ma è necessario che ancora nuovi dati si aggiungano ai pochi finora raccolti, e per ciò l'A. confida nella collaborazione degli altri studiosi.

VICENTINI.



È UNO DEGLI OTTIMI PRODOTTI
ITALIANI
PRODOTTO SINTETICO $C_{22}H_{24}N_4O_5S$
CICLOESATRIENPIRIDINSOLFONICO
DERIVATO CHINOLINSOLFONICO DEL PIRAZOLO
Causyth
CAUSALE
SINTOMATICO
È INNOCUO e non ha alcuna azione secondaria sul cuore rene e stomaco
È TOLLERATO da tutti anche dai bambini lattanti
Indicazioni
Nelle forme: INFLUENZALI-REUMATICHE-INFETTIVE
ED IN TUTTI GLI STATI FEBBRILI DI QUALSIASI EZIOLOGIA
CONFEZIONI ORIGINALI
COMPRESSE: tubi da 10 e da 20 - POLVERE: flaconi da 25 e 50 Gr.
CONFEZIONI SPECIALI PER OSPEDALI
S.A. ISTITUTO FARMACOTERAPICO BOLOGNESE - BOLOGNA

DIVAGAZIONI

Le lettere anonime.

Le lettere anonime costituiscono un atto di criminalità, sono l'espressione di una costituzione immorale? Ecco il problema che considera K. Gross (*Wiener Klinische Wochenscrift*, 1935, n. 2-).

Il Gross esprime l'opinione che un individuo il quale una volta o l'altra scrive una lettera anonima non può essere ritenuto un criminale, specie quando non è nell'intenzione dello scrivente di recar danno a chicchessia o la lettera ha finalità letterarie o politiche d'interesse generale.

Dal punto di vista del contenuto la produzione degli scrittori di lettere anonime è molto varia. Per lo più si tratta di ingiurie dirette, di falsi addebiti o calunnie verso terze persone, di minaccie o lusinghe fatte talvolta anche sotto forma di buon consiglio su quel che si vuole estorcere.

Qualche volta le minaccie, le intimidazioni, le ingiurie sono rivolte allo scrivente stesso per far perdere la traccia dell'origine della lettera.

Abbondano per altre le oscenità, le espressioni triviali e laide, grossolane allusioni sessuali. Sotto la protezione dell'anonimo avanzano i bassi fondi della coscienza, viene rivelato tutto ciò che l'educazione e la cultura avevano represso o dissimulato.

In ogni caso la personalità dello scrittore di lettere anonime solo eccezionalmente è sana e forte. Si tratta generalmente di costituzioni scadenti e tarate, di caratteri deboli o perversi, isterici o anomali sessuali.

Tutte le età, tutte le classi offrono il loro contributo alla letteratura anonima.

I progressi della civiltà l'hanno incrementata, la scrittura a macchina l'ha facilitata.

Il maggiore contingente è dato dal sesso debole, specie nel genere erotico. Dück trovò scritti anonimi senza contenuto sessuale nel 42.9 % per gli uomini e 20.3 % per le donne e con contenuto sessuale nel 5.5 % per gli uomini e nel 52.7 % per le donne. Le mestruazioni, le gravidanze, il climaterio, alcune malattie somatiche hanno una spiccata azione determinante. Ferriani rilevò nella donna una speciale perseverazione nello scrivere lettere anonime. Claps riferisce il caso di un celibe della regione di Lione che per 16 anni di seguito fu perseguitato da lettere, disegni e annunzí osceni, che poi risultarono inviati da una sua vecchia amica allo scopo di impedire che egli contraesse un matrimonio da lei non desiderato.

Nelle donne è ancora più stridente il contrasto tra la loro inappuntabile condotta manifesta ed il contenuto delle loro lettere anonime.

L'anonima viene compilata per lo più con calligrafia alterata e talvolta contraffacendo la scrittura di una persona che si vuol danneggiare facendola ritenere autore della lettera.

L'invio viene fatto generalmente a mezzo della posta, ma in relazione alla possibilità ed alla capacità del mittente, le lettere sono lasciate davanti alla porta di casa, lasciate nei recinti dei giardini, introdotte furtivamente in mezzo all'altra corrispondenza o tra i libri o altre cose del destinatario.

I motivi che più frequentemente spingono a scrivere anonimi sono l'invidia, la gelosia, la vendetta, gli amori morbosi.

In parecchi casi il motivo non appare consistente o per lo meno diventa tale solo in ragione della costituzione psicopatica dello scrittore. In effetti tra gli autori di lettere anonime abbondano gli ipomaniaci, i querulomani, i cercatori di sensazioni. Qualche volta l'anomalia arriva al punto che questi individui diventano autodenunziatori. La tendenza agli anonimi, specie nelle donne, può costituire un compenso o una sostituzione di tendenze erotiche non soddisfatte.

Spesso la lettera anonima non rivela un motivo del tutto sensato. In un caso riferito da Marcuse una isterica di 48 anni aveva per tutto un mese indirizzate lettere ingiuriose a parecchie personalità senza che fosse mossa da alcun effettivo rancore e senza perseguire alcuno scopo.

Molte lettere anonime dimostrano una tendenza alla teatralità ed all'artificiosità, come è comprovato dall'ampollosità della forma, dall'esuberanza della fantasia, dal modo con il quale si cerca di colpire la sensibilità del destinatario.

Per quel che riguarda il contenuto erotico degli anonimi va notato che esso è molto rilevante forse anche più che nelle lettere, nei disegni, negl'iscritti che vengono segnati sulle pareti dei luoghi pubblici. Costituiscono per lo più grossolane ingiurie o offese al senso estetico e morale di chi è costretto a leggere o una manifestazione di autoerotismo di perversa compiacenza sessuale dell'imbrattatore.

A parte le espressioni di psicopatologia gli scritti anonimi hanno nella vita pubblica e privata una notevole importanza.

Malgrado se ne affermi la bassezza le denunzie anonime vengono ancora sfruttate per l'accertamento degli autori di reati, per svelare movimenti politici o irregolarità amministrativa.

Mentre vengono riprovate dalla legge morale le lettere anonime sono sempre utilizzate per la difesa individuale e sociale.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Annali della Clinica delle malattie nervose e mentali di Palermo, diretti dal Prof. R. COLELLA. Vol. VI. Palermo, Industrie Riunite Editoriali Siciliane, 1935.

È stato di recente pubblicato il VI volume degli « Annali della Clinica delle malattie nervose e mentali di Palermo », che è il contributo di lavori eseguiti nell'ultimo biennio nella Clinica diretta dall'on. prof. Rosolino Colella. È un volume di più di mille pagine, che contiene 44 lavori dei quali 26 inediti, e che appartengono per la maggior parte al direttore prof. Colella, mentre gli altri sono stati eseguiti sotto la di lui direzione. Si deve invero alla tenace volontà e alla instancabile attività di animatore del prof. Colella se in così breve distanza dal vol. V degli « Annali » ha potuto essere pubblicato questo VI volume che per entità e mole di lavoro non è inferiore al precedente.

Meritano speciale attenzione le interessanti monografie del prof. Colella come quella su « Una nuova cura dell'emorragia cerebrale e dell'ipertensione arteriosa » che è l'elaborazione completa delle ricerche già rese note in una precedente nota preventiva sin dal 1933; oltre gli effetti dell'autoemoterapia nell'emorragia cerebrale all'inizio e nei suoi esiti, cioè nelle sindromi emiplegiche anche lontane dal periodo iniziale; in questo lavoro è specialmente approfondita l'indagine sui risultati già fin dal 1933 dal prof. Colella enunciati circa gli effetti dell'autoemoterapia nell'ipertensione arteriosa.

Un altro studio del prof. Colella riguarda la « Sifilide nervosa congenita e acquisita », in cui l'argomento è studiato dal punto di vista clinico-sociale, con l'illustrazione di varii casi, da questo lavoro è sorto l'Ordine del giorno proposto dal Colella e approvato dal XX° Congresso della Società Italiana di Psichiatria, col quale si prospetta la necessità di una lotta sociale contro la lues specialmente del sistema nervoso, lotta le cui direttive sono dall'A. tracciate in questo lavoro, e hanno già avuto una parziale applicazione nei recenti provvedimenti del Governo per la eredolue.

I diversi lavori della raccolta possono essere riguardati secondo gruppi particolari corrispondenti e determinati ordini di ricerca.

Nel gruppo intorno all'emiplegia rientra anche il lavoro di De Giacomo su « I disturbi mentali degli emiplegici », con ricerche psicocronometriche dimostranti talvolta una normale capacità psichica degli emiplegici. A Tripi e Marguglio si devono lavori di ordine endocrino nei quali è studiata la funzione ipofisaria e tiroidea dei dementi precoci. Ricerche grafiche e semiologiche sono quelle di Rivela intorno al tremito nel morbo di Parkison nei postencefalitici.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

In un gruppo di ricerche biochimiche rientrano quelle di Tomasino che compie ulteriori studi sulla velocità di sedimentazione e sui rapporti di questa col potere complementare e la formola leucocitaria nelle malattie nervose e mentali; quelle di Lo Cascio e Ciancimino su « L'influenza del calcio, del magnesio e del potassio sul centro emetico »; di Bongiorno e Morici su « La glutationemia dell'ipertiroidismo »; di Cardinale, Rabboni, Gurrieri e Giglio sul meccanismo di azione dell'autoemoterapia, sul ricambio proteico endogeno (dei corpi creatinici) nell'ipertonia muscolare e in alcune condizioni sperimentali dei muscoli, ecc. Sono ancora da menzionare le originali note di Bongiorno sulla massa sanguigna nelle malattie nervose e mentali, nelle quali è posto in risalto l'interesse dello studio della massa sanguigna oltre che nelle disfunzioni di circolo e nelle malattie renali anche come espressione di particolari orientamenti neurovegetativi costituzionali. Illustrano forme morbose particolari Vitello, che riporta due casi di cisticercosi cerebrale, di cui una forma di cisticercosi racemosa della base, studiando le « asimmetrie di posizione » come segno cerebellare; Bernocchi che pubblica uno studio clinico-sperimentale su « i traumatismi cerebro-spinali e la nevrosi traumatica », affermando l'importanza di discernere i segni definitivi, organici da quelli neurosici, funzionali.

Infine un cenno particolare spetta al gruppo delle « Perizie medico-legali » dovute alla magistrale competenza del Colella, nelle quali sono svolte e risolte interessanti questioni nel campo della capacità civile (nella senilità, nella paranoia, nei deboli di mente ecc.) e della responsabilità penale (nell'epilessia, nella paralisi progressiva all'inizio).

Nel suo complesso la bella raccolta di lavori del VI volume degli « Annali » del prof. Colella è una tangibile dimostrazione dell'opera scientifica svolta da lui e dagli allievi, dei quali non sarà mai adeguata la riconoscenza verso l'insigne maestro. *a. p.*

PASTEUR VALLERY-RADOT et J. HAMBURGER. *Les migraines*. Vol. in-8° di pagg. 232. Masson & C. Paris 1935. Fr. 45.

Dopo una breve esposizione storica, gli AA. studiano, in una prima parte, i diversi aspetti clinici della crisi cefalalgica, la sua evoluzione, le sue varietà. In una seconda parte sono riunite le nozioni più moderne riguardanti il meccanismo e le cause delle cefalee; infine la terza parte è consacrata ai moderni metodi di terapia. L'opera quindi nell'insieme rappresenta un'ottima messa a punto delle conoscenze che si possiedono su tale argomento. Riunendo i numerosi lavori pubblicati ed esponendo le proprie ricerche, gli AA. mettono in luce ciò che attualmente è da considerare ben stabilito e ciò invece che riposa su ipotesi fragili.

Non è lontano il momento, scrive Vallery-Radot, in cui sarà possibile riunire le nostre conoscenze sulla emicrania in un insieme clinico e patogenetico armonicamente equilibrato. E in effetti gli AA. mostrano che se il meccanismo intimo della crisi emicranica presenta ancora delle incognite, al contrario l'etiologia delle cefalee ha oggi già basi abbastanza precise per permettere, in moltissimi casi, almeno di scoprire la causa del male e di istituire un trattamento più razionale di quanto non si facesse per il passato.

a. p.

J. H. SCHULTZ. *Uebungsheft f. das autogene Training.* In-8° di 28 pagine. G. Thieme, Leipzig, 1935. Prezzo RM. 1.

L'allenamento autogeno (o detensione concentrativa) è un metodo di psicoterapia, con cui si tende ad influire psichicamente su certi disturbi (palpitazione, asma), nonchè a rafforzare il dominio di sè stessi.

L'A. insegna qui, in sei esercizi pratici, il modo di procedere per la detensione muscolare e vascolare, la regolarizzazione dei battiti cardiaci, del respiro, del plesso solare e per evitare le conseguenze dell'afflusso di sangue alla testa. Tutti questi esercizi debbono essere appresi soltanto sotto la direzione e sorveglianza del medico e possono poi essere continuati dal paziente stesso che, a detta dell'A., ne ritrarrà anche un maggiore benessere, il dominio di sè stesso ed una maggiore intensità di vita.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Italiana di Gastro-Enterologia. (Sezione Laziale).

Seduta del 10 gennaio 1936-XIV.

Il 10 gennaio 1936 è stata tenuta nell'aula della R. Clinica Medica al Policlinico la prima seduta della Sezione Laziale sotto la presidenza del prof. C. Frugoni. Erano presenti oltre al consiglio direttivo al completo, S. E. il prof. G. Petragnani, direttore generale della Sanità Pubblica, il prof. Perez, preside della Facoltà di Medicina, il prof. Alessandri, S. E. Solmi presidente degli Ospedali di Roma e numerosi medici, chirurghi e radiologi della capitale.

Il prof. FRUGONI ha rivolto un caloroso saluto alle autorità intervenute e ha detto degli scopi di questa Sezione Laziale che si propone lo studio dei problemi riguardanti le malattie del tubo gastro-intestinale e dell'alimentazione del sano e del malato.

La curva alcoolemica e le sue variazioni nel campo della patologia.

S. BAGLIONI. — Dopo un accenno alla tecnica del micrometodo per dosare l'alcool etilico nel sangue (alcoolemia), l'O. ha passato in rapida rassegna le ricerche nel campo della fisiologia umana, alle quali Egli stesso con la sua Scuola ha contribuito, sul metabolismo dell'alcool, studiato attraverso le variazioni della sua concentrazione nel sangue (curva alcoolemica).

Tali studi hanno, tra l'altro, dimostrato che normalmente in tutti gli individui, anche se a digiuno e astemi, esiste nel sangue una piccola ma ben dosabile quantità di alcool (circa 0,05 per mille).

L'importanza di tale fatto, che induce a considerare l'alcool come una sostanza non completamente eterogenea per l'organismo umano, è stata posta in luce connettendola con la questione tuttora discussa dell'uso delle bevande alcooliche.

Inoltre, è stata data una spiegazione scientifica della nozione empirica, secondo la quale gli effetti dell'alcool sono minori se la bevanda alcoolica è ingerita durante il pasto piuttosto che a stomaco vuoto.

Lo studio della curva alcoolemica ha infatti dimostrato che la quota alcoolemica massima (acme) è più bassa se l'alcool, a parità di dose, è assunto durante o poco dopo il pasto anzichè a digiuno. È noto, d'altro lato, che l'azione inebriante dell'alcool è in funzione del grado di concentrazione che esso raggiunge nel sangue, nel senso che soltanto allorchè questo grado sale al di sopra di un certo limite, si osservano i fenomeni tossici dell'ebbrezza alcoolica.

L'O. ha poi riferito, più particolarmente intorno ai nuovi e recentissimi studi iniziati e sviluppati soltanto in Italia, per opera specialmente di Serianni, sulle variazioni della curva alcoolemica in varie condizioni sperimentali e nel campo della patologia umana.

Tra i più importanti rilievi dovuti a tali studi vanno citati quelli che si riferiscono alle modificazioni della curva alcoolemica in alcune affezioni epatiche: si è visto che nel caso di alterata funzionalità epatica non si verifica il fenomeno sopra descritto, osservato in individui sani, dell'abbassamento dell'acme alcoolemico in seguito al pasto (Serianni-Lolli).

Un comportamento analogo, sebbene meno pronunciato è stato osservato nei malati di diabete mellito. Negli stessi infermi inoltre è stato notato un fatto interessante relativo all'azione dell'insulina: tale ormone mentre nell'uomo normale agisce sull'alcoolemia nello stesso senso col quale agisce sulla glicemia, nel diabetico non esplica alcuna azione sulla curva alcoolemica, pur conservando, come è ben noto, la sua azione ipoglicemizzante (Minz).

Malati con achilia gastrica, si mostrano insensibili all'azione ipoalcoolemizzante dell'istamina, contrariamente a quanto si verifica in soggetti sani (Lolli). A queste ricerche si connettono quelle di Bonadies sui malati affetti da ipercloridria, nei quali la curva alcoolemica provocata a digiuno si presenta abnormemente bassa.

È stata saggiata anche l'azione di una sostanza eccitante intensamente la funzionalità epatica quale il Decholin, rilevando che, mentre nei sani questo provoca l'abbassamento della curva alcoolica, tale effetto non si manifesta nelle gravi affezioni epatiche (Sebastianelli).

Il complesso di tali ricerche insieme a tutta un'altra serie di studi analoghi non menzionati, se per ora presenta interesse prevalentemente teorico fa intravedere possibilità di applicazioni nel campo della fisiopalotogia e della clinica.

Un'importante applicazione è stata già con successo tentata nello studio della funzionalità epatica. L'osservazione della curva alcoolemica a digiuno comparativamente a quella provocata dopo pasto (prova di Serianni-Lolli) ha permesso in qualche caso dubbio di orientare sulla interpretazione di alcune sindromi epatiche apportando così un contributo non trascurabile a quella branca della medicina tuttora irta di difficoltà costituita dalla diagnostica differenziale.

Contributo alla patogenesi della polineurite diabetica.

Prof. P. ALESSANDRINI. — L'O. riferisce la storia clinica di un diabetico grave non luetico sottoposto ad intensa cura insulinica, che, dopo un mese di degenza all'ospedale, ha cominciato ad avvertire gravissimi disturbi dispeptici con manifestazioni dolorose a carico degli arti inferiori, con paralisi flaccida degli arti inferiori e abolizione dei riflessi tendinei, intensa tachicardia senza modificazioni dei diametri cardiaci, probabilmente riferibile a paralisi del vago.

L'interpretazione di tale forma morbosa intervenuta in un periodo di relativo benessere, in paziente aglicosurico, con riduzione dei valori della glicemia da 2,14 per mille al momento dell'ingresso, a 1,85 per mille al momento dell'inizio delle manifestazioni suddette e in costante aumento di peso, presentava difficoltà.

Degli esami praticati risultava di notevole solo un'alterazione del liquor a caratteri « sui generis » che ne rendeva difficile l'interpretazione.

In base alla triade sintomatica costituita da disturbi dispeptici gravissimi a tipo astenico, paralisi flaccida degli arti inferiori e paralisi del vago, l'orientamento diagnostico era per una forma secca di beriberi, che, come oggi si ammette, è dovuta alla carenza di vitamina B'. Di tale forma morbosa, che prima si riteneva una malattia esotica, ne sono stati descritti oggi tra noi molti casi nelle prigioni e nei manicomi, in seguito a diete lattee prolungate in casi di ulcera gastrica e di tifo, in seguito a cure dimagranti o a stati dissenterici o a vomiti ostinati. Per Minot e Strauss anche la polinevrite alcoolica deve considerarsi una B-avitaminosi dovuta non tanto alle limitazioni alimentari cui si sottopongono i forti bevitori specialmente di liquori, ma principalmente alle alterazioni della mucosa gastro-intestinale comuni nei bevitori, che impediscono l'assorbimento della vitamina B' analogamente a quanto si verifica per l'anemia perniciosa: difatti Strauss sostiene la necessità di introdurla per iniezioni.

In tali casi è stata osservata la guarigione senza la soppressione di alcool con forti introduzioni di vitamina B' purchè per via parenterale.

Nel caso descritto dall'O. non si poteva parlare di limitazioni alimentari, giacchè il numero delle calorie era sufficiente e anche la varietà del cibo era ben mantenuta, sebbene, trattandosi di un forte mangiatore di pane e di legumi (cibi che costituiscono i principali fornitori della vitamina B) la dose abituale si era ridotta notevolmente.

Dalle ricerche di vari autori risulta che il fabbisogno quotidiano in vitamina B è in rapporto diretto delle abitudini alimentari e negli individui che abitualmente ne introducono una notevole quantità si viene a perdere la facoltà della formazione sintetica delle vitamine. Le forti dosi di insulina che furono necessarie per rendere il paziente aglicosurico potevano sostituire un altro fattore atto a facilitare l'insorgenza della sindrome, giacchè, come risulta dalle esperienze di questi ultimi anni, l'insulina aggrava il beriberi sperimentale determinando un consumo delle riserve vitaminiche dell'organismo.

In base a queste considerazioni furono aggiunti alla dieta tre cucchiaini al giorno di lievito di birra e furono praticate iniezioni di un preparato di vitamina B iniettabile. Il miglioramento fu rapido, i dolori scomparvero e in meno di un mese si notò anche un notevole miglioramento delle condizioni del liquor; i disturbi gastro-intestinali cessarono e il polso ritornò al normale. La glicemia si abbassò da 1,85 per mille a 1,40 per mille e l'insulina da 60 unità fu potuta ridurre a 10 unità quotidiane. Quindi l'intensa cura vitaminica, oltre a influire in maniera benefica sulla triade morbosa descritta, determinò un notevole miglioramento della malattia fondamentale. In questo periodo risultò una notevole ipersensibilità all'insulina e si avevano crisi ipoglicemiche appena si sorpassava di poco la dose necessaria a rendere il paziente aglicosurico.

L'O. si diffonde poi a parlare dei complessi rapporti tra diabete e riserve vitaminiche e tra insulina e vitamina B.

Discute poi la possibilità che nel diabete si possano presentare forme fruste di B-avitaminosi sia per limitazioni alimentari che per le condizioni patologiche degli organi digerenti: e accenna alle sindromi morbose riferibili a tale meccanismo.

Riferisce infine i reperti osservati nel paziente in fase di intensa cura vitaminica, caratterizzati da ipersecrezione gastrica a digiuno, eretismo della muscolaris mucosae e ipermotilità gastro-intestinale, ipersensibilità all'insulina e si pone il problema dell'esistenza di sindromi di ipervitaminosi B' in analogia a quanto è stato ammesso per l'ipervitaminosi D.

Alla discussione prendono parte i proff. G. PETRAGNANI e C. FRUGONI a cui risponde il prof. ALESSANDRINI.

Indirizzi moderni nella cura operatoria del cancro del retto.

Prof. G. EGIDI. — Come nella cura operatoria dei tumori in genere, i limiti della asportazione chirurgica sono rappresentati dal territorio primariamente infetto e dalle stazioni ghiandolari prossime; l'operazione deve cominciare dalla chiusura delle vie lungo le quali le manovre operatorie potrebbero far migrare germi di metastasi.

Lo studio di pezzi prelevati operatoriamente e lo studio della sede delle recidive hanno permesso di stabilire che nelle vicinanze del tumore la parete viscerale deve essere considerata infetta per 7-8 cm. a monte e per un tratto di 3-4 a valle; inoltre che il connettivo periproctale è la sede nella quale si verificano la massima parte delle recidive.

L'operazione perciò deve essere estesa tanto in senso trasversale come in senso verticale; e verticalmente più in alto che in basso. In basso, tutte le volte che la distanza del tumore lo permetta, deve essere conservata la porzione anale. In alto è bene che l'asportazione sia estesa molto oltre la zona intestinale infetta, perchè le ghiandole in-

fette si estendono molto in alto lungo l'a. emorroidaria superiore e perchè la legatura dell'a. emorroidale superiore deve essere fatta sopra le arcate che la congiungono alle arterie sigmoidee.

Tra i diversi modi di eseguire l'exeresi ve ne sono alcuni che procedono dal basso verso l'alto ed altri che procedono dall'alto verso il basso. I secondi sono da preferire, perchè permettono di troncare subito le vie linfatiche di diffusione, perchè permettono di legare l'a. emorroidaria superiore al disopra delle anastomosi con la sigmoidea ima e infine per le seguenti ragioni tecniche. Dopo la legatura dell'a. emorroidaria superiore l'operazione si compie con poco spargimento di sangue e lo scollamento dall'alto verso il basso si compie più facilmente che dal basso verso l'alto.

L'operazione secondo questi principi si è sviluppata metodicamente come operazione combinata nel primo tempo della quale, per via laparotomica, si è legata l'arteria, iniziato lo scollamento e chiuso il peritoneo; nel secondo, per via perineale e coccigea o anche sacrale si è compiuto l'isolamento e praticata l'exeresi. Senonchè le operazioni combinate danno, accanto a risultati eccellenti una mortalità elevata.

Nel 1928 io riferivo alla Società Italiana di Chirurgia una mortalità del 50 % su 12 operazioni combinate in confronto di una mortalità del 25 % su 16 operazioni dal basso.

Da allora ho cambiato modo di procedere, e su 41 casi che ho potuto raccogliere la mortalità è scesa al 19 % senza rinunciare ad alcuno dei principi che formano il pregio delle operazioni combinate.

Alla laparatomia sostituisco una celiotomia sacrale e dall'apertura sacrale del peritoneo eseguisco prima la mobilizzazione del sigma e del retto e la legatura dell'arteria emorroidaria, poi l'operazione continua dall'alto verso il basso e finisce, se è possibile con la sezione dell'intestino tra due linee situate una sul sigma e l'altra subito sopra lo sfintere, altrimenti con l'amputazione all'altezza del sigma.

In ambedue i casi anche l'exeresi in senso trasversale è notevole: tutto il connettivo retrorettale viene asportato intatto e non distaccato dal retto: in alto insieme con la fascia *pelvis parietalis*, nella parte media con l'ultimo tratto del sacro e col coccige e, nel tratto ano-coccigeo, con quella specie di linea alba posteriore nella quale si fondono i due foglietti della *fascia pelvis* e l'elevatore dell'ano.

Per poter procedere in tal modo occorre elevare la regione sacrale e non comprimere il ventre.

Ciò si ottiene con la posizione geno-pettorale per ottenere la quale mi sono fatto costruire uno speciale inginocchiatoio.

Da un'incisione sacrale, sezionato il sacro, tra i fori terzo e quarto, divarico fortemente la ferita ossea, scollo il retto dalla faccia anteriore del sacro e apro il peritoneo. Allora la pressione atmosferica allontana i visceri e con alcuni sbrigliamenti sulle parti molli si ottiene spazio per ispezionare ed operare.

Tale via ha seguito l'O. anche in casi diversi dal cancro del retto, o come per esempio, in colpectomie totali ed isterectomie per cancro della vagina.

Le diapositive che proietta dimostrano le più caratteristiche fasi delle diverse operazioni.

A. BONADIES.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 23 gennaio 1936.

Presidente: Prof. G. DI GUGLIELMO.

Un caso di sindrome di Volkmann curato col raddrizzamento progressivo.

Prof. G. ZURRIA. — Presentazione di un caso di retrazione ischemica di Volkmann curato con le trazioni progressive inclastiche col metodo Mommsen modificato da Michel e da Massabau e da Guibal. Guarigione.

Distacchi epifisari.

Prof. G. ZURRIA. — Presentazione di tre casi di distacchi epifisari:

1) Distacco totale dell'estremo inferiore del femore. Dopo due anni dall'operazione residua accorciamento di un centimetro e mezzo del femore e allungamento compensativo di un centimetro della tibia.

2) Distacco del solo condilo esterno del femore. A distanza di quattro anni residua valghismo di alto grado.

3) Distacco dell'estremo inferiore della tibia. A distanza di nove anni residua accorciamento di tre centimetri e varismo del piede.

Il numero di iodo nell'estratto etereo di sieri neoplastici e non neoplastici.

Proff. G. SORGE ed A. BASERGA. — Gli OO., determinarono il numero di iodo, con la tecnica di Maurizio Ascoli e Indovina, nell'estratto etereo a freddo di 41 sieri non neoplastici e di 28 neoplastici. Nel primo gruppo ottennero 100 % di risultati inferiori a 0,50 (valore medio 0,27); nel secondo 19 risultati superiori a 0,50 (68 %; valore medio 0,64).

Il carcinoma primitivo delle vescicole seminali.

Prof. G. DE GAETANI. — L'O. riporta e discute i pochi casi di tumori delle vescichette seminali esistenti nella letteratura.

Riferisce di un caso di adenocarcinoma primitivo della vescichetta seminale sinistra in un individuo di anni 79, senza metastasi negli altri organi.

Assenza congenita della tibia.

Dott. E. SAGONA. — L'O. comunica un caso di assenza congenita della tibia che si accompagna ad assenza della rotula e malformazione del piede (polidattilia con due gruppi di 4 dita e due tarsi).

Dati anatomo-patologici sulla frequenza della meningite tubercolare nelle varie età della vita.

A. GIORDANO. — L'O. dalla considerazione di 806 casi di tubercolosi umana, 98 dei quali complicati da meningite, trae le seguenti conclusioni:

1) la rarità della meningite tubercolare dell'adulto va presa in un senso molto relativo: essa interviene infatti al di sopra dei 30 anni in circa il 7 % dei casi, al di sotto di tale età nel 16 % circa;

2) le forme tubercolari che più frequentemente dànno luogo alla complicazione meningea sono, oltre le miliari e le acute del polmone, le localizzazioni ghiandolari e le polmonari a tipo fibroso le quali possono sfuggire all'esame clinico.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

A proposito di un caso di dischinesia dello sfintere di Oddi.

Danmerie e Wanters (*Journ. Belge de Gastro-entérologie*, t. III, n. 2, 1935) riportano un caso di dischinesia dello sfintere di Oddi in una donna di a. 41, che in seguito ad una colecistectomia, seguìta da drenaggio, si ebbe una fistola biliare. Un'esplorazione della fistola fatta con lipiodol dimostrò una dilatazione marcatissima delle vie biliari intraepatiche e del coledoco con ostacolo a livello dell'ampolla di Vater. Forzando col liquido lo sfintere di Oddi si riusciva a mandare piccole quantità del lipiodol nel duodeno.

Radioscopicamente si mise in evidenza una stasi duodenale a livello del ginocchio superiore duodenale, da periduodenite.

Con antispasmodici per os e per iniezione il quadro si modificò completamente, con guarigione della fistola, scomparsa dell'ittero.

Da una lunga disamina sulla funzione dello sfintere di Oddi normalmente ed in patologia biliare messa in rapporto con la motricità delle vie biliari, concludono che esso ha una grande importanza nel riempimento e vuotamento della vescichetta biliare con armonia regolata sulla legge dell'innervazione contraria. Inoltre lo sfintere di Oddi protegge contro le infezioni ascendenti delle vie biliari.

Lo spasmo dello sfintere di Oddi è capace di produrre un ittero più o meno completo, intermittente, ed il punto di partenza di questo riflesso il più delle volte è da ricercarsi in una lesione duodenale.

JURA.

Lobo accessorio della faccia convessa del fegato.

In presenza di una immagine radiologica epatica arrotondata, dai contorni ben netti e di densità omogenea si pensa alla cisti da echinococco, specie se vi si accompagna una marcata eosinofilia. Roques et Sohier (*Annales d'Anatomie Pathologique et Normale*, 8 novembre 1935) in base a questi criteri diagnosticarono per cisti idatidea una formazione arrotondata della cupula epatica di un individuo giovane, sul quale però, all'infuori di una eosinofilia dell'11 %, non vi era nessun altro elemento che la facesse sospettare.

La Casoni era negativa. All'operazione si constatò però trattarsi di un lobo accessorio della faccia convessa del lobo D. I lobi aberranti, peduncolati o meno, del fegato sono relativamente frequenti ed in genere si sviluppano sulla faccia inferiore del fegato. Di lobi accessori della faccia superiore del fegato se ne conoscono invece solo due osservazioni riportate da Jacquement.

La diagnosi clinica è in questi casi molto difficile. Si pensa a cisti parassitarie, a tumori. Il reperto operatorio o autopsico fa porre la esatta diagnosi di natura.

G. SELVAGGI.

Studio anatomico sulle varietà delle arterie epatica e cistica.

S. Lurje (*Will. a. d. Grenz, d. m. u. Chir.*, 1935) ha fatto uno studio accurato sulle varietà delle arterie epatica e cistica di 194 autopsie.

Riassumendo i dati più interessanti delle sue ricerche si può rilevare come negli individui ad apertura toracica inferiore slargata e addome cilindrico l'a. epatica destra origina dall'a. mesenterica superiore, mentre negli individui con apertura toracica inferiore stretta e addome relativamente svasato si nota la presenza dell'a. epatica sin. accessoria.

L'a. epatica destra incrocia il dotto epatico anteriormente nel 12.9 % dei casi. L'a. cistica è unica nel 79 % dei casi, duplice nel 24 % dei casi.

L'a. cistica o i suoi rami incrociano il coledoco o l'epatico anteriormente nel 22 % dei casi.

L'A. si riporta agli studi classici di R. Branco, pur disentendo su molti particolari.

V. GHIRON.

Nella colecistite cronica e calcolosi biliare.

L. Ferrannini (*Minerva medica*, 15 settembre 1935) ritiene utili, come profilassi, le bevande alcaline, evitando le acque calcaree. Oltre alle acque minerali naturali può preparsi la seguente:

Solfato di sodio
Bicarbonato di sodio, ana g. 20
Cloruro di sodio . . . . » 10
Acqua q.b. per 1000

S. 2-3 bicchieri al giorno, aumentando la dose di solfato se vi è tendenza alla stitichezza e di bicarbonato se vi è tendenza all'acidosi.

Se vi è in atto una colostasi ipertonica per spasmo funzionale dello sfintere di Oddi, sono consigliabili gli antispastici:

Cloridrato di papaverina . cg. 20
Solfato di atropina . mg. 3
Estratto semplice q.b. per Pillole n. 10

S. 3 al giorno.

Nelle coliche forti, associare alla morfina od eroina, l'atropina:

Solfato neutro di atropina . . mg. 5
Cloridr. di morfina o di eroina cg. 10

Per 10 fiale (ognuna contiene 1 cg. di morfina od eroina e ½ mg. di atropina); se ne iniettano 2-4 al giorno.

Se il dolore non è violento, prescrivere:

Acqua satura di cloroformio	g.	10
Cloridrato di eroina	cg.	2
Stovaina pura	cg.	5
Glicerina neutra	g.	15
Sciroppo di etere	g.	40

S. A cucchiai ogni ½-1-2 ore.

fil.

Cisti retroperitoneale.

Mirizzi (*Annales d'Anatomie Pathologique et normale*, 8 novembre 1935), a proposito di un caso clinico di tumore retroperitoneale D. diagnosticato e operato, fa presente che la sede del tumore può essere sospettata all'esame clinico del malato, ma è l'esame radiologico quello che ne conferma l'ipotesi.

I tumori retroperitoneali D., il più frequentemente, determinano *uno spostamento più o meno pronunciato del colon ascendente*. Qualche volta però lo spostamento si fa in fuori.

La pielografia contribuisce al diagnostico topografico e sopratutto dimostra la relazione di semplice contiguità coll'albero urinario quando vi è solo spostamento all'interno dell'uretere e sede normale del bacinetto e dei calici. In tal caso la sede è extrarenale.

Il caso illustrato dall' A. si originava sotto il polo inferiore del rene D, aveva aderenze col m. iliaco e, all'esame istologico, si dimostrò un tumore cistico di origine wolfiana che aveva subito in qualche zona la degenerazione carcinomatosa.

G. SELVAGGI.

Una rara causa di "addome acuto".

G. Bolognesi (*Athena*, anno IV, p. 310, giugno 1935-XIII) descrive un caso a lui occorso. Si tratta di donna di 50 a., contadina, entrata in Clinica con sindrome addominale acuta insorta 3 g. prima con dolori violenti alla metà D. dell'addome specie dell'ipocondrio, con febbre elevata, vomito e chiusura dell'alvo. All'E. O. si nota uno stato generale gravissimo, polso piccolo e frequente (140), temperatura oltre 39°. Dolore e difesa muscolare alla palpazione del quadrante inf. D. dell'addome; senso di massa molle elastica al quadrante inf. D. con forte ipofonesi alla percussione. Si decide l'intervento immediato con diagnosi di appendicite acuta per probabile cistoma ovarico torto sul peduncolo.

Atto operativo: anestesia generale, taglio pararettale d. Si rinviene una grossa cisti di echinococco come una testa di feto, di colorito bianco grigiastro che si riesce ad enucleare intatta dopo averla liberata da connessioni lasse con l'omento. Nel peritoneo una scarsa quantità di liquido siero-fibrino-purulento-emorragico.

La cisti di echinococco contiene liquido in incipiente suppurazione contenente uncini e scolici.

Il decorso postoperatorio fu buono.

L'A. riferisce il caso per la sua rarità e interesse.

MEDI.

NOTE DI DIETETICA.

Il trattamento dietetico della psoriasi.

Recentemente Grütz ha considerato la psoriasi come la localizzazione cutanea di un disturbo nel ricambio dei lipoidi. Secondo H. Weiss (*Deut. med. Wochens.*, 17 gennaio 1936) si ottengono buoni risultati con la dieta seguente. Somministrazione di grassi in quantità di 20 grammi al giorno per gli adulti e 10 per i bambini; proibizione di tutti i cibi grassi e somministrazione *ad libitum* di albuminoidi e carboidrati (ivi comprese le verdure e le frutta).

I rsultati si hanno già dopo 2 settimane nei giovani e dopo 6 negli adulti; i casi gravi guariscono spesso prima di un mezzo anno.

L'importanza della dieta nelle malattie cutanee è dimostrata anche dal fatto di eczemi dovuti al consumo di pane di segala, che scompaiono con l'uso del pane di frumento.

fil.

MEDICINA PREVENTIVA

L'immunizzazione antidifterica a mezzo di un'unica iniezione.

Le statistiche dell'Istituto Governativo d'Igiene Ungherese hanno dimostrato che la triplice vaccinazione mediante l'anatossina urta in pratica contro grandi difficoltà: il numero delle persone che si presentano diminuisce notevolmente alla seconda e terza vaccinazione. Si è cercato quindi di preparare una sostanza vaccinante che anche usata una sola volta esplichi un'azione protettiva corrispondente. La più adatta per tale scopo si è dimostrata l'anatossina precipitata con allume, somministrata allo stato di precipitato: il precipitato per la sua relativa insolubilità forma in corrispondenza del luogo dell'iniezione un deposito, che, permanendo per 32-38 giorni, esercita una prolungata azione antigena, riunendo in sè l'azione dello stimolo primario e di quello secondario. Le reazioni consecutive ad iniezione di precipitato di anatossina non sono maggiori di quelle osservate dopo vaccinazione con anatossina di Ramon. Si può concludere forse già ora che la prevenzione della difterite, come afferma F. Faragó (*Die Med. Welt*; 4 gennaio 1936), con l'introduzione dell'uso del precipitato di anatossina ha fatto nuovi progressi. In Ungheria, il primo Stato in Europa dove questo nuovo procedimento è stato per la prima volta introdotto nella pratica comune, l'anatossina precipitata ha eliminato quasi completamente l'uso della triplice o, nei casi più favorevoli, duplice vaccinazione mediante l'anatossina. Dal 1° gennaio al 15 dicem-

bre 1935 sono stati vaccinati in Ungheria con questo vaccino 391.175 bambini; con l'anatossina di Ramon sono stati invece immunizzati soltanto 16.126 bambini, pur essendo il pubblico libero di scegliere il vaccino. Il numero dei bambini vaccinati nel corso del 1935 supera quello dei vaccinati in qualsiasi anno precedente, il che dimostra che la semplicità del procedimento rende possibile l'immunizzazione di grandi masse, in quanto alleggerisce il lavoro del medico e diminuisce il ritegno del pubblico a vaccinarsi. Tutte le circostanze stanno a dimostrare che è da considerarsi come un risultato delle vaccinazioni protettive intraprese su vasta scala il fatto che il numero dei casi di difterite in Ungheria dall'anno 1933, e in particolar modo nel 1935, è notevolmente diminuito, mentre si sa al contrario che in Inghilterra, in Germania, in Austria ed in Cecoslovacchia la morbilità per difterite nel corso degli ultimi anni è in continuo aumento. M. NUNBERG.

POSTA DEGLI ABBONATI

Cura bulgara e morbo di Little.

Al dott. C. Gr. da Sus. (Treviso). Abbonato N. 12969.

La cosidetta « cura bulgara », a base di radici di belladonna, giova solo ed effettivamente nella contrattura (meglio rigidità, ipertònia) di origine extrapiramidale e quindi nelle sindromi parkinsoniane, specie quando queste siano l'espressione di un'encefalite epidemica cronica.

Nelle contratture di origine piramidale, quale è appunto quella che caratterizza la sindrome di Little, pare non arrechi alcun vantaggio.

La cura più razionale in questi casi consiste in un primo tempo in massaggi, bagni piuttosto caldi (37-38°). In un secondo tempo, quando il bambino si avvia all'adolescenza, dovrà intervenire il chirurgo (tenotomie, tenoplastiche). G. PANEGROSSI.

Composizione chimica del bacillo tubercolare.

Al dott. G. Ern. da Mar., E. Abbonato N. 9113.

Nel bacillo di Koch, come in tutti i bacilli a carattere acido-resistente, sono contenute sostanze che per i loro caratteri fisici e chimici vengono chiamate comunemente cere.

Generalmente si comprendono sotto tale nome le frazioni estraibili da bacilli previamente esauriti con alcool-etere, con solventi organici clorurati, ad es. cloroformio, epicloridrina, tricloritilene ecc. e formano circa il 40 per cento dei lipoidi totali. Trattandosi di un procedimento basato sulla solubilità, la massa ottenuta non forma un composto unico definito ma un insieme di frazioni di cui qualcuna riportabile perfettamente alle comuni cere, cioè eteri di acidi grassi superiori con alcoli ad elevato numero di carbonio, o alcoli ed acidi grassi superiori liberi, altre invece aventi una composizione chimica più complessa e non ancora definita.

Volendo frazionare il prodotto ottenuto, si evapora l'estratto cloroformico e la massa ripresa con etere, si versa in un volume doppio di acetone o alcool metilico. Si ottiene così una frazione, insolubile, a costituzione complessa, che per idrolisi acida produce zuccheri che riducono il Fehling e sono stati identificati come d-arabinosio, mannosio e galattosio, oltre a diversi acidi grassi superiori, acido fosforico, mentre nella soluzione rimane un'altra frazione più simile alle comuni cere.

Non esiste una reazione specifica per le cere e solamente un accurato procedimento chimico ne permette la messa in evidenza.

A. OMODEI ZORINI.

Uretrite blenorragica cronica con prostatite.

Al dott. A. Mars. da Mag. Abbonato N. 9970.

Nei casi inveterati, in cui riuscirono vani i metodi abituali di cura (lavande vescico-uretrali, istillazioni uretrali profonde, auto-vaccini, massaggi prostatici ecc.) crediamo inutili l'uso dei derivati acridinici per via endovenosa e la piretoterapia.

La dilatazione graduale dell'uretra con sonde rigide a calibro crescente può avere qui la sua indicazione e così pure la diatermia, per quanto anche questo mezzo di cura fisica, di cui ora si fa largo uso, non abbia dato, alla prova dei fatti, quei successi che in principio si erano sperati. V. MONTESANO.

VARIA

Longevità e demografia.

All'età di 119 anni è morto a Ciudad Juarez, nel Messico, tal Emeterio Houlguin, che era forse il più vecchio dei messicani. Lascia 18 figli viventi, 50 nipoti e 30 pronipoti; di questi ultimi alcuni sono già ammogliati ed hanno complessivamente una ventina di figli. Da cui appare che « el señor D. Emeterio Holguin » oltre al primato della longevità poteva ben vantare anche quello di benemerito dell'incremento demografico.

Da « Rinascenza Medica », 31 genn. 1936, n. 2.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. M. CICCHITTO. *L'ittero arsenobenzolico: genesi e terapia.* — Rinnov. Medico, Napoli, 1935.

G. GALATÀ. *Vedute fisiopatologiche sulla angina pectoris.* — L. Pozzi, Roma, 1935.

R. F. VACCAREZZA, A. I. GALLI e J. LESTON. *Retraccion y Disiocacion lobular espontanea en los procesos esclorosos del pulmon.* — Buenos Aires, 1935.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

La motivazione del licenziamento per fine del periodo di prova.

Ecco una chiara sentenza, che riconduce l'obbligo della motivazione sulla via diritta, sollevandolo dalle bassure nelle quali stava per immiserire, annullandosi. Si andava in cerca di una *formuletta* che salvasse le apparenze, e si discuteva della idoneità dell'una o dell'altra affermazione generica. Abbiamo resistito a questo indirizzo, essendo preferibile affrontare decisamente il problema, guardarlo con criteri larghi e senza pregiudizi, risolverlo nettamente, in un senso o nell'altro. Se si ritenga non necessaria la motivazione, è meglio ritornare apertamente all'antico: è sufficiente che risulti la *causa* dell'atto, cioè essere deliberato il licenziamento per fine del periodo di prova. Ma se si riconosca che la motivazione, freno all'arbitrio, è necessaria e utile, si deve accettare la conseguenza logica e giuridica di questa premessa e, quindi, la deliberazione *deve dare ragione* della risoluzione del rapporto d'impiego, sia pure senza indicazione di *fatti* specifici. E sia *motivazione*, cioè processo logico, e non formula vuota ,inconsistente e non controllabile. Il nuovo T. U. obbliga a *motivare* genericamente: c'è, dunque, una innovazione. E la legge deve essere osservata senza artificiose restrizioni, che la vuoterebbero di ogni contenuto serio e pratico. Noi pensiamo che tutti gli atti amministrativi dovrebbero essere motivati: tutti, anche quelli discrezionalissimi. Quando poi si tratti di risolvere un rapporto d'impiego, costituito in base a concorso o ad altro procedimento e di annullare situazioni professionali e patrimoniali con effetti di grave danno, è indispensabile che il provvedimento sia il risultato di obbiettivo apprezzamento, di sereno e meditato giudizio e si presenti in tutto il suo processo logico, sì che possa essere controllato. Questa è la garanzia migliore di legittimità ed è condizione elementare del controllo giurisdizionale.

Crediamo utile riportare la parte sostanziale della decisione 21 gennaio 1936, n. 116, alla quale si riferisce questa breve nota, avvertendo che ne risulta un indirizzo preciso che certamente non sarà abbandonato.

« Si ha *motivazione generica* della dimissione per fine del periodo di prova quando, istituito mentalmente un rapporto fra l'esperimento quale fu e quale avrebbe dovuto essere, si accenni per quale ragione fallì; si accenni non già indicando fatti specifici ma ordini di fatti, non già discendendo da un apprezzamento analitico del servizio prestato dal sanitario, ma notando da qual lato o punto di vista esso abbia deluso le aspettative dell'Amministrazione interprete dei legittimi interessi e desideri della popolazione. Invece il provvedimento impugnato ha per generica motivazione il seguente periodo: « riscontrata la necessità di provvedere acchè il servizio medico della seconda condotta corrisponda ai bisogni della popolazione »; ma riscontrare o constatare quella necessità seppur significa che attualmentre il servizio sanitario non corrisponde ai bisogni della popolazione non significa già, necessariamente, che tale inadeguatezza sia imputabile al medico condotto, potendosi anche immaginare quella constatazione come assunta a base di una riforma organica delle condotte. E se anche significasse che il medico dimesso non corrispondeva per dato e fatto del suo servizio, ai bisogni della popolazione, l'obbligo della motivazione generica di cui all'art. 71 non sarebbe ancora soddisfatto non potendosi riconoscere il valore di motivazione sia pur generica a una formula che non dice nulla più di quanto direbbe il richiamo puro e semplice a quella norma di legge che pur volle la motivazione generica. Quindi è che il ricorso va accolto e in conseguenza il soccombente comune deve ritenersi obbligato alla corresponsione degli stipendi al ricorrente dott. Polito dal giorno in cui cessò per dimissione dal servizio nel Comune di Corio al giorno nel quale sarà riassunto in servizio per effetto della presente decisione a meno che non risulti che il dott. Polito nello stesso periodo abbia prestato servizio retribuito presso altra Amministrazione ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

ANCONA, per Arcevia (5° reparto), Maiolati (Consorzio), Senigallia (frazione S. Angelo); scad. 30 aprile.

AVELLINO, per Capriglia, Conza della Campania, Domicella, Montefredane, Rocchetta S. Antonio, S. Angelo dei Lombardi, Savignano di Puglia; scad. 25 aprile.

BENEVENTO, per Paupisi; scad. 15 aprile.

BOLOGNA, per Castelguelfo; scad. 31 marzo.

BRESCIA, per Breno, Corteno, Desenzano del Garda, Lozio, Remidello; scad. 31 marzo.

GENOVA, per Genova (zona 51), Campoligure; scad. 31 marzo.

NUORO, per Macomer (2ª zona); scad. 31 marzo.

POLA, per Isola d'Istria, Lussinpiccolo (Sansego); scad. 31 marzo.

TREVISO, per Comuda, Follina, Vuzzola; scad. 31 marzo.

Chiedere annunzi agli Uffici dei Medici Provinciali.

BOLOGNA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 20 maggio; tre posti di medico primario psichiatrico nell'Ospedale Prov. « Francesco Roncati » in Bologna ed uno nell'Ospedale Prov. « Luigi Lollini » in Imola; titoli scientifici e pratici; L. 14.500, 3 trienni, 2 quadrienni e 1 quinquennio dec., serv. att. L. 3000, c-v.; età limite 35 anni al 15 genn.; tassa L. 50; assunzione servizio entro 30 giorni dalla partecipaz. di nomina.

FOGGIA. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 14 marzo. Assistente ordinario. L'assistentato è gratuito. Obbligo di prestare servizio di pronto soccorso, a turno con gli altri assistenti; retribuzione di L. 51 al lordo delle prescrizioni ritenute per ogni 24 ore di servizio prestato. Età limite anni 35. Tassa lire 50,10. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria. Nomina triennale.

LITTORIA. *Municipio.* — Direttore del Dispensario antivenereo comunale; titoli; L. 9500 oltre L. 1800 serv. att. e c.-v.; aumenti periodici. Età limite 35 anni al 3 febbr. Scad. 31 marzo. Chiedere annunzio. Rivolgersi al Commissario Prefettizio.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — La « Gazzetta Ufficiale », nei n. 22 e 23 del 28 e 29 gennaio, pubblica i decreti del Ministero delle Colonie con i quali sono stati banditi tre concorsi per titoli ai posti di direttore, di primario medico e primario oculista dell'Ospedale Coloniale Principale di Bengasi.

Il vincitore del concorso al posto di direttore verrà assunto a contratto per anni sei salvo rinnovazione, gli sarà attribuito il grado sesto della prima categoria, di cui al D. M. 129 del 30 aprile 1929 (corrispondente al grado 6° del gruppo A dei funzionari di ruolo dello Stato) e godrà degli assegni corrispondenti a tale grado oltre una indennità coloniale pari a 3/4 di stipendio.

I vincitori degli altri due concorsi verranno assunti con contratto di uguale durata, sarà loro attribuito il grado 7° della 1ª categoria del D. M. sopracitato (corrispondente al grado 7° del gruppo A dei funzionari di ruolo dello Stato) e godranno degli assegni corrispondenti a tale grado, oltre l'indennità coloniale nella misura sopraindicata.

Per ogni altro schiarimento gl'interessati potranno rivolgersi al Ministero delle Colonie (Ufficio 2° del Personale) oppure alle RR. Prefetture.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — È VACANTE il posto di Primario Anatomo-Patologo e Direttore dei Gabinetti d'Analisi dell'Ospedale. In attesa della apertura del concorso cercasi SUBITO interino. Chiedere schiarimenti e presentare domanda corredata da *curriculum* alla Amministrazione.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati emeriti i proff.: Carlo Ceni, di clinica neuropsichiatria, Eugenio Centanni, di patologia generale e Ivo Novi, di farmacologia a Bologna.

Il prof. Roberto Casazza è nominato titolare della cattedra di clinica dermosifilopatica a Sassari.

Il prof. Giovanni Castiglioni ci fa rilevare che la sua nomina a titolare della cattedra di patologia chirurgica a Milano, da noi data nel N. 6, non è esatta, in quanto per la patologia chirurgica a Milano non vi è posto di ruolo, almeno per ora. (La notizia era stata desunta dalla « Rivista Sanitaria Siciliana »).

Il cav. di gr. cr. prof. Cesare Agostini, già direttore della Clinica delle malattie mentali e nervose ed ora professore emerito nella R. Università di Perugia, su proposta delle Loro EE. il Capo del Governo ed il Ministro della E. N., è stato insignito con R. D. del 6 gennaio 1936-XIV, dell'onorificenza di grande ufficiale dei SS. Maurizio e Lazzaro. All'illustre Clinico i più vivi rallegramenti.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Angelo Mario Agrifoglio, Paola Barco, in clinica chirurgica e medicina operatoria; Vittorio De Antoni, in clinica di malattie infettive; Letterio Cannavò, in clinica medica; Gino Cornelli, Gianni Olgo Carlo Felice Porta, in clinica otorinolaringoiatrica; Domenico Corda, Stefano Moschini, Reina Simonetti Cuizza, Gioacchino Stancanelli, in clinica pediatrica; Emilio Beccari, in farmacologia sperimentale; Giuseppe Borgatti, Quinto Calabro, in fisiologia sperimentale; Salvatore Greco, Nicolò Marras Solinas, Giovanni Moramarco, Giovanni Peyrone, Arrigo Provvisionato, Paolo Santonè, Alberico Zona, in odontoiatria e protesi dentaria; Vincenzo Maselli Campagna, Enrico Pachner, Aldo Viganò, in ortopedia e traumatologia; Vincenzo Bernabeo, Amedeo Billi, in patologia chirurgica; Aldo Costantini, Francesco Marchesi, Giovanni Renosto, in patologia generale; Giovanni Ferro Luzzi, Pietro Molinari Tosatti, Alessandro Robecchi, in patologia speciale medica; Pietro Acanfora, in patologia tropicale e subtropicale; Domenico Vaiano, in radiologia medica; Mario Belli, in tisiologia.

NOTIZIE DIVERSE

La salute delle truppe in A. O.

L'illustre clinico sen. Castellani, reduce dal viaggio di ispezione di un mese da lui compiuto in Somalia, intervistato dall'inviato dell'« Agenzia Stefani » ad Asmara, ha dichiarato che le condizioni di salute del corpo di spedizione in Somalia permangono ottime.

Fino dall'inizio delle operazioni in Africa Orientale, il Duce ha considerato il problema sanitario altrettanto importante quanto il problema bellico.

È stato creato un corpo sanitario specifico, composto di medici specialisti in malariologia, che dispone dei mezzi clinici e tecnici più moderni, basati sugli ultimi ritrovati della scienza mondiale e sulle esperienze delle passate guerre in territorii paludici.

Tanto in Eritrea che in Somalia non si è verificato alcun caso di colera nè di peste, nè fra i soldati — che stanno benissimo — nè fra la popolazione indigena.

È in costruzione a Massaua, un nuovo grande ospedale, vi si organizza un sistema di nettezza urbana moderno, e vi si costruiscono fognature. Massaua è stata dotata di un importante impianto di disinfezione; vi è stato quadruplicato il corpo sanitario ed istituito un servizio veterinario.

Il sen. Castellani ha concluso dichiarando che la Nazione Italiana può vivere tranquilla giacchè la piattaforma sanitaria del corpo di spedizione fu concretata personalmente dal Duce ed oggi poggia sopra un solido trinomio: Badoglio, Graziani, Guzzoni, tre uomini di alta intelligenza, di grande valore e di mentalità moderna e di polso vigoroso, che dànno al problema sanitario la massima importanza.

La Corporazione dell'Ospitalità e i problemi idrologici.

La Corporazione dell'Ospitalità in una recente riunione, alla presenza dei Sottosegretari di Stato per le Corporazioni, per le Finanze e per la Marina Mercantile, si è tra l'altro occupata dello sviluppo della cultura medica in relazione con la moderna attrezzatura delle stazioni idrotermali e con l'azione di propaganda scientifica per l'incremento dell'economia turistica e della profilassi sociale.

Rebucci domanda che sia resa effettiva l'istituzione delle cattedre d'idrologia medica, ed obbligatoria nelle zone termali la istituzione di centri d'indagine clinica sui soggetti in cura. Necessario sarebbe inoltre di rafforzare la funzione della Commissione formata dal Consiglio delle Ricerche per gli studi scientifici sulle acque minerali. Opportuno anche di subordinare l'esercizio medico presso le stazioni idrotermali a severe garanzie, e curare sempre più l'attrezzatura e il decoro delle stazioni degli stabilimenti termali, che dovrebbero essere sottoposti a disciplina anche per ciò che riguarda la loro specifica funzione di cura. Augura che gli organi preposti all'ordinamento delle colonie profilattiche marine e montane adottino e diffondano la pratica delle colonie termali. Afferma la necessità di una letteratura di propaganda scientifica all'Estero a favore delle terre italiane e raccomanda un sempre più largo impiego dell'attività pubblicitaria corredata da una speciale letteratura scientifica, come pure che le aziende di cura presso le stazioni termali dove esistono aziende idrominerali dello Stato siano composte con criterio di collaborazione corporativa.

L'on. Vidau rileva la necessità che sia aumentata la cultura medica nel campo dell'idrologia e che a tal fine si debba istituire un insegnamento autonomo. Crede tuttavia che attualmente vi siano difficoltà pratiche per l'istituzione di vere e proprie cattedre d'idrologia. L'insegnamento potrebbe essere fatto mediante incarichi e la creazione di una scuola superiore di idrologia alla quale potrebbero concorrere, per il funzionamento, i Comuni e altri enti interessati.

Quitadamo raccomanda che sia sempre più curata l'attrezzatura delle stazioni idrotermali e che siano, per quanto possibile, ridotti i prezzi delle acque, rendendone accessibile la vendita al grosso pubblico.

Una conferenza del sen. Devoto sugli ospedali ed i convalescenziari.

Per invito dell'Associazione per lo sviluppo dell'alta cultura il sen. prof. Luigi Devoto ha tenuto in Milano, all'Ambrosiana, una conferenza sul tema: « Le convalescenze dal tempo di Ferdinando I de' Medici ai nostri giorni ».

L'illustre oratore ha affermato che gli ospedali moderni hanno bisogno del loro convalescenziario separato, lontano dalla città, in aperta campagna, preferibilmente in posizioni climatiche provvedute di sorgenti minerali efficienti ed utilizzabili, in località fornitrici di prodotti ortofrutticoli.

Il sen. Devoto ha messo in rilievo che il primo convalescenziario venne deliberato ed attuato nel 1592 da Ferdinado I di Toscana. È dunque autentica storia italiana che ci guida in queste nuove forme di assistenza. Il sen. Devoto ha chiuso il suo dire con l'esporre i felici risultati dei convalescenziari « Carta del lavoro » in Salice, filiale della Clinica del lavoro.

Per i ricoverati negli ospedali a Napoli.

Nei primi giorni del nuovo anno, sotto l'Alto Patronato di S. A. R. la Principessa di Piemonte, è cominciato a funzionare negli Ospedali Riuniti di Napoli — Incurabili, Pace, Gesù e Maria — una grande opera umanitaria, quella cioè dell'assistenza agli infermi ivi ricoverati. Essa ha per scopo di sussidiare le famiglie dei degenti che si trovino in stretta necessità e di continuare ad assistere il ricoverato e la famiglia dopo che quegli ha lasciato l'ospedale ancora convalescente e non sia al caso di trovare subito lavoro e fino a che non abbia raggiunto una stabile sistemazione. I fondi per l'opera saranno costituiti da contributi volontari e da elargizioni, ed il Comitato, che avrà un ufficio di Presidenza con una presidente, una vice-presidente e una segretaria, avrà sede nell'Amministrazione degli Ospedali Riuniti presso l'Ospedale Incurabili.

Manifestazione brasiliana per l'Italia.

Si è costituita nel Brasile una « Giunta Brasiliana Pro-Italia » la quale ha approvato un magnifico messaggio, pubblicato in tutti i quotidiani della nazione e in Italia. Esso dice tra l'altro: « Salutiamo nell'Italia la fonte materna della civilizzazione e la forza invitta di una vigorosa pro-

genie ». Il manifesto mette in evidenza i rapporti linguistici, giuridici, culturali, religiosi, demografici e politici tra il Brasile e l'Italia e così conclude:

« Questo è l'imperativo sacro che muove la nostra intelligenza e il nostro cuore — davanti all'Italia madre, nutrice dei popoli latini — a compiere un atto di cordiale simpatia, un atto di gratitudine dell'anima brasiliana all'anima italiana, le cui tradizioni le annunciano un superbo destino e i cui sforzi le riaprono nel mondo il posto di Roma, coronato dal volo delle sue aquile, dalla giustizia delle sue leggi... ».

Il proclama reca le firme d'illustri personalità e per prima quella di Aloisio De Castro, clinico medico dell'Università di Rio de Janeiro.

La Giunta Brasiliana Pro-Italia accoglie adesioni sempre più numerose.

L'Accademia francese di chirurgia.

Come abbiamo già annunziato, fu inaugurata solennemente il 5 febbraio alla Sorbona. Alla cerimonia intervennero il presidente della Repubblica, i presidenti della Camera dei Deputati e del Senato, il ministro della Sanità pubblica, il corpo diplomatico, con alla testa il decano cardinale Maglione, pronunzio apostolico, il maresciallo Petain, Augusto Lumière, la signora Lyautey, moltissime altre personalità ed i maggiori esponenti della medicina e della chirurgia in Francia.

Dopo che la musica della Guardia Repubblicana ebbe eseguito la Marsigliese, parlarono il presidente dell'Accademia, Pierre Fredet, il presidente del Consiglio d'amministrazione, prof. Gosset, i rappresentanti delle società chirurgiche francesi e i delegati stranieri, tra cui, per l'Italia, il prof. Giordano, salutato da un'ovazione prolungata e commovente.

Infine il segretario generale dell'Accademia Louis Bazy, lesse il discorso inaugurale su « Due secoli di chirurgia francese »; la serie dei discorsi fu chiusa dal presidente della seduta on. Paganon.

L'Accademia non poteva iniziare più degnamente la sua vita.

2° Congresso internazionale dei medici cattolici.

Dal 28 maggio al 2 giugno avrà luogo a Vienna il secondo Congresso internazionale dei medici cattolici. Il primo ebbe luogo nel 1935 a Bruxelles e manifestò in maniera magnifica la coesione veramente cattolica, cioè universale, delle Società di San Luca. Il Congresso di Vienna si occuperà soprattutto delle questioni eugeniche e della sterilizzazione, e inoltre dell'aiuto medico alle Missioni. Uno statuto internazionale per la collaborazione delle Società nazionali è allo studio e sarà sottomesso all'assemblea.

Nell'occasione avranno luogo naturalmente numerose escursioni e manifestazioni, a Vienna e nei dintorni.

Le adesioni dei medici cattolici italiani devono essere mandate all'Ufficio laureati cattolici — Largo Cavalleggeri 33, Roma — il quale è altresì in grado di fornire tutte le informazioni che possono essere desiderate. La C.I.T. ha studiato una combinazione per il viaggio — da Tarvisio a Vienna e ritorno, escluso il percorso in Italia — e per il soggiorno dal 28 mattina (compresa la colazione) al 3 giugno mattina (esclusa la colazione), che importa una spesa di circa L. 500 per la seconda classe, e di circa L. 600 per per la prima classe.

Congressi medici tedeschi.

Negli scorsi numeri abbiamo dato notizie su vari congressi medici indetti prossimamente in Germania. Ci giungono ora notizie sui seguenti altri congressi.

La Società tedesca di chirurgia ha indetto la 60ª riunione a Berlino dal 15 al 18 aprile, sotto la presidenza del prof. Erich Lexer di Monaco; verranno tenute due conferenze giubilari: « Storia della laparotomia » (Schmieden di Francoforte), e « Controindicazioni ad operazioni non urgenti » (Clairmont di Zurigo); non vi saranno relazioni ufficiali, ma si lascerà libera la scelta di temi per discussioni; sono annunziati i seguenti: chirurgia del simpatico (Rieder di Amburgo), chirurgia plastica e trapianti liberi (Rehn di Friburgo i. Br.). Sede della Società: Langenbeck-Virchow-Hause, Luisenstr. 58-59, Berlin NW 7.

Il 27° convegno della Società Tedesca Roentgen si adunerà dal 26 al 28 marzo a Wiesbaden, nel « Paulinen-Schlösschen ». La prima giornata sarà tenuta in comune con la Società tedesca per la medicina interna; temi in discussione: malattie infiammatorie dell'intestino crasso, diagnosi delle caverne, terapia con onde corte, movimenti della mucosa gastrica. Nella seconda giornata si discuteranno i temi: Limiti di tolleranza dei raggi Roentgen e loro applicazione alla profilassi; i raggi molli del radium. Il terzo giorno sarà destinato alla fisica e alla tecnica; verrà discusso il tema: La radioattività artificiale.

Per informazioni rivolgersi alla: Deutsche Röntgen-Gesellschaft, Drückenallee 22, Berlin NW 87.

La Società oftalmologica tedesca si adunerà dal 6 all'8 luglio in Heidelberg; discuterà il tema: Il compito dell'eredità in oftalmologia. Segretario: prof. A. Wagenmann, Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg.

La Società tedesca per gli studi sulla circolazione e la Società tedesca per la protezione del lavoro terranno una riunione in comune a Bad-Neuheim dal 19 al 21 marzo, per discutere il tema: Le malattie della circolazione nel loro significato sociale e d'igiene lavorativa. Informazioni dalla segreteria della « Deut. Gesell. für Arbeitschütz », Hohenzellernplatz 49, Frankfurt a. M.

Un po' dovunque.

Un gruppo di medici italiani residenti a New York ha organizzato tre ambulanze — che formano una completa unità ospedaliera — destinate alle truppe italiane combattenti nell'A. O. La partenza avvenne il 3 gennaio, tra una immensa folla d'italiani, convenuti al porto per applaudire i medici volontari. Le autorità locali, dopo aver visitato le ambulanze, che rispondono a tutte le esigenze moderne, si congratularono col dott. Renzulli, cui ne è affidata la direzione, e con i suoi colleghi. Il valore del materiale si aggira intorno al mezzo milione di lire.

L'« Agenzia Reuter » ha diramato una falsa notizia, ricevuta da Addis Abeba, su di un preteso deliberato lancio di due bombe da parte di aero-

plani italiani sulle unità della Croce Rossa Olandese a Dessiè; le bombe sarebbero cadute a pochi metri di distanza. Notizie simili costituiscono una provocazione per noi; le respingiamo come dovute a irresponsabile malafede.

Nel Belgio è stato posto in vendita un distintivo antisanzionista, ad iniziativa del quotidiano « La Nation Belge »; il ricavato sarà devoluto a favore dei soldati italiani in A. O.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata il 7 gennaio sotto la presidenza del prof. Raverdino, assistito dal segretario dott. R. Sassi. Sono state fatte comunicazioni da: L. Pierantoni e Pagani Cesa.

La Società Tosco-Umbra di chirurgia si è adunata a Firenze il 6 dicembre, sotto la presidenza del prof. D. Taddei, assistito dal segretario dott. G. Cerulli. Il prof. S. Redi di Siena svolse il tema: « Le teorie di Braithwaite e di Leotta di fronte all'esperimento ed al reperto clinico ed anatomo-patologico » (con proiezioni).

La Società si è di nuovo adunata il 20 dicembre. Sono state fatte comunicazioni da: A. Manna (Roma); G. Cavina (Firenze) e G. Gucci (S. Cimignano).

Si è tenuto un congresso sanitario negli Ospedali Civili di Genova il 31 gennaio, sotto la presidenza del prof. Trevisanello, assistito dal segretario prof. A. Vallebona. Sono state fatte comunicazioni da: V. Maragliano, E. Pallestrini, E. Savarese, P. Ceresa.

Per invito della Società piemontese di chirurgia, il prof. R. Chiarolanza di Napoli ha tenuto a Torino una conferenza su « Le fratture del calcagno ».

Ricordiamo che a Berlino varii corsi di perfezionamento medico si terranno dal 24 febbraio al 15 maggio: inoltre corsi speciali sono organizzati, tutti i mesi, nei vari campi della medicina. Per informazioni rivolgersi alla segreteria della « Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung », Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin-Friedrich-Hans), Berlin NW 7.

La Fondazione per gli Ospedali Riuniti dell'Unione Nord-Americana, in un comunicato del 10 gennaio, annunzia che la pubblica sottoscrizione a favore degli ospedali fino il 18 novembre aveva reso 1.852.821 dollari; non venne chiusa, nella speranza di poter raggiungere 2 milioni di dollari (25 milioni di lire it.).

La Confederazione dei Sindacati medici francesi ha deciso l'acquisto di un nuovo edifizio, per allogarvi gli uffici della sede centrale; esso sorge sul boulevard de la Tour-Baubourg (ingressi ai nn. 58-bis e 60); copre un'area di 724 mq. (1700 con le dipendenze) e consta di quattro piani (compreso il terreno); ha interni sontuosi.

Per potenziare l'attività del « Centro radio-medico di Roma », presieduto dal sen. Marconi e diretto dal prof. Guido Guida, il Consiglio direttivo, costituito dai proff. on. Morelli, Caronia, Antonucci e Dubinsky, ha stabilito di iniziare, a mezzo dei servizi dell'E.I.A.R., delle conferenze di carattere scientifico da parte di illustri clinici italiani ai 40.000 medici condotti sparsi in Italia e nel Bacino del Mediterraneo.

All'Ospedale dei Pellegrini di Napoli il decano dei cappellani, don Cirino, settantenne, ha dato per la decima volta a trasfondere il suo sangue.

Un incendio scoppiato di notte ha distrutto il padiglione dei bambini nell'ospedale per tubercolotici di Malvern (Pennsylvania); vi sono stati 2 morti e numerosi feriti. Una suora è riuscita da sola a strappare alle fiamme 17 bambini.

Il prof. Ercole Giacomini, presidente della Sezione bolognese della Società Italiana di Biologia, ha commemorato il prof. Luigi Mariano Patrizi, suo predecessore nella presidenza della Sezione.

Nel combattimento del 21 gennaio in A. O., a Mari Beley-Tembien, eroicamente cadeva il Capo Manipolo Medico

Dott. LUIGI CHIAVELLATI

Da 7 anni era medico condotto in Foligno, dove si era fatto altamente apprezzare per le sue qualità morali ed i meriti professionali, specialmente come chirurgo.

Legionario fiumano a soli 19 anni, fu allora ferito al fianco sinistro nel « Natale del sangue ». Squadrista dal 1920, prese parte a tutte le azioni nelle provincie di Verona e di Padova, dove studiava medicina e divenne poi una delle più spiccate figure del fascismo Umbro.

Ardente di fede nei destini d'Italia, soleva dire che riteneva suo obbligo morale il dimostrare la sua fede non con le sole parole, ma con i fatti. E per questo, nonostante una buona posizione ormai assicurata e malgrado il vivo affetto che lo legava alla moglie ed ai figli ancora in tenera età, partì volontario per l'A. O. Quivi, disdegnando il servizio ospedaliero che gli sembrava troppo tranquillo rifugio, volle far parte dei battaglioni d'assalto, dove portava l'entusiasmo giovanile che nella sua foga avvince e trascina gli animi alle più aspre battaglie.

Nei giorni scorsi, Foligno tributò alla Sua memoria le estreme onoranze, con l'intervento delle Autorità e di un commosso stuolo di popolo.

Alla vedova, figlia del collega dott. G. Recchi, ed alla famiglia tutta, le nostre più vive condoglianze.

A. F.

Si è spento a Bologna il prof. FERDINANDO DE NAPOLI, che dopo aver raggiunto l'alto grado di generale medico, aveva lasciato l'Esercito. Valente cultore della dermosifilopatia. Fu uno scrittore di rara efficacia nel campo medico-sociale. Era nato a Firmo (Cosenza) nel 1874.

M. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 13 gennaio al 19 gennaio 1936: Morbillo 240 (1364); Scarlattina 162 (329); Pertosse 91 (305); Varicella 130 (342); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 160 (253); Infezioni paratifiche 30 (34); Febbre ondulante 27 (35); Dissenteria 4 (4); Difterite e croup 300 (586); Meningite cerebro-spinale epidemica 14 (15); Poliomielite anteriore acuta 8 (8); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 5 (20); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 43 (66), dichiarata — (—); Pustola maligna 8 (8); Febbre puerperale 37 (40).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Klin. Woch., 12 ott. — E. URBACH e S. WOLFRAM. Allergizzazione e de-. — L. HOFBAUER. Lotta contro l'allergia nell'asma bronchiale.

Deut. Med. Woch., 11 ott. — BOSSE. Gl'insegnamenti dell'infortunio di Reimdorfer: guerra in tempo di pace. — LÜCKE. Trattam. delle ferite con miele e olio di fegato di merl.

Rif. Med., 12 ott. — E. TARANTELLI. Contagio coniugale di linfogranulomatosi inguin. subacuta. — P. DE LUCIA. Metabolismo dell'acido ossalico.

Münch. Med. Woch., 11 ott. — N. v. JAGIC e O. ZIMMERMANN. Trombosi coronaria. — B. BAUFFE. Febbre effimera.

Ann. Inst. Pasteur, ott. — ED. SERGENT e L. PARROT. Immunità e premunizione. — R. CHAUSSINAUD. Vaccinazioni da B. C. G.

Arch. It. di Chir., lug. — G. POTOTSCHIG. Ulcera peptica perforata in peritoneo libero. — M. TEPPATI. Reaz. di Viale nel sangue in rapporto agli interventi chirurgici. — A. SLIVICO. Trattam. dell'emorragia renale post-operatoria.

Arch. Intern. Med., sett. — A. F. HARTMANN. Trattam. dell'acidosi diabetica grave. — A. D. ARING e H. HOUSTON MERRITT. Diagn. differ. tra emorragia cerebr. e trombosi cerebr. — H. D. LEVINE. Urticaria da freddo.

Studium, 1 ott. — A. FORTUNATO. Azione dinamico-specifica degli alimenti in clinica.

Rinasc. Med., 15 ott. — M. VENUTI. Segno di D'Amato nelle pleuriti essudative.

Deut. Med. Woch., 18 ott. — Numero sulla ginecologia.

Med. Welt, 19 ott. — Numero sul medico tedesco in guerra.

Klin. Woch., 19 ott. — K. HANSEN e E. RUSTUNG. Azioni dell'acqua pesante. — R. ASCHENBRENNER e P. BAMBERGER. Ricerche elettrocardiografiche in bambini spasmofili.

Journal A. M. A., 5 ott. — M. BRODIE e W. H. PARK. Immunizzazione attiva contro la poliomielite. — J. F. WEIS e A. M. SNELL. Sintomi che persistono dopo la colecistectomia.

Bull. d. Scienze Med., lug.-ag. — L. SAVOIA. Ascesso della milza da endoarterite ulcerosa. — G. GIORDANO e S. SALMERI. Röntgenterapia della linfogranulomatosi maligna.

Sang, 8. — R. GRÉGROIRE. Piletrombosi e splenectomia. — G. MARCHAL e al. Aleucia emorragica post-radioterapica.

Giorn. di Batter. e Immun., ott. — L. BLANCHI. Gonoreazione quantitativa. — A. CAMPANINI e C. RE. Ricerche sull'irudina.

Riforma Med., 19 ott. — N. SANGUIGNO. Granuloma maligno del fegato a decorso subacuto.

Bull. Ac. de Méd., 15 ott. — C. LEVADITI e al. Eziologia degli orecchioni.

Ann. Inst. Pasteur, Supplem. 15 ott. — Numero sulla rabbia.

Amer. Journ. Med. Sc., ott. — N. M. KEITH e H. P. WAGENER. Ipertensione vasospastica acuta. — W. B. WARTMAN. Pressione venosa. — G. DRAPER. Il comune denominatore delle malattie.

S. d. N., Bull. Trim. de l'Org. d'Hyg., sett. — R. GAUTIER. Standardizzazione biologica.

Rass. di Ter. e Patol. Clin., ag. — E. SANFILIPPO. Ipotermia passiva e ormone paratiroideo.

Forze San., 20 sett. — M. COLOMBO. Gli edemi.

Arch. It. di Chir., ag. — M. TABANELLI. Rapporti fra cellule argentaffini ed alcune ghiandole a secrezione int. — V. JURA. Varici del collo.

Arch. p. le Sc. Med., ott. — A. JONA. Ipocromoemia in corso di anemia pernic. — A. PICCO. Secrez. gastr. da istamina dopo interventi per ulcera. — G. MARENGO e F. MASSANIELLO. Reazioni cutanee utilizzabili per la diagnosi degli itteri.

Paris Méd., 19 ott. — Malattie dei reni e urologia.

Quart. Journ. Med., ott. — M. GILLESPIE. Ipocloridria nell'asma. — I. HARRIS e al. Il pH e l'acido lattico nel sangue di cardiopatici.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 2 Marzo 1936 - XIV Num. 9

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROLUSIONI

Dopo l'ultima lezione di clinica medica: primi malati, primi giudizi, prime ricette.

Prof. GIUSEPPE SABATINI
Direttore della Clinica Medica
della R. Università di Genova (*)

Oltre la visibile commozione ed una comprensibile orgogliosa fierezza, altri due sentimenti, ancor più forti ed intimi se anche meno manifesti, dominano l'animo mio mentre comincio a parlare, per la prima volta, da questa gloriosa cattedra: l'esatta coscienza dei grandi doveri e la precisa valutazione delle grandi responsabilità che mi attendono. E la spiritualità emotiva da un canto e la percezione cosciente della realtà dall'altro, convergono per determinare insieme uno stato affettivo, che mi porta all'evocazione del passato, nel quale preparai e maturai questo mio giorno, ed alla gratitudine verso gli uomini del presente, che lo resero possibile, ed al grande Quadriumviro nostro Ministro che lo rese realtà, ed a voi che entro quest'aula con l'autorità vostra lo valorizzate o lo illuminate con tutta la gentilezza della femminilità.

Dal passato una figura mi si fa innanzi, prima fra tutte: essa non è cara solo a me, che la chiamo col nome di Maestro, ma è cara anche a voi, perchè fu grande e degno figlio di questa meravigliosa terra ligure, in grembo alla quale ora dorme il suo sonno eterno, nel piccolo cimitero della non lontana Ceriale: è Vittorio Ascoli, che rievoco tanto più commossamente, in quanto penso con mestizia a quanta gioia — poichè molto partecipano i Maestri agli eventi degli allievi — egli avrebbe provata, nel vedere oggi salire su questa cattedra della capitale della sua Liguria l'unico fra gli allievi suoi giunto all'insegnamento ufficiale, da quella scuola medica romana, che Egli ebbe trasmessa dal proprio Maestro, Guido Baccelli, e così degnamente tenne e della quale è toccata a me la sorte di essere oggi l'unico discendente per diretta filiazione accademica: eredità che accresce — e di molto — le già gravi responsabilità del mio compito di clinico.

Ma se la fortuna non volle concedermi che mi fosse oggi accanto la « cara immagine paterna » di Vittorio Ascoli, l'esserne stato allievo varrà, io spero, in questa sua Patria ligure, più che in qualsiasi altro posto, a farmi benevolmente accogliere. D'altronde la stessa

(*) Prolusione tenuta il 13 gennaio 1936-XIV.

fortuna mi concede oggi un compenso non piccolo, permettendo che sia qui presente il Maestro dei Maestri, il clinico, che a questa scuola presiedè per 43 anni, innalzandola a lustro e fama mondiali, Edoardo Maragliano, al quale porta rispetto perfino il Tempo, inesorabile per gli esseri viventi.

La presenza di Edoardo Maragliano conferisce al mio insediamento un valore del tutto eccezionale di spiritualità, di tradizione e nel contempo di materializzata continuità di questa nostra opera umana di educatori e di formatori, di cui l'Università è civilissima fucina; ed io sono fiero di presentare le armi ad Edoardo Maragliano mentre occupo il posto, che già fu suo e ne ricevo quasi un'investitura morale di fronte a questa sua Genova, che tanto egli ha amata ed onorata, ricevendone meritato ricambio.

Ma io oggi succedo anche, e in linea ancor più immediata e diretta, ad un altro Maestro, il nome del quale corre in tutti i continenti per le opere personali e geniali e per le conquiste non distruttibili raggiunte in modernissimi campi della medicina clinica e biologica: a Nicola Pende, che ebbe da Maragliano la fiaccola, che ha consegnato nelle mie mani, dopo avere per un decennio da qui parlato un linguaggio di scienza avidamente ascoltato da tutti i sapienti.

Succedere direttamente a Maragliano ed a Pende è ben grande onore, che moltiplica gli impegni e li rende assai più rudi e gravi.

Io non oso pensare di eguagliare i miei predecessori: mi considererò soddisfatto se, chiudendo un giorno la mia attività genovese, mi potrò paragonare a quei vecchi guardiani di fari, per i quali tutto l'orgoglio di una vita si riassunse nell'aver mantenuta, sempre accesa e sempre egualmente vivida, la luce ad essi affidata perchè facesse da guida ai naviganti. nelle placide notti stellate e nelle paurose oscurità delle tempeste.

Ed in mezzo a tanto lustro, entrando a far parte dell'Ateneo di questa città, che non senza incutere rispetto viene chiamata *Superba*, il mio pensiero corre per un momento ed ancora irresistibilmente lontano; va all'isola nobile e silenziosa, a quella Università Sassarese, così ricca di storia e di tradizione, che vide passare tanti, e forse la massima parte, degli uomini, che poi più si distinsero nell'insegnamento: e torna con affetto fra i collaboratori di molti anni di vita clinica, e cerca i colleghi restati e quelli partiti per gli atenei italiani maggiori, per dare loro un gioioso saluto d'addio, com'è gioioso il mio saluto ai colleghi e ai collaboratori, che qui trovo, e che son certo di avere amici fidati e fraterni, per le giornate di lavoro comune o di raccoglimento e per le ore di dubbio e per quelle più luminose di fede o di conquista: e com'è pieno di ammirazione e di riconoscenza il saluto, che rivolgo alle bianche collaboratrici, segnate dal rosso simbolo di amore sovrastante persino gli odi di guerra, le quali, nel giorno di Capodanno, sostituendo un già molto benemerito personale, han per mio invito preso qui un essenzialissimo posto di lavoro, ed alle quali toccherà, come sempre ed ovunque, una non piccola parte di quello che di utile e di buono potrà contenere il rendimento dell'opera nostra.

Ed è con queste evocazioni del passato e con le lucide valutazioni del presente, che vengo fra voi, o giovani, per dirvi la mia parola di Maestro; titolo immensamente grande, quando si pensi che fu anche di Socrate e di Platone, ed umanamente pesantissimo quando l'insegnamento da impartire sia quello che tratta della vita e della morte e del sommo bene degli uomini, che si chiama salute, e deve aver ragione del più terribile fra i nemici umani, che ha nome dolore.

Sono oggi queste le prime parole di un nostro durevole, intimo, fraterno colloquio, integrato da ore di azione e di studio in comune e di lieto assolvimento di reciproci doveri.

Ma fra le tante parole che potrei o vorrei dirvi nel rapido volgere di quest'ora, quali scegliere? Quali saranno per voi le più attese e le più accette, o amici dai volti ancora sconosciuti, ma dagli animi già pronti all'intesa?

Non una dotta dissertazione su un bene studiato argomento clinico, mi pare che convenga all'atmosfera di questo nostro primo incontro; nè voglio imporvi una analisi valutativa su quello che possa o debba essere l'insegnamento clinico moderno, o su quella speciale condizione di cose, detta crisi della medicina, che tanto interessa presentemente e fu da me altra volta presa in esame.

Vorrei oggi — insieme con qualcuna delle esposizioni programmatiche del nostro futuro lavoro, che potrà qua e là apparire o dedursi — dire ai miei giovani ascoltatori talune cose, che sono il risultato di lunga o per lo meno assai intensa esperienza di vita clinica vissuta pel malato o col malato; alcune verità, riflessioni, avvertenze, che di solito non si fanno nelle aule, ma che possono contribuire alla formazione della mentalità e coscienza di medici; osservazioni, richiami, analisi psicologiche o consigli che non sarà inutile presentare alla preventiva riflessione dei candidati all'ar-

te medica e che forse si ascolteranno con piacere anche da quelli venuti da poco a contatto con la vita professionale e con le sue prime e talora dure realtà.

Dare ai giovani la possibilità di valutare il mondo clinico della loro epoca, nel quale dovranno entrare, e dare ad essi la possibilità di proiettarvisi quasi facendo il rilievo trigonometrico della propria posizione, anticipare i risultati di qualcuna delle prove, che essi dovranno fare a proprie spese, prevenendoli di alcuni ostacoli, che sicuramente troveranno e trasfondendo in essi un po' della propria esperienza, per evitare che ripetano gli stessi errori, io credo possa considerarsi opera di formazione clinica. E così cercherò oggi, anzitutto, di sollevare qualcuno dei velari, che su questo nostro mondo clinico si stendono e di fornire qualche elemento valutativo di esso a coloro, che vi saranno abitatori o attori.

Nessuna forma dello scibile umano e conseguentemente nessuna forma di scuola — pratica o dottrinale che sia — è immutabile e quindi identica nel tempo; nemmeno l'epigrafia antica o l'esegesi e l'interpretazione delle pandette sono rimaste sempre le stesse di fronte al progredire dei mezzi di indagine o allo spostarsi di presupposti del diritto o di ordinamenti sociali: ma di tutte le forme dello scibile — e le ragioni sono facili a comprendersi — la più mutevole è la medicina, come di tutti gli insegnamenti i più variabili, rispetto al tempo, risultano quelli impartiti nelle scuole mediche.

È lecito affermare che ogni epoca ha conosciuto una particolare forma di scienza e di pratica medica e che ogni generazione di medici è stata forgiata in base a differenti postulati o leggi, ed ha vissuto presentando una fisionomia e svolgendo un'attività corrispondenti al proprio tempo.

Tutto questo non significa però che ogni epoca successiva sia stata una demolizione della precedente e ancor meno che abbia rappresentato un progresso di fronte ad essa: come per tutte le altre conoscenze, anche per la medicina il cammino non segue affatto una linea sempre ascendente ma ha gran parte di movimento pendolare, con ritorni e ricorsi: e il filo del pensiero clinico, andando e tornando, intreccia, come la spola, la meravigliosa trama della storia della medicina, storia antica come l'umanità stessa e costituita dai rapporti — dice il nostro acutissimo storico, Arturo Castiglioni — « che corsero nei secoli fra le persone del dramma umano ed eterno, l'uomo e il suo dolore ».

In questa eschilea tragedia, ove Adraste o il Fato non restano mai assenti del tutto, la figura del medico ha variato col mutar dei tempi, a seconda delle differenti parti che egli ha dovuto sostenere, anche nel riprodursi di situazioni simili ma tuttavia sempre differenti, com'è regola che sia di tutti gli avvenimenti più squisitamente umani. Di queste mutazioni e di questi ritorni, oltre che delle vere conquiste caratteristiche di un'epoca — come sarebbero le scoperte di Volta e di Galvani, di Pasteur, di Lister, di Jenner — bisogna tenere conto allorchè si vuole cercare di valutare o definire un determinato momento della medicina.

Espressioni di un pensiero in continuo divenire, verità che si tramutano in errori e viceversa, distruzioni o riedificazioni, dogmi che trapassano nel dubbio e finiscono nella negazione mentre nuovi assiomi si affermano, sistemi che cadono con gli uomini, nuove leggi che si rivelano ed inattese conquiste che si raggiungono; ecco le forze instabili ed irrequiete che caratterizzano ogni epoca e delle quali bisogna quindi tener conto nel valutare anche quella propria, nel porre se stessi in rapporto ad essa, e nel giudicare la scienza che si possiede, si professa o si insegna.

Questa valutazione dell'ambiente e di se stessi può divenire particolarmente difficile in un'epoca come la nostra, nella quale, e non senza cause o ragioni, tanto si discute circa le caratteristiche che presentano le varie parti costituenti la medicina.

È noto, ed è stato tante volte detto, che nell'ultimo cinquantennio la clinica medica (limitiamo a questa la nostra disamina), arricchita da formidabili conquiste in ogni campo, dotata di impensate possibiltà di studio, impadronitasi dei germi patogeni, iniziatasi ai misteri sierologici, rivoluzionata da quasi magici mezzi strumentali, che le permettevano di frugare nel corpo umano con la luce datale da Roentgen o di raccogliere l'elettricità sprigionata dal cuore per mezzo della corda fornitale da Einthoven, ha fatto più cammino che negli ultimi 20 secoli, e quasi inebriata da tanti progressi ha voluto cambiare il suo indirizzo, ha predicata una nuova religione, quella del laboratorio detronizzante la corsia, e, così, all'indagine dell'organismo infermo ha creduto di poter sostituire l'indagine dei suoi secreti od escreti, i tracciati grafici o le ombre dei suoi organi, il cimento fisico e chimico del suo sangue e del suo siero, l'allevamento dei suoi microbi, astraendo la sofferenza dall'organo colpito, e quasi pensando di estrarnela, per materializzarla e così vedendola, individualizzarla e quindi distruggerla, mediante un lavoro extracorporeo e talora incorporeo, per

il quale l'organismo era solo un pretesto od un incalcolato, inutile e talvolta addirittura incomodo spettatore. Ed in questo suo nuovo atteggiamento ha quasi voluto cancellare ogni suo passato: non altrimenti in certi vecchi monasteri il furore modernista faceva coprire colla calce, nel nome del progresso e della pulizia, i pallidi divini affreschi di Cimabue o di Giotto.

Non v'ha dubbio che questo movimentato periodo, dalle caratteristiche nettamente rivoluzionarie e quindi necessariamente disordinato ed eccessivo, sia stato per la medicina di immenso progresso e le abbia fatto raggiungere imperiture conquiste; sì che resterà sempre fulgidissimo, anche se nel contempo abbia lasciato commettere molti errori, fra i quali certo il più grave è stato quello di far disertare le corsie per popolare i laboratori. Errore questo contro il quale non mancarono di levarsi, fin dal primo apparire, aspri censori: però, come tutti i Catoni, questi nel momento dell'entusiasmo rimasero inascoltati. Ma, se fu cosa facile metterli in principio a tacere con l'accusa di misoneismo, si dovè cominciare ad ascoltarli, quando apparve evidente che l'abbandono delle corsie era una colpa reale e costituiva un danno con conseguenze pratiche sempre più gravi ed irreparabili, e quando, in seguito a tali constatazioni, gli avversari del nuovo orientamento crebbero talmente di numero da far pensare che si stesse per sfociare in uno di quei dissidi fra due diversi contenuti od indirizzi della medicina, come si ebbero, per esempio, fra le Scuole greche di Cos e di Cnido o nel seicento al tempo dell'antagonismo fra la concezione aristotelica e i « sistemi » o nel periodo della scissione fra le medicina francese e quella tedesca verificatasi verso la metà dell'ottocento.

Invece, e ciò costituisce la constatazione più importante e con più sapore di novità che in questa materia io possa oggi prospettare, questo dissidio non solo non è scoppiato, ma non potrà più scoppiare, perchè la realtà ha già preso il sopravvento ed alla restituzione della giusta e necessaria dignità allo studio diretto dell'uomo ammalato si sta giungendo con un movimento di consenso rapido ed ogni giorno crescente.

E questo movimento è venuto anzi ad affermarsi, specie negli ultimissimi tempi, in modo così vasto da recar meraviglia a chi, come noi, segue gli indirizzi, i discorsi, i programmi delle scuole cliniche maggiori, in alcune delle quali la proclamazione della necessità del ritorno alla cosiddetta vecchia clinica (che poi sarebbe quella fiorente 30-40 anni addietro) ha assunto quasi l'aspetto di un'abiura, talvolta anche ostentatamente palese, da parte di esponenti che erano stati fra i più rappresentativi di quell'indirizzo clinico, che aveva tanto bruscamente e arrogantemente sbattute le porte delle corsie.

A questo ultimissimo indirizzo della clinica, che costituisce uno dei tanti ritorni pendolari nel movimento della sua storia, si è voluto dare, fin dal momento nel quale si è delineato, il nome di *neoippocratismo*, per analogia col movimento detto ippocratico iniziato nella seconda metà del seicento da Sydenham, il quale, « superando le logomachie del proprio tempo », proclamò la necessità di riportarsi ad Ippocrate e di vivere vicino al malato, ciò che contemporaneamente in Italia affermava Giorgio Baglivi, scrivendo: « sia a conoscenza dei giovani, che non potranno mai trovare un libro, che risulti più dotto ed istruttivo del malato ».

Però io non amo questo vocabolo di neoippocratismo perchè potrebbe far pensare ad un ritorno troppo assoluto a certe forme di clinica e di studio dell'ammalato, che oggi sarebbero certo anacronistiche, nel più esatto significato etimologico di tale aggettivo: pericolo che non è pura immaginazione, in quanto non sfuggirà forse, ad un orecchio bene attento, già qualche voce che parte da qualche pulpito, dal quale o per sincera reazione al passato o per tendenza all'esagerazione o per momentanea gloriola snobistica si vorrebbe di un siffatto anacronismo farsi promotori.

Io, che appartenni alla Scuola baccelliana, non solo per questa educazione scolastica, ma per tutta la mia *forma mentis*, e per tutte le tendenze e gli indirizzi seguiti (potrei ricordare certe accuse di insufficiente sperimentazione sugli animali non risparmiatemi in quei temibili concorsi universitari), non ho bisogno di fare oggi dichiarazioni di adesione o di neofitismo verso queste restaurazioni cliniche affermanti (sono ancora parole dell'amico Castiglioni) che « il posto di combattimento del medico, l'unico dal quale egli possa cogliere sul vivo lo svolgersi dei fenomeni morbosi nelle caratteristiche più salienti, e seguire con animo intento il ritmo misterioso della vita e della morte, è accanto al letto dell'ammalato, teatro del dramma eterno ».

Sicuro così che il mio passato clinico e il presente mi preservino da ogni possibilità di essere male o incompletamente inteso ed anzi diano forse maggior peso alle mie affermazioni, credo di compiere un dovere mettendo in guardia i giovani affinchè esattamente giudichino allorchè sentono dire che vivono in epoca neoippocratica, e dicendo loro che men-

tre non vi è discussione possibile circa la necessità e l'urgenza assoluta che lo studio diretto dell'ammalato ritorni e resti il fondamento della clinica, è del pari necessario che esso sia fatto usando di tutti i mezzi, dei quali noi disponiamo oggi, nel trentaseiesimo anno del secolo ventesimo, ed applicando tutte le conquiste della modernità in fatto di biologia, batteriologia, sierologia, etiologia, diagnostica, terapia sperimentale, ecc. Il compito del medico non sia più identificato con quello del tecnico, che nel laboratorio fa prove ed analisi, e resta schiavo di queste; nè si consideri più la corsia in sottordine al laboratorio; ma oggi non si può rinunziare per principio a nessuna delle indagini di laboratorio, *quand'esse possano essere utili e nella misura che risultino necessarie*: saper esaminare un torace clinicamente — nel senso classico dell'ispezione, della palpazione, dell'ascoltazione, della percussione — resta necessità primordiale ed alla quale fu imperdonabile colpa avere rinunziato: ma oggi rientra nell'esame clinico vero e proprio anche l'indagine radiologica di quel torace, e neanche a questa si deve o si può rinunziare quando si giudichi che possa fornire dati, i quali superino e completino quelli percettibili coi nostri nudi sensi. Restare per giorni interi a discutere se una febbre sia tifosa e andar cercando tutti i sintomi clinici classici del tifo per farne la diagnosi, col solo scopo di non ricorrere ad altri moderni mezzi di indagine, sarebbe imperdonabile oggi, quando una emocoltura od una bene controllata Widal possono forse risolvere in poche ore o in pochi minuti il dubbio diagnostico: e senza moltiplicare all'infinito gli esempi, non ammetteremo che esistano oggi mentalità cliniche paragonabili a quelle di coloro, che non usano la luce elettrica solo per restar fedeli alla candela o ignorano completamente l'automobile o l'aeroplano solo perchè il principio di natura e la tradizione dei padri portano a camminare a piedi.

Così dev'essere concepita la vera, la sana clinica moderna; e ad essa deve adattarsi la scuola. In qual posto e come viene a trovarsi in quest'ambiente il discepolo?

Ogni allievo che proviene da una scuola clinica porta con sè l'impronta della scuola, dalla quale deriva. Questa marca, proprio come quella dalle fabbriche impressa sugli oggetti nuovi, è tanto più visibile, quanto più recente è la formazione dell'allievo stesso; e non è difficile vedendo un neolaureato fare l'esame di un infermo od udendolo ragionare clinicamente individualizzare quale sia la scuola, dalla quale egli provenga. Però col passar degli anni l'impronta differenziativa della scuola si attenua (per quanto non scompaia mai, anche perchè ognuno tende a conservarne una parte per ragioni sentimentali di orgoglio e di caratterizzazione): ne consegue che chi analizza una generazione di medici — e per generazione intendo un periodo che abbracci circa 30 anni — vede che questa presenta una propria uniforme fisionomia clinica, dottrinale e pratica, in quanto crede nelle stesse verità, accetta le stesse dottrine, segue gli stessi metodi, parla lo stesso linguaggio, accetta la stessa merce di scienza e di arte, si serve della stessa moneta clinica per gli scambi quotidiani: insomma possiede ed usa un patrimonio medico fondamentalmente identico per tutti come *qualità*, restando di questo evidentemente diversa la *quantità* che ciascuno riesce ad accumulare per sè.

Bisogna ammettere che il possesso della parte a ciascuno indispensabilmente necessaria di questo corrente patrimonio comune, costituisce la principale conquista che ogni allievo cerca e vuole, con ogni sforzo, raggiungere durante la propria carriera scolastica: sforzo comprensibile in quanto è solo quel possesso che poi gli renderà possibile di entrare nel mondo medico, al quale aspira, ed avervi diritto di cittadinanza e mezzi di lavoro: ciò che costituisce il vero individuale obbiettivo finale del lungo studio universitario.

E' stato l'errore specialmente di tempi recenti, e non del tutto ancora passati, il non aver adeguatamente calcolato questa primordiale ed in fondo vitale necessità della stragrande maggioranza degli allievi delle scuole cliniche: sicchè mentre si somministravano ad essi molti cibi di lusso, si trascurava di dar loro quel modesto pane così necessario e spesso tanto avidamente atteso.

Ciò ha allontanato molte volte gli allievi dalle proprie scuole, inducendoli a cercare fuori di queste il modo di raggiungere la preparazione indispensabile per affrontare, nel senso che ho accennato, la vita professionale. Con ciò non intendo nè dire, nè lasciare pensare agli allievi — e mi preme dichiararlo nel modo più energico e più inequivocabile — che nella clinica si abbia ad insegnare o ad apprendere solo quanto abbia valore pratico e sia di immediata ed utilitaria applicazione (conosco troppo bene lo spirito già troppo utilitario delle studentesche per incoraggiare simili indirizzi): il pensiero dottrinale, la ricerca scientifica, la speculazione teorica, l'indagine delle leggi astratte e dei principii fondamentali non devono mai nelle cliniche costituire forme di attività separata, a sè stante e non ammessa quotidianamente nelle corsie o negli ambulatori;

quanto ha valore e contenuto di scienza pura e di pensiero dottrinale non deve rinchiudersi in compartimenti stagni, in reparti ove l'allievo non possa abitualmente entrare per imbeversene, anche se sia già predestinato ad essere il futuro medico condotto del più sperduto villaggio.

Nego d'altronde egualmente e senza mistero che le cliniche abbiano ad essere delle serre a temperatura artificiale e forzata, dove vengono adoperati mezzi e metodi d'eccezione, per coltivare o creare pallidi fiori spiritualizzati, che dovrebbero poi poter vivere sotto il sole cocente della vita, al quale sono destinati e fruttificare in quei campi ove l'umanità vuole e ricerca per i suoi bisogni robuste, nutrienti, feconde spighe di grano.

Purtroppo non sempre nè in ogni tempo si è tenuto conto, e dal docente e dal discente, di tutte queste complesse realtà nè si è curato di porle nell'equilibrio, nel quale esse debbono trovarsi: donde malintesi o incomprensioni, impreparazioni o diserzioni.

Io credo che questa sintesi, rapida ed a tratti, di alcune posizioni attuali della medicina moderna e di certi valori od aspetti della scuola clinica contemporanea, non sia stata inutile: e forse tornerà alla mente degli allievi soprattutto allorchè essi, ricevuto il loro crisma scolastico, e mentre la voce del Maestro va divenendo sempre più debole e più fioca per lontananze di tempo e di spazio, si avvieranno — pellegrini, apostoli o guerrieri — lungo la strada del loro destino.

E vi cominceranno a fare i primi passi titubanti, con l'animo sospeso, fra dubbi e insicurezze, e con tanto desiderio — credetemi — di voltare le spalle al mondo già così agognato e risalire precipitosamente le scale della clinica, per cercarvi ancora la tranquilla spensieratezza della vita di studente, senza rischi, senza agguati e senza responsabilità.

Un volume occorrerebbe adesso, e grande, se volessimo seguire il giovane medico in questo suo primo cammino: e spiegargli man mano i suoi timori ed errori od inciampi, e prevenirlo di essi, riducendogli tante ore di pena, con utile proprio e fors'anche altrui.

Chissà se un giorno non scriverò, con l'anima più che con l'esperienza, questo volume, che sarà di vita vissuta o veduta: oggi vorrei soffermarmi soltanto su quelle che, a mio giudizio, costituiscono le più precise, costanti e starei per dire classiche difficoltà, che il principiante incontra.

Tre insufficienze, capitali come i famosi peccati e transitorie come quelle mancate mielinizzazioni nervose, che impediscono al neonato per un certo tempo di camminare; parlare e coordinare i movimenti, determinano le *tre principali difficoltà del laureando o del neolaureato in medicina*: *la prima* è l'inesperienza nella comprensione spirituale di quello che siano e la malattia e l'uomo malato; *la seconda* è la non sicurezza dei rilievi clinici forniti dai propri sensi; *la terza* è la difficoltà nel prendere le decisioni terapeutiche.

Queste tre insufficienze iniziali, con le corrispondenti difficoltà create al giovane medico, vorrei a lungo analizzare e precisare: ma la brevità del tempo non mi consente che di segnalarle appena: chissà che anche così non faccia qualcosa di utile, per gli allievi, dal momento che la saggezza afferma che *uomo avvisato è mezzo salvato.*

Prima insufficienza: è di preparazione spirituale e riguarda la *comprensione sociale ed umana, psicologica ed emotiva, che si deve avere della malattia e dell'uomo che ne è colpito.*

Già la definizione della malattia è cosa molto difficile ed è rimasta sempre discussa; basterà leggere le ultime enciclopedie, da quella antica del Littré a quella nuovissima del Treccani, per convincersene. Dire che la malattia è una deviazione dalla normalità o un disturbo fisico e psichico dell'equilibrio organico, significa interpretare « ignotum per ignotum »; d'altronde fare un inventario di sintomi, raggrupparli in mucchietti clinicamente distinti e dare ad ognuno di questi il nome di un morbo, non deve illuderci di esser riusciti a rappresentare che cosa siano *le malattie* e meno che mai di avere svelata l'essenza astratta de *la malattia.*

La malattia è un'inseparabile fusione di materialità e di immaterialità, di « visibile » e di « sensibile », di obbiettivo e di astratto, di noto e di ignoto, di umano e di sovrumano; è una così complicata complessità che forse solo il poeta può abbracciarla in pieno e presentarla: ed è con questo convincimento che ad ogni lunga e per quanto dotta dissertazione mia, credo siano preferibili le parole con le quali Adolfo Zweig apre il suo libro, *Heilung durch den Geist*: « La salute per l'uomo è lo stato naturale. La malattia quello contro natura. Il corpo accetta la salute senz'altro, come i polmoni l'aria e l'occhio la luce: tacita essa vive e prospera entro il senso generale della vita. La malattia invece è come un'improvvisa invasione straniera; si precipita repente sull'anima atterrita risuscitandovi un'infinità di problemi. Chi l'avrà mai mandato, perchè viene da lontano, questo aspro nemico? Rimarrà, cederà? Si potrà scongiurarlo, implorarlo o dominarlo? Coi suoi artigli tenaci il morbo strappa dal cuore i sentimenti più opposti: timore, fede, speranza, smarrimento, esecrazione, umil-

tà e disperazione, ed insegna ad interrogare, a pensare, a pregare ».

Parole di Zweig che io ho voluto riportare anche perchè in esse, oltre la malattia, traluce l'uomo ammalato, con quella sua particolare e sconfinata psicologia, non mai completamente messa in luce, forse perchè a comprenderla ed abbracciarla non basta la vita di nessun uomo, come a lenirla non bastò mai la carità di nessun Santo: non senza ragione Amiel ha scritto che ogni malattia è un fattore semplice o complesso, che si moltiplica per un secondo fattore sempre complesso, cioè l'individuo che la soffre.

« Al pari del medico l'ammalato non è che un uomo » ha facilmente sentenziato Joanny Torquéau! ma quanto distante è l'uomo malato dall'uomo sano, quanto diverse sono queste due creature e come spesso si comprendono poco! V'è l'urto talora inevitabile di due egoismi umani, vi sono le angosciose situazioni create dall'inconfessato ma immanente confronto fra lo stato di umiliazione, di dipendenza, di paura, di ribellione di un diseredato senza colpa rispetto alla padronanza, alla libertà, ai privilegi — coll'acuito desiderio di difenderli e di goderli — di un possessore del bene supremo, la salute!

Ho letto e lungamente meditato — e lo segnalo ai giovani allievi ed anche ai medici sperimentati — un libro, apparso circa due anni addietro, della signora Pastorelli. Sono osservazioni spirituali di rara finezza pur nella loro estrema semplicità umana; osservazioni di vita e di dolore, palpitanti di verità, realtà, e coraggio.

Giovane, ricca, dotata di sensibilità musicali di eccezione e di quella potenza di espressione che ci fa pensare « che non si comprenda veramente una musica se non dal giorno nel quale la si è sentita eseguire da una tale persona », la Pastorelli divenne preda di un'inesorabile endocardite: tutte le celebrità mediche cercarono invano di salvare quel cuore; le intermittenze, gli edemi, gli accessi dispnoici immobilizzarono fra letto e poltrona il corpo, nel quale viveva e bruciava un'anima; durante lo scompenso, trascinatosi — col pietoso contributo dei medici — per molti e lunghi mesi, l'inferma scrisse questo libro di osservazioni e di riflessioni, nel quale emergono i due grandi drammi, dei quali diviene teatro una vita di persona malata: l'uno, che è chiamato il « dramma con se stesso » è quello che si inscatena col proprio io quando certi elementi dell'essere si dissociano ed entrano in lotta per effetto di una malattia, che ha mandato in frantumi il complesso armonico di un'esistenza; l'altro che s'intitola il « dramma con l'ambiente », è quello che si svolge fra il malato e le persone che l'avvicinano e lo circondano, persone care o persone indifferenti, piene di dedizione o di egoismo, di comprensione o di incoscienza, di costanza o di infedeltà; e questa parte è ancora più interessante per chi, come il medico, deve accostarsi di continuo al letto del malato.

Ascoltate solo alcune parole, che sintetizzano tante situazioni, e che dette da un'inferma perdono qualsiasi sapore di retorica e rappresentano la voce disperata di uno, di centomila, di tutti gli ammalati, quella voce che l'orecchio del medico deve sempre sapere raccogliere ed il suo cuore presentire: « quando voi siete stanchi fino all'esasperazione di uno di quei malati che non sanno soffrire con discrezione, pensate che non intravvedete che solo una parte di una lotta tanto aspra, che non deve sorprendere se qualche coraggio viene meno; rappresentatevi le sofferenze fisiche, che ignorate, i dolori morali a voi sconosciuti, quelli di cui voi siete incosciamente o non la causa; pensate alle delusioni accumulate, alle ore di vera disperazione, quando lo spirito teme di soccombere schiacciato dal corpo, pensate a tutti i beni, di cui voi siete colmato e dei quali l'infermo è privato, rappresentatevi la sua sempre maggiore solitudine, ed assolvetelo se vi trattiene quando voi lo fuggite, sappiate discernere lo sforzo che gli costa il suo coraggio, in apparenza così debole, chiudete gli occhi sulla sua grande fragilità, ditevi che forse egli si lamenterebbe meno se la sua disgrazia non urtasse contro la vostra indifferenza ed anche la vostra impazienza, e... gettate uno sguardo su voi stesso, su quello che fu il tenore dell'anima vostra quando vi colpì un malanno. E colui fra voi, che non fece mai pesare le proprie pene sopra un essere umano, che non giudicò mai la propria sventura più grande di quella di un altro, scagli la prima pietra sul malato, che si lamenta! ».

So bene che, pur dilungandomi sproporzionatamente, rispetto al tempo concessomi, su questo argomento non ho forse raggiunto altro scopo, oltre quello di segnalare l'esistenza di tante difficili situazioni spirituali determinate dalla malattia e dal malato e la quasi certezza per i giovani di urtarvi contro soprattutto per impreparazione a comprenderle ed affrontarle.

Alla quale impreparazione il rimediare non è facile nella scuola. Se per altri campi d'insegnamento noi possiamo dire all'allievo: « usus te plura docebit » qui dobbiamo dire: « usus te omnia docebit ».

Poichè se la scuola di clinica può e deve curare nell'allievo anche la formazione della coscienza e della spiritualità morale verso tutto

ciò che costituisce malattia, dolore, morte, ed instillargli i principi fondamentali di carità, di bontà, di umanità, di onestà, di rispetto verso le creature inferme, non ha mezzi per insegnarli o mostrargli la complessa psiche, con tutti i suoi moti e le sue reazioni, degli ammalati che incontrerà fuori della scuola e delle corsie, nella vita.

La psicologia e l'anima del malato quali appaiono infatti nelle nostre sale cliniche o nelle corsie ospedaliere, non sono affatto uguali a quelle che esistono negli infermi che si trovano fuori di esse, nelle abitazioni di lusso o di semplici agi o di povertà, nelle città o nelle campagne, fra le genti colte, le ignoranti, le superstiziose. L'ammalato che occupa un letto in corsia non pensa e non agisce come l'infermo, che è nella propria casa e nel proprio ambiente, con le relative condiscendenze, libertà, indisciplinatezze; proprio come il bimbo in collegio o il soldato nella caserma hanno manifestazioni di vita e di mentalità particolari, disciplinate, ambientali che essi non mantengono nè riproducono allorchè stanno nell'ambiente famigliare, ove dispongono liberamente ed anche capricciosamente di ogni loro capacità volitiva.

E non bisogna mai dimenticare che esiste questa profonda diversità di psicologia e di situazione fra i due suddetti tipi di malati e che il voler considerare gli uni sulla falsariga degli altri può essere un errore, che al principiante nuoce, anche se solo gli ritardi l'acquisto necessario di quella profondità di conoscenza e di realistica comprensione della malattia e dell'ammalato, sulle quali abbiamo rivolto or ora la nostra attenzione.

Di ordine puramente materiale e più chiaramente constatabile è *la seconda insufficienza*, causa di un'altra specie di difficoltà fondamentali che il giovane medico incontra di regola cominciando il proprio cammino: *l'insicurezza verso i reperti clinici forniti dai propri sensi.*

Anche mettendo fuori di discussione e considerando senz'altro come riusciti in pieno e l'insegnamento impartito dal Maestro e il profitto ricavatone dall'allievo, resta innegabile la constatazione — e riaffiora, io credo, come un non mai spento ricordo nell'animo di quanti furono allievi e divennero medici — che la più grave e disorientante difficoltà materiale che il giovane incontra — prima e, per un certo periodo, dopo la laurea — è quella di non esser sicuro dei reperti clinici, che gli forniscono i propri sensi. E si badi bene a questa mia parola *insicurezza*, che vuole significare come non siano i sensi che non rispondono adeguatamente e nemmeno — io considero beninteso la generalità degli allievi formati da scuole cliniche bene funzionanti — la tecnica, che manchi del tutto od anche soltanto troppo, per servirsi dei sensi stessi a scopo semeiologico e clinico (moltissimi allievi e neolaureati sanno bene ascoltare o percuotere o palpare, ed ottengono anche reperti esatti o per lo meno sufficientemente buoni): ma quello che turba, imbarazza, non fa per lo più utilizzare questi reperti è la mancanza di fede che lo studente ed il neolaureato hanno in essi, il dubbio della loro reale corrispondenza al vero, l'assillo che essi non dicano tutto quello che di morboso nel malato c'è o che occorre rilevare.

Ed allora per la grandissima maggioranza (da questa si separano quei pochi privilegiati che rapidamente divengono padroni della situazione, per intenso studio o per particolare equilibrio mentale, nonchè coloro che pretendono di avere la sicurezza per orgoglio, per ignoranza o per cosciente malafede) il malato diviene motivo di permanente senso di disagio e di paura e può finanche apparire un libro, che si teme di non riuscire mai a leggere o uno scrigno che minaccia di restare chiuso per sempre.

In tali casi il possesso della preparazione clinica si profila come una meta irraggiungibile od un ostacolo, per sormontare il quale sembra di non riuscire mai a possedere mezzi e che quindi bisogna o girare o abbandonare: donde ore di dubbio angoscioso ed atteggiamenti mentali falsi, con particolari viziature, o deviazioni nella propria attività. Fortunatamente il passare del tempo, la sempre crescente pratica ed i ripetuti contatti colla realtà dissipano man mano le nebbie e riequilibrano quasi sempre lo spirito: ma ciò non toglie che questa insicurezza iniziale, specie se prolungantesi, influisca su molti allievi e giovani medici, portandoli a reagire variamente: ed allora essi o abbandonano la clinica medica generale per andare verso le specialità dalle semeiologie più circoscritte e più strumentali (nell'illusione che l'impadronirsi del ramo non presupponga il precedente dominio del tronco); o prendono l'abitudine di non esaminare gli infermi, oltre quei limiti superficiali e più appariscenti, necessari più per gli altri che per se stessi, affidandosi pel giudizio clinico, alla sorte o all'impressionismo; o si danno con mani e piedi legati in preda ai laboratori, richiedendo per ogni ammalato tutte le possibili analisi, colla speranza di avere dagli apparecchi quelle necessarie risposte, che non sanno o temono di non sapere ottenere interrogando l'organismo ammalato (e così si spiega il fiorire e l'ipertrofizzarsi dei laboratori di ricerche cliniche, specie di quelli di raggi X, ai quali tanto spesso il responso si chiede

prima ed anche senza l'esame diretto dell'ammalato).

Quand'io insegnavo semeiotica medica a Roma, solevo dire agli allievi che avrei voluto scrivere in aula i noti versetti del salmo:

oculi habent, sed non vident
manus habent, sed non palpant
aures habent, sed non audiunt

ed aggiungevo, scherzando, che avrei concluso:

Domine, miserere eorum.

Ma misericordioso può più d'ogni altro essere il Maestro (e non soltanto agli esami di clinica) se, conoscendo le condizioni nelle quali viene a trovarsi l'allievo, cerca di rimediarvi, dandogli opportuni consigli.

Bisogna innanzi tutto avvertirlo che in questo campo, quell'« usus te plura docebit » dianzi evocato ha piena ed efficace applicazione: è l'esperienza che, maturandolo, porterà il medico alla necessaria capacità di rendimento quale esaminatore dell'infermo.

E mi piace ricordare che la necessità di ottenere proprio mediante l'esperienza clinica questa formazione del futuro medico è stata oggi in Italia — sotto la formula di « semestre di tirocinio pratico continuativo prima della laurea » — sancito nella legge universitaria, apparsa or è qualche settimana, per opera dell'attuale Ministro De Vecchi di Val Cismon, che molto altro bene potrà ancora fare agli studi clinici.

Va poi raccomandato al giovane medico di intensificare al massimo durante gli anni di scuola quella esercitazione pratica, la quale, allorchè egli sorpasserà la soglia della clinica per entrare nella vita, lo renderà direttamente conscio delle realtà e sicuro dei propri sensi. Ed infine aggiungerò un semplice ma grande, per quanto inusitato, consiglio: quello di imparare nella scuola e utilizzare nella prima pratica solo i rilievi più salienti, più tipici, più netti, senza l'angoscia di andare a ricercare le *finezze semeiologiche*, che sono quelle che spesso traviano, e, disorientando, non fanno vedere quello che c'è di evidente e che basterebbe *ad abundantiam* per la diagnosi: sempre saggio consiglio questo e forse non utile soltanto agli studenti di clinica.

E quando il neodottore si verrà a trovare solo di fronte ai suoi primi malati, faccia sempre ed anzitutto appello a due sentimenti: la serenità e la onestà nell'indagine clinica: serenità che non deve essere pretenzione o superbia, ma nemmeno perdita del controllo di se stessi o scoraggiamento; onestà, che vuol significare scrupolo nel fare il proprio dovere, riconoscimento dei limiti della propria capacità, richiesta opportuna e tempestiva di ausili e di integrazioni.

E studiare sempre e molto e ancora il malato; tornare ad esso più volte ed in più momenti, colla pazienza ostinata dei decifratori di palinsesti e con l'occhio scrutatore degli astronomi: sommare l'anamnesi con l'esame obbiettivo e da questo ritornare a quella e viceversa, ed integrare entrambi con i sintomi funzionali e con quelli soggettivi, senza mai volere tutto o troppo dall'esame fisico; e chiedere, ove occorrano, i sussidi del laboratorio; e così giungere alla meta, guadagnandosela con fatica anche penosa, ma colla tranquillante sicurezza che ogni giorno affinerà i sensi ed accrescerà i rendimenti, finchè l'opera quotidiana si renderà facile, lieta, serena e feconda.

Ed eccoci all'ultima nostra disamina: *le difficoltà delle prime decisioni terapeutiche.*

Io non ho potuto mai dimenticare il racconto, che mi fece, qualche mese dopo la nostra laurea, un mio compagno d'Università — uno di quegli amici intimi, coi quali si preparano insieme gli esami e si scambiano sogni e speranze, timori e letizie — e che oggi è diventato uno dei più famosi chirurghi nostri.

Rivedendoci a Roma, dopo le nostre prime vacanze estive trascorse come laureati, egli mi narrava che giunto a casa sua, dopo conseguita la laurea, circonfuso dall'aureola del medico nuovo e quindi ritenuto in paese detentore degli ultimi verbi della scienza moderna, era stato pregato da un suo buon conoscente di visitargli la moglie, affetta da una difficile malattia, per la quale già qualche medico aveva espresso dubbi e riserve.

Non era possibile rifiutarsi, se non si voleva subito compromettere la propria fama; e quindi egli andò: aveva appena compiuto un lungo esame clinico, durante il quale aveva fatto appello disperatamente ad ogni risorsa e ad ogni ricordo, che venne apostrofato dall'ansioso marito: « ebbene, che cosa si deve fare, che cosa tu mi consigli di fare? »; e l'amico, sincero, ancora in *trance* per lo sforzo compiuto e quindi oblioso di sè e delle ragioni della sua presenza risponde candidamente: « ti consiglio di chiamare *un medico* ».

Quest'episodio di vita vissuta, che sembra avere l'istruttività dell'apologo, mi è tornato alla memoria più d'una volta congedando certi allievi, dopo il loro superato esame e provando, nel vederli allontanare, quella tacita apprensione, con la quale si vede un amico caro partire per la guerra, ove non si sa mai che cosa l'attenda, mentre si sa bene che quel futuro guerriero ha fragili le spalle e poco piena la cartuccera.

La difficoltà nel prendere le decisioni terapeutiche incontrata dal giovane medico potrebbe definirsi da *insufficienza tecnica*, chia-

mando le altre due difficoltà finora esaminate da *insufficienza spirituale* l'una e da *insufficienza fisica* l'altra.

Siccome di questa insufficienza tecnica si potrebbe incolpare la scuola e, se così fosse i termini della nostra disamina verrebbero allora completamente spostati col trasferirsi della colpa sulle spalle del maestro, io devo preliminarmente precisare alcuni dati di fatto e ciò con la maggiore brevità e la più obbiettiva serenità possibili.

Sarebbe intanto utile poter cominciare col fissare *come si presenti la terapia moderna* e quali ne siano il contenuto, il valore, gli indirizzi, le forze, le colpe e le glorie e come essa si coltiva, si pratica, si insegna.

Questo non mi è possibile: dirò soltanto che ho presenti tutti i più discussi lati o problemi riguardanti questa terapia medica del nostro tempo, e che potrei così riassumerli: la morte della ricettazione e la necessità della sua resurrezione; lo sfrenato dominio da parte delle specialità; l'abbandono della terapia individuale e l'avvento delle cure *stock* e *standard;* la sopraffazione sulla scienza da parte dell'industria e l'entrata dei « Mercanti nel Tempio »; la forzata necessità di adattare le forme di terapia alle esigenze e ai tipi della vita del nostro secolo, la particolare psicologia del medico e dell'ammalato moderni; il corrosivo agitarsi di correnti extra o parascientifiche, le quali, buone e cattive, portano disordine col loro lampeggio, non ancora sistematizzato sotto forma di luce ferma e sicura, di freudismo, mesmerismo, omeopatismo, naturismo, vitalismo, e, senza che l'assonanza offenda i precedenti rispettabili movimenti, di miracolismo e di ciarlatanismo.

Nell'impossibilità di qualsiasi disamina dei capi di questa mia elencazione, dico, come facile costatazione conclusiva, che ciascuna epoca clinica ha la terapia medica che le si adatta, e che è quella risultante dalla somma del patrimonio terapeutico trasmessole più quello da essa stessa conquistato, moltiplicata per i fattori immanenti del clima esterno, psicologici, sociali, economici, ecc.

Prendendo la terapia moderna per quella che è oggi e senza entrare in merito su quanto valga, nè progettare quello che dovrebbe essere, dobbiamo solo cercare di rispondere al preliminare quesito se nelle moderne scuole di clinica la terapia si insegni a sufficienza e se gli allievi ne imparino quanta devono apprenderne.

Non voglio totalmente scagionare — e d'altronde sarebbe dar prova di troppo francescana bontà non risultando io fra i possibili accusati in materia — gli insegnanti di clinica dal rimprovero di non insegnare la terapia perchè non vogliano, o, come malignano gli antiaccademici non francescanamente disinteressati, perchè non sappiamo insegnarla. Riconosco che, rispetto alla generalità, una deficienza in tale insegnamento esiste: e quando la già ricordata legge universitaria, promulgata alla fine del novembre scorso, indica le nostre cattedre col titolo di insegnamento di « clinica medica generale e terapia medica » non vuole con ciò adottare un titolo pleonastico (in quanto sarebbe già implicito che la terapia formi parte costitutiva e magari dominante della clinica medica e sarebbe ignoranza o follia volernela astrarre o separare) ma vuole riconoscere particolarmente necessario e specificatamente ordinare di assegnare alla terapia un posto di più grande rilievo nell'ambito globale, distingendo — ed è cosa giustissima — la terapia fatta sull'ammalato, dalla farmacologia e dalla materia medica, insegnamenti istituzionali che comprendono la scienza dei farmaci in loro stessi e per loro stessi considerati, con i loro dati applicativi nell'uomo, teorici, dottrinali, sperimentali e magari empirici.

Ma tutto ciò non toglie valore a due verità, che vanno dette, perchè da esse l'accusa alle scuole trae elementi di equa valutazione.

La *prima verità* è che i Maestri di clinica si sono fatti sfuggire di mano il diritto di creazione e la direzione della terapia da applicare ai loro malati.

È perfettamente comprensibile che i tempi moderni, con lo sviluppo preso dalle singole branche dello scibile, non abbiano più permesso al clinico di essere altresì l'inventore, il rivelatore ed anche semplicemente colui che studiava, dettava e faceva eseguire la preparazione dei farmaci da usare: ma dopo aver necessariamente ceduto questa parte di attività i clinici si son lasciati prendere di mano tutte le redini della terapia, sopratutto perchè dedicando, secondo i nuovi indirizzi, molta loro attività a studi non riguardanti l'uomo ammalato, si sono venuti a trovare impreparati a mantenere le loro prerogative e ad aver la forza per difenderle, forza costituita dall'esercizio effettivo e dall'autoritario possesso del dominio terapeutico; sicchè, di fronte ad una continua pressione da parte di forze intruse e interessate, essi, estraniandosi alle faccende terapeutiche e mascherando talora, con lo scetticismo e col nichilismo, la loro inadeguata posizione, han finito con il passare da dominatori a vassalli; ed i nuovi padroni, sopratutto industriali vigili nel raccogliere ogni parola e ogni indicazione, anche immatura o errata, per tradurla in compresse, fiale e sieri vendibili, hanno tutto al più riservato ai clinici il diritto di dichiararsi consumatori, soddisfatti o no, dei mezzi terapeutici loro apprestati; quando non hanno trovato mezzi più finemente psicologici

o materialmente più persuasivi per trasformarli in avallatori e perfino propagandisti dei loro prodotti.

L'insegnamento, naturalmente, in queste condizioni, non poteva essere molto diverso da quello che è stato.

Oggi le cose si cominciano a vedere quali sono e quali dovrebbero essere: la clinica vuole giustamente riprendere il dominio sulla terapia, che è una provincia del suo impero staccatasi in una autonomia insostenibile e dannosa, e che deve essere risottomessa a leggi severe, pur restituendole nel contempo il meritato posto d'onore.

Io credo che la vittoria della clinica sarà sicura e gli effetti della restaurazione si faranno presto risentire anche sull'insegnamento.

La *seconda verità* è che la *terapia moderna* non si può completamente insegnare nella scuola, e solo in parte lo studente può quindi apprendervela, specie nelle sue manifestazioni materialmente applicative.

Se anche vorrà il Maestro mettersi in condizione di non essere più accusato di dedicarsi solo gli ultimi cinque minuti della lezione clinica alle indicazioni terapeutiche, e vorrà invece dar largo posto, nell'insegnamento, alla terapia, non riuscirà mai, nel corso degli studi attuali, a fornire alla scolaresca tutte le nozioni necessarie e le infinite indicazioni minuziose indispensabili per la scelta di uno piuttosto che di un altro rimedio e per la somministrazione di ciascuno di essi.

Bisogna pensare che quella che era la terapia di 30-40 anni fa, alla quale ci si suol riportare con nostalgico rimpianto, era costituita da un mezzo centinaio di rimedi in tutto, con poco più di un centinaio di ricette fondamentali: questo era tutto il patrimonio corrente, che il Maestro doveva trasmettere, ed il non pesante bagaglio, che l'allievo doveva prendere con sè; in quei tempi, nei quali cominciava ad apparire l'aspirina — una delle più rappresentative antesignane di quella farmacopea dell'industria chimica sintetica, che doveva sopratutto distruggere la galenica e la fitoterapia — in que tempi « più felici e men leggiadri », il consigliare un ipnotico equivaleva a dare la ricetta del cloralio nell'acqua, col « correttivo » dello sciroppo, e si era già in zona di terapia nuova; oggi sono forse un migliaio gli ipnotici dai nomi strani in al, ol, id e via dicendo, e mentre tutti più o meno si equivalgono nell'effetto, non sono identici nella formola nè nelle applicazioni. Secondo l'inventario di Molitor l'arsenale terapeutico moderno è composto da 30.000 preparazioni, le quali, per fortuna, non corrispondono ad altrettanti corpi semplici e neanche ad altrettanti composti chimici definiti, o succhi di piante e medicamenti animali. Ma « come formiamo migliaia di parole usando tre dozzine di suoni », la terapia moderna partendo, da poche dozzine di composti o di sostanze medicamentose, crea tante migliaia di preparazioni.

Come si può dominare ed esporre a Scuola tutta questa materia? Quand'anche si calcoli che queste 30.000 preparazioni moderne non rappresentino altrettanti mezzi per parare altrettanti colpi del male, ma si debbano considerare 30.000 vocaboli con sinonimie (ciò che significa equivalenze terapeutiche) a gruppi di dozzine o centinaia, resta il fatto che questo arsenale terapeutico contiene tutti i mezzi curativi fondamentali necessari e insostituibili e frammisti ad essi tantissimi altri rimedi buoni, utili e quindi meritevoli di considerazione e di prova. Ed allora, se ad un malato si deve oggi, per ritornare all'esempio, prescrivere un sonnifero, si può a Scuola tornare a dettare la ricetta del vecchio cloralio? E se si deve invece ricorrere ad un ipnotico moderno, ed il Maestro non può o non deve o non vuole fare delle esplicite preferenze — sapendo che l'indicazione uscita dalla sua bocca in aula può avere un peso immenso sotto tutti i riguardi — non v'ha altro mezzo che di sintetizzare la propria indicazione scolastica di terapia dettando genericamente di *usare gli ipnotici*, senza stabilire di più: tipo questo di indicazione terapeutica scolastica in Italia adottato forse più che all'estero, perchè colà già esistono forti e caratteristiche industrie farmaceutiche nazionali, che rendono facile additare determinati tipici prodotti nazionali, come appunto fanno sopratutto i clinici ed i trattatisti francesi e tedeschi.

Resta comunque il fatto che l'allievo esce dalla scuola con troppo poche nozioni di terapia, e soprattutto senza quelle modeste ma indispensabili indicazioni per la materiale prescrizione e la pratica somministrazione dei farmaci anche più usati. E se il neolaureato, che abbia studiato e seguite le lezioni e frequentate le corsie, porta con sè quanto gli occorre di conoscenze per avere l'idea dei rimedi da prescrivere, ciò non gli basta per riempire con sicurezza quel *terribile, conclusivo, compromettente rettangolino di carta, che si chiama ricetta.*

Incapacità questa comune, e più o meno largamente lamentata, per gli allievi delle scuole cliniche di tutti i paesi e in larga misura analogamente anche per le altre professioni: quanti ufficiali giudiziari compilano una citazione meglio dei neodottori in legge ed a quanti capimastri si deve se i progetti e i calcoli dei giovani ingegneri non mietono vittime e non creano disastri.

Orbene, come rendere questa relativa impreparazione meno incisiva sulle dure giornate del noviziato medico, quando l'anima trema

forse più della mano, che tasta il corpo e della penna, che scrive quel « Recipe », che sembra maestoso come le prime parole degli editti e solenne come le intestazioni delle sentenze?

Io credo che con taluni accorgimenti e con piccole prevenzioni l'allievo possa, ed anche presto, largamente ovviare a queste sue lacune.

Prima di tutto egli deve, durante gli anni universitari, assorbire, preparare, sistematizzare nel suo cervello le nozioni di terapia, sapendo di costituirsi i primi mezzi necessari per compiere la sua funzione. Questo lavoro deve essere personale per ognuno, di iniziativa, coordinato, continuato: così come i medici delle passate generazioni raccoglievano dalla bocca dei Maestri le indicazioni e le formule, che costituivano poi i loro assiomi di verità e le loro norme di pratica e le trascrivevano sui loro taccuini, compagni di tutta la vita, in un'epoca nella quale circolavano ben pochi « Formulari » o « Prontuari ».

Nel costituirsi, durante gli anni di clinica e nelle esercitazioni pratiche, precedenti o immediatamente successive alla laurea, questa che chiameremo *la dotazione terapeutica di partenza* bisogna sempre attenersi alle conoscenze fondamentali e indispensabili: non altrimenti partendo per un viaggio si mettono nel tascapane o nella valigetta solo gli oggetti di prima necessità.

Non bisogna quindi pensare nè di abbracciare colla mente le 30.000 preparazioni, ciò che basterebbe a dare le vertigini o a far cadere le braccia col più tetro scoraggiamento, e nemmeno proporsi di prenderne con sè la metà nè un terzo, nè un decimo: bisogna rivolgersi solo ai non moltissimi rimedi fondamentali ed alle più semplici formule o preparazioni (una o due al massimo per ogni *gruppo* di medicinali e di infermità) e cominciare la pratica servendosi di esse.

Ricorro ad un esempio: il conoscere la vecchia formula baccelliana di salicilato di chinino e fenacetina ana ctgr. 25, canfora rasa ctgr. 3, può bastare (ed è bastata a tanti!), per fare a meno di dover apprendere un mezzo centinaio di nomi di compresse, pillole o cachets, che in fondo la equivalgono, quando non abbiano l'identica composizione: e se a ciò aggiungesi la conoscenza della posologia (altro terribile scoglio questo delle dosi, ma con un po' di organizzazione mentale superabilissimo) del salicilato di sodio, dell'aspirina e del piramidone, il giovane sta perfettamente a posto per questa categoria di rimedi e di terapia: ed ove la stessa cosa ripeta negli altri campi (per i ricostituenti, che sono l'enorme massa confusionista per i medicamenti iodici, calcici, arsenicali, rimedi gastroenterici, diuretici e per le altre non molte categorie di farmaci) io posso assicurare il giovane medico che egli sarà perfettamente in grado di cominciare la propria strada ed anche di percorrerne bene un bel tratto. Poi gli diverrà facile arricchire il proprio magazzino di tantissimi altri mezzi di cura e raffinarlo, studiando, ragionando, selezionando: e legga sempre e consideri le formule delle preparazioni, che si presenteranno alla sua adozione, e vedrà come tante volte esse sono presso a poco le stesse, di cui è già padrone e fa uso.

Io vorrei appunto insistere su un preciso avvertimento cogli allievi e coi colleghi giovanissimi e, se mi fosse permesso, anche con coloro, ai quali la vita e l'esperienza cominciano a spolverare di bianco le chiome, portandoli verso le cosidette « novità » terapeutiche, talora nell'ingiusta ansia di non apparire bastevolmente al corrente della modernità: e questo avvertimento è di leggere e di valutare le formule di preparazione che, in Italia, per provvida legge, devono essere scritte su ogni medicinale. Vedranno allora tante volte come l'etichetta fiammeggiante, il nome suggestivo, l'esposizione dell'azione fatta con una finezza psicologica che dimostra un'evoluzione inimmaginabile di fronte a quella degli antichi speziali o dei più celebri preparatori di rimedi di solo mezzo secolo fa, nascondano un povero miscuglio di sostanze comuni e modeste; e tutto si riduca ad avere compressa sotto una macchina o racchiusa in cachet rosa od azzurro o nascosta sotto la superficie argentea di una pillola, qualcuna di quelle umili « polverine » che ogni medico sa e può prescrivere per proprio conto e ogni farmacista può spedire.

Seguendo questi avvertimenti il bagaglio terapeutico dello studente, nel lasciare la scuola per affrontare la vita pratica, si viene a definire e a ridurre a sopportabilissime proporzioni; limitato cioè solo alle cose necessarie ed ai rimedi veramente efficaci, costituito dai principali e definiti composti chimici, dai prodotti galenici fondamentali e spesso secolari, da pochi alcaloidi, sieri, vaccini, e da alcuni prodotti opoterapici ed endocrini e da non molte altre sostante curative. Come un motore alleggerito dal peso eccessivo ed inutile, il giovane medico riesce allora a partire, avviandosi per la strada del suo umanissimo cammino: dopo preso l'abbrivo, gli sarà facile, ed anche lieve e lieto, fermarsi ogni tanto lungo i margini di essa per raccoglier i fiori più belli e più odorosi e arricchirne il proprio zaino, gravandolo di peso, che non gli graverà già sulle irrobustite spalle.

Ed un ultimo ricordo, tecnico e psicologico al tempo stesso.

Se è perfettamente vero affermare che il medico è ed ha ragione d'essere in quanto *cura le malattie*, non è altrettanto vero che egli

venga meno a questo dovere qualora non concluda *illico et immediate* ogni proprio atto clinico con una decisione curativa.

È lapalissiano che alla cura debba precedere la diagnosi ed a questa l'indagine clinica: ma è del pari realtà incontrastabile che solo in casi eccezionali la cura deve *immediatamente* seguire la diagnosi, la quale nemmeno essa per lo più si ottiene istantanea od in breve tempo. Ed allora il giovane medico si sottragga al turbamento del « *che cosa farò?* », quando si avvicina ai suoi primi ammalati, e li studi con serena tranquillità ed avendo la certezza che ai primi soccorsi potrà sopperire sempre colle sue più elementari nozioni: un'iniezione eccitante, un anestesico, un oppiaceo, un diuretico e poco più costituiscono questi eventuali urgenti ricorsi terapeutici; e ci sarà poi sempre tempo e modo per coordinare le proprie idee, per fare i riscontri necessari, per prendere le decisioni e così giungere alle temute prescrizioni curative.

E se accadesse che il podestà del paese o il notaio o un vecchio compagno di studi od una altra qualsiasi di quelle persone, che possono creare la fama o il discredito, gli chiedessero a bruciapelo, sulla strada o in un ritrovo, un consiglio od una ricetta, io son certo che non mancheranno al neo-dottore le parole e le prudenti decisioni per trarsi dignitosamente ed onestamente dal momentaneo impaccio.

E la stessa calma si conservi di fronte ai « potenti della terra », banchieri ricchi a milioni, ministri, campioni sportivi, letterati celebri, divi del cinema: a tutti quei colossi di notorietà, ai quali non si voglia dar diritto di usare l'arguto consiglio di Jean Fiolle: « o voi, sui quali sono fissati gli sguardi delle folle, se v'accade che si infiammi la vostra appendice o che la vostra automobile ribalti, fatevi condurre all'ospedale più vicino, sotto un falso nome, e abbandonatevi, con gli occhi chiusi, alla vostra sorte: sarete trattati come il primo venuto, e ciò sarà, ve lo assicuro, meglio per voi ».

È ora che termini il mio dire. Esso non è stato — e volutamente — intessuto di nozioni tecniche e di dottrinali disquisizioni: ho lasciato per oggi intatto il mio piccolo, sudato patrimonio di scienza, come ho lasciato chiuse le porte della biblioteca senza chiedere ai grandi rappresentanti della nostra scienza i loro tesori di sapere per intesserne una dotta esposizione per voi.

Ho voluto invece che talune particolari cose che vidi, meditai, imparai nei giorni per fortuna ancor vicini di scolaro in quelli già tanto numerosi di medico e in quelli, anch'essi non pochi e pure tanto pensosi durante i quali feci la guida ad allievi, oggi affiorassero e giungessero ai giovani allievi anche come parziale rivelazione dell'intimo mio pensiero, delle convinzioni, delle esperienze, e quindi, inevitabilmente, come caratteristica di formazione, di giudizio, di indirizzo e di possibilità.

Chi, come me, dopo tanto intrecciarsi di realismo e di sogno, viene a vivere un'ora come questa, non può non chiedersi se sia degno del suo destino e se i giorni futuri gli saranno sereni, perchè possiede sicurezza del proprio lavoro e lieti perchè si sente adeguato ad esso.

Ed io mi sono già domandato, e mi sono tormentosamente tornato a domandare anche durante questa stessa nostra ora — poichè le voci dello spirito non tacciono mai e parlano anche mentre la realtà si sta svolgendo quale immanente materialità di azione — se posseggo questa degnità e questa capacità.

Ma la risposta non mi è giunta, perchè non può venire da me: dovrà venirmi da voi, colleghi, allievi, abitanti di questa Superba, nella quale attendo il mio « dignus intrari »: l'unica voce, che ho udita finora, è stata quella della mia coscienza, che mi ha detto di aver tutto fatto per giungere ad esser degno e capace e di volere tutto fare per meritare di essere sempre accolto e sorretto.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
OSPEDALE DEL LITTORIO - PADIGLIONE CESALPINO
diretto dal prof. A. SEBASTIANI

L'uso del glucosio e dell'insulina nella polmonite lobare.

Dott. MARIO MAIONE, assistente.

Nel 1931 l'Uccheddu ha rilevato che i valori della glicemia nella polmonite lobare sono più elevati che in altre malattie acute e che l'iperglicemia è in genere proporzionale alla gravità della malattia. Anche la curva della glicemia alimentare ha un comportamento simile a quello di un lieve diabete. Avvenuta la crisi, glicemia e curva glicemica tornano al normale. In base a questo dato pensò di usare nei polmonitici un trattamento insulinico, somministrando 30-45 unità al giorno, facendo seguire 50 grammi di zucchero allo scopo di evitare crisi ipoglicemiche, somministrazione che divideva in tre dosi giornaliere.

I risultati ottenuti furono buoni specie per il miglioramento delle condizioni generali e per il decorso della malattia (crisi in III^{a}-V^{a} giornata). Incoraggiati da questi risultati abbiamo pensato di adottare su vasta scala la terapia insulinica nella polmonite lobare, anche tenendo presente il fatto che l'insulina è stata adoperata favorevolmente nella terapia dell'insufficienza cardiaca, ed è noto che questa è una

delle cause cui si attribuisce l'esito infausto della polmonite.

Nel biennio 1933-34 nel Reparto Cesalpino sono state curate le polmoniti lobari somministrando 20 unità di insulina e 40 grammi di zucchero per via orale divisi in due dosi. Solo in pochissimi casi, oltre l'insulina, è stata data anche la digitale, convinti della sua scarsa azione nei non fibrillanti, come non sono state usate la canfora, la sparteina, la caffeina, ecc., dai più adoperate su larga scala nella cura delle malattie acute ed in special modo della polmonite. Possiamo perciò affermare che il trattamento della polmonite lobare è stato da noi fatto esclusivamente con glucosio ed insulina. D'altra parte bisogna tenere presente che sono stati sottoposti al trattamento glucosio-insulina tutti i casi, senza tenere conto della giornata di malattia in cui potevamo iniziare la cura, nè della maggiore o minore gravità.

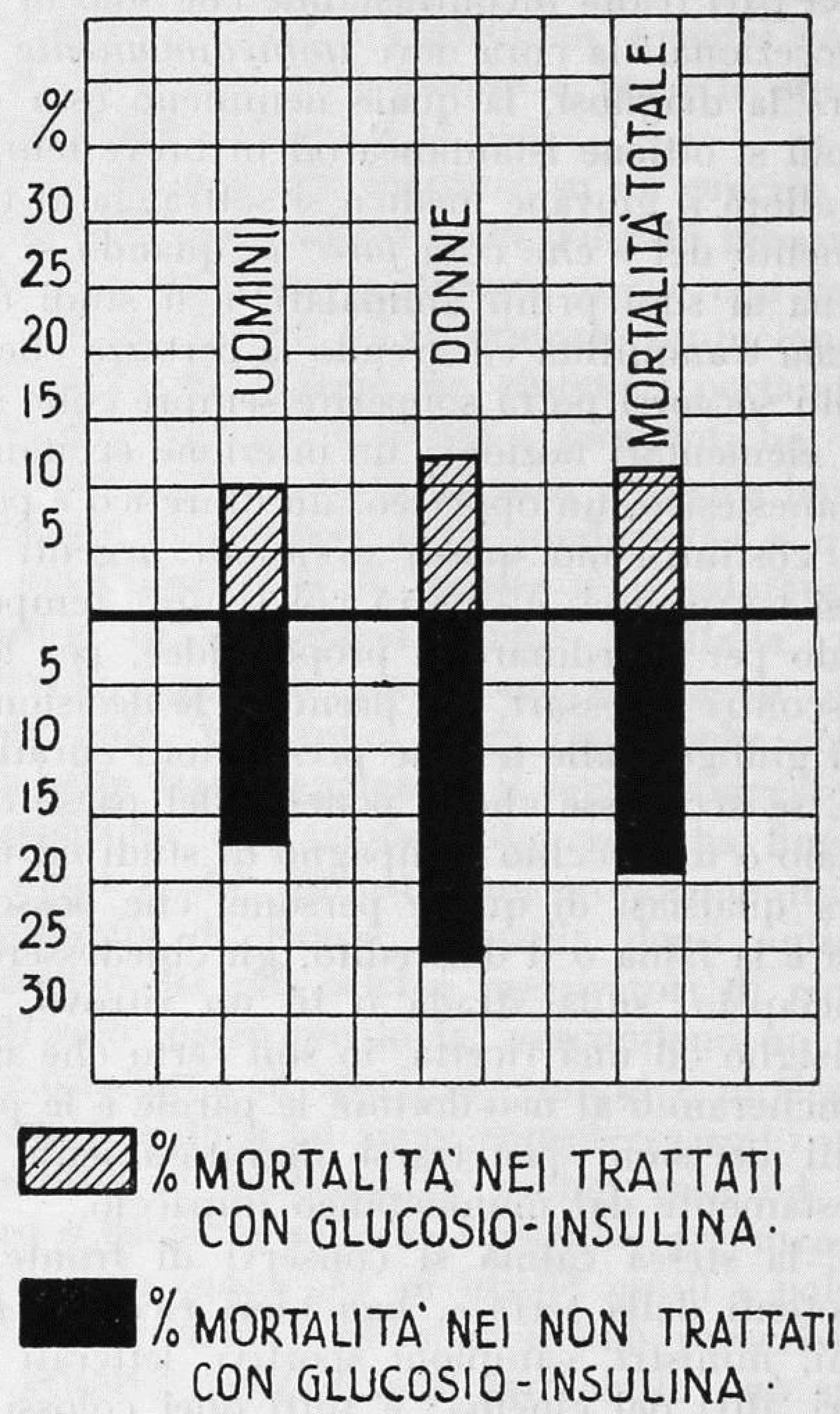
I polmonitici curati nel Reparto negli anni 1933 e 1934 assommano a 100 e di essi 60 casi sono rappresentati da uomini e 40 da donne. Dei 100 casi 89 sono guariti, 11 sono morti (6 uomini e 5 donne). La mortalità totale quindi è stata dell'11 %, mentre se si distingue la mortalità a seconda del sesso si ha il 10 % negli uomini e il 12 % nelle donne.

Per avere dei dati di riferimento e per evitare che si potessero attribuire queste basse cifre ad una particolare benignità della polmonite lobare negli anni 1933-1934 è stato visto anche l'andamento delle polmoniti negli altri due Reparti Medici dell'Ospedale del Littorio durante la stessa epoca.

I casi curati nel 1933-1934 negli altri Reparti Medici sono 211 (145 uomini, 66 donne).

La mortalità negli uomini è stata del 17,3 %, nelle donne del 25,7 %, la totale del 19 %. Paragonando queste cifre a quelle ottenute da noi possiamo chiaramente vedere la diversità dell'andamento, della mortalità per polmonite lobare col trattamento glucosio-insulina. Questo risulta anche più esattamente dalla seguente grafica.

Le conclusioni quindi che si possono trarre sono sopratutto lusinghiere riguardo la mortalità. Non abbiamo peraltro notato alcuna influenza di questa terapia sul reperto polmonare, nè sulla curva termica. Così pure la durata della malattia non è influenzata dalla cura, anche nei casi in cui essa è stata praticata sin dall'inizio. Infatti in nessun caso si è avuta la crisi in IIIª giornata, in un caso (1 %) in IVª giornata ed in 6 casi (6 %) in Vª giornata. Però la terapia glucosio-insulina fa notevolmente migliorare lo stato generale e specialmente le condizioni cardiache. Nella sua applicazione non abbiamo mai notato nei pazienti alcun disturbo, sia pure lieve, nemmeno le profuse sudorazioni a cui accenna l'Ucceddu, tanto da poter affermare che essa può es-



sere praticata anche nei casi in cui le condizioni generali sono molto gravi.

* * *

È noto che di fronte alla polmonite la medicina si trova quasi disarmata nonostante i numerosi tentativi fatti. Non si possono infatti considerare seguiti da successi anche i metodi più recentemente adoperati. Limitandoci a questi ultimi ricordiamo in poche parole, per i necessari confronti, i risultati ottenuti.

La mortalità nei polmonitici curati con siero Felton è del 20 %, mentre i controlli hanno dato circa il 30 %, cioè stanno in rapporto di 3 a 2, mentre il rapporto della mortalità avuta nel nostro Reparto con il controllo è di 2 a 1. Solo nelle polmoniti date da pneumococco 1° tipo Russel ha avuto una mortalità del 10 % circa.

Date anche le notevoli difficoltà per l'uso del siero si comprenderà com'esso non possa essere usato nella pratica corrente.

Hanson trattando le polmoniti lobari con anidride carbonica ed ossigeno ha avuto una mortalità dell'8 %. Bisogna però tenere presen-

te l'esiguo numero dei casi curati (27) ed il fatto che essi furono scelti.

Anche la mortalità nei polmonitici curati con chinina fu bassa (8,6 %), però i controlli dettero una mortalità appena del 15,3 %.

Di altri metodi usati, come per esempio il calcio endovenoso, non si conosce altro che miglioramento clinico.

Concludendo non pensiamo davvero di proporre con la nostra esperienza qui riferita una cura specifica della polmonite, ci è sembrato solo che valesse la pena di riferire i risultati ottenuti perchè essi dimostrerebbero l'esistenza di un mezzo capace di attenuare le conseguenze di una così grave malattia.

RIASSUNTO.

L'A. ha trattati n. 100 casi di polmonite lobare somministrando 20 U. di Insulina e 40 gr. di zucchero pro die.

La mortalità è stata dell'11 %, mentre nei non trattati con glucosio e insulina essa è stata del 19 %.

Non ha notato alcuna azione sulla durata della malattia.

Conclude che l'uso del glucosio e dell'insulina nella polmonite lobare, pur non rappresentando una cura specifica, è in grado di attenuare le conseguenze di una così grave malattia.

BIBLIOGRAFIA.

R. UCCHEDDU. Minerva Medica, 1, XII, 1931.

RUSSEL-CECIL. The British Medical Journal, 8 ottobre 1932.

A. ZUCCHI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 11 settembre 1932.

J. HANSON, A. CALHONN. Arch. of Intern. Med., agosto 1932.

P. MINO. Comunicazioni Mediche, 1931, pag. 47.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALI RIUNITI G. MELACRINO E F. BIANCHI REGGIO CALABRIA.

Direttore: Primario Chir. Prof. G. CAROSSINI.

Intervento precoce nelle ferite penetranti in cavità addominale.

Dott. GIOVANNI CASELLA, aiuto chirurgo.

È oggi nozione acquisita che l'intervento operativo precoce nelle ferite penetranti dell'addome sia da arma da fuoco che da arma bianca (coltello, pugnale ecc.) è di somma importanza per i risultati insperati che spesso si ottengono.

Constatata che la lesione è penetrante, è di somma urgenza affrettare l'atto operativo, sia nei casi ad andamento grave fin dall'inizio che in tutti quei casi in cui manca alcun indizio di lesione endoaddominale per il mantenersi del polso in buone condizioni, ventre piatto e poco doloroso.

Esistono nella letteratura casi di eviscerazione, in seguito a ferita, di parte del pacchetto intestinale con contaminazione di esso, venuti a guarigione dopo un intervento tempestivo.

Così facendo, qualche volta l'operazione sarà forse superflua ma non nociva; in compenso però, molte volte si scopriranno lesioni inattese, che, ben trattate, daranno la guarigione del ferito. Guariranno anche senza cure operatorie tutti i casi di ferite parietali, ma in queste la diagnosi è spesso difficile.

L'intervento permetterà di accertare la penetrazione o meno della ferita, le lesioni viscerali, e di praticare il trattamento del caso, suturando le lesioni degli organi addominali, arrestando le eventuali emorragie, estraendo i corpi estranei, prevenendo le infezioni.

L'infezione è sempre da temere anche quando si tratti di penetrazione senza lesioni di organi endoaddominali. Si sono visti casi di lesioni parietali o paraperitoneali che procurarono la morte per infezione propagatasi al peritoneo.

È indispensabile che l'esame del ferito sia minuzioso e che si tenga conto della sensibilità locale e generale del ventre, del polso, della facies e di tutti quei piccoli segni, l'importanza dei quali spesso è capitale. Nel minimo dubbio, val meglio decisamente intervenire. È da tenere presente che le ferite penetranti dell'addome interessano in massima parte l'intestino.

Secondo Fischer il 60,9 % interessano gl'intestini, il 16,1 % il fegato, il 7,3 % il rene,

il 5 % il mesentere ed i vasi, il 2,7 % la milza, il 0,4 % il pancreas. Vi sono inoltre ferite penetranti che non interessano alcun viscere, le quali, secondo Tuffier, rappresenterebbero 11 %.

Il prof. Alessandri su 115 ferite penetranti ne ha trovate 10 senza lesioni intestinali.

Frequente è l'emorragia per lesioni concomitanti dei vasi o di essi soli. Emorragia abbondante si verifica anche nelle lesioni epatiche e spleniche. L'intervento precoce darà la possibilità di praticare un'emostasi diretta con la legatura dei vasi, con la sutura delle lesioni epatiche; ci darà la possibilità di arrestare precocemente, con la sutura delle lesioni intestinali e con la detersione del cavo peritoneale, l'infezione del peritoneo per fuoriuscita del contenuto intestinale, ricco di germi virulenti.

Contenuto intestinale che è di gran lunga più infettante e più tossico nell'ileo che nel digiuno e più ancora nell'intestino crasso.

Sono da escludere dall'intervento i feriti in gravi condizioni generali, quando queste siano dovute ad uno stato di peritonite già conclamata o all'esistenza di altre ferite a carico del torace, del cranio ecc., come non si debbono operare in stato di choc, se non prima questo si sia risolto (Alessandri).

L'intervento precoce ci dà una incoraggiante percentuale di guarigioni, percentuale che decresce sensibilmente al di la delle 4 ore, per diventare impressionante oltre le 8, 12 ore.

Negli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria in un triennio di attività chirurgica (vedi rendiconto statistico del prof. Carossini) sono stati laparatomizzati per lesioni addominali da arma da punta e taglio penetranti in cavità n. 12 feriti e n. 26 feriti per lesioni da arma da fuoco (in genere). In totale n. 38 ferite di cui n. 26 interessavano gli intestini, n. 6 lo stomaco, n. 5 il fegato, n. 1 la milza e n. 2 il rene.

In esse sono comprese le ferite multiple.

In un solo caso di intervento per ferita penetrante e con fuoriuscita di epiploon, non fu riscontrata alcuna lesione di organi endoaddominali.

Abbiamo quindi una percentuale che per l'intestino è del 68 %, del 15,8 % per lo stomaco, del 13,15 % per il fegato, del 2,6 % per la milza e del 5,6 % per il rene. Percentuale che si avvicina a quella del Fischer sopra menzionata.

Dei laparatomizzati per ferita d'arma bianca si ebbe un solo deceduto e n. 3 deceduti si ebbero di quelli per ferita d'arma da fuoco. Percentuale lusinghiera dovuta, oltre che alla perizia dell'operatore, al tempestivo intervento. Infatti, data l'ottima organizzazione di Pronto soccorso esistente presso questi Ospedali Riuniti, i feriti vengono subito operati per la costante reperibilità del chirurgo. Tale tempestività dell'atto operativo compensa in parte il ritardo dovuto al lungo tragitto che spesso i feriti debbono percorrere in autoambulanza per raggiungere l'ospedale dai lontani paesi della provincia.

« In tal modo ho potuto talvolta intervenire 15-20 minuti dopo l'arrivo del ferito in ospedale ed in taluni casi di feriti addominali di coltello o di arma da fuoco, provenienti dalla città o dagli immediati suburbi, laparatomizzare il ferito entro 40-50 minuti dall'avvenuto ferimento » (Carossini).

L'operazione deve essere anch'essa rapida non trascurando però di eseguire un'accurata ispezione degli organi endo-addominali: in primo tempo ispezionare il fegato, la milza, i vasi mesenteriali per le emorragie che ne susseguono alle lesioni di essi; ispezionare con cura gli intestini ed in specie l'intestino mesenteriale, il quale per la sua mobilità va soggetto a spostamenti. Infatti spesso si sono constatate lesioni lontane dalla sede della ferita.

Tale metodica ricerca eseguita durante l'atto operativo anche nei feriti da arma da fuoco con solo foro di entrata del proiettile, ci esonera dal ricorrere in precedenza al controllo radiologico, che apporterebbe un ritardo all'intervento.

L'eviscerazione viene per quanto è possibile ridotta al minimo e la parte dell'intestino erniato viene protetta con flanelle e pezze di garza sterilizzata ed imbevuta di soluzione fisiologica.

La disinfezione viene praticata con la immissione in cavità peritoneale di una soluzione oleosa sterile di canfora in minima percentuale formulata dal prof. Carossini.

La cavità addominale viene drenata con doppio drenaggio capillare e tubulare.

Riferisco su un recente caso operato dal prof. Carossini entro la prima ora dall'avvenuto ferimento.

Il giorno 20 ottobre 1935, A. XIII, alle ore 20 venne ricoverato d'urgenza il nominato Marino Gaetano di Giuseppe e di Maria Casciano, di anni 23, celibe, nativo e residente a Reggio Calabria (Rione S. Caterina), di professione manovale, ferito da arma da fuoco (pistola) con foro di entrata del proiettile in corrispondenza della linea mediana dell'addome, a quattro dita trasverse sotto l'ombellico e senza foro di uscita. Alle ore 20 e 20 minuti il prof. Carossini operò il ferito. Fu praticata la laparatomia sotto ombellico-pubica comprendente il foro di entrata della pallottola. All'apertura dell'addome si trovò abbondante quantità di sangue commisto a contenuto intestinale. Nel digiuno

furono repertati e suturati 14 fori di cui 2 particolarmente ampii, nel sigma 4 ferite di cui 2 più ampie, due nell'epiploon e due nel mesentere. Da due ferite intestinali emergevano due ascaridi. Complessivamente ben 22 ferite. Il proiettile non è stato trovato. Fu eseguita un'accurata detersione peritoneale. Furono applicati due drenaggi, capillare e tubulare. Il decorso post-operatorio è stato normale.

In ventesima giornata (10-11-1935) il paziente venne dimesso completamente guarito.

Il risultato ottenuto sta a dimostrare quali insperate guarigioni si possono ottenere da un precoce intervento.

RIASSUNTO.

L'Autore cita la statistica operatoria relativa agli interventi nelle ferite penetranti in cavità addominale del primo triennio di attività chirurgica degli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria. Illustra un caso di lesioni multiple intestinali venuto a guarigione e conclude affermando che da un intervento precoce nelle ferite penetranti in cavità addominale si possono ottenere ottimi risultati operatorii.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. *Manuale di Chirurgia.*
LEAARS. *Chirurgia d'urgenza.*
CAROSSINI. *Il primo triennio di attività chirurgica, ecc.*
VALDONI. *Manuale di Chirurgia* (ALESSANDRI).

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

La micrania.

(M. G. CAUSSADE. *Gazette des Hôpitaux*, 25 dicembre 1935).

La micrania è una malattia che s'inizia nell'infanzia: non ha quindi alcun rapporto con la prepubertà o con la pubertà. Persiste tutta l'esistenza e si attenua o scompare verso i cinquanta anni.

La micrania non è una emicrania: tutti i suoi disturbi sono bilaterali.

La cefalea, ben distinta dalle altre cefalee, è il fenomeno prevalente. È periodica, influenzata ma non determinata dalla mestruazione, dall'alimentazione, dalla digestione, dalla stipsi.

La cefalea è tenace, gravativa (cappa di piombo sulla testa, senso di scoppio) ed è aggravata o non dalla luce. È aggravata anche dalla tosse, dallo sternuto, da un movimento brusco, che provocano come un colpo di martello su tutto il cranio o solo su un lato.

In alcuni casi la cefalea è preceduta da disturbi oculari consistenti in amaurosi, empiema, scotomi: fatti che possono anche presentarsi da soli.

In tutte le età possono verificarsi disturbi del linguaggio, sopratutto parafasie: ricerca penosa delle parole, difficoltà delle pronunzie, inceppo, impiego di una parola per un'altra o di parole contrarie al pensiero. In genere questo fenomeno è l'ultimo della crisi e può anche persistere qualche giorno dopo la cessazione della cefalea.

I disturbi gastro-intestinali sono costituti da vomito, nausee, ripugnanze per ogni bevanda o per ogni cibo.

Talvolta si notano segni meningei: cefalea, stipsi, vomiti, Kernig, fotofobia, bradicardia.

La forma della micrania è varia in rapporto alla intensità della crisi ed alla prevalenza dei disturbi.

La prognosi non è grave *quoad vitam*, ma lo è per le sofferenze che determina ed anche per lo stato d'invalidità che può provocare: vi sono forme nelle quali gli accessi sono subentranti o persistenti tanto a lungo da rendere la vita un martirio. La donna è esposta di più a questa forma di micrania.

L'affezione ha un'eredità omologa.

Non è curabile. Gli antinevralgici, gli analgesici, gli ipnotici agiscono solo su certe crisi. E anche quando la cefalea viene attenuata, l'individuo conserva un senso di malessere generale, conserva un vago ricordo, del dolore scomparso, ha una sensazione di vuoto; permane in una parola una cenestopatia.

La micrania è una condizione per sè stante, nè costituisce un satellite di altre affezioni. Il più delle volte i pazienti hanno un aspetto ben portante, non sono neuropatici, non sono simpaticotonici, vagosimpatici, ipersensibili, epilettici o asmatici.

Tuttavia non si può senz'altro escludere che la micrania abbia certe parentele con la gotta. Al riguardo è a rilevare che l'eccesso di micrania talvolta è preceduto dagli stessi fatti che sogliono precedere l'accesso gottoso: stato di euforia, stato di benessere a tipo morfinico con lucidità di spirito, facilità di lavoro, soppressione o attenuazione di ogni preoccupazione o ansia.

Comunque l'accesso di micrania non ha alcuna causa veramente provocatrice. S'inizia in piena salute, in qualsiasi luogo, con qualsiasi alimentazione, qualunque sia il genere di vita, in uno stato di riposo o dopo un lavoro esauriente.

DR.

I tic.

(G. STIEFLER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 22 novembre 1935).

I casi di tic dopo la grande guerra sono notevolmente aumentati in conseguenza di fatti emotivi e dell'encefalite letargica.

I tic sono movimenti così detti nervosi innocui ed appena considerati, ma possono costituire anche una condizione penosa tanto da indurre al suicidio, oppure essere semplici

convulsioni muscolari estese ad una regione più o meno diffusa del corpo.

I tic possono essere di origine funzionale o organica.

La natura e la patogenesi dei tic funzionali è complessa.

Numerosi fatti provano che il tic inizialmente è un movimento adeguato, intenzionale che successivamente a seguito di ripetizione diventa abituale ed infine viene effettuato automaticamente senza scopo e con la scomparsa della causa iniziale dal campo della coscienza. Spesso viene eseguito sotto un impulso irresistibile e diventare un vero crampo (ammiccamento, tic doloroso).

Ogni tic ha le sue particolari caratteristiche, nessun tic rassomiglia all'altro.

La definizione del tic è difficile. Per quanto è breve la parola che serve a designarlo, per tanto lunghe e differenti sono le definizioni. Secondo Oppenheim il tic è un movimento mimico, difensivo o riflesso divenuto coattivo, il cui carattere patologico è costituito dalla sua ripetizione attraverso un impulso irresistibile, e nel quale la immagine mnemonica è straordinariamente vivace; la lotta con la coazione crea una sensazione penosa che cerca sfogo nell'atto motorio. Secondo Lewandowsky una parte dei tic è di origine isterica e ubbidisce alle leggi della produzione dei sintomi isterici, un'altra parte appartiene ai fenomeni coattivi, ed una terza parte non è nè isterica nè coattiva. Kehrer distingue un tic veramente riflesso dipendente dalla presenza di stimoli meccanici sui neuroni motori, un tic reattivo, sensitivo o condizionale provocato da un'istintiva difesa contro sensazioni moleste nelle corrispondenti parti del corpo. Questo tic reattivo può a seguito della scomparsa della causa organica diventare un vero tic psicastenico. Secondo Hauptmann i tic hanno gli stessi caratteri dei movimenti coatti e lo stesso significato biologico. Hamburger rilevando il carattere di repentinità, velocità, ripetizione e arbitrarietà dei tic sostiene che essi hanno un'origine spiccatamente psichica. Rosenfeld sostiene l'ipotesi che i tic siano forme di riflessi condizionali nel senso di Pawlow. Crouchet ritiene che vi siano tic isterici che si iniziano in seguito ad un'emozione. Redlich ammette una patogenesi polimorfa; riconosce l'esistenza di tic isterici, ma ritiene che per lo più il tic è un movimento che dapprima abituale diventa poi automatico. Wilder nota che i tic oltre che la forma tonica e clonica possono assumere la forma di tremori isolati, e li considera come reazioni psicogene e anomalie funzionali che anatomicamente possono assegnarsi ai gangli della base, dato il loro carattere ritmico e l'influenza dell'imitazione. Secondo la maggioranza degli autori psicanalitici i tic sarebbero equivalenti onanistici con carattere narcisistico.

L'influenza ereditaria è innegabile; gli individui che ne sono affetti hanno sempre tare neuro-psicopatiche individuali e familiari.

Anche grandi uomini hanno avuto i loro tic: Molière aveva tic della gola, Pietro il Grande e Heine un tic della faccia, Napoleone un tic della spalla.

Le forme che possono assumere i tic sono moltissime. Secondo Lewandowsky possono essere tante quante sono le combinazioni di movimento coordinati. I più comuni sono i tic del facciale, dell'ammiccamento, della nuca e della spalla. Interessanti sono i tic respiratorî ed il tic del salto. Del resto i movimenti ticchiosi possono assumere le combinazioni più strane. Meritano una speciale menzione la malattia dei tic di Gilles de la Turette, la coprolalia ed altre stereotipie.

Nell'idiozia si riscontrano frequentemente tic, specie d'imitazione, di natura psicogena, oppure tic semplici o complessi di genesi striata. Di fronte alla corea e alla mioclonia i tic presentano certe differenze, sono più coordinati e sistematizzati, più intermittenti (spesso con pause relativamente lunghe), più rapidi e più bruschi, spesso influenzabili dal lavoro, più impulsivi.

I crampi professionali si distinguono dai tic perchè si verificano solo a seguito dell'esercizio di una funzione o di una professione, e solo in occasione dell'esercizio stesso.

I tic funzionali si curano con i varî metodi di psicoterapia, con l'educazione, la persuasione, la suggestione sia in istato di veglia che di ipnosi. Sono registrate guarigioni anche con il metodo psicoanalitico.

I tic organici possono essere di origine periferica o centrale.

Quelli periferici sono dovuti ad eccitazioni delle vie sensitive o motorie.

Le affezioni dolorose della faccia, del naso, degli occhi, della fronte, della bocca possono determinare multiformi contorsioni facciali toniche, cloniche anche dolorose, che spesso sono violente ed alterano la fisionomia. In conseguenza di una neuralgia sopra- o infraorbitale ed anche di malattie dell'occhio si può avere un blefarospasmo. Nonne ha descritti casi di spasmi del facciale derivanti da compressione del nervo alla base del cervello da tumore o aneurisma, pur non escludendo che in tali casi lo spasmo può essere riflesso per irritazione di nervi sensitivi. A seguito di paralisi facciale periferica possono svilupparsi tic facciali sotto forma di contrazioni cloniche, di guizzi, di miochimie a carico dei muscoli precedentemente paralizzati. Gli spasmi dei muscoli del collo e della nuca (torcicollo) possono verificarsi a seguito di miositi, mialgie reumatiche, lesioni vertebrali, adeniti cervicali, tonsilliti. È ovvio che tutte queste forme di tic periferici si curano con la cura delle lesioni causali.

I tic di origine centrale dipendono essenzialmente da lesioni striate. Essi possono co-

stituire una conseguenza dell'encefalite letargica. Foerster sostiene che la lesione delle varie parti del corpo striato può dar luogo a particolari sindromi; distingue perciò una sindrome pallidale ipercinetico-rigida, una sindrome striata atetosica, una sindrome coreica ed una sindrome a crampi che può assumere la forma atetosica, ticchiosa e mioclonica.

L'abbondanza dei casi di tic, la cui origine encefalitica è stata solo di recente riconosciuta, fa pensare che molte forme di tic di origine indefinita o ritenuti di origine psichica, e la stessa malattia di Gilles de la Tourette siano da attribuirsi a lesioni del corpo striato.

Economo ha osservato che i tic possono verificarsi in tutti gli stadii dell'encefalite letargica sotto forma di tic facciale, cucullare, di veri torcicolli, di sbadiglio spastico, di singhiozzo, di disturbi della respirazione e di altri tic specie a carico di quei gruppi muscolari nei quali sogliono comparire i tic non encefalitici.

Tali osservazioni sono state poi confermate, e ancor più precisate ed ampliate da altri autori.

Wilder rileva che i tic organici si distinguono da quelli funzionali perchè non sono influenzati in alcun modo dalla volontà e dalla psicoterapia, non scompaiono durante il sonno, non hanno la coordinazione di movimenti volontari.

In ogni caso la diagnosi differenziale si fa essenzialmente in base ai criteri anamnestici ed ai fatti clinici che accompagnano il tic.

Il trattamento dei tic striati nel periodo acuto si confonde con la cura dell'encefalite letargica. Il trattamento dei tic postencefalitici è puramente palliativo: scopolamina, duboisina, yoscina, atropina, pilocarpina, stramonio ed altri sedativi.

Non è escluso che alcuni tic possano dipendere da lesioni striate di natura luetica. Pertanto quando si affacci un tale sospetto conviene usare gli esami serologici del caso ed eventualmente praticare la cura specifica.

DR.

MISCELLANEA.

Sulla genesi delle malattie da raffreddamento.

(K. KISSKALT. *Mediz. Welt,* 30 nov. 1395).

Nella serie dei fattori morbigeni, il raffreddamento costituisce una delle condizioni più anticamente e diffusamente riconosciute, perchè accessibile all'occhio di qualsiasi osservatore; l'etiologia infettiva si è resa sicura solo dopo la scoperta del microscopio; la causalità ereditaria e congenita viene messa in evidenza soltanto da osservazione scientifica, frutto di esperienza prolungata.

L'era batteriologica, così ricca di acquisizioni preziose, non ha sviato che temporaneamente l'attenzione verso il fattore determinante batterico; lo studio della costellazione etiologica — individuale ed epidemiologica — ha fatto rimettere di nuovo sul posto d'onore la condizionalità predisponente ed occasionale, rappresentata spesso da fattori climatici e termici cui spetta un'importanza primaria nel determinismo di alcune manifestazioni patologiche.

Il problema della disposizione morbosa in funzione delle modificazioni termiche è stato interpretato diversamente dai vari AA. Non sembra che il « prendere freddo » possa essere senz'altro attribuito al raffreddamento dell'organismo in toto (il quale com'è noto provoca effettivamente l'abbassamento dei poteri immunitari); difatti un filo d'aria che agisce a lungo provoca spesso la rinite, senza che si possa pensare al raffreddamento nel senso fisico. V'è chi ha voluto spiegare il divampare di alcune affezioni, come il croup, con manifestazioni meteoriche accessorie che accompagnano l'avanzarsi del cosidetto « fronte dell'aria fredda » (De Rudder); però anche qui non si fa che spostare il problema poichè non è possibile di pensare alla virulentazione dell'agente infettivo esogeno, la quale richiederebbe un certo corso di tempo, seguito poi dal periodo di incubazione.

Molta attenzione è stata dedicata al comportamento delle mucose, poichè sono queste ad essere per lo più colpite nelle malattie da raffreddamento. Secondo Schmidt e Kairies la temperatura delle mucose (faringe) scende quando viene abbassata quella della cute (come pure il riscaldamento delle mucose — mediante bevande calde — fa aumentare la temperatura cutanea); si verificherebbe contemporaneamente un edema degli strati superficiali colla conseguente più facile penetrazione e attecchimento dei germi-ospiti abituali delle mucose.

Tale spiegazione non può però essere estesa a tutta una serie di fenomeni morbosi « a frigore » nei quali le mucose non partecipano al processo; così ad es. all'accesso malarico dopo un bagno freddo, alla recidiva della febbre ricorrente, all'emoglobinuria del bestiame (febbre di Texas) che si presentano coi primi freddi; sono questi dei processi nei quali sarebbe invece da ammettersi l'aumento dei parassiti nel sangue circolante in seguito ad un raffreddamento più o meno brusco.

L'A. fa notare che anche altri stimoli esogeni agenti sulla cute possono provocare fenomeni analoghi (recidiva malarica dopo irradiazioni solari); ricorda inoltre che il raffreddamento è spesso seguito immediatamente da lievi rialzi febbrili che solo a distanza di uno-due giorni sono seguiti dalla comparsa dei fenomeni a carico delle mucose. Ora, si potrebbe supporre che anche i fenomeni che si verificano sulle mucose non siano che la espressione ultima di un processo nel quale

si è verificata dapprima una immissione o moltiplicazione dei germi nel circolo (testimoniata indirettamente dalla febbre), seguita da eliminazione di questi attraverso le mucose (respiratoria, intestinale ecc.) con la nota sintomatologia catarrale.

Nei processi patologici susseguenti al raffreddamento il « primum movens » della malattia è da ricercarsi nell'organo immediatamente esposto, cioè nella cute; adottando il concetto di esofilassi di Hoffmann, l'A. ammette che il raffreddamento e la vasocostrizione cutanea prolungata (come difatti si verifica nelle persone non allenate al freddo) abbassano in certa misura i poteri difensivi dell'organismo, turbando l'equilibrio precedente fra l'individuo e i germi che esso ospita, a vantaggio di quest'ultimi.

Le proprietà immunogenetiche della cute sarebbero per l'A. delle più importanti; egli ritiene quale possibile che queste possono essere ancora esaltate coll'aumento della temperatura cutanea (di solito di 32°), e che la reazione organica febbrile agisca più che altro mercè l'aumento della temperatura cutanea. Anche l'azione favorevole degli antipiretici potrebbe essere meglio spiegata attribuendola non tanto all'abbassamento della temperatura esterna quando all'innalzamento della temperatura della cute. L'ipotesi è seducente; ma per ora rimane soltanto tale in attesa di essere poggiata su solide basi sperimentali.

S. MINZ.

Errori e pericoli nella trasfusione del sangue.

(F. v. SCHUERER. *Wien. klin. Wochenschr.*, 27 dicembre 1935).

Le larghe applicazioni terapeutiche della trasfusione sanguigna, rese possibili mercè la scoperta della legge sui gruppi sanguigni, hanno messo in evidenza fattori nuovi che almeno in parte infirmavano certi dati di questa legge che dapprima parvero assoluti, specie per quel che riguarda l'esistenza dei cosidetti datori e ricevitori universali; la vasta esperienza degli ultimi anni ha suggerito dei procedimenti di sicurezza ed ha chiarito l'essenza di qualcheduno dei fenomeni accessori della trasfusione che ora vengono enumerati ed esposti dall'A.

La solita prova del testo emodiagnostico presenta una lacuna non trascurabile (a parte il fatto che i sieri adoperati debbono essere convenientemente conservati); con essa vengono saggiati soltanto le proprietà degli eritrociti, cioè i loro ricettori di agglutinazione, mentre rimangono ignorate le agglutinine presenti nel siero. Ora l'esperienza, più d'una volta dolorosa, ha dimostrato che vi sono alcune deviazioni dello schema dei gruppi nel senso della presenza di agglutinine non perfettamente corrispondenti al gruppo delle emazie; inoltre, specie nel gruppo A si riscontrano talvolta delle agglutinine α, che pur non agglutinando le emazie dello stesso individuo, agglutinano quelle degli altri del gruppo omologo.

Per ovviare quindi a degli inconvenienti, i quali, benchè relativamente rari, possono essere talvolta anche funesti, è stato da Schiff proposta la prova « crociata »; in essa, oltre alla solita ricerca eseguita mediante l'emodiagnostico sulle emazie del datore, viene saggiata l'azione del suo siero sulle emazie del gruppo A e B, lavate e conservate in soluzione fisiologica; per il gruppo del ricevitore è sufficiente la prova classica.

Va inoltre notato che pur essendovi una perfetta compatibilità fra le emazie del datore e le agglutinine del ricevitore, non può essere trascurata la quantità delle agglutinine che vengono introdotte col siero del datore, quando questi non è dello stesso gruppo; se esse non vengono rapidamente diluite per la scarsa quantità del sangue circolante del ricevitore, viene agglutinata e quindi emolizzata una parte degli eritrociti di quest'ultimo. Ora, la concentrazione delle agglutinine varia da individuo a individuo e può e dev'essere saggiata quando la quantità di sangue da trasfondere è piuttosto rilevante. Normalmente il titolo di agglutinazione verso le emazie di un altro gruppo è di 1:8, 1:16; talora può raggiungere il 1:128 o perfino 1:256. È consigliabile di non adoperare il sangue di cui tale titolo supera il 1:20, e la quantità di sangue trasfuso non dovrebbe superare il quinto o il sesto di quello del ricevente.

A parte qualsiasi precauzione nella preparazione dell'intervento l'ultima parola spetta all'osservazione del paziente durante lo stesso atto della trasfusione, specie nell'inizio di questa; poichè già nei primi due minuti si rendono palesi i sintomi di intolleranza, che pur variando nella loro intensità non possono nè debbono sfuggire all'occhio dell'operatore; essi sono: inquietudine del p., senso di costrizione, dolori ai lombi, all'epigastrio e all'ipocondrio sin. Il polso diminuisce di ampiezza, diventa frequente, e talora scompare totalmente; alcuni individui impallidiscono notevolmente fino ad acquistare un colorito grigiastro; altri presentano rossore del viso. Tali fenomeni, anche se transitori, debbono invitare ad interrompere la trasfusione, poichè possono susseguirsi anche verso la fine di essa fenomeni più gravi, talora letali.

Sulla immancabile esistenza di sindrome manifesta in caso di fenomeni emolitici nel circolo del ricevente è basato il procedimento della « prova biologica » proposto da Oehlecker, che in casi urgenti può sostituire qualsiasi ricerca preliminatoria e rappresenta l'ultima misura di sicurezza; al ricevente ven-

gono iniettati endovena 5-20 cc. del sangue del datore; se non si presenta alcun fenomeno patologico, dopo due minuti se ne iniettano altri 30-50 cc.; passati altri due minuti, in mancanza di « sindrome emolitica », si può procedere alla trasfusione completa. Su 1000 casi di trasfusione, nelle quali venne adoperata solo la « prova biologica », si ebbe solo un incidente letale (non sicuramente imputabile alla trasfusione in sè); in circa 50 casi si è manifestata la « sindrome emolitica » e l'intervento è stato sospeso.

Per quel che riguarda la genesi dei fenomeni patologici, essi indubbiamente sono causati da emolisi, la quale, se la quantità del sangue emolizzato supera i 60-80 cc., si manifesta con emoglobinuria.

Sembra che nel determinismo della sindrome la parte preponderante spetti non tanto alla azione tossica dell'emoglobina disciolta sui centri mesencefalici (come è stato ammesso da Hempel), quanto ad una azione dei composti dell'emoglobina che si svolge nella periferia ed è perfettamente simile a quella che si verifica nello choc istaminico (è da notarsi che nell'eritrocito esistono delle sostanze istaminosimili); difatti dalle ricerche di Hesse e Filatow risulta che nell'emolisi da trasfusione avviene una paralisi dei capillari e contrazione spastica delle arterie e delle vene del grande circolo; diminuisce l'afflusso del sangue al ventricolo sin. per la diminuita pressione nelle arterie e vene polmonari causata a sua volta dal minore apporto di sangue dalle vene del grande circolo; scema la quantità di sangue negli organi splancnici, mentre rimane invariata o aumenta quella del circolo periferico (degli arti). La stimolazione diretta e riflessa dei centri vasomotori fa sì che aumenti il tono delle piccole arterie, il quale (data la paralisi dei capillari) porta ad ulteriore caduta della pressione venosa e ad aggravamento generale delle condizioni circolatorie.

Fra le complicanze tardive della trasfusione va ricordata l'ascesa febbrile di minore o maggiore intensità che quasi sempre si manifesta nelle ore successive alla trasfusione; talvolta si presenta anche un'eruzione orticarioide simmetrica al petto e al collo. Tali manifestazioni sarebbero dovute al siero trasfuso, specie quando il datore e il ricevente non appartengono allo stesso gruppo. Manifestazioni febbrili più rilevanti precedute da brividi intensi, potrebbero essere in parte causate da presenza di impurità corpuscolari nell'apparecchio della trasfusione; sembra infatti che con apparecchi che escludono tale presenza (Kimpton-Brown) le manifestazioni del genere sono rarissime. Fra le altre manifestazioni tardive (24-48 ore) va ancora ricordato l'ittero e febbri di durata di qualche giorno. L'A. considera quale poco sicura l'interpretazione che li attribuisce ad emolisi tardiva; essi probabilmente sono dovuti a tare precedenti del ricevente stesso.

Sarebbe inutile di insistere sull'importanza della esclusione di possibili infezioni del datore; oltre alla R. W. s'impone anche la ricerca di manifestazioni luetiche secondarie durante le quali la R. W. può essere ancora negativa. Precetti analoghi valgono per la malaria. Per quel che riguarda la t.b.c., sebbene il problema della batteriemia in essa non è ancora risolto, è consigliabile di scartare i datori con manifestazioni tubercolari in atto.

Ma anche da parte del ricevente vi possono essere delle controindicazioni alla trasfusione; fra queste figurano i vizi cardiaci in iscompenso o con tendenza ad esso, perchè v'è il pericolo della dilatazione acuta del cuore; lo stesso dicasi per la miocardite, specie quella difterica. Anche le malattie renali in atto (nefrite, nefrosi e naturalmente l'uremia) fanno sconsigliare la trasfusione, in seguito alla quale può stabilirsi un'anuria assoluta, di cui la patogenesi è finora poco chiara; sembra, che più che all'azione meccanica di eventuali infarti emoglobinici, i danni letali debbano essere attribuiti all'azione tossica sul circolo e sul parenchma renale già leso. Pericoli analoghi esistono anche nelle gravi sindromi settiche. Altre controindicazioni sono rappresentate dalle trombosi e tromboflebiti, da arteriosclerosi accentuata. Anche in uno stato profondamente cacchettico od anemico in extremis, la trasfusione può dare il colpo di grazia ad un organismo in equilibrio labile. Finalmente nella polmonite e nelle bronchiti gravi la trasfusione implica un sovracarico troppo intenso del piccolo circolo — che può portare all'edema polmonare; l'empiema invece e l'ascesso polmonare non solo non costituiscono una controindicazione, ma anzi reagiscono ottimamente (specie l'ascesso polmonare) alla trasfusione.

L'atto della trasfusione deve implicare anche alcune cure per il datore; la quantità di sangue prelevato non dovrebbe superare i 500 cc. e sarebbe buona pratica sostituirlo con soluzione fisiologica o glucosata. La cessione del sangue non deve avvenire più di frequente che una volta ogni 40-50 giorni. Le precauzioni dell'asepsi sono troppo note perchè ci sia bisogno di insistervi; lo stesso dicasi della tecnica.

Abbiamo visto, che per la trasfusione di sangue, come del resto per ogni altro procedimento terapeutico, la vasta applicazione ha portato a delle limitazioni, frutto dell'esperienza degli ultimi anni. Perfezionando sempre il metodo, studiando gli inconvenienti ed i meriti si arriverà certamente ad utilizzare ancora meglio e con nessun pericolo l'arma della trasfusione che di frequente rappresenta l'« ultima spes » e nel contempo la risorsa trionfante del medico.

S. MINZ.

DIVAGAZIONI

L'importanza del magnetismo e del potenziale di corrente nella respirazione.

Il comportamento dell'ossigeno che legato all'emoglobina negli alveoli polmonari, si libera poi nei capillari periferici passando nei tessuti, viene spiegato mediante le varie pressioni parziali dell'ossigeno stesso in diversi punti. Data l'elevata pressione di ossigeno negli alveoli, è ovvio che l'emoglobina se ne saturi, sicchè il sangue arterioso ne contiene 20 volumi per cento. Ma, tenuto conto dello scarso potere di adsorbimento per l'ossigeno del plasma sanguigno, è difficile lo spiegarsi come, per la bassa tensione di ossigeno nei tessuti, ne passi tanto in questi da abbassare il contenuto del sangue venoso al 12 %. Inoltre i processi di diffusione e di adsorbimento sono reazioni abbastanza lente e non si spiega pertanto come l'ossigeno si leghi tanto rapidamente all'emoglobina negli alveoli e ne sia tanto rapida la dissociazione nei tessuti.

Queste ed altre considerazioni fanno sì che l'ipotesi della diffusione e dell'assorbimento di ossigeno a causa delle diverse tensioni parziali di questo non sia del tutto soddisfacente. F. Leiri (*Acta med. scand.*, vol. 87, n. 3-4, 1935) ne enuncia un'altra, basata sulle condizioni magnetiche dei diversi elementi. L'atomo del ferro dell'emoglobina, egli osserva, è paramagnetico (l'emoglobina è a sua volta debolmente diamagnetica a causa del forte diamagnetismo della globina). Ora, anche l'ossigeno è paramagnetico, con una sua suscettibilità specifica vicina a quella delle combinazioni di ferro. Ne viene che la molecola di ossigeno (che agisce come un magnete elementare) viene attratta dall'atomo di ferro dell'emoglobina a cui si combina. Ciò spiega la rapidità della combinazione ed anche il fatto che essa può largamente verificarsi, pur con piccola tensione di ossigeno dell'aria alveolare, quale si ha p. es., in alta montagna.

Con la combinazione della molecola di ossigeno paramagnetica, con la debolmente diamagnetica emoglobina, ne viene che anche l'ossiemoglobina sarà paramagnetica. In favore di queste vedute, depone anche la riunione delle emazie in pile di monete, che può avvenire anche nei vasi. Nelle emazie, cioè, gli atomi di ferro possono essere orientati in modo che gli elettroni di questi magneti elementari si dispongono nel piano di questi dischi, che sono le emazie le quali — con il campo magnetico rinforzato dall'aggiunta dell'ossigeno — agiscono come un magnete, di cui i momenti magnetici sono diretti in senso verticale verso la superficie dei dischi delle emazie. Queste vengono così reciprocamente attratte in modo da formare le « pile di monete », formazione che viene ostacolata dal movimento del sangue.

Nei capillari periferici, l'ossigeno si libera poi col seguente meccanismo. In seguito al potenziale di corrente, si produce nel circolo una forza elettromotrice nelle arteriole e nei capillari arteriosi, che genera a sua volta in questi vasi una corrente elettrica con il relativo campo magnetico. Poichè la costante dielettrica del sangue è molto elevata, il potenziale di doppio strato fra il sangue e la parete arteriosa diventa tale che il sangue assume una carica positiva e la parete arteriosa una negativa. In tali condizioni, aumenta nel circolo la tensione elettrica nei vasi nel senso della corrente sanguigna e si genera una carica positiva nella rete capillare periferica.

Nelle arteriole e nei capillari arteriosi, si genera, a causa dell'elevato consumo di pressione, una forza elettromotrice, con forte campo magnetico in cui, come nell'interno di un conduttore, la forza magnetica è nulla al centro dell'asse ed aumenta allontanandosi da esso per essere massima alla periferia della parete. Le linee di forza di un tale campo sono concentriche alla sezione trasversale del vaso e la loro intensità aumenta andando dall'asse alla periferia. Le correnti circolari della molecola di ossigeno legata all'ossiemoglobina, le quali agiscono come un magnete elementare, vengono attratte, in questo campo non omogeneo, contro le linee di forza. A causa dell'aumento di intensità del campo magnetico generato dal potenziale di corrente, le molecole di ossigeno vengono liberate dagli atomi di ferro dell'emoglobina e fatte muovere verso la periferia dei vasi ed anche all'esterno di essi.

Secondo tale modo di vedere, l'A. spiega anche l'accesso asmatico, che sarebbe provocato da un forte campo magnetico generato nei vasi polmonari dall'intenso potenziale di corrente; ne verrebbe che sarebbe resa difficile la combinazione magnetica dell'ossigeno con l'emoglobina.

A loro volta, gli joni di acido carbonico nei liquidi dei tessuti sono spinti nei capillari periferici dalla carica positiva generata dal potenziale di corrente. Nei polmoni, l'acido carbonico viene eliminato perchè la carica positiva, generata nelle arteriole polmonari dal potenziale di corrente, si accumula ai margini dei setti alveolari ed attrae gli joni di acido carbonico, che si diffondono nei polmoni. In questi, l'acido carbonico si ha come una molecola elettro-neutra e quindi non viene respinto nei capillari, a carica positiva.

Ne viene che l'acido carbonico è eliminato nei polmoni attraverso la parete divisoria alveolare, mentre l'ossigeno viene preso dalle parti di fondo degli alveoli, di cui i capillari fanno capo alle vene polmonari.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

A. FERRATA. *Le Emopatie*. Seconda edizione. Vol. II, p. II e p. III. Soc. Editrice Libraria, Milano 1935. Prezzo L. 140.

Con la parte II e III del Vol. II (complessive pag. 1619) viene completato il trattato del Ferrata « Le Emopatie ». A queste hanno partecipato AA. di competenza e valore indiscusso come Di Guglielmo, Introzzi, Fieschi.

Nella parte seconda sono trattati ampiamente da Introzzi vari capitoli quali « I granulomi, Linfosarcomi e Linfosarcomatosi, Neoplasie sistematiche delle ghiandole linfatiche »; da Fieschi: « Il cloroma ed il mieloma »; e da Di Guglielmo: « Le malattie emorragiche, Il morbo di Vaquez, Le mielosi eritremiche ed eritroleucemiche ». Con particolare estensione vengono poi trattate le leucemie e pseudoleucemie.

Nella parte terza (parte speciale) vengono svolti con la collaborazione di Fieschi le mielopatie involutive (mielosi aplastiche) ed un capitolo nuovo che entra ora nei trattati di ematologia: quello dell'anemia ipocromica essenziale.

Introzzi poi con larga competenza tratta estesamente della biopsia degli organi emopoietici (midollo osseo, milza, linfoglandole, fegato) nelle varie condizioni morbose, particolarmente nelle emopatie.

Un capitolo importante ed ampio è dedicato da R. Balli alla terapia coi raggi X nelle varie emopatie.

Sono esposte sia le basi pratiche della röntgenterapia sia le azioni biologiche delle radiazioni röntgen sugli organi emopoietici e sul sangue e la loro azione terapeutica. Questo capitolo è svolto da R. Balli con notevole e profonda competenza fondata su larga pratica nella radioterapia. Segue un'ultima parte sulla trasfusione (Introzzi) (tecnica, effetti biologici, indicazioni cliniche).

Il trattato ad ogni capitolo è corredato da ampia bibliografia, e da tavole a colori, sì da rendere particolarmente chiari anche a chi si accinge ai primi studi, i vari temi trattati. Alla fine poi della parte speciale vi sono 14 belle tavole litografiche a colori rappresentanti i vari quadri leucemici.

Come abbiamo già ricordato nella recensione dei precedenti volumi, le « Emopatie » del Ferrata costituiscono un'opera completa, di studio e di consultazione, necessaria per lo studente e per il medico che voglia approfondire le sue nozioni di ematologia: chiunque si interessi dei problemi di ematologia, oggi continuamente in evoluzione, deve possedere questo trattato nel quale è messo anche giustamente in rilievo il largo contributo di ricerche portato dagli AA. italiani. Le « Emopatie » del Ferrata costituiscono vanto ed onore per la scienza ematologica italiana.

F. CORELLI.

TOR ENGESTRÖM. *Beitrag z. Kenntnis der Magensaftacidität und der Verdünnungssekretion des Magens.* (Pagine 75). Supplemento LXVI degli « Acta med. scandinavica ». Stockholm, 1935.

Il lavoro dell'A. porta un importante contributo alla questione riguardante la regolarizzazione dell'acidità del succo gastrico. Esso studia anzitutto le variazioni di acidità del succo gastrico emesso di recente e ricerca se può ammettersi la così detta « secrezione di diluizione ». Descrive la tecnica delle ricerche ed i risultati ottenuti, che hanno importanti riflessi anche per la patologia, specialmente dell'iperacidità. *fil.*

H. REBOUL. *L'Artériographie des membres et de l'aorte abdominale.* Masson, 1935. Fr. 40.

Nelle sue 50 pagine di testo l'A. ha voluto essenzialmente fare uno studio critico del metodo arteriografico in base alla sua esperienza di 115 iniezioni su 78 malati. L'altra metà del libro è di casistica con radiogrammi dimostrativi. Sono state praticate 13 iniezioni di thorotrast e 104 di tenebryl.

Dopo una breve storia critica del metodo l'A. si indugia a discutere sulla qualità della sostanza da iniettare, sulle reazioni vasomotorie all'iniezione. Brevemente discute gli incidenti, il valore pratico dei risultati e le possibili deduzioni terapeutiche, importanti specialmente nell'arteriografia degli arti.

E. MILANI.

JOSEPH KOWARSCHIK. *Kurzwellentherapie.* Springer ed. 1936. 147 fig., p. 140. Marchi 10.80.

L'A., già noto in Italia per la traduzione del suo libro di diatermia, presenta oggi in piccola mole uno studio monografico sulle *onde corte*.

Una metà del libro è di fisica-tecnica (fisica delle onde corte — apparecchi — tecnica delle applicazioni) e l'altra metà tratta dell'azione biologica e dell'azione terapeutica.

Sfrondato l'argomento di molte parti inutili e di letteratura inutile, l'A. offre in modo sintetico e pratico la possibilità di avere sotto mano le cognizioni più importanti riguardanti questo nuovo mezzo di cura. E. MILANI.

☛ DOVERI MORALI DEGLI ABBONATI!

1° Pagare sempre l'importo dell'abbonamento al « Policlinico » senza obbligare l'Amministrazione a speciali solleciti « ad personam »;

2° L'importo d'abbonamento va inviato mediante l'ordinario vaglia postale a tassa o con assegno bancario; può essere anche versato nel Conto Corrente Postale N. 1/5945, dell'editore L. Pozzi, Roma, con la mite tassa di 15 o 20 centesimi e senza alcuna tassa se da Capoluogo di Provincia;

3° Chi preferisce pagare contro tratta postale dell'Amministrazione, tenga presente che l'importo di questa dovrà essere aumentato di 5 lire per le varie tasse ed altri diritti postali che la tratta comporta.

I vaglia vanno indirizzati all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta ordinaria del 7 febbraio 1936.

Presidente: Prof. SPIRITO.

Sulla funzione delle diverse cellule del lobo ant. dell'ipofisi.

Dott. O. CARERE COMES. — Per dare un contributo al discusso problema della funzione delle diverse cellule del lobo ant. dell'ipofisi, l'O. dopo aver ricordato le ricerche eseguite su questo argomento nel campo dei mammiferi, espone le osservazioni da lui eseguite nei selaci, nel periodo dell'accrescimento ed in quello della riproduzione. Tali osservazioni gli hanno permesso di affermare che le cellule eosinofile regolano i fenomeni dell'accrescimento mentre quelle cromofobe producono un ormone gonadotropo; esiste infine una specie di antagonismo fra i due tipi di cellule e le relative secrezioni.

Contributo allo studio della miosite ossificante.

Dott. O. CARERE COMES. — Riferendosi ad un caso di miosite ossificante dei muscoli della coscia, accompagnata a fenomeni spiccatissimi di reazione reticolo istiocitaria di quasi tutti gli organi, e di alterazioni delle pareti arteriose l'O. afferma l'importanza del sistema reticolo-istiocitario nella genesi della miosite ossificante. Nel reperto istologico, accanto ai fenomeni di atrofia muscolare e di reazione connettivale, e di neoformazione ossea l'O. descrive particolari noduli linfatici, finora non osservati da altri AA.

Contributo allo studio della melanosi del colon.

Prof. B. LUNGHETTI. — L'O. comunica un caso di melanosi del colon interessante per la sua gravità e per la sua estensione ed ancor più per la presenza nel tessuto cellulo-adiposo esistente nelle pareti dell'intestino e dello stomaco e aderenti a questi, di grossi elementi cellulari rotondeggianti di oscura natura e riscontrati anche in altre parti del corpo.

Sulla trasmissibilità della malaria per mezzo dell'inoculazione endovenosa del l. c. r. di individui malarizzati.

Prof. G. MAZZETTI e dott. E. BROGGI. — Gli OO. documentano con una serie di prove, la possibilità che i risultati positivi ottenuti con la inoculazione endovenosa di liquor di individui malarizzati a individui sani, siano imputabili molte volte alla presenza di tracce anche minime di sangue svelabili nei liquor solo con adatti accorgimenti (centrifugazione a 15.000 giri per 15').

Influenza degli ormoni contenuti nell'urina di donna gravida sul S. R. I.

Dott. G. ROMANIELLO. — L'O. facendo seguito a sue precedenti ricerche ha studiato se l'ipertrofia del S. R. I. che si ha in gravidanza è dovuta o no agli ormoni gravidici, se questi ormoni sono capaci di agire anche in animali ipofunzionanti (impuberi e castrate); ed infine se essi sono capaci di ulteriormente stimolare il S. R. I. già iperfunzionante in gravidanza. Quale stimolo ormonico l'O. ha usato l'urina di donna gravida, ed ha notato che essa stimola intensamente il S. R. I. delle cavie adulte e delle impuberi, meno quelle delle castrate, ed intensifica anche sensibilmente l'ipertrofia già esistente nelle cavie gravide.

Prof. F. SESTINI, per lo studente L. DONATELLI. — *Sulla origine, terminazione, omologia e sulla probabile interpretazione del fascio della lamina terminale degli uccelli.*

Prof. F. SESTINI. — *Le conoscenze anatomiche e fisiologiche di un poeta toscano del secolo scorso: un'ode di B. Sestini.*

Prof. F. SESTINI. — *Osservazioni sulla topografia del simpatico cervicale.* Nota I. *I. Gangli.*

Il metodo di Finikoff nella cura della tubercolosi sperimentale.

A. DONNINI e M. SIMONCINI. — Gli OO. esposti i risultati di uno studio sistematico da essi eseguito sull'azione locale e generale del composto più attivo usato da Finikoff, l'olio di arachide iodato, e sulle modificazioni da esso apportate nel sangue, affermano che nella tubercolosi delle cavie e dei conigli provocata in forma acuta e diffusa, il metodo di Finikoff è inattivo, non riscontrandosi alcuna differenza fra animali trattati ed animali di controllo, nè in rapporto alla durata della vita, nè in rapporto al quadro macroscopico ed istologico delle lesioni specifiche. Spiegano questi risultati con la tardività di risposta dell'organismo alla terapia di Finikoff e con l'acutezza della infezione provocata. *Il Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Una nuova forma clinica della malattia di Nicolas-Favre.

A. Aravandinos (*Presse méd.*, 95, 1918, 1935) dice come il bubbone inguinale e le forme rettali con stenosi siano le due forme più frequenti della linfogranulomatosi o quarta malattia venerea. Però ne esiste un'altra varietà da chiamarsi ano-rettite linfogranulomatosa acuta, che si presenta con la sintomatologia di una dissenteria.

Si hanno numerose scariche giornaliere, striate di sangue; forte tenesmo. All'esame radioscopico si vede una mucosa ano-rettale arrossata e ricoperta da piccole lesioni ulcerative, spesso ricoperte da muco sanguinolento, che sono poco profonde, oltrepassando raramente la mucosa.

Al di fuori del tenesmo, che può essere anche molto doloroso, i sintomi dissenteriformi non sono molto acuti e rassomigliano piuttosto a quelli della dissenteria amebica che della bacillare.

L'andamento è cronico e l'evoluzione porta alla stenosi rettale.

Bisogna pensare a tener presente questa malattia, che sembra più frequente di quello che non si creda; e in casi cronici praticare la reazione di Frei, che derima subito il dubbio, e ci porta a praticare la terapia specifica.

U. BRACCI.

A proposito delle forme anitteriche della spirochetosi ittero-emorragica. Un caso di spirochetosi a sintomatologia polmonare e meningea.

J. Brahic, M. Recordier e J. Vague (*Gaz. des Hôp.*, 9 ott. 1935) riportano il caso di un uomo di 45 anni, esposto al contagio per il suo mestiere di terrazziere, che, esaminato una prima volta al quindicesimo giorno di una piressia, presentava un focolaio broncopneumonico, una epatomegalia voluminosa senza ittero, un'azotemia elevata, una reazione meningea clinica molto netta senza modificazioni del liquor. Il quadro clinico era insomma quello di una pneumopatia acuta con reazione epatica, renale e nervosa in un alcoolista. Il sopraggiungere di una ricaduta febbrile fece pensare alla possibilità di una spirochetosi di cui una siero-diagnosi di Martin e Pettit dimostrò la realtà. Si trattava dunque di una spirochetosi anitterica con sintomi polmonari e meningei evidenti.

Le affezioni polmonari nel corso della spirochetosi ittero-emorragica sono frequenti e sono classicamente di comparsa assai tardiva, di poca importanza e considerate come dovute a germi di infezione secondaria. I lavori recenti hanno però messo in luce l'esistenza di localizzazioni polmonari puramente spirochetosiche che realizzano sia un tipo bronchitico, sia un tipo bronco-polmonitico. Si pensa in questi casi ad una invasione diretta delle vie respiratorie da parte del germe.

Le forme meningee pure della spirochetosi hanno in generale come caratteristiche: 1° di accompagnarsi ad una azotemia discreta (vicino a 0,50); 2° di provocare una reazione del liquor consistente in una leucocitosi elevata (p. es. 300 elementi al 7°-8° giorno) in cui i polinucleari predominano all'inizio, i linfociti alla fine. Parallelamente a questa reazione cellulare, l'albuminosi rachidiana è al contrario poco importante (0,40 circa).

Il caso riportato dagli AA. non presentava queste due caratteristiche. Il tasso dell'urea del sangue era molto elevato (1,95) e la puntura lombare permetteva di raccogliere un liquido cefalo-rachidiano assolutamente normale.

Senza voler trarre conclusioni patogenetiche da una sola osservazione, gli AA. si domandano se, nel loro caso, la sindrome meningea diagnosticata clinicamente non dipenda dall'aumento dell'urea sanguigna piuttosto che rappresentare una meningite da spirocheti senza alcuna reazione biologica.

C. TOSCANO.

Granulocitopenia e reumatismo articolare.

La cosiddetta agranulocitosi, rispettivamente granulocitopenia, rappresenta un complesso sintomatico determinato dall'azione tossi-infettiva di un virus che danneggia elettivamente il midollo osseo nel senso di una paralisi della leucopoiesi.

Tra i processi tossi-infettivi che durante gli ultimi anni sono stati riconosciuti quali fattori etiologici di una granulocitopenia il reumatismo articolare occupa un posto importantissimo. Alle osservazioni degli autori precedenti Kissling (*Die Medizinische Welt*, 26 ottobre 1935) ne aggiunge due molto dimostrative: in uno dei due casi nel corso di due anni l'A. ha potuto osservare quattro volte l'insorgere di una granulocitopenia in rapporto con episodi di angina e reumatismo articolare. Ha notato inoltre la trasformazione del quadro ematico da granulocitopenico in mielo-leucemoide. In ambedue i casi sono state somministrate per il reumatismo articolare forti dosi di piramidone che non hanno esercitato alcuna azione dannosa sull'emopoiesi.

M. NUNBERG.

Il trattamento del reumatismo acuto.

J. Eaton (*Edinburgh med. journ.*, luglio 1935) nega ai salicilati qualsiasi azione specifica nel reumatismo acuto ed attribuisce ad essi soltanto un'azione anodina, antipiretica ed an-

tiflogistica; essi non impediscono le ricadute, nè le complicazioni cardiache.

Tenuto conto della frequente associazione del mal di gola con il reumatismo acuto e della presenza dello streptococco emolitico nella gola stessa, è probabile che esso abbia importanza nella malattia. Da ciò, l'indicazione di usare un siero contro di esso (scarlattina).

Tale siero (antitossina) si inietta nei muscoli glutei alla dose di 60 cmc., divisa in due dosi da 30 a 36 ore d'intervallo. Prima della somministrazione, è necessario saggiare la sensibilità del paziente mediante l'iniezione intradermica di cmc. 0,2 del siero concentrato, diluito al 1/10 in soluzione fisiologica sterile; eritema e bolla debbono essere affievoliti per fare la prima iniezione di 30 cmc. Altrimenti, si incomincia con cmc. 0,025 (sottocute) raddoppiando la dose dopo mezz'ora e così di seguito fino ad iniettare i 30 cmc. in 10-11 ore; a partire dai 2 cmc. l'iniezione si fa endomuscolare.

In 37 casi, si è avuta la completa guarigione nei 3/4; nell'altro 1/4, si sono avute ricadute dopo una guarigione apparente o grande miglioramento; un'ulteriore dose di antitossina portò alla guarigione più rapidamente che con la somministrazione di salicilati. Un solo caso di morte.

Mancano con questo trattamento i sudori profusi, mentre scompaiono più rapidamente che con i salicilati il malessere, i dolori e la rigidità. Durante il trattamento, non si rilevò sviluppo di endocardite. *fil.*

Il trattamento della varicella.

K. Oxenius (*Münch. med. Wochens.*, 21 febbr. 1935) osserva che le cicatrici nella varicella si hanno essenzialmente in conseguenza del grattamento. Ora il trattamento classico di tenere il bambino in letto non fa che aumentare il prurito, mentre il bambino che si annoia lo risente maggiormente. Per tale ragione, è molto più logico fare alzare il bambino e, se il tempo è abbastanza favorevole, lasciarlo anche giuocare all'aria libera. Non sono da temere le nefriti che non si osservano più spesso nei bambini che si fanno alzare in confronto di quelli tenuti immobilizzati.

Il trattamento locale, mediante pomate, polveri o piuttosto delle spennellature con soluzioni antipruriginose, può essere completato con l'uso di piccole dosi di piramidone. Spesso sono utili i bagni tiepidi.

L'allontanamento dalla scuola per il periodo di 3 settimane è troppo lungo, poichè dopo il 10° giorno, scomparse le manifestazioni cutanee, il bambino dovrebbe poter ritornare in classe.

I casi di recidiva sembrano dovuti ad errori di diagnosi, in quanto che la varicella è immunizzante. *fil.*

L'uso di piccole dosi di chinina nella malaria.

R. B. Hill e J. Olavarria (*Jorun. amer. med. assoc.*, 29 giugno 1935) hanno tentato la cura dei malarici con la sola somministrazione di solfato di chinina, un grammo per quattro giorni. Hanno tenuto i malati in osservazione per 3 anni. Ne è risultato che:

Su 234 casi di infezione da *Plasmodium vivax*, si sono avute recrudescenze nel 15 % e recidive — nell'anno seguente — oltre il 35 %.

Di 231 recidive primaverili da *Pl. vivax*, si è avuto il 60 % di recrudescenze consecutive al trattamento.

Su 56 casi di infezione da *Pl. falciparum*, si ebbero recrudescenze nel 90 %; queste vennero curate e, l'anno seguente, si ebbero soltanto 3 recidive.

Gli AA. sono quindi del parere che le infezioni da *vivax* possano essere curate anche col trattamento breve (veramente le proporzioni riportate di recrudescenze e di recidive non sono basse), mentre quelle da *falciparum* vanno trattate più a lungo, aggiungendovi degli altri rimedi allo scopo di impedire le recidive primaverili. *fil.*

Il trattamento del carbonchio con alte dosi di siero anti-carbonchioso.

Da quando il prof. Penna di Buenos Ayres ha comunicato nel 1921 il suo metodo di trattamento, tutti i pazienti affetti da carbonchio vengono curati a Craiovo (Rumenia) con alte dosi di siero (100-200 cmc. al giorno, per via endomuscolare e sottocutanea, eventualmente endovenosa nei casi gravi). Secondo A. Metzulescu (*Münch. Med. Wschr.*, 24 gennaio 1936) questa terapia iniziata precocemente abbrevierebbe la durata della malattia e ne renderebbe più lieve il decorso: la mortalità (nell'ospedale per infettivi diretto dall'A.), che prima del 1921 era del 19,5 %, sarebbe scesa al 4,8 %. M. NUNBERG.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il pH del sangue e l'acido lattico in diversi tipi di malattie cardiache.

(I. Harris, E. W. Jones, C. N. Aldred (*Quarterly Journ. of Med.*, ottobre 1935) hanno studiato il pH, l'acido lattico e la riserva alcalina del sangue in differenti tipi di malattie di cuore, sia in condizione di esercizio sia che in riposo. Bisogna ricordare che già Lewis ed altri AA. dalle loro ricerche sono venuti alla conclusione che la dispnea in certi tipi di cardiopatia è causata da un'acidosi: questi Autori hanno trovato un aumento dell'acido lattico in alcuni dei casi da essi studiati. Una stretta correlazione con questo argomento ha il problema degli scambi gassosi nelle malattie cardiache: per quanto riguarda l'ossigeno, l'opinione comune è che soltanto

nella congestione polmonare o nell'edema si trova una desaturazione di ossigeno nel sangue arterioso. Il contenuto di anidride carbonica del sangue è basso nelle malattie cardiache, salvo alcune eccezioni.

Dalle ricerche degli AA. risulta che in condizioni di riposo, l'acido lattico nel sangue è aumentato nei casi di insufficienza cardiaca: d'altra parte la quantità di acido lattico ha una stretta correlazione con il grado di insufficienza cardiaca. Eccettuati i casi di estrema gravità il pH del sangue è normale nei differenti tipi di malattia cardiaca. Gli AA. hanno potuto inoltre stabilire che la quantità di acido lattico che viene a formarsi dopo un determinato esercizio è in diretta relazione con la forza di riserva cardiaca: più grave è la severità della insufficienza, più grande è la quantità di acido lattico che si viene a formare. D'altra parte in seguito a un determinato esercizio, anche il Ph del sangue subisce un lieve abbassamento. G. LA CAVA.

POSTA DEGLI ABBONATI

Sul metabolismo basale.

Al dott. L. Matt. da Mod. Abbonato N. 11462.

La formula di Gale e Gale per la determinazione della cifra del *metabolismo basale* è la seguente:

$$M. B. = Pr. + Pl. - 111,$$

ove Pr. è la pressione differenziale e Pl. il numero delle pulsazioni per minuto primo.

Questa formula è stata studiata su più di mille casi ed ha dato risultati abbastanza precisi, nonostante la sua estrema semplicità. La formula ha poco valore nei cardiopatici e negli ipertesi. G. LA CAVA.

VARIA

Ospedali a trucco in Etiopia.

Un inviato speciale dell'*Excelsior*, in Etiopia, Giovanni Costantinescu, in una lunga corrispondenza da Harrar conferma l'enormità dell'abuso fatto dalle autorità abissine dell'emblema della Croce Rossa. « Posso affermare, essendone stato testimonio oculare — scrive l'articolista — che ad Harrar tutti gli edifici abbastanza importanti per essere presi di mira in caso di bombardamento sono stati fiancheggiati da sedicenti ospedali, i cui tetti e le cui muraglie si adornano di immense Croci Rosse. Dico « sedicenti ospedali » poichè in molti di essi non esisteva che qualche pacchetto di medicazione, una barella, una bottiglia di tintura di iodio... Non un ammalato, non un ferito. Spesso, invece, molte casse di armi e di cartucce. Soltanto nel quartiere europeo, composto di una diecina di case appena, vi sono ad Harrar ben 4 ospedali e due chiese. Questi edifici inquadrano completamente il *Ghebbi* del Governatore, i locali della stazione radiotelegrafica, il palazzo dell'Imperatrice e la casa del Municipio. Ne risulta che è impossibile praticamente bombardare Harrar senza colpire una chiesa o un edificio protetto dalla Croce Rossa. Posso anche affermare che il *Ghebbi* del Principe Maconnen, duca di Harrar, figlio minore dell'Imperatore, è stato ornato di Croce Rossa due mesi prima che vi si insediasse l'ambulanza egiziana. Tutto ciò lo hanno potuto constatare i miei colleghi della stampa internazionale ed io, nel corso delle passeggiate quotidiane in questa città ».

***

Il giornale riporta una fotografia del Ghebbi del figlio cadetto del Negus su cui sventola una grande bandiera della Croce Rossa.

(*Messaggero*, 18 febbr. 1936).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

AVELLINO. — Per Capriglia, Conza della Campania, Domicella, Montefredane, Rocchetta S. Antonio, S. Angelo dei Lombardi, Savignano di Puglia; scad. 25 aprile.

BENEVENTO. — Scad. 15 aprile; condotta per Paupisi.

BRESCIA. — Per Breno, Corteno, Desenzano del Garda, Lozio, Remidello; scad. 31 marzo.

PALERMO. — Scad. 30 aprile, ore 16; condotta per Corleone e per Godrano.

POLA, per Isola d'Istria, Lussinpiccolo (Sansego); scad. 31 marzo.

TREVISO, per Cornuda, Follina, Vuzzola; scad. 31 marzo.

Chiedere annunzi agli Uffici dei Medici Provinciali.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — È VACANTE il posto di Primario Anatomo-Patologo e Direttore dei Gabinetti d'Analisi dell'Ospedale. In attesa della apertura del concorso cercasi SUBITO interino. Chiedere schiarimenti e presentare domanda corredata da *curriculum* alla Amministrazione.

FOGGIA. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 20 marzo. Posti di Direttore Sanitario e di Aiuto Chirurgo. Stipendio: al posto di Direttore Sanitario, annue L. 24.000 lorde di tutte le relative ritenute; al posto di Aiuto Chirurgo, oltre al diritto di vitto e alloggio solo per sè, stipendio L. 6000 annue lorde di tutte le relative ritenute. Per più dettagliate notizie chiedere bando di concorso al Presidente dell'Ospedale.

VARESE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — La Presidenza rende noto che con deliberazione del Comitato Amministrativo, N. 38 del 30 gennaio 1936-XIV, è stato aumentato da cinque a otto il numero di posti di assistente sanitaria visitatrice di cui al concorso pubblicato con avviso N. 2601-3729 in data 16 novembre 1935-XIV. Si avverte inoltre che il termine utile per la presentazione della domanda e dei documenti per essere ammesse al detto concorso è prorogato alle ore sedici del 16 marzo 1936-XIV.

CONCORSI A PREMI.

Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

L'Istituto bandisce un concorso a premi per una pubblicazione di medicina preventiva destinata ai propri assicurati.

La monografia deve contenere una chiara e semplice esposizione di norme atte a prevenire le affezioni del cuore e dei vasi sanguigni e le norme che possano consentire una vita relativamente lunga e di lavoro proficuo a coloro che da tali affezioni fossero stati colpiti. Deve essere contenuta nei limiti da un minimo di 50 pagine a un massimo di 100 pagine a stampa, in formato 16°. Il lavoro deve essere originale ed inedito: deve essere inviato in cinque copie dattilografate alla Direzione Generale (Roma, via Sallustiana 51) non più tardi delle ore 12 del quindici ottobre 1936-XIV.

Gli autori firmeranno il lavoro con un motto che sarà ripetuto su una busta chiusa e sigillata, nella quale dovrà essere contenuto il loro nome e l'indirizzo. Il lavoro approvato dalla Commissione giudicatrice e quindi premiato diventerà di proprietà assoluta dell'Istituto. L'Istituto mette a disposizione della Commissione giudicatrice un premio di L. 5.000 (cinquemila).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto membri associati stranieri il prof. Roberto Alessandri (ne abbiamo già dato notizia) e Sir Thomas Barlow di Londra (ben noto per avere individuato la malattia che ne porta il nome). Ha eletto membri associati nazionali il prof. Edmond Sergent, direttore dell'Istituto Pasteur di Algeri, e il prof. René Leriche, clinico chirurgo di Strasburgo.

Nel dicembre u. s. si è espletato il concorso per esami e per titoli a due posti di aiuto-radiologo degli Ospedali Riuniti di Roma. La Commissione era così composta: presidente: prof. Riccardo Moretti; membri: proff. Aristide Busi, Sordello Attili, Paolo Alessandrini, Eugenio Gasparro; segretario: avv. Scozzarella. Sono riusciti: 1° il dott. Adriano Ascarelli; 2° il dott. Guido Bertè.

NOTIZIE DIVERSE

La campagna antitubercolare dell'anno XIV

La Federazione Nazionale per la lotta contro la tubercolosi comunica che il Ministero dell'Interno ha dato le direttive per la celebrazione della Campagna Nazionale Antitubercolare dell'Anno XIV, la organizzazione della quale è stata affidata, come negli anni scorsi, alla Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, in collaborazione con la Croce Rossa Italiana e coi Consorzi provinciali antitubercolari del Regno.

La serie delle manifestazioni che s'inquadrano nella Campagna antitubercolare, sarà aperta dalla « Seconda Settimana Nazionale per la diagnosi precoce ». Tale iniziativa, realizzata per la prima volta nella precedente Campagna, sarà ripetuta quest'anno — perfezionandone lo svolgimento ed accentuandone lo sviluppo — nella certezza che essa, in un tempo non lontano, potrà apportare un contributo essenziale ai fini della completa soluzione del problema della lotta contro la tubercolosi.

La vasta azione di propaganda che sarà realizzata nella « Settimana per la diagnosi precoce », dal 29 marzo al 4 aprile, costituirà anche un mezzo efficace per preparare il popolo di tutte le categorie sociali a partecipare attivamente alla « Giornata delle Due Croci », che si celebrerà domenica 5 aprile, e con la quale si inizierà la « IV Campagna per il francobollo antitubercolare », che continuerà fino al 3 maggio con la vendita al pubblico dei libretti di francobolli.

Nella « Giornata delle Due Croci » saranno diffusi distintivi simbolici, oggetti utilitari e di propaganda, ma sopratutto numerose pubblicazioni originali intese ad esaltare le ragioni ideali e storiche determinanti il momento che oggi vive tutta la Nazione, unita in concordia di sentimenti e di propositi.

La Campagna costituirà un'altra significativa testimonianza della forza di volontà e della consapevolezza di tutto un popolo, che ha visto discendere la mortalità per tubecolosi da 65.000 a 35.000 morti l'anno e che tanto più è geloso perciò di conservare e di accrescere il patrimonio più sacro della Nazione: la salute fisica di tutti i suoi figli.

10ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

L'Unione internazionale contro la tubercolosi terrà la sua 10ª Conferenza a Lisbona, dal 7 al 10 settembre, sotto la presidenza del prof. Lopo de Carvalho. La discussione sarà limitata a tre temi:

Biologia: « Gli aspetti radiologici dell'ilo polmonare e loro interpretazione », relatore principale: prof. Lopo de Carvalho (Portogallo);

Clinica: « Primo-infezione tubercolare dell'adolescente e dell'adulto »; relatore principale: dott. Olaf Scheel (Norvegia);

Igiene sociale: « Profilassi della tubercolosi a domicilio »; relatori principali: dottori Ch. J. Hatfield (Stati Uniti) e D. A. Powell (Granbretagna).

Sono anche designati 34 correlatori, tra cui per l'Italia i proff. Aristide Busi (tema biologico) e Gioacchino Breccia (tema sociale).

Viene preparato un programma di ricevimenti e d'escursioni.

Per informazioni supplementari rivolgersi all'Unione, boulevard St.-Michel 66, Paris 6e. Il Comitato organizzatore ha sede alla: Assistencia Nacional aos Tubercolosis, avenida 24 de Julho, Lisboa, Portogallo.

I membri dell'Unione sono esenti da qualsiasi tassa d'iscrizione; i non membri devono corrispondere una quota di 200 scudi (circa 100 lire it.), per l'intermediario della « Federazione Nazionale Italiana Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi », via Nazionale 200, Roma.

15º Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia mediche.

Abbiamo già annunziato che è indetto a Belgrado nel 1936; la data provvisoria è dal 25 al 29 settembre. È posto sotto l'alto patronato del Principe Paolo, reggente reale della Jugoslavia; presidente d'onore ne sarà il prof. R. Sankevitch; presidente effettivo il dott. Raymond Durand-Fardel (avenue Carnot 28, Paris 17e). Temi in discussione:

Idrologia terapeutica: « La cura termale del diabete »; relatore principale: prof. Rathery (Francia);

Idrologia: « Alcuni problemi nuovi nella biofisica delle acque »; relatore principale: prof. Villaret (Francia);

Climatologia: « Le influenze climatiche nella prevenzione e nella terapia per adolescenti (esclusa la tubercolosi) »; relatore principale: prof. Piéry (Francia);

Geologia: « Geologia delle stazioni idrotermali jugoslave »; relatore principale: prof. Loukovitch (Jugoslavia).

La segreteria ha sede alla Facoltà di Medicina di Belgrado. Segretario generale è il dott. H. Flurin (avenue Mac Mahon 19, Paris 17e); segretario del comitato ordinatore è il prof. Neskovitch, r. Nemanzina 42/1, Beograd, Jugoslavia.

Corsi per medici condotti.

La Scuola Medica Ospitaliera di Roma ha organizzato due corsi speciali per medici condotti. Uno, *corso A*, avrà inizio il 16 aprile 1936 e termine il 15 maggio; sarà però prorogabile fino al 31 maggio per quei medici che potranno trattenersi più di un mese. Avrà luogo negli Ospedali di S. Spirito, di S. Gallicano e del Bambin Gesù e nel R. Istituto di Medicina Legale. L'altro, *corso B*, avrà inizio il 16 maggio 1936 e termine il 15 giugno; sarà però prorogabile fino al 30 giugno per quei medici che potranno trattenersi più di un mese. Avrà luogo negli Ospedali del Littorio e di S. Giovanni. Chiedere i programmi alla Segreteria, Policlinico Umberto I, Roma.

" L' Attualità medica ".

Il primo numero di questo periodico (già « Igea », allegato agli « Annali d'Igiene »), merita l'attenzione dei nostri lettori.

Esso reca una serie di articoli interessanti: il prof. Rondoni, accademico d'Italia, tratta delle direttive attuali nello studio dei tumori maligni; il prof. Gaifami, clinico ginecologo di Roma, esamina il problema della fisiologia del corpo luteo, con particolare riguardo alle applicazioni; il prof. Paterni, primario medico negli Ospedali di Roma, prospetta i progressi recenti della chirurgia applicata alla medicina interna. Si tratta di tre piccoli capolavori di chiarezza e precisione.

Fino a qualche tempo addietro in Italia i maestri della medicina e i medici di più alta fama sdegnavano di presentare ai colleghi, in studi rias-

suntivi, lo stato dei problemi in via di evoluzione e di discussione; ma ora gli spiriti più eletti hanno compreso il dovere di compiere quest'utile opera di diffusione della cultura e ne « L'Attualità Medica » ce ne offrono un esempio degno di segnalazione. Il fascicolo è completato da una serie di brevi articoli: il sen. Sanarelli mette in valore gli studî della scuola di Pende sulla nutrizione; il dott. Talenti, aiuto nell'Istituto d'Igiene di Roma, e il dott. Filippini, dirigente i laboratori d'igiene applicata nelle Ferrovie dello Stato, trattano alcuni problemi di dietetica; i dottori Tegoni e Boni pubblicano note di diagnostica e di terapia. Il dott. Verney espone nuove considerazioni sull'utilità delle sanzioni, che così vivamente interessano medici e non medici. Un gruppo di notizie completa il fascicolo.

Non sarebbe stato possibile di condensare in 24 pagine una maggiore copia di materiale, su argomenti d'attualità, che nessun medico può trascurare.

Azioni giudiziarie.

Il maresciallo dei carabinieri Giuseppe Anzalone era stato sottoposto ad accertamenti sanitari e la commissione medica, constatato che il sottufficiale, afflitto da diverse infermità provenienti da ferite di guerra, non era da ritenere più idoneo al servizio, aveva proposto il collocamento a riposo. Il Ministero adottò il provvedimento proposto dalla commissione. L'Anzalone avanzò, allora, domanda di pensione privilegiata di guerra, ma il Collegio medico delegato alle pensioni di guerra, in contrasto con il precedente giudizio della commissione, ritenne il sottufficiale guarito dalle contratte infermità di guerra ed idoneo a prestar servizio. Avuta comunicazione di questa seconda determinazione il sottufficiale rivolse istanza al Ministero chiedendo, in base alle nuove risultanze, la revoca del collocamento a riposo ed il richiamo in servizio. Avverso la risposta negativa l'Anzalone produsse ricorso al Consiglio di Stato. Con recente decisione la quarta sezione ha accolto il ricorso stabilendo che ogni atto della pubblica amministrazione, oltre che nelle norme giuridiche, deve trovare il suo fondamento anche nei principii di giustizia, che imponevano nel caso in esame il dovere di acclarare ogni dubbio.

Si è ora avuto l'epilogo di una lunga azione giudiziaria intentata contro il dott. F., di Mulhouse (Francia), specialista in oto-rino-laringologia, chiamato ad assistere un giovane caduto da una scala; egli diagnosticò una semplice contusione e prescrisse il riposo a letto; dieci giorni dopo, non avendosi miglioramento, fu chiamato un chirurgo, il quale trovò una frattura interessante l'articolazione dell'anca; dopo 24 giorni dall'infortunio, sopravvenne un'infezione. È residuata deformità. Il dott. F. è stato assolto dal Tribunale Civile di Mulhouse e dalla Corte d'appello di Colmar; un ricorso contro la sentenza della Corte d'appello è stato respinto dalla Corte di Cassazione di Strasburgo, che si è basata su di una perizia del clinico chirurgo di quella Università.

A San Francisco sono stati rinviati a processo i dottori Tillmann e Boyd, arrestati per avere sterilizzato certa Anna Hewlett, dietro incarico della di lei madre, che voleva conservare l'uso di beni i quali, per una disposizione testamentaria, sarebbero dovuti passare ai figli eventuali della operata.

Un po' dovunque.

Un congresso mondiale dei medici ebrei si terrà il 21 aprile a Gerusalemme. L'assemblea si propone di studiare la situazione sanitaria delle popolazioni israelite nel mondo ed i problemi professionali dei medici e degli studenti israeliti nei varî Paesi. Il congresso è organizzato dall'Unione delle società per la protezione della salute delle popolazioni ebree O. S. E., avenue des Champs-Elysées 92, Paris.

Come abbiamo già annunziato, un Congresso di neurologia si terrà a Néris, stazione termale francese, nel prossimo settembre; l'organizzazione ne è stata assunta dal prof. Alajouanine. Tema in discussione: « Le affezioni del sistema vago-simpatico ». Il Centro Medico, il Municipio, la Società Medica, il Sindacato d'Iniziativa e la Società Termale di Néris concorreranno alla buona riuscita di questo « Congresso del simpatico », come è stato definito.

La Società Laziale di Ostetricia e Ginecologia si è adunata il 7 febbraio, sotto la presidenza del prof. P. Gaifami. Sono state fatte comunicazioni da: G. Sannicandro (moderne conoscenze sulla luteina), F. D'Aprile (pericoli ed errori delle perizie med.-leg.), G. Miranda (cicatrice isterotomica di cesaree iterative), M. Pinto (trattam. dell'infez. puerperale con iniezioni di carbone vegetale). I lettori cui interessa il resoconto della riunione lo troveranno nella « *Clinica Ostetrica* », N. 2.

La Società di Ostetricia e Ginecologia delle Venezie si è adunata il 2 febbraio a Padova, sotto la presidenza del prof. A. Bertino, assistito dal segretario prof. E. Maurizio. Sono state fatte comunicazioni da: O. Viana, F. Strina, E. Opocher, M. Geyer, E. Debiasi, S. Zuech, A. Menini.

La Società Medica del Friuli (Sezione culturale del Sindacato Medico Fascista del Friuli) si è adunata il 30 gennaio. Sono state fatte comunicazioni da: G. Pieri, G. Gherardini, G. Couvin.

Il 10 maggio si terrà a Strasburgo una « Riunione dermatologica » per lo studio del tema: « I dati nuovi sulla sifilide sperimentale e in particolare le soluzioni che essi possono portare ai problemi posti dallo studio clinico della sifilide umana ». Chi desiderasse assistervi, è pregato di darne annunzio al Dr. Pautrier (professeur à la Faculté de Médecine, Strasbourg, Francia).

Il prof. D. Ottolenghi ha tenuto a Napoli la sua prolusione al corso d'igiene, trattando il tema: « Igiene e rendimento ».

Per invito della Sezione tosco-umbra della Società italiana di chirurgia, il prof. V. Putti ha tenuto a Firenze, nell'anfiteatro anatomico, una conferenza sulla traumatologia di guerra.

Il prof. Carlo Foà ha tenuto a Milano, nella sede dell'Associazione nazionale fascista donne artiste e laureate (via Manzoni 46), una conferenza sul tema « Alimentazione e sanzioni ».

Il prof. G. Pittaluga, direttore dell'Istituto Nazionale di Sanità a Madrid, ha tenuto due conferenze a Malaga, nel salone della Società delle Scienze, il 27 e il 28 gennaio, sul tema: « La vita e l'opera di Cajal ».

Si è riunito a Ginevra il Comitato per l'Alimentazione presso la Società delle Nazioni. Il Governo italiano ha partecipato ai lavori; delegato italiano è stato il sen. De Michelis.

Un corso complementare d'igiene pratica si terrà a Napoli dal 1° aprile al 31 maggio; modalità consuete; tassa L. 400.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica) ha diramato una circolare in data 10 febbr., nella quale si rileva che gran parte dei Consorzi provinciali antitubercolari si avvalgono, per il disimpegno delle mansioni attribuite alle assistenti sanitarie visitatrici, di personale non abilitato ai sensi di legge, e sollecita a dare maggiore diffusione ai bandi di concorso per l'assunzione di detto personale e a rendere più elevati i compensi.

Il Ministero dell'interno (Direzione Gen. San. Pubbl.) ha diramato una circolare in data 13 febbraio, sulle sedi e gli uffici dei Consorzi provinciali antitubercolari. La riporteremo nel prossimo numero.

Il presidente degli Istituti Ospedalieri di Milano, gr. uff. Della Porta, accompagnato dal segretario generale avv. Castelli e dal rettore vicario mons. Motta, è stato ricevuto in udienza dall'arcivescovo card. Schuster, cui ha fatto omaggio di una pubblicazione édita a cura dell'Amministrazione Ospedaliera, riguardante l'eredità di San Carlo Borromeo all'Ospedale Maggiore di Milano.

A Roma, nel Policlinico, presso l'istituto di patologia medica diretto dal Pende, ha cominciato a funzionare un ambulatorio specializzato per la cura dei diabetici; e nei nuovi locali dell'istituto di radiologia medica della R. Università e degli Ospedali riuniti è stato riaperto al pubblico l'ambulatorio radiologico.

Ne « L'Avvenire Sanitario » del 20 febbraio il dott. G. Alberti documenta ampiamente l'efficienza raggiunta da Torino per la lotta antitubercolare.

Una commissione nominata nel 1933 dalla Società tedesca di medicina interna per il campionamento degli emometri ha presentato la sua relazione alla fine del 1935. Gli emometri campionati secondo le prescrizioni possono portare l'indicazione relativa.

Il dott. Antonio Porcu, sottotenente medico di complemento, è dato come disperso durante i combattimenti svoltisi in Africa Orientale. Ci auguriamo che il giovane collega possa ritornare a prestare la sua valida opera umanitaria.

I quotidiani hanno riferito ampiamente l'avventura di due polacchi catturati dalle Camice Nere in una caverna dell'Amba Aradam: uno di essi, Massimiliano Belau, afferma di esser medico esercente a Varsavia, ove però non risulta iscritto nell'albo; l'altro, Taddeo Medynski, faceva da infermiere. I due dissero di aver medicato circa 1200 feriti e di non essersi voluti allontanare con gli etiopi in fuga. Si dichiararono felicissimi che fosse cessata la loro convivenza con gli etiopi.

Il Tribunale civile di Parigi ha respinto l'opposizione fatta al testamento di una mendica, certa Giulia Bailly, morta nel 1934 e che lasciava 200.000 franchi ad enti benefici; il testamento era stato impugnato dai parenti di lei.

A Matagalpa, presso Managua, capitale del Nicarágua, una donna ha dato alla luce due maschi e tre femmine.

Con profondo rammarico registriamo la fine improvvisa, avvenuta in Torino il 7 febbraio, a 62 anni, del dott. GUGLIELMO OLIARO, notissimo al pubblico medico.

Dedicatosi all'attività editoriale, fondò « Lotte Sanitarie », che contribuirono all'elevazione materiale della classe; poi assunse la « Minerva Medica » e seppe farne un organo dei più diffusi e quotati; intraprese la pubblicazione di ottimi trattati e di monografie, che hanno avuto molta parte nell'affrancare l'Italia dalle traduzioni. Era dotato di vasta e solida cultura e aveva un animo profondamente buono. Lascia un sincero rimpianto. L. P.

È morto a Lucca il dott. comm. LORENZO DEL PRETE, maggiore medico della R. Marina a riposo, padre della Medaglia d'oro Carlo, eroico compagno di Ferrarin nella trasvolata atlantica. Fu per varî anni sindaco di Lucca e presidente di quella Deputazione provinciale.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 20 gennaio al 26 gennaio 1936: Morbillo 263 (1469); Scarlattina 146 (347); Pertosse 106 (312); Varicella 142 (370); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 176 (279); Infezioni paratifiche 36 (40); Febbre ondulante 28 (38); Dissenteria 6 (6); Difterite e croup 319 (595); Meningite cerebro-spinale epidemica 14 (16); Poliomielite anteriore acuta 13 (13); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 3 (3); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 33 (45), dichiarata — (—); Pustola maligna 10 (10); Febbre puerperale 37 (41).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 25 ott. — Malattie infettive.

Klin. Woch., 26 ott. — A. G. MARCANO. Lobo post. dell'ipofisi nell'ipertonia. — W. VON LUCADOU. I corpi adrenali nell'ipertonia. — S. HERMAN e al. Insulina per via percutanea.

Bull. Méd., 26 ott. — Numero sulla sterilità.

Presse Méd., 30 ott. — A. CURTMAN e G. VOULPIOTIS. Facilità e difficoltà diagnostiche dell'ulcera duoden.

Paris Méd., 2 nov. — Numero sulle malattie dell'infanzia.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero sulla tbc.

Practitioner, nov. — Numero semi-monograf. sulle malattie dell'orecchio.

Münch. Med. Woch., 25 ott. — H. FEHSENMEIER. Comportam. del tubo diger. negli encefalitici trattati con atropina. — T. ALTENKAMP. La digitale prima delle operazioni.

Journ. A. M. A., 12 ott. — L. C. RUSSELL e al. Malarioterapia nell'artrite reumatoide. — G. R. MINOT. Anemie alimentari.

Giorn. di Cl. Med., 30 ott. — L. PINELLI. Cuore e aorta nella malaria. — F. DONATI. Contenuto diastasico del liquor nelle malattie sifilitiche del nevrasse.

Acta Med. Scand., II-IV. — C. G. BERNHARD e L. GOLDBERG. Assunzione e combustione dell'alcool negli alcoolisti. — H. BERGLUND e A. R. FRISK. Eliminaz. dell'ac. urico. — H. RASMUSSEN. Esame funzionale del rene. — K. KJAERGAARD. Polmoni cistici. — K. BRÖCHNER-MORTENSEN. Amidopirina e agranulocitosi.

Mediz. Welt, 2 nov. — Numero sulla medicina di guerra.

Revue Neurol., ott. — Numero sul Congresso internaz. di neurologia.

Brit. Med. Journ., 2 nov. — LORD OF PENN. Scienza medica e progresso sociale. — H. M. JAY. Allergia nasale.

Klin. Woch., 9 nov. — M. ASCOLI. Disturbi nel contenuto di lipoidi, da tumori maligni. — M. BERGER. Azione dell'ormone follicolare per via vaginale.

Arch. It. di Dermatol. ecc., dic. — Relazioni decennali sul servizio di profilassi delle malattie veneree e sifilitiche in Italia.

Rev. Franç. de Gynéc., sett. — 4° Congresso franc. di ginecologia.

Haematologica, IX. — F. MARCOLONGO. Linfogranuloma mal. a forma gastrica. — C. COSSALI e G. COZZUTTI. Cosidetta agranulocitosi sperimentale.

Presse Méd., 9 ott. — E. BENHAMOU. Diagnosi del kala-azar con lo striscio dermico.

Brit. Med. Journ., 9 nov. — C. G. LAMBIE. L'obesità. — J. E. HAIN e al. Il tossoide precipitato dall'allume nell'immunizzazione antidifterica.

Lancet, 9 nov. — G. NEUMAN. Nuovi compiti della medicina. — F. FORTY. Lussazione congenita e recidivante della rotula.

Arch. Gen. di Neurologia ecc., IV. — C. VENTRA. Costituzione morfologica degli schizofrenici. — L. PERLA. Trattam. dell'atrofia muscol. progr. con la glicocolla.

Münch. Med. Woch., 8 nov. — A. KLINGE e I. DI MARCO. Infezioni da paratifo C. — H. ANKE. Insufficienza pancreatica congenita.

Deut. Med. Woch., 8 nov. — KOEHLER. Causa del cancro ed eredità.

Journ. d. Prat., 9 nov. — P. KISSEL. Patogenesi della litiasi biliare.

Morgagni, 15 sett. — A. GUGLIUCCI. L'ossalemia nella tbc. polm.

Pediatria, 1 nov. — G. SURANYI. Ipotonia infantile.

Wien. Klin. Woch., 15 nov. — BAUER. Diagnosi citolitica del cancro.

Journ. A. M. A., 2 nov. — H. B. SPRAGNE e al. Cardiopatie. — E. JACKSON. Lotta contro la miopia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tip. Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLIII — Roma, 9 Marzo 1936 - XIV — Num. 10

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DEL LITTORIO

PADIGLIONE MORGAGNI - ROMA.

Sulla tossicità del liquido di ristagno gastrico dopo resezione, e sui suoi rapporti con le sindromi iperazotemiche e ipocloruremiche postoperatorie.

Prof. dott. CESARE ANTONUCCI

Chirurgo Primario.

In questa breve nota ho in animo di esporre compendiosamente le osservazioni fatte su un numero rilevante di resecati per ulcera gastrica o duodenale, e le ricerche, eseguite nel mio Reparto, intese a chiarire le cause e il meccanismo delle sindromi postoperatorie iperazotemiche e ipocloruremiche, o meglio per usare una denominazione più comprensiva, delle sindromi umorali postoperatorie in questa speciale categoria di operati.

La mia esperienza in questo argomento si fonda su trecento resezioni gastriche esattamente al decembre ultimo. Queste trecento operazioni sono state fatte tutte da me e con indicazione data da me.

Se nei primi anni del mio lavoro chirurgico i casi di resezione erano in minoranza rispetto a quelli di gastroenterostomia o altre operazioni (esclusioni; escissioni delle ulcere; Balfour, ecc.), essi sono cresciuti di numero di anno in anno, dimodochè la resezione è ormai da me usata quasi in maniera esclusiva (due sole gastroenterostomie nell'anno ultimo).

Da questa aumentata esperienza ho tratto il convincimento, che, malgrado tutti i progressi tecnici, la resezione gastrica resta pur sempre una operazione grave. Posso dire anzi, che questo convincimento era in me meno radicato a principio, quando facevo le mie prime resezioni, che adesso quando ormai la resezione è diventata il mio intervento abituale.

In un primo periodo la scelta dei malati era da me fatta con molta circospezione; ogni difficoltà anatomica apparsami all'apertura dell'addome era sufficiente per farmi ripiegare sulla più facile gastroenterostomia. Gli esiti erano quindi necessariamente e più costantemente migliori.

A mano a mano che ho allargato le indicazioni, la operazione mi ha manifestato meglio la sua gravità.

La mortalità per questa operazione, nelle

statistiche integrali e più recenti, come nella mia, è in media del 7-8 %.

Pongo la mia riserva sulle statistiche, che chiamerei ottimiste, con percentuali del 3, del 4 %. Esse sono in genere serie di operazioni, non casistiche complete, che comprendano cioè tutti i casi senza eccezione operati da quel dato chirurgo, in tutto il periodo della sua attività fino al momento della pubblicazione.

Ogni chirurgo può aver avuto, come io ho avuto, delle serie di 40-50 e anche più resezioni senza un insuccesso; ma negli altri 60-50 casi se ne sono poi avuti quei tanti sufficienti a riportare certamente la percentuale alle cifre medie, che ho sopra ammesse.

Il Bartrina tenderebbe piuttosto ad ammettere un 10 % di casi letali.

Comunque sia, è certo che la tecnica migliorata, lo studio preoperatorio più preciso e la preparazione più accurata, le cure postoperatorie in non ultimo luogo, ma anzi quasi sullo stesso piano della tecnica, hanno abbassato il tasso di mortalità, fino appunto a portarlo dal 28 % (Bartrina) di alcune antiche statistiche a cifre più tollerabili quali il 10, l'8 o il 7 %.

Ma, con tutto ciò, a me sembra che tale tasso di mortalità in questa operazione sia ancora troppo alto, se si pensa che si tratta di una malattia, che gli abbienti possono ben curare medicalmente, correndo il solo rischio delle complicazioni, mentre il povero, che non può curarsi medicalmente e che deve operarsi, è costretto a correre il rischio forte dell'insuccesso letale.

In questa osservazione di carattere, diciamo così, sociale sta secondo me una delle obiezioni più gravi che possono esser fatte a noi fautori di questa operazione. Si tratta in genere di individui quasi sempre giovani, in pieno periodo lavorativo, spesso col gravame di una famiglia in sviluppo.

Perciò è necessario che i chirurghi si preoccupino sempre più di migliorare ancora le loro casistiche e di ricercare i mezzi per ottenere questo risultato.

Sono convinto che questo ulteriore progresso non si otterrà nel campo tecnico. In questi ultimi venti anni il problema tecnico è stato la preoccupazione prevalente nei chirurghi. E questo ha portato a un tale perfezionamento della tecnica della gastrectomia, che sembra proprio non si possa, almeno di molto, ulteriormente progredire in questa direzione. Tutti i modi di ricostruzione, tutti i sistemi di sutura sono stati provati; alcuni chirurghi hanno voluto dare importanza essenziale a dettagli tecnici, che evidentemente non ne hanno alcuna, se sono identici i risultati dei chirurghi che curano tali dettagli e di quelli che non li curano affatto.

I tre punti importanti ed essenziali veramente sono questi:

1) Operare senza brutalità;

2) Curare l'emostasi;

3) Eseguire meticolosamente le suture.

L'osservanza di questi tre comandamenti mette al sicuro in maniera quasi assoluta dal punto di vista tecnico.

Rimane sempre il fattore importante della capacità tecnica personale del chirurgo e della maestria manuale acquistata attraverso l'esercizio; ma di questo fattore l'importanza è un poco diminuita ora che le tecniche operatorie sono bene schematizzate e quasi matematicamente fissate.

Attualmente la nostra attenzione deve essere portata, oltre che all'approfondimento dello studio clinico preoperatorio del malato, anche e sopratutto a un più profondo apprezzamento dello stato postoperatorio e a un trattamento più completo e più accurato delle varie complicazioni possibili.

Quali sono le cause di morte dopo resezioni gastriche?

1) Le complicazioni polmonari (broncopolmoniti, gangrene polmonari ecc.).

2) Le peritoniti (per lo più da disunione delle suture).

3) Le lesioni delle vie biliari (non frequenti; personalmente non ne ho alcun caso).

4) Le emorragie.

5) Resta un gruppo di casi nei quali a nessuna di queste o altre meno frequenti cause può imputarsi l'esito fatale.

Ho ricercato se su questo gruppo sia stata attirata l'attenzione da qualche autore, e non ho trovato che una sola frase del Bartrina, che potrebbe riferirsi ad essa: « *in un buon numero di casi non è stato possibile precisare quale sia stata la vera causa della morte* ».

È appunto questo speciale gruppo di casi, che ha richiamato la mia attenzione. Si tratta di malati, per lo più giovani, ad ogni modo senza tare, i quali hanno avuto una operazione regolare, senza choc eccessivo. Incidentalmente dirò che io opero quasi sempre in anestesia lombare o in anestesia locale, sola o dopo iniezioni di dilaudid; qualche volta si aggiunge una breve anestesia eterea in fine per la chiusura della parete. La durata delle nostre operazioni è di rado superiore a un'ora e un quarto; frequentemente la resezione e la ricostruzione sono compiute in tre quarti d'ora.

Talvolta avviene che questi operati, nei quali tutto farebbe prevedere un decorso regolarissimo, comincino a presentare già nelle

prime ore dopo l'intervento uno stato di agitazione accompagnato da subdelirio, un polso frequentissimo e molle, una temperatura subito elevata, in assenza di qualsiasi complicazione peritoneale o toracica. In genere questi malati non vomitano.

Nel decorso ulteriore, nei casi gravissimi o mortali, si possono distinguere due gruppi:

1) gruppo con andamento gravissimo fin dall'inizio, con rapido esito letale (2-3 giorni): polso frequentissimo, pressione bassissima, agitazione e delirio, temperature molto elevate, urine scarse, con albuminuria e presenza di elementi biliari, cifre azotemiche altissime; assenza di qualsiasi sintoma toracico o peritoneale;

2) gruppo con andamento protratto ma sempre grave, per lo più mortale (tinta dapprima subitterica, poi più nettamente itterica; albuminuria, cilindruria, temperatura a tipo continuo-remittente, sempre con cuspidi molto alte; agitazione). In questi malati, tardivamente, cioè, per lo più nel periodo terminale, possono apparire discreti fatti broncopneumonici.

All'autopsia di questi soggetti si trova che le suture hanno perfettamente tenuto; che non esiste segno di peritonite e che lesioni polmonari o non esistono affatto o sono da interpretare come complicazioni terminali. Sono rilevabili invece soltanto lesioni degenerative più o meno avanzate, ma sempre diffusissime, del fegato, dei reni e del miocardio.

Questi casi rappresentano però soltanto l'espressione più grave e per fortuna meno frequente di una sintomatologia, che si manifesta, si può dire, in tutti i resecati di stomaco, in assenza di ogni altra complicazione, in grado più o meno accentuato, più o meno grave, ma che è fortunatamente reversibile o spontaneamente o sopratutto e più facilmente se l'operato è sottoposto ad alcune cure, di cui parleremo in seguito.

Questa sintomatologia ci è parsa quindi una accentuazione delle abituali sindromi umorali postoperatorie il cui studio, in questi ultimi anni, si è tentato da varie parti di approfondire.

Negli operati di resezione gastrica noi troviamo costantemente una iperazotemia e una ipocloruremia; talvolta, ma non costantemente, una iperglicemia.

Trascurando quest'ultimo elemento, è certo che l'altezza dei valori dei due primi caratterizza e sembra quasi condizionare lo stato postoperatorio di questo gruppo di operati.

È noto che queste sintomatologie umorali si presentano variamente e in vario grado nei diversi gruppi e tipi di operati. Esse sono certamente molto più gravi ed evidenti dopo quelle operazioni che interessano organi deputati all'assorbimento o alla escrezione. Non sono certo paragonabili e sovrapponibili le sintomatologie che si presentano dopo, per esempio, interventi ginecologici e quelle che si presentano dopo interventi sullo stomaco o sull'intestino.

Nei primi l'intervento non impegna che moderatamente (e forse più per i mezzi di anestesia (narcosi eterea o altra) che non per l'atto operativo in sè) gli organi cui è deferito il ricambio azotato e il ricambio clorurato.

Nei secondi l'impegno di questi organi è più immediato e profondo e le modificazioni umorali più marcate e più gravi.

Infatti queste modificazioni umorali postoperatorie sono state studiate prevalentemente nei gruppi di operati, che le presentano più accentuate; tali sono gli operati per occlusione intestinali, quelli per malattie delle vie urinarie e quelli per affezioni gastriche o duodenali.

Abbiamo tenuto a circoscrivere le nostre osservazioni e le nostre ricerche a questo ultimo gruppo.

Evidentemente dei diversi gruppi (renali, gastrici ecc.) il meccanismo di azione, che è all'origine della sindrome, non è lo stesso.

Ma a noi è sembrato che approfondire lo studio di uno dei gruppi possa fortemente giovare a gettare luce sugli altri gruppi e a chiarire le idee sulla patogenesi e sulle successioni morbose.

Quali sono le teorie che tentano spiegare queste sindromi umorali postoperatorie?

Le ricordiamo brevemente perchè sono note a tutti.

Alcuni autori hanno imputata *l'anestesia*. Ora, se questa può essere tenuta in conto quando si tratti di anestesia eterea o altra, per inalazione, o rettale o endovenosa, per l'azione tossica più o meno marcata delle sostanze anestetiche sul fegato e sul rene, non è affatto da considerare nei nostri casi nei quali l'anestesia è stata quasi sempre lombare o locale.

La *teoria renale* non è, egualmente, ammissibile, poichè da una parte « non sono rari i casi nei quali delle perturbazioni anche accentuate dell'eliminazione renale sono state osservate in assenza di un risentimento tossico apprezzabile » (Chabanier e Lobo-Onell), dall'altra la permeabilità renale prima e dopo l'atto operativo può essere in certi casi perfettamente normale, pur avendosi una iperazotemia.

La *teoria acidosica*, egualmente, non può essere accettata perchè « gli accidenti postope-

ratori possono esistere indipendentemente da ogni acidosi e inversamente una acidosi anche accentuata non si accompagna forzatamente con un risentimento clinico apprezzabile ».

Ancora, la *teoria ipocloremica*, che ha attualmente un periodo di gran favore, a noi sembra insufficiente a spiegare l'azione di queste sindromi tossiche. I vomiti postoperatori, ai quali da molti autori è attribuita la perdita dei cloruri, mancano appunto del tutto nei nostri malati.

L'affermare poi che l'ipocloruremia sia la condizione e quasi la causa della iperazotemia è un errore. È erroneo e fallace considerare il malato quasi come la storta di un chimico, senza tener conto delle alterazioni non solo funzionali ma anche anatomiche indotte in organi dell'importanza del fegato e dei reni. Sarebbe, secondo noi, molto più esatto dire che la ipocloruremia e la iperazotemia, che sono state considerate finora la causa di certi stati postoperatori, non sono altro che *gli esponenti di un altro fattore, che è a capo e a fondamento di tutta la sindrome*.

Quale, secondo noi, è questo fattore?

Ecco, detto in breve, il punto che ci ha interessato.

Abbiamo osservato, che da quando abbiamo sistematicamente trattato i nostri resecati col vuotamento postoperatorio del contenuto gastrico per mezzo dell'aspirazione con una siringa attraverso una piccola sonda aspirazione, seguita da un cauto lavaggio con acqua, *le sindromi iperazotemiche gravi non si sono più manifestate*.

Non è detto con ciò che le sindromi umorali, con questo sistema curativo, anzi direi quasi preventivo, siano sempre e del tutto abolite, sopratutto perchè il vuotamento, per quanto eseguito accuratamente, non può impedire che una parte ridotta del liquido gastrico passi nell'intestino; ma è certo che esse, quando esistono, sono rese tollerabili e non pericolose.

Riflettendo su questa constatazione, abbiamo quindi sospettato che la sindrome iperazotemica e ipocloruremica, e, con termine più lato, *la sindrome tossica postoperatoria*, che poteva portare anche all'esito letale di per sè sola in assenza di qualsiasi altra complicazione, *poteva essere sostenuta, anzi provocata dalla presenza di un contenuto gastrico fortemente tossico, il cui riassorbimento da parte dell'intestino doveva determinare alterazioni anatomiche a carico sopratutto del fegato e dei reni, alterazioni che erano alla base dell'alterato ricambio azotato e clorurato, che si traduceva clinicamente nella sintomatologia iperazotemica ed ipocloruremica*.

Infatti in questi resecati (i quali, ripetiamo, non vomitano, — almeno quelli che, come nel mio Reparto, hanno semplicemente una anestesia lombare o locale, — e quindi non sono ipocloruremici a causa delle perdite di cloruri, provocate dai vomiti), per lo più il ristagno gastrico è notevole.

Già alla estrazione del liquido di ristagno gastrico fatta poche ore dopo l'intervento (in genere 6 ore dopo) si constata che la quantità di esso raggiunge il mezzo litro, il litro. Ciò indipendentemente dalla tecnica, o meglio dal modo di ricostruzione usato. Il ristagno è pressochè costante qualunque sia il metodo impiegato. Anche il giorno dopo, il ristagno è importante. (Per lo più noi facciamo due o tre estrazioni).

Si estrae un liquido nerastro, di odore acre, talvolta nauseabondo.

Esso è composto di sangue, di secrezione gastrica, di reflusso duodenale e dei prodotti di disfacimento originati dalle necrosi parziali delle mucose gastrica e intestinale sulle linee di sutura.

Io ho pensato appunto che questo liquido fortemente tossico, riassorbito dall'intestino in cui passa e in cui ancora ristagna, data la paresi intestinale che segue a questa come ad ogni altra operazione addominale, sia la causa delle alterazioni degli organi del ricambio azotato e clorurato.

Non si rientra con ciò nel concetto dell'*Azotemia istolitica*, perchè questa teoria ammette che la disintegrazione cellulare indotta dall'atto operativo produca una vera e propria « ureogenesi istolitica »; ma si sposta verso un momento, diciamo così, anteriore la patogenesi della sindrome postoperatoria.

Sono i prodotti tossici ristagnanti nello stomaco e poi versati e riassorbiti nell'intestino quelli che provocano lo scatenarsi della sindrome umorale. L'iperazotemia, la ipocloruremia, la iperglicemia, e quante altre alterazioni umorali siano possibili e rilevabili sono non la causa della sndrome postoperatoria, ma il segno esteriorizzato, clinicamente e chimicamente rilevabile di essa.

Sulla guida di questi concetti, e per dare ad essi una prima base di esperimento, ho incaricato il dott. Zappalà e il dott. Barbera, rispettivamente mio assistente e mio aiuto, di eseguire, prima di ogni altra cosa, una serie di esperimenti per saggiare la tossicità di questo liquido gastrico di ristagno dopo resezione per ulcera gastrica o duodenale.

Questi esperimenti sono stati eseguiti nei conigli.

Di essi darò rapida notizia perchè i risul-

tati saranno pubblicati presto dai miei collaboratori.

Sulla tossicità del contenuto gastrico normale esiste un lavoro piuttosto antico (1906) di Roger e Garnier. Da esso risulta che gli estratti preparati col succo gastrico normale, iniettati nelle vene di un coniglio, sono molto poco tossici.

I filtrati del liquido gastrico di ristagno dei nostri operati si sono invece dimostrati, nelle esperienze di Zappalà (10 conigli), marcatamente tossici.

Tutti i conigli, del peso di Kg. 2, sono morti; uno istantaneamente, 1 minuto dopo iniezione di 8 cmc.; uno 3 ore dopo iniezione di 2 cmc.; altri da 1 a 48 ore dopo. Le azotemie sono costantemente aumentate in maniera notevole; per es. da 0,30 a 2,10; da 0,23 a 1,80.

Meno pronunciate e significative sono state le variazioni della cloruremia e della glicemia. Ma bisogna considerare che trattasi di animali erbivori, il cui ricambio è molto diverso da quello umano.

Le alterazioni anatomiche specialmente a carico del fegato e dei reni degli animali suddetti sono state studiate dal Barbèra.

In tutti gli organi parenchimatosi, ma sopratutto nel fegato e nei reni si trova una forte congestione. In alcuni tubuli renali si notano zone di rigonfiamento torbido, specialmente nei conigli morti dopo qualche giorno dalla iniezione. Anche nei polmoni e nel cervello esiste uno stato congestizio molto accentuato.

Come si vede dal riassunto dei risultati di questi esperimenti abbiamo avuto la dimostrazione assoluta del potere altamente tossico delle sostanze contenute in questi liquidi di ristagno; e dalle alterazioni da esse prodotte nel fegato e nei reni, cioè negli organi cui è legato il ricambio dei prodotti azotati e dei cloruri.

Con ciò noi non abbiamo certo riprodotta sperimentalmente la sindrome postoperatoria umana. Per ora abbiamo inteso soltanto fare un primo studio tossicologico. Nè intendiamo paragonare e tanto meno assimilare le modificazioni umorali prodotte in tal modo nel coniglio con quelle che si producono nel periodo postoperatorio nei gastrectomizzati. Ci ripromettiamo di continuare lo studio sperimentale dell'argomento lavorando su animali il cui ricambio sia più vicino a quello dell'uomo; ma sopratutto cambiando la via di somministrazione del contenuto gastrico tossico.

Intanto, mentre queste nostre ricerche e considerazioni vogliono portare un contributo allo studio delle sindromi umorali postoperatorie, esse vogliono anche sottolineare l'importanza pratica, nelle cure postoperatorie di questi malati, dell'aspirazione del contenuto gastrico nello stesso giorno dell'intervento e nei giorni seguenti, per impedire che esso passi nell'intestino e ivi sia riassorbito.

Questa provvidenza curativa deve essere usata sistematicamente. Soltanto allora se ne potrà apprezzare la grandissima utilità. Noi non facciamo più in questi operati le iniezioni clorurate ipertoniche, la cui efficacia fu tanto vantata, e che noi invece abbiamo constatate assolutamente inefficaci, se non addirittura dannose, nelle sintomatologie veramente gravi. E siamo convinti che un vuotamento gastrico fatto bene e completamente giovi molto più che non quelle a questa speciale categoria di soggetti.

RIASSUNTO.

L'A., partendo dalla supposizione, che il liquido di ristagno gastrico, dopo resezione, riassorbito nell'intestino, sia la causa principale delle sindromi umorali (iperazotemiche, ipocloruremiche, ecc.), più o meno gravi, che si hanno dopo tali operazioni, ha fatto eseguire, nel suo Reparto, delle ricerche dirette a saggiare la tossicità di filtrati di questo liquido. Dei risultati di tali indagini dà breve notizia.

OSSERVAZIONI CLINICHE

IST. DI PATOLOGIA SPEC. MEDICA DIMOSTRATIVA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA
Direttore Inc.: Prof. S. MARINO.

Ascesso amebico del fegato.

Contributo clinico.

Prof. S. MARINO.

L ascesso epatico (a. e.) amebico, dovuto alla colonizzazione dell'ameba istolitica nel parenchima epatico, costituisce la manifestazione più frequente dell'amebiasi extraintestinale. Ben noto e descritto, quando ancora fra noi non si conosceva la esistenza dell'amebiasi intestinale, da clinici italiani, Giordano, Ughetti, Cardarelli, i quali ammisero chiaramente i rapporti d'interdipendenza fra ascesso epatico e dissenteria amebica, fu più tardi, durante e sopratutto dopo la guerra, per la frequenza dei casi osservati, ampiamente studiato ed approfondito da molti altri, tra cui Boeri, Pontano, Izar, che vi apportarono pregevoli contributi, ricchi di accurate osservazioni e di fecondi risultati, che valsero a meglio chiarire ed illustrare la sintomatologia ed il decorso molto variabile, in determinati quadri morbosi, suscettibili di guarigione completa con la sola cura medica, come ripetutamente ha affermato Pontano.

Bisogna tener presente però che l'importanza dell'ameba nella genesi dell'ascesso epatico è stata largamente discussa anche dopo che la dissenteria fu distinta nelle due forme, etiologicamente differenti, bacillare ed amebica, e furono precisati i caratteri morfologici delle amebe patogene. Ciò perchè, pur essendo il maggior numero degli a. e. batteriologicamente sterili, è stata talora riscontrata nel contenuto di essi la presenza di germi patogeni comuni, ai quali si pensò anche di potere attribuire la produzione dell'ascesso. Però contro il valore patogenetico di tali germi stanno, oltre l'efficacia della cura emetinica, del tutto inattiva sui comuni germi, i caratteri abbastanza particolari del contenuto ascessuale, che raramente subiscono modificazioni apprezzabili, anche nel caso in cui esiste presenza di germi comuni ed inoltre la frequente assenza di questi germi i quali, in più recenti osservazioni vengono considerati soltanto come ospiti saprofitici, trasportati dall'ameba nel fegato e che piuttosto raramente possono assumere virulenza tale da determinare nell'ascesso epatico andamento ed aspetto clinico del tutto particolare e grave con trasformazione del contenuto ascessuale in vero pus.

Da alcuni AA., come: Bertrande, Dopter, Mathis, Yürgens, si attribuisce invece alla presenza dei germi un'azione coadiuvante, quella dell'ameba.

È tuttora oggetto di vivace discussione la via di trasmigrazione dell'ameba dall'intestino al fegato. Secondo Councilmann l'infestione avverrebbe per contiguità, per via peritoneale, in seguito a peritonite adesiva. Tale ipotesi, ammessa in considerazione della frequenza dello ascesso epatico nel lobo D. e degli intimi rapporti anatomici esistenti tra il fegato e l'angolo del colon, tra i quali si formerebbero aderenze attraverso cui avverrebbe il passaggio dell'ameba, sarebbe contradetta dalla integrità del peritoneo e dalla relativa frequente presenza dell'ascesso epatico del lobo S. (30 %). La via biliare, che potrebbe essere ammessa in base al reperto non raro di amebe nella mucosa della cistifellea e nel liquido duodenale, riscontrato da Crawell Gunne, Gill-Mann, viene negata da Valassopoulo e da Izar, il quale ritiene invece più possibile *che l'ameba nelle vie biliari giunga per migrazione da focolai di epatite.*

Pochi AA. hanno sostenuto la via linfatica, avendo potuto dimostrare l'ameba nei linfatici addominali (Rogers, Kofoid, Job e Spick). La maggior parte degli AA., invece, in base a nuove e più complete ricerche, sono d'accordo ad ammettere, conformemente alla antica opinione, che le amebe arriverebbero al fegato attraverso la via sanguigna costituita dalle radici intestinali della porta. Tale ipotesi si ritiene sufficientemente sostenuta dall'inizio anatomo-patologico del processo intorno ai vasi sanguigni, dalle ulcerazioni profonde fino alla musculare dell'intestino, dal riscontro di amebe nel lume di vasi sanguigni (Rolleston) e perfino del loro passaggio attraverso le pareti di questi (Harris). Marshall ha osservato occlusione della porta da parte di trombi costituiti da amebe.

Izar ammette che la frequenza della localizzazione epatica dell'ameba su tutte le altre localizzazioni sia dovuta « alla situazione topografica, costituzione anatomica e funzione fisiologica del fegato, luogo di sedimentazione, di arresto e di evoluzione di quasi tutti i materiali provenienti dall'intestino ».

Il processo inizia con zone disseminate di necrosi limitate da un orletto iperemico del parenchima sano e per lo più confluenti, dopo un certo tempo, in un focolaio unico. Il lobo più colpito è quello destro. Le zone necrotiche tendono al rammollimento ed il contenuto di esse, di colore marrone scuro, o rosso cupo o verdastro se misto a bile o anche gri-

giastro o bianco giallastro come pus, è fluido, grumoso, denso, viscido, talora suddiviso in due strati per sedimentazione.

Negli ascessi antichi il pus si ispessisse, diventa cremoso e sieroso con fiocchi caseosi. Questo liquido, che non ha le caratteristiche del pus, è costituito da detriti granulari, frammenti nucleari, materie amorfe, scarsissimi leucociti, gocciole di grasso, cristalli di Charcot-Leyden, acidi grassi e colesterina; caratteri questi che sono considerati costanti ed immutabili dall'inizio fino alla fine del processo (Kelsch e Kiener, Mac Callum, Manson, Izar), e così patognomonici per la natura amebica dell'ascesso epatico che, secondo Pontano, anche in assenza assoluta di amebe nelle feci o nell'ascesso stesso, sono sufficienti ad orientare e decidere sulla diagnosi.

Vuotando la sacca del suo contenuto, rimane una cavità sferica, abbastanza regolare, di grandezza varia fino a quella di una testa di feto, con parete spugnosa, anfrattuosa, di aspetto necrotico o viceversa liscia, uniforme, talora calcificata. Essa non può essere considerata come una membrana piogenica degli ascessi comuni (Pontano ed altri).

Intorno all'ascesso per opera della reazione connettivale si costituisce una capsula delimitante.

L'ameba pervenuta attraverso i rami portali negli spazi di Kiernan determina dapprima trombosi, poi necrosi con successiva colliquazione della zona centrale (Rolleston) ed allargamento periferico fino a confluenza delle chiazze necrotiche.

Cartulis distingueva tre zone: 1) l'interna dei detriti; 2) la media cellulare; 3) l'interna di delimitazione.

L'ameba si trova alla periferia delle zone di necrosi, dove il processo si estende, a meno che non venga incistato da una capsula fibrosa delimitante.

Nelle forme a decorso lento si può pervenire a degenerazione amiloide del parenchima epatico (Ménétrier, Brodin, Scaffidi).

L'invasione delle vie biliari da parte delle amebe, con susseguente colecistite amebica è sostenuta da vari AA. (Valassopoulo, Petzetakis, Crawell, Gunne e Gilmann, Risgalla, Tanon e Trabaud, Ismàil), in base alla sintomatologia, al reperto di amebe nel liquido duodenale ed alla prova *ex juvantibus* con l'emetina e stovarsolo. Questa opinione è però contradetta validamente da Izar, che non ammette l'esistenza di una lesione amebica colecistica primaria ed invece in base a rilievi anatomici, anatomo-patologici ed a osservazioni cliniche personali, con lucida e documentata discussione conclude ammettendo che la lesione colecistica da E.H. si debba ritenere come una complicanza o una successione morbosa di una lesione epatica, amebica.

L'ascesso epatico decorre più frequentemente nel sesso maschile e sembra che condizioni predisponenti, rappresentate secondo Giordano, Sachs, Rogers, King, De Vecchi, Manson, Waring, Annesley, Sambuck, Koch e Pel, da fattori lesivi del fegato, come alcoolismo, malaria, traumi, eccessi alimentari, colelitiasi, uso dell'oppio, surmenage, che concorrono a favorire l'attecchimento dell'ameba nel fegato per la determinazione e lo sviluppo dell'ascesso.

Sintomatologia e decorso. — L'ascesso epatico è una delle metastasi più frequenti dell'amebiasi intestinale, la quale, benchè spesso in forma larvata od ignorata, è talora come un episodio già da molto tempo superato (Chauffard e Clement 12 anni, Lériche 13 anni, Proust e Ramond 30 anni, Pontano ecc.), che non manca mai nell'anamnesi dei portatori di ascesso epatico.

L'a. e. può comparire sia nelle forme gravi, che in quelle lievi di amebiasi intestinale e tanto nelle forme acute come ammettono Mattei e Block, quanto in quelle croniche come ammettono Cardarelli, Dopter, Ravaut e Krolonnitsky, Ronal-Koos, Hutinel e Paisseau, Manté, Charpin, Rogers, Françon.

Secondo alcuni AA. l'affezione intestinale volgerebbe a guarigione quando si costituisce la localizzazione epatica (Ravaut).

Talora non si riescono a dimostrare anatomo-patologicamente nè le ulcerazioni intestinali in atto, nè i loro esiti (Murchison, Morehead, Waring, Mc Lean ed altri); ciò che fece dubitare dell'esistenza di rapporti tra dissenteria amebica e a. epatico tropicale.

I sintomi più salienti sono rappresentati da:

Dolore che, per quanto in qualche caso possa mancare, è da ritenersi molto frequente con carattere che va da lieve senso di peso all'ipocondrio fino a dolore intenso, puntorio, pulsativo, localizzato all'ipocondrio destro o a quello sinistro, oppure al fianco destro o alla regione scapolare destra, irradiantesi alla spalla e al collo, esacerbantesi con la tosse o nel decubito laterale destro; può essere incessante, o intermittente, o a tipo di colica, insorgendo ora acutamente, ora con inizio e decorso subdolo.

Febbre, che in genere nè molto alta nè preceduta da brividi, è per lo più continuo-remittente per poi acquistare carattere remittente

sempre più accentuato fino a divenire intermittente, simulando talora il tipo malarico come nel caso descritto da S. Manca. In genere la febbre è precoce, ma talora ha insorgenza tardiva e comportamento irregolare e può anche mancare del tutto.

Leucocitosi modica con mononucleosi (8-9 Rogers) è segno frequente, ma non costante.

Epatomegalia e deformazione del fegato; quest'ultimo segno ha maggiore importanza dell'epatomegalia, la quale può accompagnare la amebiasi intestinale cronica senza localizzazione epatica (Pontano).

Deperimento, che è quasi sempre molto accentuato.

Disturbi a carico dell'apparato respiratorio, come dispnea e tosse che talora possono dominare totalmente il quadro clinico sino a simulare una affezione di questo apparato.

Sono inoltre da ricordare come piuttosto frequenti: la perforazione diaframmatica dell'ascesso, le reazioni bronco-polmonari e pleuriche.

Più raramente può avvenire la perforazione nella cavità peritoneale, con la sintomatologia della peritonite generalizzata o saccata, nel canale gastroenterico, nella vena cava inferiore ecc.

Pontano in Italia e Chauffard in Francia hanno segnalato la frequente positività della reazione Wassermann nell'ascesso epatico al di fuori di ogni infezione luetica; Manca però descrive un caso di gomme luetiche del fegato e ascesso amebico.

Dopo la guarigione dell'a. e. la R. W. diventa negativa.

L'*esame radiologico* mette in rilievo le modificazioni della forma e posizione del diaframma e dello stomaco determinate dall'epatomegalia; però in genere è insufficiente a stabilire la sede e la grandezza dell'a. e.

Carnot consiglia una tecnica aero-lipoidica, consistente nel praticare l'esame radiologico dopo evacuazione dell'ascesso ed iniezione di aria e lipiodol.

Il pneumoperitoneo (Galmozzi e Hutinel) da solo o con pneumotorace sarebbe utile per differenziare la sede sopra o sottodiaframmatica di raccolta nei casi dubbi di ascesso della convessità.

La certezza diagnostica viene acquisita in seguito al reperto della epatocentesi, intervento del tutto innocuo, proposto da Recamier, che dà esito a un prodotto quasi sempre sterile nei comuni terreni di coltura. Questo liquido contiene eccezionalmente le amebe e presenta i caratteri macro- e microscopici già avanti descritti. La negatività della puntura esplorativa non esclude la presenza di a. e.

La funzionalità epatica, saggiata con le prove più o meno in uso, non è compromessa nei casi più recenti o di media gravità, ma lo è invece profondamente nei casi che giungono a cachessia. La sintomatologia può essere notevolmente polimorfa.

Izar ha descritto una forma pseudocolecistitica dell'epatite amebica, che molti altri AA. vorrebbero invece considerare come una vera colecistite da amebe.

Il decorso dell'ascesso epatico può essere raramente acuto, ad insorgenza brusca con stato generale rapidamente e gravemente compromesso, oppure più frequentemente subacuto e subdolo.

Evolve attraverso varie tappe anatomo-patologiche che trovano riscontro nella clinica in altrettante fasi evolutive, congestione epatica o « point de côté » di Dutroulau, « stadio presuppurativo » di Fontan e Rogers, epatite colliquata, ascesso incistato di Fontan, ascessi multipli con sclerosi di Ménetrier e Brodin, epatite nodulare cronica di Achard e Foix, ascesso fibroso di Kelsch e Kienrer.

* * *

Lo studio clinico di queste forme di a. e. costituisce tuttora argomento di particolare interesse, sia perchè queste affezioni spesso possono assumere aspetto ed andamento molto vario ed insidioso tali da simulare altri processi morbosi e sia sopratutto perchè nella Sicilia orientale queste affezioni decorrono da qualche tempo con maggiore frequenza.

Per queste ragioni riportiamo tre casi di ascesso epatico amebico, di cui uno accertato con la puntura esplorativa, che abbiamo avuto modo di osservare in un semestre tra gli ammalati in Patologia Medica.

A proposito di essi faremo rilevare le difficoltà diagnostiche notevoli dello a. e. per la sintomatologia atipica ed assai complessa che talora può presentare ed insisteremo sull'efficacia della sola cura medica, che anche nel caso in cui l'a. e. era voluminoso, è stata sufficiente a determinarne la completa guarigione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CASO I. — N. D., di anni 24, bracciante, da S. Teresa di Riva. Nulla di notevole nella anamnesi familiare. Nato a termine, ha compiuto i primi atti della vita in epoca e condizioni normali; ha prestato servizio militare. Non malattie degne di nota nella infanzia e in gioventù. Ha potuto lavorare fino a circa un anno fà conducendo vita abbastanza attiva e nutrendosi á sufficienza. Verso la fine

di marzo dello scorso anno notò dolenzia vaga alla base dell'emitorace D.; non sa dire se questo dolore si esacerbasse con le profonde inspirazioni; dopo due giorni comparve brivido intenso al quale seguì rialzo termico fino a 39°,5.

La febbre per la durata di circa tre mesi si mantenne sempre molto elevata, assumendo nei primi giorni un carattere continuo remittente ed in seguito nettamente remittente; gli abbassamenti della temperatura erano spesso seguiti da sudorazioni. Contemporaneamente notò che il dolore alla base dell'emitorace D. si faceva sempre più marcato; era comparsa tosse con poco espettorato e grave senso di astenia, a cui qualche volta si associò vomito alimentare. Durante questo periodo, come anche in precedenza, l'inf. assicura di non aver mai notato diarrea nè muco nelle feci. Un sanitario praticò una puntura esplorativa in sede del dolore con esito negativo. Dopo questa epoca, e per circa sei mesi durante i quali l'inf. non fece cure particolari, la febbre cessò completamente, e residuò scarsa tosse, astenia e modica dispnea.

L'inf. potè lasciare il letto, però, a causa dei suddetti disturbi, non potè riprendere il lavoro. Tre mesi fa, improvvisamente in seguito ad un colpo di tosse, emise circa 10 cc. di sangue schiumoso; contemporaneamente avvertì di nuovo scarsi brividi di freddo ed aumento della temperatura. Da questa epoca le condizioni generali sono andate sempre peggiorando; la temperatura si è mantenuta sempre elevata (39°) con lievi remissioni mattutine, mentre è ricomparso il dolore alla base dell'emitorace D. e si sono accentuati il deperimento e l'anemia.

Un medico praticata una puntura esplorativa posteriormente sull'emitorace D. estrasse circa 10 cc. di liquido purulento ematico. Data la persistenza del dolore, della febbre e del deperimento, l'inf. ha chiesto ricovero in Patologia dove è stato accettato il 22-2-1934.

All'ingresso: l'inf. è febbricitante (38°,2); condizioni generali molto scadute, sensorio integro, decubito indifferente; la cute e le mucose sono molto pallide; pannicolo adiposo scarso; modici edemi agli arti inferiori; muscoli ipotrofici ed ipotonici. Apparato scheletrico regolare; nulla di notevole al capo ed al viso; mucosa buccale molto pallida; lingua asciutta, modicamente impaniata; nulla di notevole al collo; rumore di trottola sulle giugulari.

Torace: all'ispezione si nota posteriormente una modica sporgenza dell'emitorace D. Gli spazi intercostali sia a D. che a S. sono visibili, non dispnea, respiro a tipo misto, espansione più limitata a D. La base di D. è modicamente dolente alla pressione ed offre alla palpazione un maggior senso di resistenza che non quella di S. Il Fvt che a S. è ben conservato, a D. si affievolisce a partire da un dito sotto l'angolo della scapola ed è abolito due cm. più in giù. Su questa zona il suono di percussione è notevolmente ridotto e limitato in alto da linea di Ellis-Damoiseau; suono di percussione normale sul resto dell'ambito. Su tutto il campo polmonare si ascoltano scarsi rantoli e ronchi; sulla zona di ottusità murmure abolito.

Cuore: nulla di notevole fuorchè modico spostamento della punta verso l'esterno e un poco in alto; volume normale, toni netti su tutti i focolai. Polso frequente, eguale, ritmico, molle.

Addome: simmetrico, lievemente globoso, non reticolo venoso; con la palpazione superficiale si provoca modica dolenzia in corrispondenza del fianco ed ipocondrio S. e dell'epigastrio. All'ipocondrio D. si apprezza un discreto senso di resistenza muscolare. Non segni di versamento.

Fegato: in alto al III sp. sull'emiclaveare; in basso si palpa a due dita dall'arco, liscio, di consistenza alquanto aumentato, leggermente dolente.

Milza: in alto IX sp. sull'ascellare media; in basso a due dita dall'arco, di consistenza non aumentata.

Esame di laboratorio. — *Sangue*: globuli rossi 1.530.000; globuli bianchi: 8000. Hb.: 15 %; Vg.: 0,58.

Formula: Neut. 78; linf. 22; eos. assente; bas. ass.; mon. ass.

Qualche mielocita.

Spiccata aniso e poichilocitosi.

Urine: Reazione acida; ps. 1012. Albumina: tracce; zucchero, acetone, pig. bil.: assenti. Sedimento: abbondanti urati, rari leucociti e cellule di sfaldamento. R. W.: negativa. Ricerca del b. di Koch nell'espettorato: negativa.

Feci: presenza di sangue chimicamente dimostrabile; qualche uovo di ascaride; non si vedono amebe.

Sondaggio gastrico: massima acidità totale in cc. di Na 10/N per 100 cc. 71.

L'inf. nei primi 5 giorni di degenza presenta febbre continuo-remittente con massimo 39°; persistono i dolori alla base dell'emitorace D. ove viene praticata puntura esplorativa con esito negativo; l'ago incontra una notevole resistenza prima di raggiungere i tessuti profondi. Un esame radiologico praticato in quest'epoca dimostra i segni di un versamento in corrispondenza dell'emitorace D. Nei giorni seguenti le condizioni rimangono pressochè invariate. L'esame del sangue più volte ripetuto ha dato talvolta leucocitosi fino a 15.000, a tipo prevalentemente neutrofilo. Le condizioni generali persistono sempre gravi specie per l'anemia che è marcatissima; si inizia epatoterapia. Numerose punture praticate in giorni differenti, posteriormente e lateralmente alla base dell'emitorace D., riescono sempre negative. Di tanto in tanto l'inf. presenta un giorno di apiressia durante cui non avverte disturbi degni di nota. Il giorno 12 marzo, precisamente 18 giorni dopo l'ingresso in corsìa, un nuovo esame radiologico dimostra oltre la pleurite basilare D. una cavità idrogassosa situata sotto il diaframma. Un esame di sangue dà 12.800 leucociti con 50 % di linfociti ed 1.140.000 gl. r. In quest'epoca viene iniziato un primo ciclo di emetina con dosi di ctgr. 12 al giorno frazionate in tre iniezioni sottocutanee e ripetute per tre giorni fino alla dose complessiva di ctgr. 36, che conduce nello spazio di pochi giorni ad un sensibile miglioramento dell'inf., consistente in un abbassamento della temperatura, diminuzione del dolore, miglioramento dello stato generale.

Il reperto obbiettivo però alla base dell'emitorace D. ed all'ipocondrio D. rimane immodificato. Altre punture esplorative riescono sempre negative e persiste la notevole sensazione di resistenza che si prova nello introdurre l'ago nei tessuti profondi. L'inf. continua dieta epatica e stovarsolo ed in data 25 marzo si pratica un nuovo ciclo di emetina nella dose già indicata. Complessivamente, dopo circa un mese di degenza e dopo due cicli di emetina, possiamo affermare che le condizioni dell'inf. sono senz'altro migliorate perchè la febbre è cessata del tutto o al massimo raggiunge 37°,4, perchè il margine anteriore del fegato in alto è sceso alla IV costa, perchè sia il dolore spontaneo che alla pres-

sione è diminuito, perchè la sanguificazione è migliorata raggiungendo i gl. r. circa i 2.000.000, perchè non abbiamo più riscontrato leucocitosi, perchè in complesso l'inf. ha appetito e si sente in forze.

L'esame radiologico praticato in quest'epoca dimostra ancora persistenza della cavità idrogassosa suddetta, mentre a carico del duodeno risultano evidenti fatti di periduodenite; 20 giorni dopo l'ultima cura emetinica, viene iniziato un nuovo ciclo di emetina, ben tollerato dal paziente, a seguito di cui si nota completa remissione della temperatura che di tanto in tanto dopo settimane di apiressia, al massimo per alcune ore, supera i 37°. L'ottusità alla base dell'emitorace D. posteriormente si fa sempre più ridotta; all'ipocondrio D. il senso di resistenza è scomparso e si palpa facilmente il margine inferiore del fegato a due dita dall'arco, liscio, di consistenza modicamente aumentata.

L'anemia è notevolmente diminuita e nel 17 aprile i gl. r. sono circa 3.000.000. L'esame radiologico praticato in quest'epoca dimostra fegato ingrandito, ma non mette più in evidenza la cavità suddetta. L'inf. viene trattenuto in corsia ancora per un mese e mezzo; durante questo periodo viene somministrato stovarsolo e pratica ancora due cicli emetinici con le dosi ed il procedimento già indicato.

Al momento di essere dimesso, il 3 giugno, la sanguificazione è buona, circa 3.500.000 gl. r., e non si osserva nulla di notevole a carico delle urine. L'inf. non si lamenta di alcun dolore; si alza, mangia con appetito. Il reperto toracico è completamente scomparso sia anteriormente che posteriormente; residua solo scarsa mobilità della parte destra; margine inferiore del fegato si palpa ad un dito dall'arco, indolente, di consistenza normale.

L'esame radiologico dimostra fegato di volume pressochè normale.

L'inf. è apirettico, non avverte alcun disturbo, è aumentato notevolmente di peso e sentendosi in forze come in condizioni normali, chiede di essere dimesso.

Il caso suesposto è degno di particolare interesse perchè descrive una forma di ascesso epatico, ove per molto tempo sono prevalsi i sintomi a carico dell'apparato respiratorio. In un primo periodo questi consistevano in tosse e dispnea e non erano probabilmente in rapporto con lesioni anatomiche dei polmoni; nel secondo periodo invece abbiamo potuto constatare la grave complicazione toracica consistente in perforazione di un ascesso della cupola epatica nell'emitorace D. Molto efficace, fino alla guarigione completa, in questo caso è stata la cura emetinica, eseguita per iniezioni sottocutanee alla dose giornaliera di 12 cgtr., frazionata, in tre iniezioni e per tre giorni consecutivi, ripetuta cinque volte con intervallo di 15 giorni di riposo.

CASO II. — F. S., di anni 50, muratore, sposato, da Messina. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare e nella prima infanzia. Ebbe lues all'età di 28 anni per cui praticò cure arsenobenzoliche e mercuriali; sembra che non abbia sofferto altre malattie degne di nota e abbia potuto sempre lavorare senza disturbi.

Prima dell'attuale malattia non ha mai sofferto di diarrea nè di altri disturbi dell'apparato digerente. Due mesi or sono l'inf. cominciò a notare senso di debolezza generale, anoressia, dimagramento notevole, con perdita di 15 chili di peso del corpo. A causa dell'astenia dovette abbandonare il lavoro. Dopo 10 giorni dall'inizio di questi disturbi, cominciò a notare dolore alla base dell'ipocondrio ed emitorace D. Questo dolore, a tipo puntorio, si esacerbava con la pressione e con le inspirazioni ed era continuo; contemporaneamente comparve tosse con scarsissimo espettorato che da circa un mese appare talvolta striato di sangue. Ha notato abbassamento della voce, che da qualche giorno è afona. Durante tutto questo periodo ha notato frequentemente diarrea con 4-5 scariche quotidiane, ricche di muco, senza sangue e seguite da tenesmo. Diuresi normale. Per questi disturbi ha chiesto ricovero in Patologia ove è stato accettato il 21-9-1933.

E. O.: Condizioni generali notevolmente scadute; sensorio integro, decubito indifferente; cute e mucose pallide; pannicolo adiposo scarso; masse muscolari ipotrofiche ed ipotoniche; scheletro regolare; scarsi edemi agli arti inferiori; nulla al capo ed al viso, nulla al collo; la lingua è arrossata in toto, piuttosto arida.

Torace: forma e volume normale, simmetrico. L'emitorace D. si espande però meno del S. Sporgenze ed infossamenti fisiologici normali; non dispnea. Con la palpazione si provoca modico dolore premendo posteriormente e lateralmente alla base dell'emitorace D. e si apprezza in questa zona modico aumento del senso di resistenza. Fvt. lievemente indebolito alla base D. dall'angolo della scapola in giù; normale sul resto dell'ambito toracico. Il suono di percussione, normale a S. ed anteriormente, è ridotto a D. ove si può limitare alla base, posteriormente, sotto l'angolo della scapola una zona irregolarmente circolare che non subisce modificazioni con le variazioni di posizione dell'inf.

L'ascoltazione mette in evidenza scarsi sibili e qualche ronco sulla zona di ottusità descritta. Murmure normale sul restante dell'ambito.

Cuore: nulla di notevole alla ispezione ed alla palpazione. Aia di ottusità normale; si ascoltano su tutti i focolai toni netti, non seguiti da rumori.

Polso ritmico, di media frequenza, piccolo, molle, pressione bassa, uguale.

Addome: forma e volume normali, simmetrico, non reticolo venoso, mobile col respiro. Alla palpazione superficiale e profonda si provoca dolore all'ipocondrio D., ove si apprezza modica difesa muscolare; non si palpano masse abnormi nè segni di versamento.

Milza: nei limiti fisiologici.

Fegato: in alto al V sp. sull'emiclaveare; il margine inferiore sporge due dita, dall'arco, di consistenza modicamente aumentata, molto dolente.

Nulla di notevole al sistema nervoso linfatico.

Esami di laboratorio. — *Sangue*: Globuli rossi: 3.020.000; Globuli bianchi: 30.000; Hb: 60; Vg: 1.

Formula: Neutr.: 89; Eos. e Bas.: ass.; Lnf.: 2; Mon.: 9.

Urine: Ps. 1017; reazione: acida; albumina: ass.; zucchero, acetone, pigbl., urobilina: ass.

Nulla di patologico nel sedimento.

R. W.: negativa. Ricerca del b. di Koch nell'espettorato: negativa.

Feci: positivo per l'ameba istolitica.

Esame otorinolaringoiatrico: notevole infiltrazione di tutto l'ambito laringeo specie della regione aritenoidea D.

Espettorato: circa 70 cc. giornalieri; presenta uno strato superiore schiumoso ed uno inferiore sieroso; qualche volta si nota al disotto di questo strato scarso deposito di pus, di colorito giallastro, scarsamente fetido.

Microscopicamente a fresco si notano granuli amorfi, detriti alimentari, leucociti, numerose cellule antracofore, non cristalli, nè spirali.

All'esame dello striscio colorato con Giemsa si mettono in evidenza numerosi neutrofili, non eosinofili; ricca flora batterica rappresentata in prevalenza da streptococchi, stafilococchi e diplococchi; non spirilli, nè amebe, nè bacilli di Koch.

Esame radiologico: Fegato aumentato di volume; opacamento pleurico di tutto l'emitorace D. Due sacche idrogassose sono visibili, una al lobo inferiore D. ed una immediatamente al disotto del diaframma.

L'inf. è apirettico, si lamenta solo di vivi dolori all'emitorace D.; espettora circa 50 cc. di liquido al giorno, con escreato a volte di color rossastro, fetido. Il giorno 27-9-1933 inizia ciclo emetinico seguendo le dosi e le modalità del caso precedente (36 ctgr). Le condizioni rimangono per alcuni giorni invariate così anche il reperto radiologico del torace. Le scariche alvine, cessato il ciclo emetinico, si riducono notevolmente di numero e le feci assumono consistenza normale; la quantità dell'espettorato aumenta fino a raggiungere circa 200 cc. con colorito scuro, talvolta con strie verdastre e, a dire dell'inf., molto amaro. Lentamente, nei giorni successivi al ciclo emetinico, le condizioni generali vanno migliorando perchè l'espettorato diminuisce sensibilmente di quantità (45 cc.), il dolore all'emitorace D. è meno fastidioso, le condizioni generali sono sensibilmente più sollevate. In data 1° ottobre 1933 viene praticata puntura esplorativa posteriormente all'VIII sp. D. con la quale si estraggono circa 50 cc. di liquido color cioccolata, non fetido, che microscopicamente appare costituito di sangue, detriti amorfi; non si riscontrano nè germi, nè amebe.

Ricerca dell'ameba nelle feci: negativa.

L'inf. ha circa due scariche diarroiche al giorno; persiste la riduzione di suono alla base dell'emitorace D., la quantità dell'espettorato è molto oscillante e và da 20 a 100 cc. giornalieri, persiste sempre apiressia. In data 6 ottobre viene praticata puntura esplorativa in corrispondenza della zona di ottusità sull'emitorace D., e si estraggono circa 300 cc. di liquido giallo citrino, con caratteri di essudato. Viene somministrato stovarsolo. In data 10 ottobre, persistendo la riduzione di suono alla base dell'emitorace di D., viene praticata nuova toracentesi estraendo 300 cc. di liquido siero ematico, i cui caratteri sono: Rivalta positiva; albumina: 15 ‰; e numerosi eosinofili al sedimento. Persiste l'espettorazione di 50 cc. circa di escreato, talvolta emorragico, talvolta biliare; persistono gli edemi agli arti inferiori, mentre il dolore epatico è nettamente diminuito. Il 15 ottobre viene iniziato un nuovo ciclo emetinico; verso la fine di ottobre le condizioni generali sono molto soddisfacenti; l'espettorazione è di circa 50 cc., raramente biliare; l'alvo è regolare; il dolore toracico ed ipocondriaco D. è diminuito; la zona di ottusità a D. si è molto ridotta e quivi si ascoltano solo scarsi rantoli a piccole bolle. L'esame radiologico del torace dimostra tuttora la persistenza di una infiltrazione al lobo inf. D. con raccolta idrogassosa; non si vede la raccolta sottodiaframmatica.

Ai primi di novembre si pratica un terzo ciclo di emetina che lascia l'inf. sensibilmente migliorato; l'escreato da quest'epoca diviene scarsissimo, non più pigmentato; la zona di ottusità all'emitorace D. va sempre più riducendosi fino a scomparire completamente. Verso la metà di novembre si palpa il fegato, ad un dito dall'arco, con modico dolore. Il 19 novembre inizia il quarto ciclo di emetina. Le condizioni persistono quasi invariate, la quantità dello escreato raggiunge difficilmente i 20 cc.; verso la fine di dicembre l'inf. non si lamenta di particolari disturbi, le condizioni generali sono buone, non zone di ottusità sull'emitorace D., nulla di notevole alla ascoltazione; alvo regolare; il fegato si palpa appena sotto l'arco; l'escreato è di circa 10 cc. giornalieri, non puzza di bile. Il reperto radiologico dimostra aderenze diaframmatiche multiple, però un'indagine broncografica non mette in evidenza fistole epato-polmonari.

Abbiamo avuto occasione di rivedere fino a pochi giorni or sono l'inf. il quale ha ormai ripreso, senza avvertire alcun disturbo, le sue abituali occupazioni; continua a prendere compresse di stovarsolo; le condizioni generali sono buone. Un esame di sangue praticato verso la metà di gennaio ha dato i seguenti risultati:

Globuli rossi: 4.000.000; Leucociti: 5800; Hb: 75 %; Vg.: 0,85.

Formula: Neutr.: 47 %. Eos.: ass. Bas.: ass. Linf.: 50. Mon.: 3.

Nulla di notevole all'esame delle urine ed all'indagine radiologica del torace. All'esame clinico si notano condizioni generali buone; nulla di notevole a carico del torace fuorchè una scarsa mobilità della base D. ove si ascoltano scarsissimi rantoli a medie bolle. Talvolta ha notato, specie in seguito a lavori un poco più pesanti del solito, l'insorgenza di modici dolori alla base dell'emitorace D., e durante questi periodi abbiamo potuto mettere in evidenza sfregamenti e scarsi rantoli.

All'infuori di questi disturbi l'inf. è stato sempre bene.

In questo soggetto i disturbi epatici e quelli intestinali sono comparsi quasi contemporaneamente; nello stesso tempo sono stati avvertiti anche disturbi toracici e laringei. Degno di nota il dato anamnestico dell'espettorato ematico, presente anche nel caso precedente. Sopratutto però è da mettere in rilievo la insorgenza della fistola epato-polmonare chiaramente dimostrata dall'esame dell'escreato.

La cura emetinica eseguita con le stesse modalità che abbiamo indicato nel caso precedente, ha facilmente dominato la lesione epatica, mentre la complicanza polmonare ha avuto un decorso molto protratto.

CASO III. — S. T., di anni 53, contadino, da Curcuraci. Nulla di notevole nella anamnesi familiare. Nato a termine, i primi atti fisiologici sono avvenuti in epoca e modo normali. È forte bevitore; in gioventù non ha mai sofferto malattie degne di nota. Nega lues. Da circa due mesi si lamenta di modica dolenzia all'epigastrio ed all'ipocondrio D., insorgente dopo i pasti; tale dolore, per lo più modico, subiva di tanto in tanto delle esacerbazioni tali da assumere carattere nettamente puntorio con irradiazione alla spalla D. Non ittero, nè febbre, nè altri disturbi. Durante questo periodo l'inf. ha sempre potuto lavorare.

Circa 15 giorni or sono, mentre era in letto, in stato di relativo benessere, fu svegliato da un violento dolore all'ipocondrio D., a tipo puntorio. Contemporaneamente ebbe febbre, non preceduta da brivido, a tipo continuo, lievemente remittente; nei giorni successivi, fino allo ingresso in corsia, il dolore e la febbre rimasero pressochè invariati; non vomito nè ittero. Urina e feci di colorito normale. Frequentemente l'inf. si è lamentato di senso di secchezza alle fauci e di anoressia; è comparsa spiccata astenia.

Per questi disturbi ha chiesto ricovero.

E. O.: Le condizioni generali sono piuttosto scadute; l'inf. si lamenta di dolore all'ipocondrio D.; decubito preferito supino o sinistro; subittero della cute e delle sclere; mucose pallide; tessuto adiposo regolarmente distribuito; masse muscolari toniche e trofiche; apparato scheletrico regolare; nulla di notevole al capo ed al collo.

Il *torace* è asimmetrico perchè l'emitorace D. è più sporgente verso la base che non il S. Inoltre con gli atti del respiro si espande meno e con un certo ritardo. Non dispnea; nulla di notevole all'ispezione delle altre parti del torace. Con la palpazione si provoca dolore premendo sugli ultimi spazi intercostali della metà destra sia posteriormente che lateralmente, dove la cute però non è edematosa; quivi si avverte spiccato senso di resistenza.

Fvt. a D. scomparso posteriormente a circa due dita dall'angolo della scapola mentre a S. si palpa fino a 5 dita dall'angolo. Con la percussione suono chiaro sia a D. che a S.; base D. a due dita dall'angolo inferiore della scapola; sinistra a cinque dita. La base destra è pochissimo mobile. Nulla di notevole alla ascoltazione.

Cuore: nulla all'ispezione; ottusità nei limiti; toni netti su tutti i focolai; non rumori aggiunti. Polso di media frequenza, ritmico, pressione normale.

Addome: l'epigastrio e l'ipocondrio D. sono discretamente più sporgenti che non il resto della superficie addominale; quivi si nota lieve marezzamento venoso. La deformità addominale si continua verso l'alto con quella descritta a carico dell'emitorace D. La pressione all'ipocondrio D. è molto dolorosa e provoca spiccata difesa muscolare, sicchè riesce difficile palpare gli organi sottostanti, non segni di versamento.

Fegato: in alto alla IV costa sull'emiclaveare; in basso sembra palparsi a due dita dall'arco, di consistenza lievemente aumentata, molto dolente.

Milza: nei limiti.

Nulla alle logge renali ed al sistema nervoso.

Esame di laboratorio. — Urine: Ps. 1014; reazione acida; albumina: tracce minime; zucchero, acetone e pig. bil.: assenti. Sedimento: scarsi carbonati, urati amorfi, non elementi patologici.

Sangue: globuli rossi: 3.000.000; Hb: 60 %; globuli bianchi: 19.400; Vg: 1.

Formula: Neut. 87; Linf. 8; Monociti 5; Eosin, bas. assenti.

R. W.: negativa. Ricerca delle amebe nelle feci: negativa.

Pressione sistolica 95; diastolica 65.

Esame radiologico: pleurite diaframmatica prevalentemente fibrinosa; fegato ingrandito; aderenze pleuriche basilari con obliterazione del seno costo-diaframmatico.

Dal 24 novembre 1933, epoca dell'ingresso in corsia, fino al 1° dicembre, l'inf. è sempre febbricitante con temperatura massima 39°,5, continuo remittente.

L'inf. si lamenta sempre di dolori al torace ed all'ipocondrio D. ed è profondamente astenico. Due giorni dopo l'ingresso in corsia, malgrado l'esame negativo delle feci, in base al quadro clinico ed al reperto radiologico, viene praticata puntura esplorativa del fegato estraendo circa 300 cc. di liquido purisimile, ematico, non fetido, che microscopicamente appare costituito da detriti amorfi; non si riscontrano germi nè amebe. In base a questo reperto si inizia la cura emetinica alla dose giornaliera di ctgr. 12 frazionata in tre iniezioni e fino alla dose complessiva di ctgr. 56. L'inf. fin dal terzo giorno di cura diviene apirettico, e nota miglioramento delle condizioni generali.

La leucocitosi, che prima della cura emetinica era 19,600, scende, dopo circa 10 giorni a 7000 globuli bianchi. Cessata la cura, in data 9-XII-1933 viene praticata una nuova puntura esplorativa e si estraggono 540 cc. di liquido coi caratteri già notati. L'inf., salvo lievissime elevazioni termiche, comparse subito dopo la puntura esplorativa, resta apirettico; i dolori diminuiscono sensibilmente e lo stato generale migliora sia per quanto riguarda l'astenia sia per quanto riguarda la sanguificazione.

Obbiettivamente la deformità notata alla base dell'emitorace D. ed all'ipocondrio D. si è notevolmente ridotta e con la percussione il margine superiore del fegato si dimostra abbassato nei limiti normali. Degna di nota la scarsa mobilità della base polmonare D. che all'indagine radiologica si dimostra dovuta ad aderenze costo-diaframmatiche.

Il margine inferiore del fegato si palpa a due dita dall'arco, modicamente dolente. Verso la fine di dicembre, l'inf. ha frequenti scariche diarroiche, accompagnate da spiccato senso di tenesmo rettale. Viene iniziato un nuovo ciclo di emetina, 36 ctgr. iniettati in tre giorni. alla dose giornaliera di dodici centigrammi, frazionata in tre iniezioni e dopo circa una settimana i disturbi sono notevolmente attenuati; sempre negativa la ricerca dell'ameba nelle feci. Nei giorni successivi l'inf. va progressivamente migliorando; pratica cure ferro-arsenicali e stovarsolo. La sanguificazione è molto migliorata, il margine inferiore del fegato si palpa ad un dito dall'arco ed è quasi indolente. L'inf. ha appetito, si alza, non avverte alcun disturbo e chiede di essere dimesso. Viene seguito ambulatoriamente per alcuni mesi durante cui non ha più sofferto di alcun disturbo; ha potuto lavorare, nutrendosi sempre a sufficienza; alvo regolare; un esame di feci praticato a circa due mesi di distanza dall'uscita ha dato esito completamente negativo.

L'esame del caso suesposto dimostra un quadro tipico di ascesso epatico voluminoso con segni di pleurite diaframmatica. È degno di rilievo il notevole miglioramento che ha seguito pochi giorni dopo l'inizio della cura emetinica. Da notare in questo caso che la cura emetinica è stata preceduta da due epatocentesi con le quali si sono estratti cc. 800 di materiale colliquato.

In questo soggetto, come nel primo caso, nè l'anamnesi, nè i ripetuti esami di feci hanno potuto mettere in evidenza un'infestione amebica dell'intestino.

***

L'esame dei casi suesposti mette in particolare rilievo le difficoltà notevoli che talora sorgono nella diagnosi di ascesso epatico, specie quando si associano complicanze toraco-polmonari. A questo proposito è opportuno far notare, in accordo con tutti gli altri AA., che la puntura esplorativa non solo costituisce il mezzo più sicuro e più diretto per l'accertamento diagnostico, ma si deve inoltre ritenere come del tutto innocua; tuttavia dobbiamo riconoscere che in molti casi può dare esito negativo anche quando esista la presenza di grosse cavità.

Maggior valore, secondo noi, è da attribuire al comportamento dei sintomi dopo un ciclo emetinico eseguito con trentasei centigrammi in tre-quattro giorni, secondo il procedimento da noi adottato.

Terapia dell'ascesso amebico. — La storia della cura medica dell'ascesso epatico amebico è piuttosto recente.

Rogers nel 1907 estese alla cura dell'ascesso epatico l'uso della ipecacuana, che nell'amebiasi intestinale aveva dato brillanti risultati, e più tardi, dopo le ricerche di Wedden nel 1912, da lui estese con altre ricerche in vitro sull'ameba istolitica, introdusse il cloridrato di emetina per via sottocutanea nella cura dell'amebiasi intestinale dapprima e dell'epatite amebica più tardi.

Rogers stesso però considerava l'emetina efficace soltanto nello « stato presuppurativo » ed inutile nell'ascesso costituito, ritenuto fino allora passibile solo di cura chirurgica.

Anche successivi AA. nel 1913, Ménétrier e Brodin, Costa, Flandin e Dumas, Tuffier, Chauffard, Rouget. Dopter, Morestin, Dartinguenave non ammettevano l'efficacia terapeutica dell'emetina nell'ascesso costituito e non aperto; essa avrebbe solo il potere di favorire la guarigione dopo l'evacuazione spontanea o chirurgica dell'a. e. Izar insiste nella necessità di associare alla cura emetinica il drenaggio chirurgico e la sua opinione trova conferma nell'esperienza di numerosi altri AA. come Lian, Carnot e Turquety, Faraut, Ravaut e Charpin, Caen, Mauté, Fiessinger, Chauffard e Françon, La Fille, Escomel, Delille, Cros e Tyssler, Mauriquand, Job e Spich, Augé e Brocq, Leroy, Mattei, Grall, Lyon, Gaglio, Novaes, Achard.

Soltanto nel 1918 Pontano per primo ha insistito sulla possibilità, riconfermandola negli anni successivi, di ottenere con la sola cura emetinica la guarigione dell'a. e. costituito. Pontano ha sostenuto questo concetto con un contributo clinico non indifferente e non ha ammesso alcuna contro indicazione o limitazione alla cura medica esclusiva fuorchè: 1) della associazione settica che porta alla formazione di vero pus; 2) della perforazione dell'a. e. nella pleura, polmone, pericardio, peritoneo.

Izar a queste controindicazioni aggiunge tutte quelle condizioni fisiologiche o patologiche nelle quali le fibre muscolari liscie vengono a trovarsi in stato di meiopragia (gravidanza, arteriosclerosi, miocardite, nefrite).

Bisogna notare che dopo gli studi di Pontano ancora per vari anni ha dominato il concetto di pertinenza degli ascessi epatici alla terapia chirurgica, almeno per quanto riguarda gli ascessi vecchi e molto voluminosi, non ostante osservazioni numerose segnalano che i risultati più favorevoli si ottengono se all'intervento chirurgico o al vuotamento dell'ascesso si associano l'uso dell'emetina con iniezione sottocutanea o con immissione nella cavità ascessuale. Solo dopo il 1925 altri AA., Reinhold, Manini, Paolucci, Arcangeli, Coppola. Lenoble e Jegat, Sargoud, Escomel, Ricci, accertarono di potere ottenere la guarigione completa dell'a. e. con la sola emetina, confermando pienamente i risultati già ottenuti da Pontano, che come abbiamo sopra accennato fin dal 1918 aveva sostenuto che l'a. amebico del fegato, in qualunque stadio di sviluppo si trovi, può guarire con la sola cura medica.

Questa cura esclusivamente emetinica non differisce nei suoi particolari di tecnica da quelli indicati per la terapia dell'amebiasi intestinale.

Nei casi da noi suesposti abbiamo praticato dei cicli quindicinali di cgtr. trentasei (in un solo caso cinquantasei centigrammi nel primo ciclo) di emetina alla dose giornaliera di centigrammi dodici, frazionata in tre iniezioni sottocutanee, una ogni otto ore, di quattro centigrammi. Durante il periodo di riposo veniva somministrato dello stovarsolo per os.

È opportuno far notare che in un caso, alla cura di emetina, abbiamo fatto precedere due epatocentesi a distanza di pochi giorni con estrazione di cc. 800 di colliquato.

Dai risultati ottenuti nei nostri ammalati, costantemente favorevoli, si rileva evidente la efficacia di questo trattamento terapeutico, basato prevalentemente sull'uso dell'emetina alle dosi e con le modalità, già indicate.

RIASSUNTO.

L'A. porta il contributo clinico di tre casi di ascesso amebico del fegato osservati, nella Patologia Medica nel periodo di un semestre, di cui uno accertato con la puntura esplorativa e gli altri due a sintomatologia atipica.

L'A., dopo avere accennato ai dati più salienti della letteratura, tratta della sintomatologia clinica, insistendo sulla cura medica emetinica da lui seguita con guarigione completa dei casi osservati.

BIBLIOGRAFIA.

IZAR G. *Amebiasi*. Giannotta Ed., Catania, 1922.
ID. *Amebiasi. Metastasi amebiche*. S. T. S., Catania, 1925.
ID. *Amebiasi*. Relazione XXXVIII Congresso di Medicina Interna.
SCAFFIDI. Iun. Policl., sez. pratica, 1933.
FENICIA M. Rass. Int. Clin. e Ter., 1934, n. 5.
ARCANGELI U. Policl., Sez. Prat., p. 1286, 1931.
CHAUFFARD. *Mal. du foie et de voies biliaires*. Masson, 1914.
BERNARD ÉTIENNE. Arch. Med. Chir. de l'app. resp., 1929-3.
MANCA S. Arch. Farm. sperim. e Scien. aff., v. LIII, fasc. XI-XII.
PARLAVECCHIO. XXX Congr. it. di chirurgia, Roma, 1923.
VALASSOPOULO e PETRIDIS. Sez. Hepat. dissen. et leur trait. Paris, Masson, 1924.
PONTANO T. Boll. Accad. Med., 1919, fasc. VI-VII e V-VIII.
ID. Policl., Sez. Med., 1926.
ROGERS L. Brit. Med. Journ. 1902-1903-1912. Therap. Gazette, 1912.
SILVESTRI T. Riforma Med. 1905, p. 1100.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

I piccoli disturbi digestivi.

(J. GEOGHEGAN. *The Practitioner*, dic. 1935).

A parte il largo gruppo di gravi malattie del tratto digestivo, esistono piccoli disturbi della funzione digestiva che spesso si incontrano in pratica. Questi disturbi digestivi minori sono caratterizzati dalla loro natura lieve, dalla breve durata e dall'assenza di alterazioni patologiche grossolane. Certo qualche alterazione di struttura, secrezione, motività o assorbimento deve pur esistere, ma i segni fisici sono assenti: il disturbo deve quindi essere propriamente classificato come funzionale. Per ottenere un ritorno della funzionalità al normale un trattamento sintomatico dovrebbe bastare ma è improbabile che esso riesca efficace se non si riconosce la causa eventuale del disturbo.

Acidità. — Quando i pazienti si lamentano di acidità essi intendono parlare di una spiacevole sensazione di calore in gola spesso descritta come bruciore, oppure di rigurgito di liquido acido-amaro. Le due sensazioni sono spesso combinate, ed associate talvolta alle così dette palpitazioni di cuore. Il sintomo si manifesta generalmente poco dopo l'ingestione del cibo, forse una mezz'ora: tale condizione dipende da un relativo eccesso di secrezione gastrica. Il cibo può essere indigeribile per la sua stessa natura, oppure più spesso è indigeribile perchè è insufficientemente masticato. L'entrata nello stomaco di un bolo di cibo non preparato per la digestione domanda una maggiore attività motoria e secretoria: agisce quindi come un irritante.

Lo stesso avviene con i condimenti, i quali sarebbero destinati a stimolare la digestione gastrica e che facilmente sorpassano il loro compito. Una sostanza a cui spesso non si dà importanza nella genesi di questi disturbi è il sale. Una ingestione eccessiva di sale influenza l'equilibrio acido-basico e favorisce la secrezione di acido-cloridrico. Infine occorre considerare l'alcool e il tabacco: un bicchier di vino durante il pasto è innocuo, ma anche un po' d'alcool in uno stomaco vuoto è un abuso.

Delle cause nervose o pur propriamente emozionali sono alla base di molte forme di disturbi digestivi passeggeri, non soltanto la acidità. Vi è una stretta relazione fra tono emozionale e digestione: così come le emozioni si dipingono nell'espressione del volto, esse hanno anche una influenza ben definita sullo stato dell'intestino, e questo dato non è soltanto un'opinione, ma si basa su rilievi sperimentali: la sua applicazione nella pratica è ovvia. Non è necessaria una particolare esperienza per

scoprire quello stato di nervosità che può essere alla base del disturbo digestivo. Il primo passo nella cura dell'acidità è la scoperta e l'allontanamento della causa più probabile. Inoltre una preparazione alcalina dovrebbe essere somministrata dopo il pasto: a questo riguardo bisogna ricordare che il bicarbonato di sodio che è il più popolare ha certi svantaggi chimici di cui i carbonati di magnesia, e bismuto sono esenti.

Disturbi del gusto. — Spesso dei pazienti si lamentano di disturbi del gusto, più frequentemente, secondo l'espressione popolare, di avere la bocca amara. In tali casi uno dei dati principali nell'anamnesi è di sapere quando il sintomo si presenta. La sensazione di bocca amara al risveglio è abbastanza differente da quella che si ha un po' dopo svegliato o subito dopo un pasto. Il paziente che respira con la bocca si sveglia sempre con la lingua secca e un cattivo sapore in bocca: è inutile cercare ulteriormente una probabile causa o fare tentativi di terapia. Se la sensazione si presenta un po' più tardi si tratta di un ritorno di liquido acquoso alla bocca, nè amaro nè acido, semplicemente acquoso; esso proviene dall'esofago e deve far sospettare un alcoolismo. Il cattivo sapore che si ha dopo il pasto sarà invece dovuto al rigurgito di contenuto gastrico in parte digerito, acido, amaro. La carie dentaria, la sepsi tonsillare, le condizioni locali settiche e del nasofaringe raramente danno luogo a questo sintomo.

Biliosità. — La biliosità è una diagnosi popolare, ma che corrisponde ad un quadro clinico abbastanza ben definito. Il malato ha un'espressione ipocondriaca, cute pallida, congiuntive macchiate e lingua sporca; si lamenta di malessere, bocca amara, nausee, anoressia e costipazione. Non vi sono particolari segni fisici. Varie sono le opinioni riguardo alla causa della biliosità: dal concetto di una lieve ostruzione al libero corso della bile con o senza alterazione della sua quantità e qualità, si è poi giunti a pensare che si tratti di un catarro dei dotti biliari: analogamente si è accusata la costipazione di essere la causa primitiva. In realtà si tratta di una leggera epatite: l'alterazione della secrezione biliare è in parte meccanica e in parte riflessa. In questi pazienti vi sono generalmente tre errori fondamentali nel genere di vita e cioè: 1) un insufficiente esercizio, il che incoraggia il ristagno dei capillari; 2) la sovrannutrizione: non si tratta tanto di che cosa si mangia, ma dell'eccessiva ingestione di alimento specialmente di carne, il che obbliga il fegato ad uno sforzo costante per rimuovere o annullare le scorie (la maggior parte di questi pazienti ingerisce una quantità di cibo molto al disopra del loro necessario: l'errore più comune è quello di mangiare molta carne e poche verdure e frutta); 3) raramente l'assunzione di liquido è esatta: pochi bevono il quantitativo necessario di acqua. È vero che vi sono dei tipi costituzionalmente predisposti a questo genere di disturbi e sono da una parte i soggetti grossi, ben piantati congesti in faccia, e dall'altra gli individui magri, pallidi, giallastri: è possibile che così come esistono variazioni nei limiti del normale della secrezione gastrica esistono anche variazioni nella capacità epatica.

La cura dovrebbe cominciare col digiuno: per un giorno o due dare soltanto delle arance e in seguito per qualche giorno latte e latticini: si dà così al meccanismo digestivo un riposo più che necessario e si permette alle naturali risorse del corpo di correggere il disturbo. Il calomelano ed i salini sono rimedi ormai classici che hanno il doppio vantaggio di essere buoni purganti ed avere un effetto specifico sul fegato. Essi potrebbero essere seguiti da una pozione di rabarbaro, genziana, soda e noce vomica.

Flatulenze. — Sono dovute a un eccesso di gas dell'intestino e sono presenti quasi in tutti i disturbi della digestione. Il disturbo di attacchi parossistici di « venti » è abbastanza comune. Tali casi possono essere distinti in due forme a seconda che il gas sia contenuto nello stomaco o negli intestini. Della prima vi sono alcune varietà: anzitutto quelle associate con la malattia organica sistematica, non strettamente legata al tratto intestinale e cioè cerebrale, cardiaca, nefritica o arteriosa. Tutti i casi di angina per esempio si lamentano di questo disturbo. Vi è poi il gruppo nei quali il disturbo è legato alla posizione speciale in cui si trova l'ammalato: per esempio nei malati che sono costretti a prendere i loro pasti a letto la flatulanza è pressochè costante; ma questa si presenta anche in soggetti che a tavola siedono male, scivolano in dietro, rilasciando i muscoli addominali e piegando il dorso. Quando le flatulenze sono associate con eruttazioni è molto probabile che il paziente sia un'aereofagico: questa è una vera nevrosi che incomincia come una cattiva abitudine, nei temperamenti nervosi, ma presto diventa inconscia e può dare disturbi rilevanti: la diagnosi può essere fatta prontamente chiedendo al paziente di eruttare: soltanto chi ingoia aria può fare questo su ordine e non fallisce mai. Vi sono poi degli stati emozionali in individui nervosi ben distinti dall'aerofagia nei quali si ha una sensazione descritta dal paziente come di distensione di gas nell'addome.

L'origine emozionale di questo disturbo dovrebbe essere sospettata in ogni paziente il quale si lamenta di esso saltuariamente o in occasione che sono fuori dell'ordinario, p. es. — quanto si fà buio, quando si trova a teatro ecc. —.

Il trattamento varia con la causa del disturbo: nei casi in cui la depressione della funzione gastrica è soltanto una parte del quadro

morboso si darà un miscuglio di pepsina e di acido debole allo scopo di stimolare lo stomaco: anche l'uso di piccoli pasti appetitosi e stimolanti e di una piccola quantità di alcool sarà giovevole. Per quanto riguarda gli aerofagi la questione è molto più complicata: la miglior cosa è di dimostrare al paziente la genesi del disturbo che è intimamente legato al suo squilibrio emozionale. Quando egli sarà convinto che la flatulenza è il risultato di numerosi « — bocconi d'aria — », egli riuscirà forse a controllare il suo vizio: è utile anche somministrare dei calmanti nervosi come il bromuro, luminal, ecc.

La causa comune della flatulenza è una fermentazione dei carboidrati o amidi: le feci sono acide, fetide e mostrano un eccesso di amido non digerito. Occorre ricordare che l'amido non è soltanto ingerito sotto forma di zucchero, pane, patate, dolci e simili, ma è anche un costituente importante dei vegetali e dei frutti. Ne risulta evidente che una difettosa digestione degli amidi può derivare da una parte, da un eccesso relativo o attuale di ingestione di essi al di là della capacità della normale secrezione pancreatica, e dall'altra parte da una semplice difficoltà meccanica di accesso.

Altri fattori, come la natura della flora intestinale e la rapidità di passaggio attraverso l'intestino possono anche essere coinvolti ma non hanno grande importanza. Dal punto di vista pratico in questi casi il disturbo si spiega con la golosità che molti individui hanno per i dolci e gli amidi in generale e in altri casi con l'importanza che in questi ultimi anni è stata data alla dieta vegetariana, ricca cioè in frutta fresca e vegetali. Il pane dovrebbe essere ridotto durante i pasti, lo zucchero quasi proibito e i vegetali ridotti a purè. È opportuno anche somministrare della takadiastasi, vitamina a e b e anche dei fermenti lattici.

Ripienezza dopo i pasti. — Il senso di peso o di ripienezza dopo i pasti non necessita di ulteriori definizioni: il disturbo è generalmente intermittente o occasionale e si manifesta di solito dopo un pranzo abbondante. Esso indica che le attività motorie e secretorie dello stomaco non sono adeguate al loro compito: ipotonia e ipocloridria spesso vanno di pari passo. Non vi è dolore, non bruciore, ma talvolta solo un poco di flatulenza. In tali casi non vi può essere alcun danno a somministrare una mistura acida e stomacica a cui si possono aggiungere come tonici del fosforo e della stricnina.

Nausea. — La nausea con o senza vomito è forse il disturbo più raramente associato con quelli finora descritti. Vi sono ad ogni modo alcuni tipi di nausea di origine funzionale facilmente riconoscibili. Prima è la nausea associata a malattie respiratorie, in cui la tosse, specialmente se accompagnata da abbondante espettorato, è capace di provocare della nausea e del vomito sia per le potenti contrazioni del diaframma, sia per l'espettorazione. Vi è poi un tipo di nausea mattutina da non confondere con quella delle gestanti, dovuta a un catarro nasale cronico. Anche l'emicrania è causa comune di nausea. Vi sono poi degli individui i quali sono sensibilissimi dal punto di vista gastrico e nei quali certi tipi di grassi o di altri cibi non puri o un po' passati provocano una rapida risposta con nausea e talvolta vomito.

Concludendo la cura di questi disturbi minori della digestione presenta spesso delle difficoltà che vanno al di là della loro apparente importanza. Il dato più importante dell'anamnesi consiste nella semplice domanda: quando? L'esatta investigazione di questo punto porterà il più spesso rapidamente ad una giusta interpretazione del sintoma e ad una cura efficace. G. LA CAVA.

I diverticoli della regione cardiaca dello stomaco ed il loro trattamento medico.

(J. CH. ROUX e T. BÉCLÈRE. *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition*, gennaio 1936).

È una anomalia gastrica piuttosto rara, conosciuta solamente dopo l'uso sistematico degli esami radiologici. Gli AA. hanno seguito quattro malati con diverticolo della regione cardiaca dello stomaco ed hanno ideato in due casi un trattamento assai originale per portare sollievo ai dolori molto violenti, localizzati nella regione gastrica. Una volta fatta la diagnosi sembrerebbe logico rimediare ai disturbi con la resezione del diverticolo: ma data la situazione di esso vicino al cardias, l'intervento è tutt'altro che facile. Di qui la tendenza a lasciar tranquillo il diverticolo, tanto più che in qualche caso i dolori possono essere calmati con l'uso del bismuto a forti dosi. Ma perchè ciò avvenga è necessario che il medicamento possa agire, cioè penetrare dentro il diverticolo stesso. A tal fine gli AA. hanno ricorso a speciali accorgimenti sulla guida della radioscopia.

I caso: donna di anni 40, con diverticolo voluminoso nella regione iuxtacardiaca e che le causa violenti dolori. La paziente venne educata a porsi ogni mattina sul bordo del letto, con la parte anteriore del corpo flessa ad angolo retto, e la testa al livello del suolo, e ad inghiottire stando in tale posizione una dose di 8-15 grammi di carbonato di bismuto. Solo in questo modo era possibile ottenere che il medicamento andasse a riempire il diverticolo e portasse sollievo ai dolori.

Ma questo trattamento non è sempre sufficiente: in qualche caso i dolori persistono, probabilmente per la ritenzione di alimenti nella cavità diverticolare. Gli AA. hanno rite-

nuto opportuno perciò studiare radioscopicamente le modalità di riempimento e di svuotamento servendosi della tavola di Griffe.

Caso II: malata sofferente da parecchio tempo di disturbi della digestione, e riscontrata portatrice di un diverticolo nella regione del cardias, della grandezza di una piccola noce; somministrazione di bismuto senza risultato.

L'esame radioscopico dimostrò che il diverticolo si riempiva di sostanza opaca quando la paziente stava in posizione verticale, ma si vuotava solamente quando essa si coricava di traverso sul letto e restava 30 secondi almeno con la testa in basso. Il carbonato di bismuto che era penetrato nel diverticolo, ne era cacciato dal pasto del giorno, ma se si riempiva di sera esso tratteneva il bismuto fino alla mattina seguente. Su questi dati gli AA. tentarono un nuovo sistema di cura: essi facevano porre la malata di traverso sul letto a testa bassa ed ottenevano così lo svuotamento del diverticolo dei residui alimentari (ciò consigliavano di fare verso le quattro del pomeriggio e verso la mezzanotte). La somministrazione del bismuto era fatta in stazione eretta, al mattino ed alla mezzanotte. Con questi accorgimenti i dolori scomparvero, il peso aumentò, il sonno divenne possibile.

Queste due osservazioni mettono bene in evidenza l'importanza della ritenzione alimentare e della diverticolite in questi casi e dimostrano che nelle crisi dolorose da diverticolite, il trattamento migliore è l'uso del bismuto, a condizione però che il medicamento ingerito possa tappezzare completamente la cavità del diverticolo e restarvi. È anche necessario prevenire il ristagno dei residui alimentari e del succo gastrico. Solo un buon esame radioscopico permetterà al medico di conoscere le posizioni necessarie ad ottenere lo svuotamento ed il riempimento del diverticolo.

VICENTINI.

Il cancro del colon.

(C. CORDON-WATSON. *The Practitioner*, febbraio 1936).

Il cancro del colon ha generalmente un grado basso di malignità e produce metastasi lentamente. Pertanto quando è aggredito tempestivamente si hanno molte probabilità di guarigione o per lo meno di assicurare al paziente un lungo periodo di salute.

Tutto sta a fare la diagnosi nello stato iniziale del male. Purtroppo la diagnosi precoce è molto difficile se si tien conto solo dei sintomi clinici. L'adenocarcinoma del colon progredisce lentamente ed insidiosamente, e l'attenzione del paziente è richiamata solo quando compaiono improvvisi attacchi di occlusione o enterorragie.

Di solito i primi sintomi consistono in qualche disturbo nella regolarità dell'alveo, una certa capricciosità nella defecazione che contrasta con la precedente abituale regolarità. Insieme a questo disturbo si ha talvolta uno spasmo pilorico riflesso che provoca una distensione gastrica, fatti che mettono su una via non esatta il paziente ed il medico con l'unico risultato di far perdere un tempo prezioso.

Sta di fatto che ogni qual volta tali disturbi si manifestano in individui che hanno già oltrepassato il meriggio della vita conviene sospettare. È in effetti probabile che la peristalsi del colon sia stata disturbata dallo sviluppo di un tumore nel lume dell'intestino.

Purtroppo avviene molto spesso che questo segnale d'allarme non è del tutto apprezzato, e dopo qualche po' con l'aiuto di medicamenti l'alveo si può ancora regolizzare, in modo da allontanare ancor più qualsiasi sospetto. Ma non passa molto che i disturbi ricompaiono in forma più persistente, oppure si ha un attacco improvviso di occlusione subacuta, o anche un'enterorragia che talvolta costituisce il primo fatto che richiama seriamente l'attenzione del paziente.

I soggetti che accusano tali fatti vanno accuratamente esaminati. Molti tumori del cieco, del colon trasverso, iliaco e pelvico sono palpabili, specie se dietro di essi v'è accumulo di masse fecali. L'esame bimanuale o la sigmoidoscopia possono mettere in evidenza un tumore del colon pelvico.

Un tumore del cieco, del colon ascendente e della parte prossimale del trasverso irritando l'intestino eccita la peristalsi. Il contenuto liquido è così spinto nella parte distale del colon e si ha diarrea. In seguito con l'inizio del restringimento del lume dell'intestino la peristalsi diventa sempre più esagerata e la diarrea aumenta. Presto o tardi si ha la congestione della mucosa intestinale e quindi l'emorragia. Talvolta le perdite di sangue quotidiane pur essendo abbondanti e tali da determinare uno stato anemico, non vengono avvertite. In qualche caso si stabilisce un quadro simile a quello dell'anemia perniciosa progressiva. Da ciò la necessità di esaminare le feci ogni qual volta si ha uno stato anemico specie in individui di una certa età.

Nel periodo iniziale il dolore per lo più manca, si ha tutt'al più un senso di pena, di movimenti anormali e fastidiosi dell'intestino accompagnati talvolta da crampi e spesso da borborigmi. Spesso il paziente può localizzare la sede del disturbo da una sensazione di aria che spinge in un certo punto dell'addome, seguito da borborigmi che danno un senso di sollievo. Su tali casi si può provocare talvolta con il massaggio una peristalsi visibile: ma questo per lo più è un segno tardivo.

I tumori della metà distale del colon di solito non provocano diarrea fino a quando non si sono formate ulcerazioni; anzi tendono ad ostacolare il passaggio delle feci e a dare stipsi. Con lo sviluppo del tumore si ha una occlusione del lume dell'intestino più rapida di

quella che si ha quando l'affezione è localizzata nel colon prossimale, dove il contenuto è liquido. I tumori del colon a tipo proliferativo possono raggiungere un volume considerevole senza dare sintomi rilevanti fino a quando non avviene l'occlusione del lume.

Il carcinoma del colon raramente colpisce i giovani (che però possono essere colpiti da quello del retto).

Quantunque la diagnosi possa essere formulata in base alla sintomatologia clinica ed essere confermata dalla palpazione, tuttavia la diagnosi di certezza si può fare solo in base al risultato dell'esame radiologico.

Quantunque la mortalità per operazione di cancro del colon sia alta, l'intervento deve essere sempre tentato perchè esso può riuscire veramente vantaggioso in ragione della scarsa tendenza alla metastasi del cancro di questa porzione del tubo digerente.

I rischi della mortalità sono ridotti alla metà se si pratica il drenaggio preliminare. La cecostomia preventiva annulla tutta la sintomatologia dell'occlusione acuta, subacuta o minacciante ed assicura la libera evacuazione del materiale fecale. Previene la distensione da gas, calma il dolore, ridà il tono alla muscolatura intestinale e costituisce anche una misura di autovaccinazione. Diminuisce anche i pericoli d'infezione secondaria a seguito dell'occlusione, prevenendo così l'ulcerazione dietro il tumore e la possibilità di perforazione. Consente infine l'irrigazione del colon a monte del tumore. La cecostomia adunque eliminando l'occlusione, il dolore e le infezioni determina un accentuato miglioramento dello stato generale, e aumenta perciò le possibilità di esito favorevole della resezione del colon, che perciò deve essere praticata parecchie settimane dopo.

Nei casi nei quali manca l'occlusione in atto o minacciante la questione del drenaggio preliminare, a mezzo della cecostomia o della ileocolostomia, deve essere considerata caso per caso.

Nell'assenza di mestastasi viscerali (che sono di solito una manifestazione tardiva) la cura radicale chirurgica deve essere sempre praticata anche quando mancano sintomi di occlusione.

Quando la metastasi o la disseminazione peritoneale si è verificata è sempre opportuno dare un sollievo al paziente praticando un corto circuito. Dr.

TISIOLOGIA.

Sulle pleuriti pneumotoraciche e di un mezzo per evitarle.

(I. Petrin. *Lotta contro la tubercolosi*, dicembre 1935-XIV).

In questo lavoro corredato da alcune radiografie e da preparati istologici, l'A. dopo aver brevemente detto sull'eziologia delle pleuriti in corso di pneumotorace, per le quali egli è d'opinione che nel maggior numero dei casi debba esser ritenuta responsabile la tecnica operatoria, espone un metodo ideato ed attuato dall'Unwerricht, Direttore di Clinica dell'Università di Berlino, ed attualmente seguito da molti tisiologi e pneumotoracisti in Germania e dall'A. in Italia, per prevenirle.

Tale metodo quanto mai semplice e privo di pericoli ed eventuali complicazioni, consiste nell'introdurre nel cavo pleurico alla prima seduta operatoria o meglio dopo il primo o secondo rifornimento, una piccola quantità (1-2 cc.) di olio di oliva sterile che, agendo come un corpo estraneo entro i limiti di difesa locale, provoca, come risultò da una serie di esperimenti eseguiti dall'A. nella stessa Clinica dell'Unwerricht, un aumento dell'immunità istologica locale, ed un lieve processo d'infiammazione fibrosa propria delle superfici sierose sui foglietti pleurici, che di conseguenza subiscono un certo qual ispessimento e divengono anche per tale motivo notevolmente più resistenti ad ulteriori eventuali processi infiammatori di qualsiasi natura ed origine (esogeni ed endogeni).

Dall'esame di molti preparati istologici eseguiti su sezioni di pleure di animali (cavie e conigli) in tal modo trattati e poscia sacrificati, è sempre stata formulata la seguente diagnosi istologica: *pleurite fibrosa nella quale i processi riparatori (tessuto di granulazione) prevalgono sui processi essudativi; costante ed assoluta assenza di batteri.*

La modificazione fibrosa che in molti casi in cui il metodo fu applicato in soggetti umani potè altresì essere constatata « de visu » col toracoscopio modificato dell'Unwerricht stesso, non impedì mai la riespansione del polmone al termine della cura pneumotoracica.

Il procedimento infine risulta quanto mai semplice: dopo aver introdotto il gas nel cavo pleurico, si stacca il tubo di gomma dall'ago pneumotoracico che si lascia infisso nella parete toracica ed al quale con rapida manovra si innesta una comune siringa Récord contenente l'olio di oliva sterile che viene lentamente spinto in pleura. Non si hanno quasi mai processi reattivi gravi nè locali nè generali.

L'A. chiude il suo chiaro lavoro consigliando l'applicazione del metodo in ogni caso di pneumotorace. *a. p.*

Frenicectomie e alcoolizzazioni freniche.

(W. Jullien. *Paris Médical*, 4 gennaio 1936).

Vari rimproveri sono stati fatti alla frenicectomia: essa paralizza definitivamente il diaframma e sacrifica sempre dei territori polmonari sani, senza che si possa prevedere con certezza se ne deriveranno dei buoni effetti terapeutici; essa può causare degli incidenti; infine nella tecnica operatoria (strappamento del nervo) vi è qualche cosa di antichirurgico. Del-

la alcoolizzazione si è detto: ben fatta produce la paralisi completa del diaframma, con gli stessi possibili incidenti meccanici prodotti dalla avulsione del nervo; i suoi effetti sono soltanto temporanei.

Tanto la frenicectomia che l'alcolizzazione possono essere dannose quando rischiano di far perdere al malato un tempo prezioso, mentre un pneumotorace era necessario o si imponeva una toracoplastica.

Fatte queste premesse l'A. passa a discutere i differenti casi nei quali può essere indicata la paralisi artificiale del diaframma.

Tubercolosi unilaterale: Il pneumotorace è sempre il trattamento più logico della tubercolosi polmonare unilaterale; se esso si mostra inefficace si è sempre in tempo ad abbandonarlo, ricorrendo poi a una paralisi del diaframma.

Alcuni tisiologi associano sistematicamente la frenicectomia agli pneumotoraci meglio equilibrati allo scopo di diminuire il riassorbimento gassoso ed aumentare l'intervallo tra le introduzioni. Ma il nostro A. considera come nefasta questa pratica. Di fronte ad un pneumotorace inefficace, la condotta da tenersi dipende dalla sede delle lesioni. Se esse occupano la base e il lobo inferiore ulcerato non può essere collabito a causa di aderenze multiple, vi è indicazione a ricorrere alla frenicectomia pur continuando i rifornimenti gassosi. Se vi sono lesioni cavitarie situate molto in alto, è da preferirsi una alcoolizzazione discreta che permetterà di studiare la situazione.

In presenza di sinfisi pleurica che rende il collasso gassoso impossibile, sembrerebbe urgente praticare una frenicectomia, ma in vista di insperati ricuperi, l'A. preferisce cominciare sempre con una alcoolizzazione. Perfino nei casi di lesioni che sembrerebbero richiedere la toracoplastica parziale, egli consiglia di eseguire innanzi tutto una alcoolizzazione e di esaminare di che cosa essa è capace nel caso specifico. Se non dà niente, si procederà senz'altro alla plastica; ma se la situazione viene a migliorare, potrà essere economizzata la resezione di una o più coste. Che se disgraziatamente si avrà in seguito una ripresa della malattia, si farà senz'altro la frenicectomia.

Tubercolosi bilaterale: Dovevano essere le forme bilaterali della tbc. polmonare le prime a beneficiare dell'operazione di Félix, praticata dal lato più colpito, in tempi nei quali la pratica della collassoterapia era all'inizio ed il pneumotorace doppio era considerato una eccentricità pericolosa. Oggi però anche in queste forme così gravi, è giusto sostituire alla frenicectomia, la alcoolizzazione, la quale mentre permette di realizzare un trattamento di prova, consente altresì, per i minori pericoli ad essa legati, di estendere i possibili benefici di tale metodo curativo, ad un maggior numero di malati.

VICENTINI.

DIVAGAZIONI

Ciò che il medico deve sapere sul tabacco

È opportuno che il medico abbia delle nozioni precise sugli effetti che può produrre il tabacco, per poterne eventualmente permettere o sconsigliarne l'uso. Evidentemente, l'attitudine mentale del medico stesso varierà secondo che egli è o non è fumatore, sicchè sarà più proclive all'indulgenza nel secondo caso, ma comunque egli non deve ignorarne e disconoscerne gli effetti. Sunteggiamo quindi uno studio di W. A. Bastedo recentemente comparso sul *Mississippi Doctor*, che esamina largamente ed obbiettivamente la questione.

Nel 1930, agli Stati Uniti sono stati prodotti oltre 6 miliardi di sigari e 123 miliardi di sigarette, il che corrisponde ad 87 sigari e 1500 sigarette per abitante oltre i 14 anni; il consumo in sigarette è circa 15 volte quello di 20 anni prima. In Italia, il consumo totale di tabacchi è salito da 23.034 quintali (nel 1907) a 289.168 (nel 1930); in quest'ultimo anno sono stati consumati 145.280 quintali di sigarette e si è avuto un introito totale di 2 miliardi e mezzo. Il consumo per abitante (generalità) è di g. 0,696, con i massimi in Liguria, Venezia Tridentina e Venezia Giulia; in minimi in Lucania e Calabrie.

Da statistiche riportate dall'A. risulta che in certi ambienti la proporzione dei fumatori è dell'81,8; fra gli uomini della Clinica Mayo, del 74 %; su 300 clienti d'ambo i sessi, Blumer trovò la proporzione del 66 %.

La percentuale di nicotina varia da 0,9 a 6,17 (nelle sigarette da 1,25 a 3,11).

Il fumo emesso consta degli alcaloidi nicotina e piridina e derivati, di ossido di carbonio, varie aldeidi, acido cianidrico, alcool metilico, un olio volatile ed arsenico (6-30 parti per milione). Le basi nicotiniche e piridiniche formano un olio catramoso irritante, che si condensa in parte nel cannello della pipa o nel mozzicone, dove se ne può trovare dal 15 al 68 % in più, specialmente quando si fuma rapidamente con energica suzione.

La nicotina viene in parte distrutta nella combustione, in parte invece assorbita; per ogni sigaretta da un grammo, si calcola che si producano mg. 3,78 di nicotina, di cui viene assorbito dalla bocca il 66 % ed anche l'88 % quando il fumo viene inalato.

Fumando, ed anche rimanendo in una stanza dove si fuma, aumenta il contenuto del sangue in *ossido di carbonio*, che se lo spazio è molto ristretto può anche raggiungere limiti pericolosi, specialmente poi se vi si aggiungono altre cause di produzione (fughe dai tubi dell'auto).

La quantità di *furfurol* che può essere fornita da una sigaretta equivale a quella che si trova in 30 cmc. di whisky; l'*arsenico* è stato incriminato per la produzione della dermatite da tabacco nei lavoratori e rivenditori.

Vi sono inoltre nel tabacco delle proteine od altri costituenti ignoti che possono dare *fatti allergici*, le reazioni positive al tabacco decotinizzato sono assai più frequenti negli individui con ulcera peptica, sclerosi coronarica ed angina pectoris, che nei normali; quasi tutti i pazienti con tromboangeite obliterante hanno reazione positiva. Possono reagire anche i non fumatori, perchè sensibilizzati dal fumo degli altri. Negli eczemi da tabacco spesso i pazienti reagiscono agli estratti decotinizzati. In séguito a lungo uso del tabacco, si può sviluppare una sensibilizzazione, sicchè gli individui non possono più tollerare le quantità a cui erano abituati.

EFFETTI DEL TABACCO.

E. locali; sono dovuti alle aldeidi, ai prodotti catramosi (contenenti nicotina e piridina) ed a quelli di combustione delle proteine e di altri costituenti. Si manifestano sulla bocca, lingua e faringe e, se il fumo è inalato alla laringe ed ai bronchi, se è inghiottito all'esofago e stomaco. La glicerina, che si aggiunge per aumentare le proprietà igroscopiche della sigaretta, produce bruciando dei vapori irritanti di acroleina. Si aggiungano inoltre gli effetti del calore (60° ed oltre).

E. sull'apparato respiratorio. La faringite cronica, con tosse stizzosa ed espettorazione di muco sono abituali nei vecchi fumatori ed attribuiti all'irritazione del fumo; sono anche menzionati casi di bronchite cronica e di asma. Da una statistica di Bogen risulta che il numero delle infezioni respiratorie acute è maggiore nei fumatori di sigarette che in quelli che non fumano.

E. sull'apparato gastro-intestinale. Lo stomaco subisce dapprima un aumento di secrezione e motilità, seguìto poi da depressione. Il fumare inibisce le contrazioni della fame; in alcuni diminuisce l'appetito; altri hanno notato la comparsa di sintomi di iperacidità fumando a digiuno. Dagli studi di Friedrich, risulta che il 79,7 % degli operati di ulcera erano forti fumatori e che la frequenza di tale malattia è aumentata nelle donne da quando anche queste si sono messe a fumare. Anche se non è dimostrato che il tabacco produca l'ulcera, è bene proibirne l'uso negli ulcerosi. Sul colon, il fumare produce irritabilità, che può manifestarsi come diarrea o come costipazione spastica.

Discutibile è l'azione del fumare sulla produzione del *cancro* e della *tubercolosi*.

Così pure, non è dimostrato che esso agisca nel senso di favorire l'aborto od i disturbi mestruali; una qualche azione non bene netta è stata dimostrata, nelle gravide, sui battiti del feto; in qualche caso, si è veduta una diminuzione nella secrezione lattea. La crescita dei giovani non ne sembra influenzata.

I risultati delle ricerche sulla glicemia sono contradditori e non permettono alcuna conclusione.

Per quanto riguarda l'*efficienza fisica*, sembra che il fumare non agisca sulle consuete prestazioni, ma sia piuttosto dannoso in quelle eccezionali (gare e sforzi). È generale il consenso sul fatto che la massima efficienza fisica, come forza e come abilità, sia incompatibile col fumare, specialmente prima della prova e l'allenamento per le gare atletiche comporta l'astensione del fumo. Alcuni vecchi fumatori attribuiscono la loro vigoria all'uso del fumo, mentre d'altra parte molti sessantenni avvertono un miglioramento delle forze dopo l'astensione del fumo stesso.

Effetti nervosi e mentali. Le statistiche sugli scolari e studenti sono piuttosto sfavorevoli all'uso del tabacco, ma ciò non basta per condannare questo, in quanto che gli individui indolenti e di scarse capacità sono più proclivi all'uso di esso. Varî autori hanno osservato, specialmente nei fumatori di sigarette, una diminuzione dell'efficienza mentale, particolarmente nel campo dell'immaginazione, percezione ed associazione e nelle reazioni di fine coordinazione. Nei fumatori abituali, la sospensione del tabacco provoca lo stesso effetto, mentre il ritorno alla consueta abitudine fa ritornare la normalità.

Non è raro il tremore delle mani, che si manifesta nei delicati movimenti della scrittura, del suonare il piano, del tiro a segno, ecc. Nei telegrafisti fumatori, ma che non fumano in servizio, si è trovata una minore efficienza per i forti fumatori, che nelle ore tarde danno un minore rendimento.

Si può, in complesso, concludere che subito dopo il fumare si ha un periodo di depressione dell'abilità mentale e della coordinazione dei movimenti, con rapido ritorno alla norma; la ripetizione frequente del fumare continua la depressione cerebrale, ma l'abitudine costituisce una necessità per un lavoro migliore. Il tabacco può essere considerato come un narcotico lieve e ad effetti transitorî, con tendenza a dare una depressione mentale e ad indurre una tendenza al « lasciar correre » piuttosto che ad acuire l'attenzione o lo sforzo. Specialmente chi fuma troppo e troppo rapidamente può perdere la sua energia, il suo desiderio per il lavoro ed il potere di concentrazione. L'A. è solito dire ai suoi studenti: « Quando siete stanchi, il tabacco vi riposa; ma quando siete riposati, vi stanca ». È un narcotico di cui non si deve abusare per la possibilità che si stabilisca l'azione tossica della nicotina.

Fumato moderatamente, il tabacco calma la tensione nervosa e favorisce il rilasciamento mentale e fisico, sicchè noi medici, aggiunge l'A., possiamo consigliarlo ai pazienti con neurosi ansiose e simili disturbi psichici.

Effetti sul circolo. Il massimo interesse del medico va rivolto ai possibili effetti sul cuore e sulle arterie. Non è infrequente la maggiore frequenza del polso nei fumatori; Staehelin ha osservato durante il periodo in cui fumava la frequenza del polso di 82, nel periodo senza fumo, di 75; nel primo, un dato esercizio faceva salire il polso a 157, mentre nel secondo soltanto a 124.

Il « cuore da tabacco » si osserva in alcuni fumatori esagerati. Si tratta di uno stato di dispnea al minimo esercizio, palpitazione e malessere o dolore precordiale o sottosternale. Sono anche riferiti casi di morte improvvisa durante la salita di alte montagne. Inoltre, il tabacco è spesso la causa di extrasistoli; sono riportati dei casi in cui esso ha prodotto fibrillazione auricolare, blocco seno-auricolare ed auricolo-ventricolare.

Nell'esame di 15.000 individui al « Life extension Institute », Fisk ha trovato che fra i forti fumatori vi era il 20 % in più di pazienti con vizi cardiaci organici ed il 15 % in più di quelli con polso molto frequente.

Non vi è pertanto dubbio che in séguito all'uso del fumo il cuore possa essere depresso ed il polso molto frequente; lo smodato uso di esso può provocare un grado notevole di instabilità cardiaca. È possibile, ma non certo che l'uso continuato molto a lungo produca lesioni organiche cardiache.

Nei fumatori di sigarette, si è osservato che dopo averne fumate da 1 a 3, si ha un notevole abbassamento di temperatura della cute (fino di 10°), il che indica una *vaso-costrizione.* La reazione è più marcata quando l'individuo inala il fumo o fuma molto rapidamente; in alcuni, essa dura anche oltre mezz'ora. L'effetto si ottiene per la via del simpatico (nessuna reazione se il nervo tibiale posteriore è bloccato con la procaina).

L'arteriosclerosi si trova nei fumatori, come nei non fumatori con uguale proporzione; non è provato che la claudicazione intermittente sia dovuta al tabacco, ma comunque sarà bene sospendere l'uso di questo, quando essa si presenti in un paziente.

Non sono pienamente concordi i pareri sulla maggiore frequenza dell'angina pectoris tra i fumatori. È però un fatto assodato che il fumare può precipitare gli attacchi ed alcuni autori hanno dimostrato che in tali pazienti, il fumo è seguìto da vaso-costrizione a cui consegue subito l'accesso; il dolore scompare con la vaso-dilatazione. La regola però non può generalizzarsi e tutto dipende dalle speciali reazioni del paziente.

Il fatto che la sensibilità agli estratti decotinizzati di tabacco è di molto maggiore (36 %) negli anginosi che negli altri (4-9 %) dimostra che il tabacco, con il lungo uso, può costituire un fattore eziologico nelle malattie arteriose non solo per la nicotina, ma anche per la sensibilizzazione specifica.

Quasi limitata ai fumatori è la tromboangeite obliterante, come dimostrano le statistiche di Barker che su 350 pazienti ne trovò soltanto 1,4 % di non fumatori; la proporzione è più alta nei fumatori di sigarette che in quelli di sigari. Frequentissima (78-87 %) è in questi malati la reazione cutanea al tabacco decotinizzato. La gravità della malattia è maggiore nei forti fumatori, l'astensione dal fumo è favorevole, mentre le ricadute si hanno quando il tabacco viene ripreso. Nei pazienti con morbo di Raynaud, l'uso di 3-4 sigarette determina vaso-costrizione.

Contrastanti sono i risultati riguardanti gli effetti sulla pressione sanguigna; in alcuni fumatori, il tabacco eleva la pressione, in altri invece no, ma comunque i rialzi sono quelli che si accompagnano ad ogni attività ordinaria.

Il tabacco va proibito nelle malattie primarie del cuore, come nella debolezza funzionale; vi è qualche osservazione, ma non pienamente dimostrata, che il lungo suo uso possa contribuire allo sviluppo di malattie cardiache organiche nei tardi anni della vita. Va pure proibito nelle malattie coronariche di qualunque grado, facendo soltanto eccezione per quei pazienti in cui esso può avere influenza calmante sugli accessi. Proibito esso deve essere inoltre nelle condizioni vaso-spastiche: morbo di Raynaud, claudicazione intermittente tromboangeite obliterante.

Così pure esso va sconsigliato in presenza di alcuni sintomi vaghi, come neuralgie irregolari, malesseri intestinali, cefalea, costipazione, palpitazione, ecc. che sono spesso attribuiti al tabacco. Altri sintomi definiti sono attribuibili ad esso (disturbi digestivi, tosse, ecc.), pur senza esagerare nel volere riconoscere questa unica eziologia. Particolarmente nocive sono le sigarette e specialmente l'abitudine di inalare il fumo, il che aumenta l'area di assorbimento.

A differenza di altre intossicazioni, la sospensione brusca del tabacco non produce sintomi gravi, ma soltanto il disturbo psichico che si associa al rompere una vecchia abitudine. Il migliore antidoto e preventivo della nicotina è il caffè (o la caffeina) e contro la nausea ed il vomito, l'atropina.

Nonostante i possibili danni provenienti dal tabacco, il fumatore continuerà nelle sue abitudini. E, del resto, l'A. considera come benvenuto questo lieve narcotico, che rilascia e riposa l'individuo mentalmente e fisicamente stanco, tranquillizza il nervoso, è un caro compagno nella solitudine e crea la pace e la soddisfazione. Esso, aggiunge l'A., è una piacevole abitudine sociale *(egli non considera il disturbo che dà ai non fumatori!)*, che può favorire gli alti voli della fantasia, inseguendo, nel ritmico sbuffare le capricciose volute del fumo...

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. MARION. *Traité d'urologie.* Due vol. di pagine 1232, con 572 figure e 34 tavole fuori testo a colori. Masson, Parigi 1935. Frs. 220.

La fama mondiale di cui gode l'autore, una delle maggiori autorità in materia, ci dispensa dalle consuete presentazioni e dalle abituali raccomandazioni di questa opera che, notissima anche in Italia, vede la luce per la terza volta, ampliata ed aggiornata.

E difatti alcuni capitoli sono rifusi perchè hanno ricevuto un nuovo ordinamento (endoscopia), altri sono stati perfezionati, (pielo ed uretrografia), oppure maggiormente sviluppati in omaggio ai recenti progressi della chimica (urografia), della tecnica operatoria (operazioni sull'uretra femminile), o di quella strumentale (resezione del collo vescicale per le vie naturali).

Nè mancano delle vere e proprie aggiunte, come le operazioni delle affezioni dell'apparato genitale maschile, capitolo che non figurava affatto nelle precedenti edizioni.

Tutto ciò ha costretto naturalmente autore ed editore ad aggiungere nel testo e fuori nuove tavole colorate e nuove figure. La speciale attrattiva del trattato consiste nel fatto che l autore parla sempre in prima persona e che ogni sua frase, anche se fortemente sintetica, racchiude sempre la conclusione di una lunga esperienza personale ed esprime una convinzione che deriva dall'aver visto e constatato di persona.

Il trattato che è sempre considerato, ed a ragione, un libro di testo fondamentale, incontrerà certo lo stesso notevolissimo successo delle precedenti edizioni, dimostrando — quasi ce ne fosse bisogno — la grande importanza scientifica e pratica raggiunta da questa branca speciale della medicina e chirurgia.

e. m.

The 1934 Year Book of the Eye, Ear, Nose and Throat. Vol. in-16° di 621 pag., con fig. rilegato. The Year Book Publishers, Chicago, 1935. Prezzo Doll. 2,50.

Questi eccellenti annuari raccolgono in brevi compendi tutto quanto si è pubblicato entro l'anno in determinati campi della medicina. Questo, che comprende l'oculistica e la otorinolaringojatria è stato compilato dai Proff. E. V. L. Brown e L. Bothman per la prima e da G. E. Shambaugh, senior e junior e E. W. Hagens per la seconda.

Il libro che è di utilissima consultazione presenta però la lacuna, che osserviamo spesso in opere di tal genere, cioè la scarsa parte fatta all'Italia, per cui fra circa 600 autori, è citata soltanto una diecina di italiani per l'oculistica e nessuno per l'otorinolaringojatria. Eppure basterebbe scorrere l'annata del « Valsalva » per trovare qualche cosa di significativo, che valeva la pena di far presente ai lettori. Mal vezzo, come ho detto frequente. Così, in un « editoriale » del *British med. journ.*, qui riportato, sui rapporti fra oculisti ed ottici, in Europa, si citano il Lussemburgo, il Cantone di Vaud ed altri stati di analoga importanza, ma si trascura del tutto l'Italia, dove la posizione degli ottici è stata regolata con la legge del 1927.

La trascuratezza di ignorare le fonti italiane è particolarmente rilevabile in pubblicazioni come queste, che esigono un notevole lavoro di scelta e di compilazione e che sono veramente pregevoli. *fil.*

S. PALAZZI. *Chirurgia.* Vol. di 156 pagine con 155 figure. Ulrico Hoepli, Milano. Prezzo L. 30.

Rappresenta il IV vol. della « Collana dell'odontoiatria pratica » diretta dal prof. S. Palazzi, Direttore dell'Istituto Odontoiatrico di Pavia, ed edita dalla Casa Hoepli, in veste elegante e sobria.

Il volume tratta la chirurgia dentaria, descrivendo minutamente e chiaramente la tecnica operativa, le indicazioni e le controindicazioni dei vari interventi: avulsioni dentarie e delle radici e loro incidenti; resezione dell'apice radicolare; odontodiatomia; peritomia, ecc.

Numerose figure completano la straordinaria chiarezza dell'esposizione rendendo il volume utilissimo e pregevole sia all'odontoiatra che al chirurgo. R. GRASSO.

E. KOENIG e E. HESSE. *Bibliografia sulla trasfusione del sangue.* Vol. in-8° di 226 pag. Leningrad, 1935.

Amplissima ed accurata raccolta dei lavori finora pubblicati in tutto il mondo sulla trasfusione del sangue. È redatta in 5 lingue, nel senso che la prefazione, gli indici ed i titoli dei vari capitoli sono scritti oltre che in russo, in tedesco, inglese, francese ed italiano. I titoli dei lavori delle ultime 4 lingue sono in quella originale; invece, i titoli dei lavori russi sono anche in tedesco, mentre soltanto in questa lingua sono riportati quelli dei lavori cechi, danesi, giapponesi, ecc. Si ha così un elenco di 4423 lavori ben classificati e con numerosi richiami e riferimenti, sicchè rapidamente e facilmente si trova tutta la bibliografia dell'argomento che interessa.

Nelle citazioni italiane non troviamo tutti quelli svarioni, che siamo soliti a vedere quando i nostri lavori sono citati da stranieri ed anche la lingua italiana della prefazione è abbastanza propria e corretta.

Il paziente ed accurato lavoro di compilazione fatto da Koenig sotto la redazione di Hesse a cura del giornale *Vestnik Chirurghii* continua ed è tutto interesse di chi pubblica lavori sull'argomento di inviarli al detto periodico: *Vestnik Chirurghii im Grekova.* Fontanka 132 Leningrad (U.R.S.S.). *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Acrodinia. Malattia di Feer.

Si tratta di una malattia dell'infanzia consecutiva ad infezioni o ad intossicazioni, che danneggia i centri cerebrali vegetativi. Essa è caratterizzata, secondo Paul Selter da sintomi cutanei (rossore e gonfiore delle mani e dei piedi; sudori profusi con conseguenti esantemi: caduta dei peli), sintomi psichici (cambiamento della voce, psicosi, intenso prurito fino al dolore); sintomi a carico dell'apparato digerente ed urinario (scialorrea, anoressia, irritazioni dell'intestino e della vescica), astenia grave, paralisi flaccida degli arti inferiori.

G. Berghinz, il quale illustrò già tre casi di questa malattia nel 1933 in una riunione della Società Medico-Chirurgica Pordenonese, riferisce ora (*La Pediatria del Medico Pratico*, ottobre 1935) intorno a due nuovi casi.

1) M. A. a. 9, nata da parto bigemino; di costituzione gracile; allevata con alimentazione mista (latte materno e latte di capra) fino ad un anno di età, poi alimentazione prevalentemente lattea (latte di vacca) fino a due anni; in seguito alimentazione maidica. Si ammalò nel maggio 1934 con algie addominali, diarrea, astenia, deperimento. Colore rosso con tendenza al cianotico delle estremità, le quali erano fredde al tatto. Sudorazione facile in tutto il corpo. Prurito intenso alle estremità insorse più tardi e nello stesso tempo comparvero manifestazioni epilettiformi di breve durata. Lingua patinosa, polso frequente, pressione aumentata; orine albuminuriche in modico grado. Tutte queste manifestazioni morbose scomparvero dopo conveniente cura arsenicale e vitaminica.

2) M. G., a. 5, sorella della precedente. Allattamento esclusivamente materno fino all'età di 18 mesi, poi con latte di vacca fino a 2 anni e mezzo; indi alimentazione prevalentemente maidica.

L'A. ritiene che questi casi di malattia di Feer debbansi nettamente differenziare dalla pellagra; è poi di opinione che nel gruppo stesso della acrodinia si possano riconoscere due forme: una a sintomatologia tossica e l'altra nettamente infettiva. VICENTINI.

Il pneumocefalo traumatico.

In seguito a traumatismi cranici può rinvenirsi aria negli spazi subaracnoidali (pneumatocele extracerebrale subdurale), nella massa cerebrale (pneumatocele intracerebrale), nei ventricoli (pneumocefalo traumatico).

Condizione necessaria è la frattura di una cavità pneumatica della base del cranio e lo strappamento della dura. Il liquor scola fuori e l'aria giunge così negli spazi subaracnoidali: di qui nei ventricoli o direttamente attraverso una frattura del cervello o per via naturale attraverso il IV ventricolo. Passarge (*Zbl. Chir.*, n. 51, 1935), ha osservato due casi di pneumocefalo traumatico. In uno lo pneumocefalo si stabilì dopo un trauma modesto dell'angolo interno dell'occhio; probabile frattura dell'etmoide, scolo di liquor dal naso, pneumocefalo. Modica reazione meningea, guarigione spontanea.

Nell'altro frattura del frontale di d. quindi pneumocefalo, meningite purulenta, morte.

In entrambi i casi la via seguita dall'aria fu quella del IV ventricolo; ciò l'A. può affermare perchè non c'era stato in nessuno dei due casi una rottura del cervello, attraverso cui l'aria poteva entrare nei ventricoli.

P. STEFANINI.

Caso operato di schistosomiasi del cervello.

Il caso di Shimidzu K. (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 182, pag. 400, 1935) è il primo operato di localizzazione dello schistosoma nel cervello.

La malattia è endemica in alcune regioni del Giappone, della Cina e delle Filippine. 3-5 settimane dopo l'infestazione compare un tipico esantema, segue poi senso di debolezza, febbre che persiste per mesi, poi tumore di fegato e milza, diarree ematiche, edema e anemia grave. In fase cronica si ha cirrosi epatica, ascite e alterazioni gravi di nutrizione fino alla morte.

Lo schistosoma si localizza abitualmente nel fegato ed è molto raro nel cervello.

Nel caso dell'A. si trattava di un ragazzo di 18 anni con i sintomi di un tumore cerebrale che venne localizzato al lobo occipitale. All'intervento si trovò nel lobo una tumefazione piuttosto dura che venne asportata a frammenti. Il malato sopportò bene l'operazione e i fenomeni di localizzazione scomparvero del tutto.

L'esame istologico dimostrò trattarsi di un granuloma da schistosoma formato da pseudo tubercoli in cui si riconosce una zona centrale formata da uova del parassita e cellule giganti, da una zona media di cellule epitelioidi e una periferica di infiltrazione.

Non fu rinvenuto lo schistosoma adulto che l'A. pensa sia arrivato al cervello attraverso il seno trasverso. VALDONI.

Un caso di cisti del ganglio di Gasser.

Una donna di 38 a. sofferente di nevralgia del trigemino era stata sottoposta durante un lungo periodo di tempo a resezione del n. sopraorbitale, iniezione di alcool nel ganglio, ripetuta due volte a 1 anno di distanza, resezione del n. alveolare, resezione del n. infraorbitale.

Dopo 9 anni di sofferenze, che nonostante

i vari interventi e le cure mediche si erano andate accentuando, fu deciso di praticare la sezione delle radici sensitive del ganglio di Gasser (Loessl, *Zbl. Chir.*, n. 46, 1935). All'operazione apparve che il ganglio era trasformato in una cisti grossa come mezza nocciola, a parete sottile. La cisti non fu potuta asportare in toto perchè si ruppe lasciando fuoriuscire 1/4-1/2 cc. di liquido chiaro; la sede del ganglio fu raschiata. La m. a 2 anni di distanza era perfettamente guarita.

L'A. pensa che la degenerazione cistica del ganglio sia dovuta a una delle iniezioni d'alcool che abbia determinato una necrosi centrale. La persistenza della nevralgia sarebbe spiegata dalla tensione del contenuto cistico che esercitava un'irritazione sulle poche fibre rimaste sulla parete della cisti.

P. STEFANINI.

Asportazione radicale di un tumore dell'acustico per mezzo della divisione trasversale degli emisferi cerebellari.

H. Haberer (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 182, pag. 408, 1935) osserva che l'asportazione di tumori dell'acustico è fatta quasi da tutti i chirurgi con la tecnica di Cushing asportando cioè il tumore per via intracapsulare lasciando in sede la capsula per evitare emorragia e lesioni dei nervi all'angolo ponto cerebellare che ad essa aderiscono. L'accesso al tumore viene creato con una resezione del lobo cerebellare dopo scopertura di tutto il cervelletto della dura e sezione del seno occipitale.

In un caso operato dall'Haberer, l'asportazione completa del tumore assieme alla capsula si presentò particolarmente facile attraverso una breccia fatta con sezione trasversale del lobo cerebellare. Non ci fu bisogno di scoprire l'altra metà del cervello nè di legare e sezionare il seno occipitale.

Il malato sopportò l'intervento in modo perfetto e mancò anche la paresi facciale che accompagna di solito sempre quest'intervento nei primi giorni dopo l'operazione. Dopo 2 mesi, il paziente morì all'improvviso perchè oltre al tumore asportato esisteva un altro dell'angolo ponto cerebellare del lato opposto e tre meningiomi di cui uno comprimeva il midollo allungato. Alla sezione del cervelletto, dal lato in cui era stata praticata la sezione, non residuava alcuna lesione riconoscibile.

L'A. richiama l'attenzione sulla tecnica da lui seguita e che corrisponde a quella usata prima degli studi di Cushing, perchè ritiene che in alcuni casi possa dare risultati altrettanto buoni.

P. VALDONI.

Trattamento chirurgico dei movimenti involontarii delle estremità applicato al parkinsonismo post-encefalitico.

F. I. Machanski (*Journ. d. Chirurgie*, dic. 1935, n. 6, p. 477) dice che in seguito alla recente pandemia dell'encefalite epidemica si possono avere sindromi ipercinetiche con sviluppo di movimenti involontari da parkinsonismo.

L'A. allo scopo di intervenire sulle vie efferenti e discendenti ha perfezionato la tecnica di Putnam per la cordotomia di interruzione delle vie estrapiramidali anteriori.

Machanski compie la laminectomia di tre archi: al dorso tra D^2 e D^5; nel tratto cervicale tra C^1 e C^4. Incisa la dura e l'aracnoide seziona il legamento dentato, del quale si serve per votare la faccia ant. del midollo, avendo cura di risparmiare l'arteria spinale ant. A partire da questa con un cordotomo speciale si pratica un'incisione che si dirige verso le radici anteriori.

In tal modo egli ha operato 17 casi di parkinsoniani, dei quali 10 nel tratto toracico e 7 del cervicale. In 8 casi su 17 le operazioni hanno dato buoni risultati.

JURA.

Sulla etiologia della miotonia atrofica.

La miotonia atrofica è una malattia molto rara e si verifica a preferenza in certi paesi, restando affatto eccezionale in altri. Dei 200 casi finora segnalati nella letteratura mondiale, la maggioranza fu osservata in Europa, sopratutto nelle regioni centrali.

G. Londres (*Jornal dos Clinicos*, 30 giugno 1935) ha avuto la ventura di studiare in modo completo un malato di tale affezione, che costituiva il primo caso verificatosi nel Brasile e probabilmente in tutta l'America del Sud. Si trattava di un caso tipico di miotonia atrofica con la caratteristica distribuzione delle amiotrofie, con la presenza dei fenomeni miotonici nelle loro tre modalità (attiva, allo stimolo percussorio ed allo stimolo elettrico) e dei fenomeni distrofici.

Dopo ampia ed esauriente illustrazione di questo caso clinico, l'A. si intrattiene sulla quistione della etiologia della miotonia atrofica.

La m. a. è considerata come una malattia familiare ad evoluzione lenta e progressiva. L'inizio si verifica abitualmente tra i 20 e i 40 anni. Nel 70 % dei casi è colpito il sesso maschile.

Non è stato finora dato per tale malattia un concetto etiologico preciso. Si ammette nella sua genesi l'intervento di diversi fattori causali tra i quali i più probabili sono: l'eredità, i traumi, le intossicazioni e le infezioni. Il carattere eredità, per quanto accettato tacitamente finora, non è però frequente ed è veramente raro riscontrare più casi di questa affezione in una stessa famiglia. Riguardo al fattore traumatismo, alcuni autori ammettono che l'agente traumatico sia capace di provocare la miotonia, mentre altri sono di avviso che esso possa solamente risvegliare una miotonia latente od aggravarne una già esistente.

La malattia è comparsa in alcuni casi dopo infezioni diverse (tubercolosi, reumatismo infettivo ecc.) od intossicazioni varie (saturnismo ecc.). A tutti questi fattori etiologici l'A. ne aggiunge un altro: la avitaminosi, alla quale ha pensato di fronte al miglioramento ottenuto nel malato da lui studiato, con la somministrazione di olio di fegato di merluzzo e di iniezioni polivitaminose. In appoggio a questa ipotesi starebbe la frequenza nei pp. della cataratta la cui patogenesi è secondo alcuni autori in rapporto con l'avitaminosi e di una alterazione dello scheletro somigliante a quella del rachitismo (avitaminosi D.). Di più, poichè i malati presentano una diminuzione delle facoltà procreatrici, questo fatto potrebbe essere in rapporto con una avitaminosi E. Insomma vi è nella sintomatologia della miotonia atrofica un gruppo di manifestazioni tali da far pensare ad una avitaminosi multipla. L'A. ritiene che ulteriori studi potranno dimostrare quanto di vero è nella sua ipotesi.

VICENTINI.

Il trattamento della miastenia.

E. Eichenwald (*Die Med. Welt*, 23 novembre 1935) ricorda i grandi progressi fatti negli ultimi anni dalla terapia della miastenia e riferisce come esempio il caso in cui egli quattro anni fa usò per la prima volta un preparato di fisostigmina.

Il mezzo sovrano per il trattamento della miastenia è rappresentato dalla glicocolla, somministrata a dosi di 10 gr. due o tre volte al giorno; se la glicocolla è troppo cara o manca, si può ricorrere alla gelatina. Col migliorare delle condizioni del p. si osserva spesso una scomparsa od una diminuzione percentuale della creatina eliminata con le urine. L'azione della glicocolla può essere rinforzata ed eventualmente sostituita dall'efedrina, dal recresal, dalla dieta ricca di purine e dalla veratrina. In casi resistenti alla glicocolla bisogna ricorrere subito alla somministrazione di prostigmina: è consigliabile iniziare la terapia iniettando una o due volte al giorno 1 cmc. di prostigmina e continuarla somministrando la prostigmina sotto forma di tavolette.

In tal modo pazienti che in seguito alla debolezza dei muscoli masticatori non erano in grado di nutrirsi possono riacquistare gradatamente la forza ed in molti casi raggiungere uno stato equivalente alla guarigione.

M. NUNBERG.

Cura degli accessi di sonno.

E. Lustig (*Gesellschaft der Aerzte* e *Med. Klinik*, 7 giugno 1935) riferisce il caso di un uomo di 48 anni, senza notevole passato patologico, che da 3 anni aveva incominciato a cambiare il suo tipo di sonno. Egli che dapprima dormiva di notte assai bene, incominciò ad avere il sonno notturno interrotto, mentre durante il giorno veniva colpito da accessi imperativi di sonno, che andavano aumentando d'intensità e di numero (fino ad 80 in un giorno). Egli dormiva durante il lavoro, al cine, in teatro e persino al volante dell'auto. Le cure fino allora consigliate (caffeina, efetonina, kola, digitale, tiroxina ed onde corte) erano rimaste inefficaci.

All'esame del paziente, l'A. rilevò anzitutto che durante gli accessi non vi era perdita di tono. Il paziente tendeva all'obesità ed era aumentato di peso di 2 kg. in 2 anni.

Gli si somministrarono iniezioni e pastiglie di estratto di lobo anteriore di ipofisi (4-6 al giorno). Nelle prime 2 settimane, nessun cambiamento, ma poi gli accessi incominciarono a diminuire. L'A. come controprova somministrò un preparato indifferente e, dopo 5-6 giorni, gli accessi di sonno ritornarono con la solita frequenza e scomparvero totalmente col ritorno alla terapia preipofisaria. Complessivamente, gli furono fatte 115 iniezioni e date 550 pastiglie. Dalla quinta settimana del trattamento vi si aggiunse un preparato tiroideo. Dopo 5 mesi di cura, il paziente potè fare il primo viaggio automobilistico senza eccessi. La scomparsa degli accessi dura già da un anno ed il paziente è capace di lavorare bene e di godere la compagnia.

fil.

Negli stati ansiosi.

G. Laurence consiglia:

Bromuro di potassio . . .	g.	20
Estratto di valeriana . . .	»	10
Idrolato di menta	»	100

S. Un cucchiaino in un po' di acqua la sera prima di coricarsi (ogni cucchiaino contiene 1 g. di bromuro e mezzo di valeriana).

NOTE DI DIETETICA.

Il regime nell'eczema del poppante.

L'eczema del poppante riconosce come causa essenziale l'alimentazione lattea; si osserva soltanto in bambini tarati; si invocano per la sua genesi il neuro-artritismo e la diatesi essudativa; si accompagna a disturbi profondi del metabolismo (iperidratazione, ipoproteinemia).

Se si tratta di *poppante al seno*, L. Babonneix (*Gaz. des hôpitaux*, 22 genn. 1936) raccomanda anzitutto di regolare le poppate, curando che non siano troppo frequenti nè ravvicinate; esaminare il latte e se è troppo grasso, consigliare alla nutrice un regime con meno farinacei e grassi e maggior copia di verdure, insalate e frutta, proibendo i generi di salumeria, i crostacei, molluschi, le bevande alcooliche. Se l'eczema persiste, sostituire il latte con quello di altra donna, o di asina, oppure modificato (latticello, latte secco, omo-

geneizzato), in quantità di due poppate al giorno.

Nell'*allattamento artificiale*, oltre alla regolazione dei pasti, curare opportunamente la diluizione, informandosi anche sull'origine del latte (sembra che le mucche nutrite con panelli diano un latte più eczematogeno) e sul suo contenuto in grasso; eventualmente cambiarlo o sostituirlo con latte di donna, di asina, latte secco, latticello, latte di mandorle di Moll (miscela a parti uguali di emulsione di mandorle dolci con aggiunta di 30 grammi di farina di riso e 50 di zucchero per litro).

Nei più piccoli, si tenteranno secondo i casi: i farinacei a piccole dosi e con estrema prudenza; i regimi senza latte (vi sono varie specialità); le farine di soia e di girasole, che possono essere prescritte a partire dal terzo mese.

Nei più grandicelli, e che già si alimentano con altri cibi, è ovvio che si proibiscano le uova, il pesce, i prodotti di salumeria (salvo il prosciutto), i dolci con uova e crema, somministrando un regime ricco in proteine e senza latte (prosciutto, carni rosse o bianche), povero di grassi e glucidi e con una quantità sufficiente di vitamine A, B, C, D. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Sugli effetti della perfrigerazione della regione del seno carotideo sulla pressione arteriosa.

G. Barbaro Forleo (*Riforma Medica*, 1936, n. 3) sta studiando le modificazioni della pressione arteriosa da stimolo freddo portato sulla cute del collo in corrispondenza del seno carotideo. Egli si serve del cloruro di etile applicato da uno o entrambi i lati del collo e misura la pressione massima e minima nei primi minuti successivi ed a distanza di ore. In questa nota preventiva si limita a riferire che egli ha ottenuto con questo sistema diminuzioni della massima e della minima, ma che l'effetto ha intensità differente nei vari individui.

Egli ha riscontrato un effetto ipotensivo più appariscente in alcuni pazienti con pressione elevata. Vi sono stati però anche dei casi ad effetto nullo e l'A. sta cercando di scoprirne le cause, come pure sta indagando su altri importanti problemi connessi con questo argomento di studio. VICENTINI.

VARIA

Croce Rossa e offesa aerea.

Il periodico ufficiale della Croce Rossa olandese riferisce i risultati d'interessanti esperimenti recentemente effettuati nel campo di aviazione militare di Soesterberg, tendenti a stabilire quale sia la visibilità da varie altitudini dei segnali di riconoscimento della Croce Rossa.

Secondo esperimenti effettuati a quote 3500 e 2500, la visibilità d'una croce rossa di metri 6 per 6 è risultata assolutamente negativa. A quota 1500 il segnale era visibile soltanto per le persone che ne conoscevano la presenza.

In conclusione, dato che per l'aviazione militare la quota di 4000 è ritenuta normale per i bombardamenti, il segnale, per essere visibile, dovrebbe avere dimensioni di metri 50 per 50, e uno spessore, nelle braccia, di metri 10.

Gli esperimenti, eseguiti alle ore 12 e ripetuti su terreno vario e su fabbricati, hanno dimostrato la pratica impossibilità di riconoscimento dei segnali di dimensioni normali per gli osservatori che ne ignorino la presenza, a meno che l'aereo si trovi a bassissima quota.

La pubblicazione aggiunge che, in base a tali risultati, è ammissibile che i segnali della Croce Rossa svedese, ritenuti di dimensioni di metri 3, siano stati assolutamente invisibili, specialmente in condizioni atmosferiche sfavorevoli.

(Dal *Popolo d'Italia*, 22 febbraio 1936).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Sanzione disciplinare. Sostituzione del Prefetto.

Anteriormente al T. U. 29 luglio 1934, n. 1265, fu iniziato dal Podestà procedimento disciplinare contro un impiegato che era medico condotto ed ufficiale sanitario. Erano stati contestati gli addebiti quando il Prefetto si sostituì al Podestà e dispose la sospensione per tre mesi. L'interessato ricorse al Consiglio di Stato in s. g. considerando definitivo il provvedimento. Era allora in vigore l'art. 39 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889 il quale stabiliva, come è noto, che, quando ricorrano con provati motivi di servizio, di ordine morale e di disciplina e gli organi competenti dell'amministrazione comunale non provvedano all'applicazione delle sanzioni disciplinari verso il medico condotto, provvede il Prefetto, previo invito agli organi stessi di far luogo alle punizioni entro un termine perentorio. Sostanzialmente identica è la disposizione dell'art. 75 del T. U. 1934, n. 1265. La sostituzione era manifestamente illegittima: oltre tutto il Podestà aveva già iniziato il procedimento. Ma la particolarità del caso era questa: la stessa persona esercitava l'ufficio di medico condotto e di ufficiale sanitario. Il provvedimento del Prefetto si riferiva all'uno o all'altro rapporto di impiego? La quistione non è stata espressamente risoluta dal Consiglio di Stato; ma essendo stato accolto il ricorso con sentenza 19 dicembre 1935, n. 1139, implicitamente si è ritenuto definitivo il provvedimento, considerandosi prevalente la funzione del medico condotto perchè quella di ufficiale sanitario è accessoria.

Prescindendo dal caso particolare, è da ritenere che, quando si verifichi la condizione di duplicità di uffici, per stabilire la natura del provvedimento, anche agli effetti dei rimedi giuridici, si deve esaminare il contenuto di esso per accertare se la punizione sia determinata da violazione di doveri inerenti alle funzioni del medico condotto o a quelle di ufficiale sanitario. Soltanto se non risulti una specificazione, nè espressa nè tacita, si deve considerare prevalente la condizione di medico condotto, essendo accessorie le funzioni di vigilanza igienica ad esso, per quel titolo affidato.

Concorso: certificato di servizio, senza data.

Dal certificato risultava che il concorrente era stato assistente interno in un istituto di patologia medica durante l'anno accademico 1928-29 e assistente volontario nel 1929-30; « ufficio — diceva l'attestato — che tuttora ricopre ». La Commissione considerò valutabile il servizio di assistente volontario (così attestato), dall'inizio dell'anno scolastico 1929-30 al 15 maggio 1932, cioè sino alla data della nomina ad ufficio interinale nel Comune che aveva indetto il concorso. Il *certificato era senza data.* Avendo ricorso al Consiglio di Stato un concorrente deluso contro la nomina dell'altro che aveva esibito il certificato imperfetto, la V Sezione, con sentenza 18 ottobre 1935, n. 855, ha ritenuto illegittima la valutazione di quell'attestato, per questa considerazione. « la data adempie in un certificato questo duplice ufficio: quello di stabilire da un lato se *l'autorità*, che sottoscrisse il certificato, *aveva competenza a sottoscriverlo* e, dall'altro, quello di riferire al momento determinato la attestazione di un fatto con l'espressione di un apprezzamento; ed è su queste considerazioni che riposa il carattere intrinseco ossia essenziale della data in un certificato rilasciato da pubblica autorità ». La risoluzione sembra rigorosamente corretta. Si può fare però la ipotesi astratta di un difetto soltanto *formale*, che non sia cagione di invalidità: se per es. la data non sia indicata ma risulti necessariamente, sia pure implicitamente, dal contenuto stesso del certificato o da altri atti esibiti nel concorso. Da un punto di vista di massima si può dire che il certificato è invalido se, per difetto formale della data, non si possa accertare la competenza dell'autorità che fece l'attestazione o il fatto attestato non sia precisato anche nei suoi elementi di tempo.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Sede ed Uffici dei Consorzi provinciali antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica - Divisione VI-C - Sezione II) ha indirizzato ai sigg. Prefetti e autorità assimilate la seguente circolare, in data 13 febbr. 1936-XIV:

L'art. 276 del T. U. delle Leggi Sanitarie stabilisce l'obbligo per le amministrazioni provinciali di fornire gratuitamente i locali per la sede e gli uffici dei Consorzi provinciali antitubercolari ed il personale necessario pel funzionamento degli uffici stessi.

Tale norma, di per sè precisa ed esplicita, merita per altro qualche chiarimento ad evitare, come si è verificato, inesatte applicazioni da parte degli enti tenuti ad osservarla.

Occorre, anzitutto, precisare che la spesa inerente alla sede, agli uffici ed al personale amministrativo del Consorzio di cui all'art. 276 succitato e all'art. 144 C 7 del T. U. della Legge Comunale e Provinciale e quella relativa al contributo che le Provincie debbono corrispondere ai Consorzi stessi, a norma dell'art. 272 del T. U. delle Leggi Sanitarie nella misura determinata dagli Statuti consorziali, sono oneri di carattere obbligatorio, che non possono essere cumulati, in quanto derivano da distinte disposizioni di legge.

I relativi stanziamenti debbono, pertanto, essere inscritti in separati articoli della parte attiva dei bilanci dei Consorzi; come a parte deve essere stanziata la somma che la Provincia eventualmente corrisponde per agevolare il ricovero dei tubercolotici, ai sensi degli articoli 94 a 281 del T. U. delle Leggi Sanitarie.

Quanto alle sedi e agli uffici del Consorzio, se nulla vieta che essi siano allogati nello stesso stabile degli uffici provinciali, occorre, peraltro, avvertire che una siffatta sistemazione non deve essere di scapito all'organizzazione dei servizi consorziali e al decoro della funzione; nè far insorgere l'erronea convinzione che i servizi antitubercolari siano una branca dei servizi provinciali, giacchè dai medesimi si debbono ritenere indipendenti anche dal punto di vista dei rapporti gerarchici del personale.

La Provincia ed il Consorzio provinciale antitubercolare sono, come è ovvio, enti distinti e, come tali, hanno funzioni e finalità distinte, che non vanno confuse; e se a capo delle due amministrazioni la legge ha posto la stessa persona, ciò non vuol dire che debbasi considerare il Consorzio come una dipendenza della Provincia; ma solo che si è voluto mettere a capo del Consorzio stesso il rappresentante del più autorevole ente consorziato.

Ciò valga anche a correggere l'errata disposizione — adottata in vari testi di Statuti Consorziali — per cui a sostituire il Presidente del Consorzio è designato il Vice-Preside della Provincia, il quale, non essendo chiamato dall'art. 273 del T. U. delle Leggi Sanitarie a far parte del Comitato, non ha nessuna veste per assumere la detta carica.

Il numero, poi, dei vani destinati agli uffici del Consorzio deve essere in proporzione all'importanza ed allo sviluppo dei servizi, ma non deve consentirsi, nell'interesse dei servizi stessi, che i locali a disposizione del Consorzio siano ridotti a qualche vano inadatto e disadorno.

Pertanto, nel caso che i locali a disposizione del Consorzio siano insufficienti o inadatti, l'EE. LL. vorranno curare che, anche senza contravvenire alle disposizioni sull'economia nelle spese, di cui al Decreto di S. E. il Capo del Governo del 5 novembre 1935, sia conferita alla sede ed agli Uffici del Consorzio stesso quel maggiore decoro e quella conveniente sistemazione richiesta dalle complesse e delicate funzioni demandate all'importante organo.

Cronaca del movimento professionale.

Le prestazioni sanitarie agli iscritti alle Casse Mutue.

A cura della Federazione delle Casse Mutue del Sindacato nazionale medici è stata stipulata una convenzione che regolerà il problema delle prestazioni sanitarie agli iscritti alle Casse stesse, con la libera scelta da parte del mutuato; tale sistema ha il pregio di lasciare ai medici la piena alea professione e ai mutuati il gradito diritto di ricorrere ai medici di personale fiducia. È questa una nuova importante realizzazione che va ad aggiungersi alle molte segnate all'attivo del Regime. I lavoratori non mancheranno certo di valutare i benefici della decisione che oltre ad avere un intrinseco valore presenta anche un significato morale.

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza ai minorati per la guerra in A. O.

Il Comitato Esecutivo dell'Opera Nazionale Invalidi di guerra adunatosi sotto la presidenza del sen. prof. Alessandro Lustig, per la prima volta dopo l'avvenuta rinnovazione dell'Amministrazione, ha iniziato i lavori con un telegramma di deferente saluto al Capo del Governo dichiarandosi orgoglioso di poterne seguire le sapienti direttive rivolte al sicuro trionfo dei sacri diritti della Nazione che le ingiuste e odiose sanzioni invano tentano di conculcare.

Il Comitato si è occupato, fra l'altro, del fabbisogno per la assistenza degli eventuali nuovi minorati a causa della guerra coloniale e così pure ha preso in esame la situazione degli orfani di guerra in relazione alle forme di assistenza consentite dalle disponibilità di bilancio.

CONCORSI

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

PALERMO, per Corleone e per Godrano; scad. 30 aprile.

PARMA, per Compiano; scad. 30 aprile.

POLA, per Isola d'Istria, Lussinpiccolo (Sansego); scad. 31 marzo.

ROVIGO, per Adria, Calto, Loreo, Porto Tolle, Rovigo (3ª condotta rurale); scad. 30 aprile.

FERMO (*Ascoli Piceno*). *Ospedale Civile Umberto I.* — Scad. 10 marzo. Aiuto Medico; L. 6640; compartecipazione; alloggio e vitto; età limite al 24 gennaio anni 35. È ammessa la consulenza subordinata a determinate condizioni. Tassa L. 50,50. Rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

FOGGIA. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 20 marzo. Posti di Direttore Sanitario e di Aiuto Chirurgo. Stipendio: al posto di Direttore Sanitario, annue L. 24.000 lorde di tutte le relative ritenute; al posto di Aiuto Chirurgo, oltre al diritto di vitto e alloggio solo per sè, stipendio L. 6000 annue lorde di tutte le relative ritenute. Per più dettagliate notizie chiedere bando di concorso al Presidente dell'Ospedale.

NOCERA INFERIORE. *Ospedale Psichiatrico Consortile « Vittorio Emanuele II ».* — Vice Direttore; L. 16.000, aumentabili a L. 16.800 dopo quattro anni, oltre il supplemento di servizio attivo di L. 4200. Medico Assistente ordinario; L. 11.600, aumentabili a L. 12.000 dopo quattro anni, a lire 12.900 dopo otto anni ed a L. 13.700 dopo dodici anni, oltre il supplemento di servizio attivo di L. 2800. Scad. 6 maggio. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione.

ORZINUOVI (*Brescia*). *Ospedale « Tribandi-Pavoni ».* — Scad. 30 aprile. Medico Chirurgo Direttore; L. 8000; abitazione nel nosocomio, indennità c.-v. e L. 400 indennità luce. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

TORINO. *Regi Ospedali Psichiatrici.* — Un posto di Medico Direttore di tutte le Case dipendenti, con residenza a Collegno; sei posti di Medico Capo Reparto di seconda classe, con residenza in una delle tre Case dipendenti, esclusa Torino; un posto di Medico aiuto alle Ville Regina Margherita per pensionati in Collegno. Scad. 30 aprile. Rivolgersi alla Segreteria, via Giulio 22, Torino.

VARESE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — La Presidenza rende noto che con deliberazione del Comitato Amministrativo, N. 38 del 30 gennaio 1936-XIV, è stato aumentato da cinque a otto il numero di posti di assistente sanitaria visitatrice di cui al concorso pubblicato con avviso N. 2601-3729 in data 16 novembre 1935-XIV. Si avverte inoltre che il termine utile per la presentazione della domanda e dei documenti per essere ammesse al detto concorso è prorogato alle ore sedici del 16 marzo 1936-XIV.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Premio « A. M. Luzzatto ».

L'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara informa che a tutto il 31 agosto 1936 è aperto il Concorso per il premio di studio dell'ammontare di L. 2000 per onorare la memoria del compianto prof. A. M. Luzzatto, assegnabile all'autore di lavoro o gruppo di lavori, su temi liberi di clinica o di patologia, costituenti, in prevalenza, il risultato di studi e ricerche fatti nel Laboratorio intitolato al prof. Luzzatto, presso l'Arcispedale e pubblicati nel biennio 1° aprile 1934 - 31 marzo 1936.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Alessio Carrel, dell'Istituto Rockefeller di New York, è nominato professore all'Università della California a Berkeley per il semestre estivo del 1936.

Il dott. Reginald Fitz è nominato professore di medicina (clinica medica) all'Università Harvard di Boston e direttore dell'Istituto di ricerca clinica e medicina preventiva all'Ospedale di Massachusetts in Boston.

Il dott. R. E. Valin, reputato chirurgo di Ottawa, è nominato direttore generale dell'Associazione dei medici di lingua francese dell'America del Nord, in sostituzione del compianto prof. Pierre Rhéaumé.

NOTIZIE DIVERSE

Giornate internazionali periodiche di cardiologia.

Abbiamo già riferito che si terranno a Royat (Francia) il 31 maggio e l'1 giugno; saranno poste sotto la presidenza effettiva del prof. Vaquez e quella onoraria del prof. Achard. Tema in discussione: « Gli spasmi vascolari ». Le relazioni saranno svolte come segue:

Fisiologia: « Il tono vascolare » (C. Heymans, di Gand e L. Brouha, di Liegi);

Patologia: « Gli spasmi vascolari dell'encefalo » (Riser, di Tolosa); « Gli spasmi vascolari degli arti » (Leriche e Fontaine, di Strasburgo); « Gli spasmi vascolari nei loro rapporti con l'endocrinologia » (Marañon e Duque, di Madrid);

Terapia: « Il trattamento degli spasmi vascolari » (Loeper, di Parigi).

Per informazioni rivolgersi al segretario generale, Dr. R. Boucomont, Royat, Puy-de-Dôme, Francia.

5° Congresso internazionale contro il reumatismo.

La Lega internazionale contro il reumatismo terrà il 5° Congresso a Lund dal 3 al 5 settembre ed a Stoccolma il 7 e l'8 settembre; il giorno intermedio (6 settembre, che cade di domenica) sarà destinato ad un'escursione nella Scania. I temi discussi saranno:

Patologia: « Allergia nelle malattie reumatiche », « Letture delle radiografie nelle artriti », « La natura delle mialgie »;

Terapia: « L'aiuto dell'ortopedista nelle malattie reumatiche », « Lo stato degli alloggi dei reumatici ».

Per l'Italia è designato come correlatore il prof. Chini (sul primo tema).

Sede della lega: Keizersgracht 489, Amsterdam, Olanda; presidente ne è il prof. Sven Ingvar, Lund, Svezia; segretario generale il prof. G. Kahlmeter, Birgerjarlsgatan 36, Stockholm, Svezia; al

segretario sono da inviare le adesioni e richiedere informazioni.

Lingue ufficiali saranno il francese, l'inglese e il tedesco (notiamo e deploriamo l'esclusione dell'italiano).

Congressi medici francesi.

Il 9° Congresso dell'Associazione francese di pediatria si terrà a Bordeaux dal 29 al 30 maggio, sotto la presidenza del dott. Ch. Rocaz. Temi: « Epidemiologia e patogenesi dell'acrodinia infantile » (Péhu, di Lione); « Insulinoterapia nel fanciullo » (Aubertin, di Bordeaux e Lelong, di Parigi); « Deformazioni distrofiche del torace » (Levèque, Ombrédanne e Garnier, di Parigi). Quota per i membri partecipanti: fr. 100; per i membri aderenti (persone di famiglia): fr. 50. Segretario generale: Dr. Boisserie-Lacroix, cours Xavier-Arnozan 27-bis, Bordeaux.

La Società francese d'oftalmologia celebrerà il suo 69° Congresso dall'11 al 14 maggio, a Parigi, nella « Maison de la Chimie » (Centre Marcelin-Berthelot, rue Sainte-Dominique 28-bis). Tema: « La radiografia in oftalmologia », relatore E. Hartmann. Sarà distribuito un atlante di 300 figure (edito da Masson & C.ie). Il Congresso coinciderà con l'assemblea internazionale per la profilassi della cecità e con l'assemblea della Lega internazionale contro il tracoma. Vi sarà annessa una Mostra. Per informazioni rivolgersi al segretario generale: Dr. René Onfray, avenue de la Motte-Piquet 6, Paris VIIe.

La « Société des Sciences médicales de l'Afrique du Nord » terrà il suo 6° Congresso annuale a Rabat e Casablanca (Marocco), dal 3 al 5 aprile, sotto la presidenza del generale medico Spick. Tema in discussione: L'amebiasi nell'Africa del Nord. Segretario del congresso è il Dr. Fournier, boulevard du 4me Zouaves 26, Casablanca, Marocco.

Corsi di perfezionamento.

Organizzato e diretto dal dott. Gianni Pirani, direttore dell'Istituto Vitt. Em. III di Lecco, si svolgerà anche quest'anno, nella sede stessa dell'Istituto, un corso sulla tubercolosi, dedicato ai medici condotti della Provincia di Como e costituito di lezioni, conferenze e dimostrazioni cliniche sul malato. Ad esso hanno accettato di collaborare i proff. Besta, Carpi, Calamida, Donati, Foà, Nasso, Pepere, Preti, Rondoni, Zoja dell'Università di Milano. La prima lezione avrà luogo il 4 marzo alle ore 15,30, nel salone d'onore del Municipio di Lecco e sarà tenuta dal magnifico Rettore della R. Università di Milano, prof. Alberto Pepere.

Corsi di perfezionamento in terapia medica e idrologica si terranno nell'Ospedale Necker di Parigi, sotto gli auspici della Facoltà medica; saranno diretti dal prof. M. Villaret e concerneranno le affezioni vascolari, renali, reumatiche e endocrino-vegetative (dal 23 marzo al 5 aprile) e le malattie del tubo digerente, del fegato e della nutrizione (dal 4 al 19 maggio). Tassa d'iscrizione per ognuno dei due corsi 200 franchi; per tutt'e due 300 franchi. Chiedere i programmi. Rivolgersi al: Laboratoire d'Hydrologie et Climatologie Thérapeutiques de la Faculté de Médecine (École pratique), Paris.

Nell'Istituto per le malattie navali e tropicali di Amburgo si terrà un corso sull'igiene e la medicina tropicali, la patologia esotica e la parassitologia medica, dal 28 settembre al 28 novembre. Inoltre un corso in lingua spagnola sulle malattie tropicali avrà luogo dal 9 al 29 luglio. Informazioni presso: Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Bernard Nocht-Strasse 74, Hamburg 4, Germania.

Echi della nostra impresa africana.

Demmo già notizia dei polacchi M. S. Belau e T. Maddynski, catturati dalle nostre truppe in una caverna dell'Amba Aradam. Il primo risulta essere un medico appartenente all'ambulanza n. 5 della Croce Rossa Americana in Etiopia. Egli ha rilasciato al corrispondente dell'« Agenzia Stefani » in Massaua una dichiarazione scritta, con cui smentisce in modo assoluto il preteso bombardamento delle ambulanze americane e dell'ospedale Tafari Makonnen a Dessiè, denunziato dal Governo etiopico al Consiglio e ai membri della Società delle Nazioni. La denunzia era avvalorata da un documento falso, che recava le firme di varî medici, tra cui il Belau il quale appose la propria firma senza sapere di che si trattasse.

Il compagno del Belau, che fungeva da infermiere, risulta essere un corrispondente del giornale « Kurjer Poranny » di Varsavia. Egli ha pure smentito nel modo più reciso il suddetto bombardamento, in un'intervista con Mario Appelius, pubblicata sul « Popolo d'Italia » del 26 febbraio.

Azioni giudiziarie.

L'autorità sanitaria di Asti alcuni mesi fa elevò contravvenzione contro alcuni farmacisti della città per irregolare spedizione di ricette riguardanti stupefacenti ai sensi del R. D. L. 15 gennaio 1934 e cioè perchè erano state spedite ricette senza qualcuna delle formalità che la legge prescrive e che i medici devono seguire nello stillare le ricette stesse.

I farmacisti furono condannati con decreto penale; contro il quale però il farmacista Rozzoglio Cesare fece opposizione sostenendo la inesistenza del fatto ed in subordine che egli essendo comproprietario e coadiutore della farmacia e non direttore responsabile, non poteva essere chiamato a rispondere della contravvenzione già addebitata al collega direttore responsabile, ma il Pretore respinse l'opposizione e confermò la condanna.

Contro questa sentenza ricorse in Cassazione il dott. Rizzoglio assistito dall'avv. R. Roberti, consulente legale del Sindacato nazionale farmacisti e dall'on. G. Bardanzellu, per vari motivi fra i quali aveva importanza di principio quello secondo il quale il coadiutore e collaboratore laureato per quanto abilitato alla vendita dei medicinali non può rispondere penalmente se non dei fatti che egli commette in proprio e direttamente e non in virtù di una presunzione di colpa.

Il ricorso è stato ora discusso presso la prima Sezione Penale del Supremo Collegio presieduta da S. E. Caffarelli che era anche relatore. La Corte su conformi conclusioni del Procuratore Generale Marfori-Savini ha accolto il ricorso.

A Budapest una certa signora Stricker, temendo di ridestarsi sotterra, aveva disposto per testamento che il medico curante avrebbe dovuto darle una stilettata al cuore prima che fosse inumata. Il medico di famiglia ha adempiuto questa dispo-

sizione, prima che il decesso fosse constatato dal medico municipale. Questi ha elevato una protesta: d'onde un'azione giudiziaria. Del caso si sono impadroniti i giornali; gli uni sostengono che qualunque medico è in grado di accertare il decesso; gli altri, appoggiati da giuristi, che la dichiarazione di morte non è valida finchè il medico necroscopo non ha assolto il proprio compito. A noi sembra che la disposizione del testamento non avrebbe dovuto essere attuata.

Il Tribunale del Minnesota ha condannato un'infermiera privata a quattro anni di lavori forzati nel Riformatorio femminile di Shakopee, per avere provocato la morte di una giovine, in seguito a manovre abortive; 36 ore dopo la morte, venne isolato dal cadevere un bacillo della gangrena gassosa. L'imputata, certa Della Mostert, 56enne, ammise che da circa otto anni si era dedicata alla pratica degli aborti provocati. I giudici le lasciarono facoltà di essere condannata per omicidio colposo piuttosto che per esercizio illegale della medicina! Il limite di quattro anni potrà essere abbassato (presumibilmente in seguito a buona condotta...). Sono concezioni del diritto che a noi riescono inesplicabili.

Per l'assicurazione dei medici a Vienna.

In Austria non si è mai provveduto ad assicurare un *minimum* di condizioni economiche ai medici anziani o invalidi privi di risorse personali. Solo nella provincia dell'Alta Austria esiste, da 14 anni, un'associazione mutua, che comprende tutti i medici e provvede per gli anziani, gl'invalidi, le vedove e gli orfani; ma essa non è stabilita su basi tecniche ed attuariali. Altre mutue tra medici si limitano ad assegnare soccorsi di malattia, od aiuti vari ed a provvedere le spese per i funerali.

Il dott. Sonnefeld ha ora elaborato un piano organico per assicurare tutti i medici di Vienna, che dopo i 65 anni riceverebbero una pensione di 250 scellini austriaci mensili; dovrebbero però lasciare la pratica, per fare posto ai giovani. I premi d'assicurazione sarebbero costituiti dal rilascio del 10 % sugli stipendi ospedalieri e da altri contributi.

I medici impiegati si sono opposti al progetto, perchè già hanno assicurata una pensione. Altre difficoltà sono date dal disagio attuale, che fa sentire qualunque sottrazione d'introiti.

Se il progetto rispondesse bene per Vienna, lo si estenderebbe a tutta l'Austria.

Dai dati accuratissimi che il Sonnefeld ha raccolto, si desume che a Vienna risultavano iscritti 4489 medici, tra cui 591 donne; vi erano 18 uomini e 1 donna a 75 anni; sopra questa età nessuna donna più esercitava, mentre v'erano 39 uomini fra 76 e 83 anni; 2 a 84; 1 a 86; 1 a 89; 2 a 90; il medico più giovane contava 24 anni; seguivano 29 uomini e 7 donne a 25 anni.

Un po' dovunque.

La Società internazionale di storia della medicina si è adunata a Parigi il 1° febbraio, sotto la presidenza onoraria del prof. Giordano (Venezia) ed effettiva del dott. Gomoin (Bucarest); per l'Italia era anche presente il prof. Capparoni (Roma). Si è convenuto che l'XI Congresso si terrà nel settembre 1938 ad Atene, Istambul, Sofia e Zagabria.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana in unione con la Federazione Italiana Medici Sportivi ha organizzato per il giorno 5 aprile 1936-XIV una riunione al Rifugio Carlo Bonardi, sul Monte Maniva, col seguente tema generico di relazione: « La medicina e la chirurgia relative allo sport dello sci e all'alpinismo di alta montagna ». Tutti i medici vi possono partecipare inviando la loro adesione entro il 13 marzo (prof. Raverdino, corso Zanardelli 32, Brescia). Le comunicazioni giunte entro il 14 marzo potranno essere discusse, quelle giunte successivamente saranno stampate nel volume degli atti del Raduno. S'invia programma a richiesta.

La Società di Studi Odontologici di Montevideo ha organizzato una settimana odontologica dal 10 al 15 febbraio; vi ha partecipato l'Associazione Odontologica Argentina.

Il ministro dell'Educazione Nazionale, on. De Vecchi di Valcismon, ha visitato a Genova la Città Universitaria; si è soffermato a lungo nella Clinica medica.

Alla presenza dell'on. Biagi, presidente dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, è stato solennemente inaugurato in Roma, alla Garbatella un Centro Terapeutico della Federazione provinciale romana della Mutualità Scolastica. Le sale sono state concesse dal Governatorato nella scuola « Michele Bianchi ». Il Centro ha a sua disposizione due medici e quattro infermiere: gli alunni (260 della Scuola « Michele Bianchi », 80 della « Tomasseo », 54 del Porto Fluviale) si avvicenderanno nelle cure a gruppi di cinquanta al giorno.

La Clinica pediatrica dell'Università di Milano verrà prossimamente ingrandita; un notevole contributo al piano di finanziamento sarà dato dal gr. uff. Marco De Marchi che, continuando una tradizione della famiglia cui s'intitola l'Istituto, e per onorare i suoi genitori, si è assunto una parte dell'onere. Altri privati e altri Enti coopereranno alla realizzazione del progetto, che tuttavia richiede ancora altre elargizioni per la sua definizione.

Il prof. C. Nicolle, a causa delle sue condizioni di salute, si è fatto sostituire quest'anno, nella cattedra di medicina al Collegio di Francia, da R. Leriche, clinico chirurgo a Strasburgo. L'anno scorso egli si fece sostituire da E. Burnet e negli anni precedenti si era associato Leriche, J. Fiolle, G. Duhamel. La conferenza inaugurale di Leriche ha avuto per tema: « La chirurgia del dolore ».

Il prof. Sigmund Freud ha celebrato il suo 80° compleanno.

Si è adunato a Roma il Comitato Consultivo Centrale per la lotta contro le malattie infettive e diffusive del bestiame, costituito in seno alla Associazione Nazionale Allevatori.

La « Gazz. Uff. » ha pubblicato un decreto ministeriale in data 24 febbr. 1936 concernente la temporanea disciplina della produzione e vendita delle paste alimentari e il divieto d'impiegare farina di grano duro nella panificazione.

Una violenta epidemia di vaiolo infierisce a Calcutta. Più di quattrocento persone sono morte in 15 giorni. È stato allestito un ospedale d'isolamento. Numerosi morti sono pure segnalati a Dacac, una delle principali città del Bengala. Le scuole sono state chiuse.

In Carrara, ove erasi ritirato in questi ultimi tempi, è morto a 87 anni, il 26 febbraio u. s.

GUGLIELMO ROMITI,

Professore emerito di anatomia umana normale.

Aveva insegnato anatomia, prima nell'Università di Siena, poi in quella di Pisa, ove andò ancor giovane ed ove fu raggiunto dai limiti di età.

Scienziato di profonda cultura e facondo oratore fu grandemente amato dai giovani e tenne alto il decoro della Università in numerosi consessi stranieri. Fu a capo di una Scuola rigogliosa, che dette all'Italia numerosi anatomici insigni.

Era membro di quasi tutte le società anatomiche e biologiche del mondo. Laureato *honoris causa* in Aberdeen ed in Ginevra, era insignito di numerose alte onorificenze italiane e straniere.

Fu medico volontario nella guerra Franco-Prussiana del 1870 e nella grande guerra volle ancora, già vecchio, offrire alla Patria i suoi servigi.

Oltre alla anatomia, coltivò con onore la chirurgia generale e l'ostetricia e fu a lungo chirurgo primario degli Spedali di Pisa.

Lascia una produzione scientifica di fondamentale importanza nel campo della anatomia e della embriologia.

Uomo profondamente buono, ebbe il cuore pari all'alto intelletto.

M. F.

Il prof. MAURO GAVAZZENI di Bergamo, è deceduto a Decamerà (Eritrea) per una malattia contratta nell'assistere le nostre truppe. Contava appena 31 anni. Aveva già al suo attivo un'intensa attività, di cui sono indici le numerose pubblicazioni: i nostri lettori hanno più volte avuto occasione di apprezzare l'originalità e l'interesse dei suoi contributi che ci siamo onorati di ospitare nel « Policlinico ».

Alla memoria di questa vittima del dovere, caduto in servizio della Patria, va un commosso saluto. Al padre, prof. Silvio — altra eletta tempra di sanitario e di studioso — le nostre profonde condoglianze.

A. POZZI.

È morto a 55 anni il conte dott. GUIDO BRIGANTE COLONNA, Podestà di Tivoli. Da parecchi anni Egli aveva lasciato la professione medica, per dedicarsi all'agricoltura, e all'amministrazione della ridente cittadina laziale, cui aveva profuso tutte le sue energie.

Era stato assistente degli Ospedali di Roma, e aiuto medico per circa due anni, quasi sempre al VI Padiglione col compianto Maestro prof. Ascoli.

Guido Brigante Colonna lascia una somma di affetti in quanti ebbero la fortuna di avvicinarlo e di essere nella Sua intimità. Al Camerata Gustavo e alla famiglia le nostre più affettuose condoglianze.

POZZILLI.

Si è spenta a 75 anni la dott.a AMY SHEPPARD, che fu una delle prime donne a laurearsi in medicina; si era specializzata in oftalmologia, e prestò servizio in varî ospedali di Londra, fino a raggiungere il grado di chirurgo oculista consulente nell'Ospedale Elizabeth Garrett Anderson. Durante la guerra mondiale fu assunta in un ospedale militare generale di 520 letti, col grado di capitano, e indossò la divisa militare. Oltre che in medicina, si fece distinguere come studiosa di botanica, come dilettante di scultura e come esperantista.

M. P.

Apprendiamo all'ultimo momento la morte di CARLO NICOLLE. Dell'illustre scienziato parleremo in un prossimo numero.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 27 gennaio al 2 febbraio 1936: Morbillo 279 (1590); Scarlattina 143 (297); Pertosse 119 (363); Varicella 137 (354); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 129 (206); Infezioni paratifiche 37 (41); Febbre ondulante 39 (43); Dissenteria 6 (6); Difterite e croup 302 (568); Meningite cerebro-spinale epidemica 17 (18); Poliomielite anteriore acuta 14 (15); Encefalite letargica 3 (3); Anchilostomiasi 3 (3); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 38 (52), dichiarata — (—); Pustola maligna 13 (15); Febbre puerperale 39 (41).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 16 Marzo 1936 - XIV Num. 11

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE CIVILE DI S. GIOVANNI IN PERSICETO.
REPARTO CHIRURGICO.

La caffeina, somministrata per via endovenosa, nella pratica chirurgica.

Dott. PIETRO FRASSINETI, chirurgo primario.

Per quanto mi è dato conoscere, sono propenso a ritenere che alla Caffeina, in qualità di farmaco ad azione cardio-vasotonica, non è ancora oggi assegnato in terapeutica umana quel ruolo che le compete.

Accade spesso al contrario di vederla valutata alla stregua di un farmaco superato ed al quale ci si adatta a concedere un'efficacia di dubbia entità e di non chiaro significato. Così che anche là dove si trova, per vecchia consuetudine, in buona dotazione, la si impiega quasi sistematicamente a fianco ed in cooperazione di altri cardiostenici (canfora, digitale, strofanto, ecc.) affidandole un modesto ufficio sussidiario o di secondo piano, del quale del resto non v'è chi si indugi a valutare la portata.

È per questo che uscita, nell'ambito delle sue ingerenze circolatorie, da un passato amorfo, è al presente largamente soppiantata da nuove creazioni farmacologiche a carattere cardio o angiotonico alle quali si ascrivono, non sempre in armonia con giusti criteri, valori terapeutici di maggior peso.

Questo il mio convincimento.

Convincimento maturato attraverso una esperienza che data da qualche anno e che va riallacciata, debbo riconoscerlo, ad una fortuita circostanza; quando cioè posto di fronte ad un gravissimo collasso post-laparatomico, dopo aver esaurito tutti quei mezzi terapeutici, che in incidenti del genere sono dal chirurgo usualmente posti in opera (ipodermoclisi, fleboclisi, iniezioni ipodermiche ripetute di adrenalina, endovenose di coramina), il polso radiale riapparve sensibile e si fece rapidissimamente di una ampiezza pressochè normale in seguito alla somministrazione per via endovenosa di caffeina natrobenzoica nella quantità di 50 ctgr. (2 cc., fiale del commercio).

Da allora ho sistematicamente adottato, con risultati della massima soddisfazione, questa terapia nel collasso acuto post-operatorio e sono venuto saggiando altresì in discreto nu-

mero di esperimenti, l'azione della caffeina per via endovenosa nei collassi settici, nei collassi da anemia acuta ed anche in soggetti sani a valori tensionali o pressori diversi (ipertési, normotési, ipotési), ricavandone deduzioni che stimo di notevole interesse farmacodinamico e degni di essere qui menzionati.

È in realtà tuttora aperta fra i fisiologi la discussione circa il modo di azione della caffeina sul circolo. Ed i farmacologi sono spesso in aperto antagonismo nell'interpretarne i valori in questo senso.

Appartenente al gruppo delle Xantine o gruppo Purinico, assieme alla teobromina, alliteobromina, teofillina, etoxicaffeina, viene da alcuni catalogata fra i diuretici, da altri fra i neurostenici, da altri ancora fra i cardiostenici.

Concetti quindi fondamentalmente diversi circa ciò che può essere l'ufficio elettivamente precipuo della caffeina.

Per quanto la diversa classifica sembri in fondo non deviare il giudizio dei farmacologi su quelle che sono le funzioni ormai universalmente acquisite e concordemente sanzionate, le funzioni cioè svolte sul sistema nervoso centrale, su alcuni territori vascolari periferici, sul rene, sui muscoli striati, sul sangue, sul metabolismo.

La caffeina è noto, eccita i centri cerebrali superiori, influenzando beneficamente le facoltà intellettuali. Agisce sul midollo allungato stimolando il centro del respiro e il centro vaso-motore; sul midollo spinale aumentandone l'eccitabilità riflessa. L'azione sul centro vasomotore, che si esplicherebbe prevalentemente a livello del territorio dello splancnico, è stata specialmente studiata dal Gottlieb e Meyer. L'azione sul centro del respiro è stata recentemente riaffermata da Arnaudet, Bonnet, Gardot, Leon Bidet in base ai risultati delle loro esperienze eseguite sui pesci. Sono conosciuti i benefici effetti che la caffeina opera nell'accesso asmatico, effetti che Trendelenburg attribuisce però ad una azione diretta del farmaco sui muscoli bronchiali.

La caffeina paralizza il simpatico (ortosimpatico) ed è quindi antagonista della adrenalina. Essa riduce notevolmente nel cane l'ipertensione dovuta all'eccitazione del simpatico. Henri Frederich ritiene che la trimetilxantina agisca sui gangli periferici prevertebrali.

La caffeina dilaterebbe elettivamente i vasi del cervello; del cuore, del rene. Esclusivamente alla dilatazione delle coronarie sarebbe secondo alcuni da attribuire l'azione benefica che essa svolge sul cuore. Colla vasodilatazione renale c'è chi vorrebbe porre in rapporto l'azione diuretica.

Quest'ultima, per quanto oggi, dopo l'introduzione in terapia della teobromina e di altri purinici, di conseguenze pratiche modeste, è stata la più studiata e la non meno discussa. La discussione è anche oggi aperta. La più attiva irrorazione renale secondo certi autori, stimoli diretti sul parenchima renale secondo altri, stimoli associati sul circolo e sul parenchima secondo un terzo gruppo di sperimentatori, rappresentando le opinioni farmaco-dinamiche che si contendono il campo del determinismo diuretico della caffeina, avendo ciascuna al suo servizio buona schiera di studiosi (Ozaki, Tamura, Cusnye, Lambie, Starlius, Loewy, Munk, Albanese, Pouchet, Cullis, Ellinger, Frohlich, Zak, Barcroft, Nakao, Zweyr, Schroder, Rost, Loeper).

L'azione tonimuscolare della tremitelxantina si esplica sulla muscolatura volontaria rendendo più facile la contrazione ed alleviando la fatica. Sembra che azione identica essa eserciti sulle fibre muscolari liscie, influenzando la motilità gastro-intestinale (dispepsie atoniche), l'attività dei muscoli vescicali, quella della muscolatura vascolare, dando per effetto secondo la credenza più diffusa, una vasocostrizione leggera (Arnaud).

La caffeina provoca un aumento della glicemia; aumento che andrebbe riportato non già ad una accresciuta secrezione di adrenalina ma piuttosto all'eccitazione del centro bulbare che presiede alla regolazione del tasso glicemico, così come accade per la puntura del quarto ventricolo (Zunz). Lo stesso farmaco si opporrebbe ad un accumulo di acido lattico nel sangue non ostante l'aumento di tono muscolare. Questa azione viene considerata da alcuni un contribuente non trascurabile nell'efficacia terapeutica della caffeina sull'apparato circolatorio; essendo noto che nell'insufficienza cardiaca è presente una iperlattacidemia.

L'influenza della caffeina cadrebbe anche sul liquido cefalorachidiano, determinandone secondo Denker un abbassamento di pressione.

Il metabolismo ne verrebbe aumentato di qualche poco. Dosi elevate sposterebbero il metabolismo basale da 7 a 23 per 100 nell'uomo. Dosi moderate non apporterebbero modificazioni sensibili.

Forti dosi di trimetilxantina tendono ad aumentare un poco la temperatura centrale in conseguenza dell'aumentata attività motoria.

Il disaccordo si fa alquanto sensibile sul terreno farmacodinamico laddove si discute degli effetti della caffeina sul cuore e sul circolo in genere.

Arnaud ad esempio così si esprime: a dosi

medie la caffeina agisce tonificando il miocardio, producendo, come la digitale, il rallentamento del polso con aumento dell'energia cardiaca, regolarizzazione del ritmo ed elevazione della pressione arteriosa. A dosi leggere accelerazione del polso ed elevazione della pressione. A dosi elevate e tossiche dopo una prima fase bradicardica determina tachicardia e irregolarità del polso, l'abbassamento della pressione ed anche la morte per asfissia col cuore in diastole.

Tappeiner dice: nel cuore, in seguito allo stimolo accelerante, cresce la frequenza del battito e nel caso di grandi dosi si produce aritmia e cardiopalmo, mentre diminuisce il volume della pulsazione; ma la quantità di sangue cacciata nell'unità di tempo resta invariata perchè aumenta la forza assoluta del cuore, mercè la quale è ancora possibile superare grandi resistenze nella corrente sanguigna (differenza dalla digitale).

Zunz scrive: le dosi non elevate di caffeina accelerano il ritmo cardiaco diminuendone la pausa diastolica. Questa accelerazione si osserva anche sul cuore isolato e dopo paralisi mediante l'apocadeina delle terminazioni dei nervi acceleratori. L'azione cronotropa positiva quindi deriva da una stimolazione dell'apparecchio eccitomotore proprio del cuore dal quale dipende il ritmo dei ventricoli a livello del nodo sinusale. Le forti dosi dopo un primo stadio fugace di acceleramento determinano un rallentamento dei movimenti delle orecchiette poi di quelli dei ventricoli, per concludere con una aritmia auricolo-ventricolare, fibrillazione auricolare ed infine ventricolare. Riassumendo la caffeina eccita prima la zona eccito-motrice sinusale, quindi estende la propria eccitazione alle orecchiette e finalmente ai ventricoli, differendo nel suo modo d'azione sul cuore dai composti del gruppo della canfora e da quello del gruppo della digitale.

C'è in sostanza una netta divergenza di opinioni appoggiata a risultati sperimentali disparati.

L'azione cronotropa della caffeina si esplicherebbe in modo alquanto dissimile sull'uomo e sull'animale.

Secondo Riegel la caffeina impiegata a medie dosi determinerebbe nell'uomo sano un rallentamento del polso; di rado tachicardia; al contrario accadrebbe nell'animale. In questa dissimilianza di comportamento non è forse da trarre fuori di causa l'influenza del tono neuro-vegetativo.

La caffeina provocherebbe a dosi terapeutiche (piccole e medie) una eccitazione del vago quindi bradicardia, mentre con le alte dosi prevarrebbe l'azione stimolante della muscolatura, quindi tachicardia.

Non dissimilmente discordanti sono le risultanze di esperimento ottenute saggiando l'azione della caffeina sui vasi. Quando v'è chi osserva una vasocostrizione leggera in conseguenza dello stimolo diretto della caffeina sulla muscolatura vasale (Arnaud) mentre v'è chi invoca la stessa azione diretta sui muscoli lisci dei vasi ad interpretazione di una vasodilatazione.

Zunz usando la caffeina, in debole soluzione, sui vasi di un membro o di un organo isolato ha riscontrato una vasodilatazione considerevole.

Bech e Plumier su di una zampa di cane isolata, facendo fluire attraverso l'arto una leggera soluzione di caffeina, hanno osservato in primo tempo una diminuzione del debito sanguigno, poi soltanto un aumento dello stesso; il che starebbe per una leggera reazione vaso-costrittiva iniziale esaurientesi in una vasodilatazione.

La pressione arteriosa subisce una elevazione secondo alcuni autori; un abbassamento, o resta pressochè invariata secondo altri.

Zunz ha visto che la pressione arteriosa globale sotto l'azione della trimetilxantina subisce oscillazioni relativamente minime. L'accrescimento del debito cardiaco e la leggera eccitazione del centro vasocostrittore tendono ad elevare la pressione arteriosa; la vasodilatazione periferica tende all'opposto ad abbassarla.

La grande differenza fra l'azione della caffeina e quella dell'adrenalina, che all'effetto pratico sembrano avere punti di contatto, starebbe appunto in questo che la caffeina non determina variazioni nella pressione arteriosa generale, mentre la adrenalina, cagionando modificazioni sui vasi ai quali perviene, eleva la pressione arteriosa.

Vinci e Meyer hanno dimostrato che la caffeina è capace di innalzare la pressione quando è abnormemente abbassata sia agendo sui centri nervosi d'ordine superiore, sia sul cuore stesso.

Sollmann e Pilcher ritengono che a questo riguardo non sia da trascurare l'azione della caffeina sul centro vaso motore.

***

All'osservazione di Vinci e Meyer richiamano in parte i risultati terapeutici da me ottenuti.

Ho usato la caffeina natro-benzoica del commercio iniettandola endovena in dosi varianti da gr. 0,20 a gr. 0,50, a sè o addizionata a siero glucosato ipertonico (20 %) nell'intento di sopperire ai bisogni in glucosio del miocardio repentinamente sottoposto a maggior lavoro. Ho riportato l'impressione che l'addizione glucosio-caffeina sia meglio tollerata, senza che si possa dire controllabilmente più efficace.

Non mi è occorso di usare della via endovenosa più che una volta in qualunque caso io l'abbia adottata a finalità terapeutiche; forse perchè a conservare gli effetti raggiunti vennero posti in opera altri sussidi curativi, ad efficacia più tarda, progressiva e duratura quali ipodermo o rettoclisi, somministrazione di adrenalina e non di rado di caffeina per iniezioni ipodermiche.

Tuttavia su terreno sperimentale ho reiniettato la stessa dose, prima immessa, a distanze oscillanti fra le 5 e le 8 ore senza che si siano avuti a lamentare disturbi di sorta nè a carico del ritmo cardiaco nè a carico del respiro, ed ottenendo gli stessi risultati sfigmo-oscillometrici prima ottenuti senza sensibili variazioni in aumento od in diminuzione; il che troverebbe una spiegazione nella rapidità colla quale la caffeina viene trasformata ed eliminata dall'organismo umano.

Mi sono guardato naturalmente dal ripetere l'iniezione ogni volta che ad essa ebbero a seguire disturbi, prima che questi fossero estinti; disturbi fugaci tuttavia e di scarsa entità, rappresentati da nulla più che un certo senso di oppressione respiratoria e tachicardia, controllati soltanto in soggetti a pressione piuttosto elevata o dopo la somministrazione di dosi sproporzionalmente alte in relazione ai bisogni circolatori.

Riassumo i risultati sperimentali per categorie, senza attardarmi in una enumerazione arida e pressochè uniforme dei casi trattati.

Collassi acuti post-operatori. — Casi trattati n. 9.

Lo stato circolatorio che precede l'iniezione è espresso da un polso radiale inapprezzabile o meno che filiforme, a volte tumultuoso, incontabile, a volte di una frequenza elevatissima 140-160.

Non ricorro a controlli sfigmo-oscillometrici o perchè l'urgenza del caso impone provvedimenti immediati o perchè la gravità dell'alterazione ha volto bastantemente espressivo perchè revisioni meccaniche possano sortire l'effetto di aggiungere all'apprezzamento del senso valori di un qualche significato.

Inietto endovena la caffeina natrobenzoica pura in dose di 2 cc. (ctgr. 50) in sei casi, di cc. 1 (ctgr. 25) in tre casi.

Infisso l'ago nella vena, aspiro buona quantità di sangue e rinietto quindi lentamente nell'intento di saggiare la tollerenza e la reazione dell'ammalato.

La pratica terapeutica viene attuata su soggetti ben portanti di età variante dai 18 ai 45 anni, tutti di sesso maschile, con cuore apparentemente sano, tono circolatorio prima dell'intervento abbastanza elevato, emuntorio renale funzionalmente perfetto.

L'intervento chirurgico è rappresentato per sei volte da laparatomia e appendicectomia a caldo con cinque narcosi eteree ed una rachianestesia novocainica; per due volte da laparatomia ed ectomia in fase fredda di una appendice profondamente lesa per recente flogosi acuta, con due narcosi eteree, interventi piuttosto indaginosi e traumatizzanti; per una volta da ernia inguinale sinistra operata in rachianestesia novocainica.

Nel primo caso trattato (appendicectomia a caldo in rachianestesia) l'iniezione endovena di caffeina segue l'espletamento di numerosi altri tentativi a finalità cardio-vaso-tonica-ipertensiva, vani tentativi, quali iniezioni ipodermiche di adrenalina, ipodermoclisi di soluzione fisiologica (cc. 250), soluzioni Schiassi (cc. 250), iniezione endovena di coramina Ciba (cc. 5).

Negli altri casi inietto senza indugio la caffeina endovena: cc. 2 in tutti e sei gli appendicectomizzati a caldo, cc. 1 nei restanti. Di contro alla minor dose impiegata sta un collasso circolatorio di minore entità.

I risultati conseguiti sono quanto mai incoraggianti.

Le pulsazioni della radiale si fanno presto sensibili, o se già tali, aumentano con rapidità sorprendente la loro ampiezza e diminuiscono considerevolmente di numero (105-110); la pressione di entità trascurabile si riporta contemporaneamente a valori non molto al disotto del normale (130-135 all'oscillometro del Pachon) o addirittura a valori normali mentre l'indice oscillometrico traduce il ritorno del tono vascolare, del quale l'ampiezza della diastole arteriosa è a mio modo di vedere il più significativo esponente. Il respiro perde in superficialità e frequenza. L'ammalato manifesta un immediato senso di sollievo e di benessere.

Questo è quanto si reperta, con variazioni trascurabili, nei sei laparatomizzati per appendicite acuta.

Esiti meno brillanti fornisce la prova sugli appendicitici sub-acuti (2).

Questi vengono sottoposti ad iniezione endovena di caffeina nella quantità di cc. 1 (ctgr. 25), iniezione eseguita colle stesse modalità e precauzioni.

Una dose di tanto inferiore alla prima saggiata la si giudica consona col minor fabbisogno del circolo, le cui condizioni, per quanto deplorevoli, si ritengono tali da consentire l'adozione di provvedimenti ad efficacia più lenta od in altre parole di diluire il rimedio in maggior tempo.

Una prima iniezione tocca sensibilmente l'indice oscillometrico che aumenta di alcune divisioni del quadrante, ma non eleva la pressione che si mantiene stazionaria attorno ai 115 Pmx., 85-90 Pmn. (Pachon).

Una successiva iniezione praticata alla distanza di un'ora-un'ora e mezza dalla prima nulla aggiunge a quanto è stato ottenuto. L'indice oscillometrico che sembra abbia tendenza a cadere riprende l'ampiezza conquistata.

In ambedue questi ultimi casi precede l'intervento un lungo periodo febbrile; la curva termica tocca gradi elevati (39-39,5) per più giorni consecutivi; si rende necessario l'uso di cardio-cinetici in fase preoperatoria.

Resta il dubbio se la mancata o meglio limitata reazione circolatoria all'iniezione endovenosa di caffeina sia da attribuirsi alla scarsa dose del farmaco o anche e principalmente ad una labilità cardio vasale da patimento tossico della muscolatura cardiaca e vascolare. Non saprei qui trarre in causa un disquilibrio neuro vegetativo nel senso parasimpatico-tonico.

Non diverso successo ottiene l'iniezione di caffeina nel collasso circolatorio consecutivo alla cura chirurgica, effettuata in rachianestesia, dell'ernia inguinale sinistra.

La dose iniettata è di cc. 1. Segue alla distanza di 30 m' una seconda iniezione nella stessa dose. Modesto beneficio transitorio. Il polso acquista qualche po' in ampiezza, ma torna presto al primitivo volume; la frequenza e la pressione non subiscono variazioni in meglio. Precedono e seguono l'iniezione endovena ipodermoclisi ed iniezioni ipodermiche di adrenalina. Le condizioni circolatorie si risollevano lentamente e stentatamente. L'adrenalina sembra operi qui in modo incomparabilmente più efficace della caffeina.

La caduta di pressione si verifica alla distanza di circa 45 minuti dall'iniezione di anestetico nel rachide, concomitantemente al manifestarsi di una dermatosi a tipo urticarioso che muovendo dalla zona cutanea sottoposta a disinfezione mediante tintura di jodio guadagna in brevissimo tempo tutto il corpo. Choc colloido-clasico in soggetto ad equilibrio neuro vegetativo favorente, stimolato dall'assorbimento iodico, favorito dalla caduta di tensione conseguente alla rachianestesia? Choc colloidoclasico cellulare con reazione antigene-reagina secondo il concetto di Doerr?

Collassi settici, — Casi trattati, n. 3.

I rilievi sfigmo-manometrici compiuti in due casi di sepsi puerperale ed in un caso di sepsi in aborto complicato da salpingo-ovarite destra e da pelvi-peritonite, con forte caduta del tono circolatorio depongono per una reazione negativa di questi soggetti alla caffeina somministrata per via endovenosa.

Le dosi iniettate variano da 20 a 50 ctgr. addizionate a soluzione glucosata ipertonica.

In un caso inietto assai lentamente, interponendo pause congrue e misurando la reazione sfigmo-oscillometrica ad ogni immissione di 10 ctgr. di caffeina. Muovo da una pressione massima di 115 minima di 100. L'indice oscillometrico è assai basso; la frequenza del polso notevole (138 al m.). Tanto la pressione quanto l'indice oscillometrico oppongono la più ostinata indifferenza a dosi progressive dai 10 ai 50 ctgr. La paziente sopporta senza disagio veruno i 30 ctgr.; accusa una certa oppressione di respiro ed un senso molesto di cardiopalmo, manifesta tachipnea ed una accentuazione della tachicardia con un modesto crescendo dai 35 ai 50 ctgr. Tachipnea e cardiopalmo scompaiono in poco più di mezz'ora.

Controllo nuovamente la pressione dopo circa tre ore dall'iniezione ed osservo la pressione massima caduta a livello dei 105 accanto ad una minima non esattamente da essa distinguibile, perchè a partire da un punto su cui le oscillazioni dell'ago acquistano quasi bruscamente una certa ampiezza — punto approssimativamente corrispondente al riapparire del polso — si verifica una rapida e progressiva limitazione della corsa oscillometrica fino ad assumere proporzioni insignificanti. Pressione massima e minima tendono a sovrapporsi. La scarsa tonicità delle pareti vascolari quanto e più che la scarsa efficenza dell'impulso cardiaco fa sì che l'onda sistolica trasmetta il suo limitato volume alla massa gassosa che inturgidisce il bracciale soltanto quando questo è ancora sotto una certa tensione, tensione sufficiente per sottrarre alla percezione palpatoria il polso radiale, fornendo anzichè una curva oscillometrica a sviluppo notevole nel tratto Pmx.-Pmn., una curva su questo tratto mancante o quasi.

Nei due altri casi tocco immediatamente la dose massima (cc. 2).

Nell'uno la pressione massima è di 120 nel-

l'altro di 115; la pressione minima è per entrambi di 100 circa; l'indice oscillometrico bassissimo. La frequenza del polso, vuoto, sfuggente, si aggira attorno ai 130-140.

L'iniezione è perfettamente tollerata nell'uno (Pmx. 120); è causa di un fugace trascurabile aumento nella frequenza del respiro e del polso nell'altro (Pmx. 115). La pressione resta stazionaria nel primo, sembra subire una certa diminuzione nel secondo. L'indice oscillometrico non subisce modificazioni apprezzabili.

In tutti e tre i casi lo stato del circolo sembra trarre sollievo da ipodermoclisi e da iniezioni di preparati digitalici e canforici e da ulteriori somministrazioni di caffeina, ma per via ipodermica; sollievo tuttavia transitorio, chè ad un ripristino della prostrazione circolatoria segue la morte.

Collassi da emorragia acuta. — Casi trattati, n. 4.

Il sollievo procurato dall'iniezione endovenosa di caffeina è costante, subiettivamente controllato dall'infermo, pur non essendo per ovvie ragioni rilevante.

Il rimedio senza essere naturalmente l'esponente di una congrua terapia eziologica, può rappresentare un opportuno sussidio che consenta di far tempo per un trattamento di maggiore soddisfazione ai bisogni del circolo.

Tratto quattro casi.

Sul primo non si praticano misurazioni manometriche; il polso è frequentissimo, a volte impercettibile; tachipnea; fame d'aria.

A breve intervallo dall'iniezione endovena di caffeina si pratica una trafusione di circa 400 cc. di sangue citratato. La dose di caffeina iniettata è di 0,50 in associazione natro-benzoica senza l'aggiunta di siero glucosato.

Negli altri la pressione massima si aggira in prossimità dei 110, la pressione minima cade attorno agli 80. La frequenza del polso sta sulla media dei 130. V'è lieve tachipnea. La dose di caffeina immessa è sempre di grammi 0,50; pura in un caso, associata a 8 cc. di soluzione di glucosio al 20 % nei due restanti.

Quale trattamento ulteriore sono per questi ultimi sufficienti ipodermoclisi ripetute di soluzione Schiassi.

Trattasi per tre volte di metrorragia in aborto, per una volta di metrorragia post-partum.

Tutte le pazienti così trattate attestano in conseguenza dell'iniezione un rapido benessere.

Lo sfigmo-manometro controlla un aumento di pressione che va dai 5 ai 15 mm. di mercurio, mentre l'indice oscillometrico sale considerevolmente, ma non sempre proporzionalmente, per 2-5 divisioni del quadrante.

Il polso rallenta di qualche poco la sua frequenza e si fa più ampio.

Il respiro acquista in profondità.

Lo stato di ansietà proprio di questi infermi subisce una remissione.

In un caso che da 110 sale a 118 nella Pmx. mentre resta stazionario nella Pmn. ed in cui l'indice oscillometrico guadagna in ampiezza per 4 divisioni, compio misurazioni di due ore in due ore. Il beneficio conseguito si conserva immodificato alla seconda e quarta ora. Alla sesta si annuncia un ritorno alle primitive condizioni. Si praticano allora generosamente iniezioni ipodermiche di siero isotonico.

*
* *

Parendomi dover concludere, in ordine a questi resultati, per un particolare comportamento del circolo sottoposto all'azione caffeinica, così che laddove esso risponde con un chiaro e sensibile aumento in volume del polso non sempre appone, e di rado proporzionalmente, un concomitante aumento in pressione, ho giudicato poter riuscire di non trascurabile interesse farmaco-dinamico il saggiare l'azione della caffeina somministrata endovena in soggetti sani o, se infermi, non afflitti da sofferenze circolatorie, distinguendoli a seconda delle cifre manometriche ottenute prima dell'iniezione in ipertési, normotési, ipotési.

Strumento di misurazione, come per le indagini precitate, lo oscillometro del Pachon, ascrivo fra le ipertése le pressioni superanti i 160, fra le normotése le pressioni interposte fra i 140 e i 160, fra le ipotése le inferiori od omologhe ai 140.

L'esperimento viene effettuato sul soggetto digiuno o a digestione presumibilmente compiuta, in decubito orizzontale.

Il numero delle esperienze compiute somma globalmente a 23.

Si opera sette volte su individui nettamente ipertési o con evidente tendenza all'ipertensione; dodici volte su individui a pressione normale; quattro volte su elementi che senza essere strettamente definibili degli ipotési danno all'osservazione manometrica cifre che toccano a stento il minimo normale.

La dose preparata è sempre di cc. 2 di caffeina natro-benzoica del commercio (grammi 0,50) in addizione con cc. 8 di soluzione glucosata al 20 %.

L'iniezione viene praticata colla massima lentezza così da consentire il più esatto ed immediato controllo sull'eventuale apparire di

disturbi subbiettivi e sullo stabilirsi di modificazioni obbiettive nello stato del circolo.

Le dosi iniettate variano così a seconda della tolleranza da circa la metà, alla totalità della miscela preparata, dai 20 cioè ai 50 ctgr. di caffeina.

Raggiungo la dose massima in due soli casi, infermi degenti in ospedale apparentemente sani nel circolo, con indice oscillometrico alquanto basso; l'uno annoverabile fra i normotési, l'altro fra gli ipotési.

In genere non oltrepasso i 25-30 ctgr.

Gli effetti ottenuti per quanto a volte in apparenza discordanti, rispondono al quesito farmaco-dinamico con coerenza, secondo mio avviso, alquanto significativa.

La tolleranza a dosi forti sembra tanto minore quanto più elevata è la pressione. Negli ipertési si instaura presto una tachicardia considerevole, una tachipnea non meno palese; il soggetto accusa un malessere indefinibile ed un certo senso di angoscia o smarrimento.

L'aumento in frequenza del polso è del resto comune alla totalità dei casi trattati; meno accentuato o quanto mai fugace nei soggetti a bassa pressione e ad indice oscillometrico di modesta ampiezza. Non ho mai repertato bradicardia. Ritengo abbia non trascurabile ingerenza sull'azione cronotropa della caffeina la dose impiegata.

Ciò che è di reperto comune a tutti i casi trattati è l'aumento in volume del polso radiale; aumento spiccato e chiaramente sensibile all'indagine palpatoria diretta.

La pressione subisce nella generalità dei casi una brusca e notevole elevazione dai 10 ai 25 mm. di mercurio sul livello massimo; elevazione che sembra sia da porsi in relazione coll'aumentata efficenza sitolica del miocardio più che con un vaso-spasmo transitorio, dato il comportamento della pressione minima. Più accentuato nei soggetti giovani sani e ben portanti, è assente, come è stato scritto, negli ammalati di sepsi fortemente defedati e con polso collassato.

Questa fase ipertensiva è immediata e di fugacissima durata.

Si esige perciò un pronto controllo manometrico ad evitare il rischio di non carpirla.

Io l'ho repertata in ogni caso senza eccezione.

Segue un ritorno del quoziente manometrico massimo verso i valori primitivi in forma tanto più sensibile quanto più il soggetto tende costituzionalmente all'ipotensione.

Negli ipertési permane per un tempo non lungo (3-4 ore circa) una eccedenza di cinque-dieci mm. di mercurio sulla pressione primitiva.

Nei normotési questa eccedenza è pressochè senza fallo mancante.

In due dei quattro ipotési, palesemente parasimpatico-tonici, ho visto la pressione massima cadere al disotto delle cifre pre-sperimentali.

La pressione minima, simultaneamente al cadere della pressione massima ed in istretto sincronismo coll'aumentare dell'indice oscillometrico, diminuisce spesso di parecchi millimetri di mercurio; il dislivello massimo controllato è di 15 mm.

Differenze minori sino a riescire inapprezzabili si ottengono nei soggetti a pressione piuttosto elevata. La pressione minima si eleva raramente e transitoriamente di pochi millimetri di mercurio negli ipertési. La caduta è durevole e, salvo trascurabili varianti, strettamente aderente al contegno dell'indice oscillometrico.

L'indice oscillometrico si eleva costantemente toccando differenze variabili in rapporto alla cifra di partenza. Non ho visto che venga influenzato, o se così è lo è in forma minima, dai valori tensionali quando questi non siano comitanti ad un indice oscillometrico elevato. In questo caso gli apprezzamenti possono tornare difficili; può accadere di non riescire a raccogliere dati comparativi di un qualche significato.

Ho avuto peraltro occasione di leggere cifre manometriche elevate (ad es. 170 di Pmx.) accanto a quozienti oscillometrici bassi. Ho allora osservato un distacco oscillometrico di larga portata in netta disproporzione coll'aumento di pressione provocata.

Il permanere dei valori acquisiti sta entro un tempo vario che non ho visto inferiore alle tre ore; nè superiore alle sei. Queste oscillazioni di durata vanno a mio giudizio anche in relazione colla reattività individuale e forse non meno con coefficenti di concentrazione e di eliminazione del farmaco.

***

Vi è stato chi ha scritto che la caffeina esercita un'azione favorevole sul cuore umano, oltre che per intervento diretto, anche per via indiretta, cioè « pel tramite dell'aumentata capacità della vaso-regolazione ».

Io la qualificherei un farmaco vaso regolatore per eccellenza.

Dreikurs sperimentando sull'uomo sano ha osservato che nei soggetti con prevalenza del parasimpatico si verifica ipotensione e bradi-

cardia e nei soggetti a predominio simpatico tachicardia con ipertensione. Egli ne deduce che l'azione della caffeina è in istretta relazione con lo stato dell'equilibrio neuro-vegetativo.

Con questi sono sostanzialmente in accordo i miei risultati sperimentali.

Le discordanze referibili all'assenza di bradicardia e alla presenza di un iniziale sbalzo ipertensivo possono essere imputabili a peculiarità di esperimento fra le quali non ultima la diversa concentrazione del farmaco operante.

I rilievi di Dreikurs sono peraltro monolaterali.

La caffeina agisce sul circolo in senso cronotropo, a volte in senso tensionale o pressorio, sempre in senso vasocinetico o angiostenico.

V'è chi sovrappone o indentifica il concetto pressione al concetto tonicità.

Le significanze sperimentali da me ottenute non depongono esattamente nello stesso senso.

Nulla meglio di uno sguardo di assieme dato alle manifestazioni circolatorie promosse in soggetto sano da una dose opportuna di caffeina immessa endovena vale, a mio giudizio, ad indirizzare verso una giusta interpretazione.

L'indice oscillometrico, che può dirsi la sola espressione meccanica diretta del tono vasale, si svolge su di una curva regolare ed in senso positivo spesso accanto ad una curva pressoria niente affatto parallela nè impostata su valori proporzionali, a volte a variazioni brusche non solo di grado ma altresì di senso; ad esempio, aumento notevole dell'indice oscillometrico accanto ad aumento modico o nullo della pressione; aumento sensibile dell'indice oscillometrico accanto a caduta di pressione.

I fisiologi conoscono una attività autoctona tonica e ritmica dei vasi.

È di Fano la scoperta del ritmo del tono, quale risultato di studi compiuti sulle pareti degli atrii delle testuggini e che egli interpreta quale effetto dell'alterna contrazione ed espansione del sarcoplasma delle cellule muscolari liscie fusiformi di cui è provvista la tunica media delle arterie, delle piccole arterie in ispecie.

È tuttavia dubbio se l'attività tonica e ritmica dei vasi sia una proprietà inerente all'elemento muscolare oppure sia dovuta ai gangli periferici ed alle fibre nervose che abbondano specialmente nelle pareti delle arterie e formano delicati plessi attorno alle cellule muscolari liscie.

Luciani nel 1871 enunciava la teoria, allora giudicata estremamente ardita, confortata poi dagli studi del Gaskell e dell'Engelmann, che la tunica muscolare dei vasi, come la parete muscolare del cuore, è automaticamente attiva tanto nella costrizione che nella dilatazione; la prima dovuta all'accorciamento, la seconda all'allungamento od espansione del sarcoplasma delle cellule muscolari fusiformi.

Esisterebbe cioè accanto ad una diastole e ad una sistole cardiaca, una diastole ed una sistole dei vasi attiva ed a genesi automatica alle dipendenze di una attività propria della cellula muscolare liscia e dei nervi vasali che la governano e la regolano.

Ciò preposto nulla si oppone a mio modo di vedere a che l'eutono arterioso lo si interpreti prima e principalmente quale esponente della efficienza funzionale di questo apparecchio neuro-muscolare strettamente intrinseco alla struttura vasale.

Esso sarebbe attivato prevalentemente da stimoli autoctoni, agenti cioè sull'automatismo vasale — come starebbero a testimoniare le esperienze eseguite su arti od organi completamente isolati — e sembra per via riflessa sui centri vaso-regolatori; la caduta di pressione a livello dell'aorta varrebbe a deprimere, sino a spegnere, il tono del vago.

Il contegno in volume del polso, e conseguentemente dell'indice oscillometrico che ne è la traduzione numerica, è intimamente legato alla validità od energia delle alterne fasi di contrazione e di espansione delle cellule muscolari liscie dei vasi quanto e più che all'efficacia dell'impulso sistolico cardiaco.

Il tono vascolare è uno dei fattori della pressione, non è sinonimo di pressione circolatoria.

Un polso basso di volume, basso l'indice oscillometrico, sta spesso a fianco di una pressione elevata e viceversa.

Credo che l'osservazione sia di patrimonio comune.

Pachon scrive: « Toutes choses égalés de coté de l'impulsion cardiaque, l'indice oscillométrique traduit la valeur du calibre vasculaire, c'est-à-dire l'état de resserement ou de relachement des vaisseaux artériels explorés ».

La caffeina accanto ad una indiscussa azione cardiotonica esercita una azione rigorosamente angiostenica se non di maggiore certo non di minore portata.

Associa bensì una attività neurotropa che in ordine a particolarità neuro-vegetative del soggetto sul quale si esperimenta, può essere ad effetto prevalente, almeno secondo i risultati controllabili, sul complesso nervoso (orto o parasimpatico) che ha funzioni predominanti nel governo dell'albero circolatorio; attività

che io porrei, agli effetti terapeutici, nettamente in secondo piano e che comunque cade sotto il controllo clinico soltanto laddove si esperimenti sull'uomo sano o tuttavia a circolo non collassato.

La brusca elevazione di pressione che si verifica nell'uomo sano quale immediato effetto dell'immissione endovena di una dose opportuna di caffeina è alle dipendenze, secondo mio giudizio, di una azione diretta sui muscoli cardiaco e vascolari, specie sul primo.

Questa pressione decresce presto e si stabilizza su gradi vari; si direbbe, più che in virtù di una attenuazione della eccitazione caffeinica, pel fatto che lo stimolo raggiunge e pone in opera i settori nervosi presso od angio-regolatori; quando non si voglia annettere una qualche importanza presso-regolatrice alla dilatazione vasale di alcuni territori periferici come da diversi AA. è sostenuto. L'azione paralizzante sul simpatico non saprei come porla al servizio di questi resultati, specialmente allorchè la pressione si mantiene di qualche poco al disopra o per lo meno non scende al disotto dei valori pre-sperimentali.

L'indice oscillometrico che si eleva prontamente sino a toccare un massimo che si sostiene indipendentemente dal contegno vario dell'indice tensiometrico, sta a testimoniare di una azione diretta miostenica vasale del massimo interesse farmaco-terapico.

Ed io ritengo che eminentemente in conseguenza di questa sua azione eustenica vascolare la caffeina usata per via endovenosa, valga a riporre in efficienza funzionale, risvegliandone in secondo tempo i coefficienti neuro regolatori, un circolo collassato; quando, s'intende, la disfunzione circolatoria sia da farsi risalire a cause estrinseche alla integrità strutturale delle pareti vasali.

È qui dove un aumento di tono si fa componente inizialmente assoluto della pressione circolatoria.

È qui dove l'azione della caffeina si identifica negli effetti, pur conservando un meccanismo diverso, all'azione dell'adrenalina.

Effetti identici su basi farmaco-dinamiche diverse sono propri in realtà anche all'azione cronotropa positiva di queste sostanze; se è dimostrato che per la caffeina la si deve all'eccitazione diretta del nodo sinusale (Fredericq e Langecker) per la adrenalina invece ad eccitazione delle terminazioni dell'accelerante.

La tachicardia osservata in misura varia in tutti i soggetti normali da me trattati può farsi risalire, specie se di breve durata ed in forma iniziale, a questo meccanismo genetico.

* * *

Può dirsi a corollario di quanto sono venuto scrivendo che le turbe funzionali del tono, per vaso-paralisi, di estensione e grado varii, rappresentano il terreno sul quale la caffeina somministrata per via opportuna ed in dose congrua compie le prove migliori.

La via di somministrazione usualmente adottata, la via ipodermica, si rivela, per vecchia esperienza, impari al bisogno perchè insufficiente o per lo meno, anche se al servizio di dosi rilevanti, di affidamento relativo.

È noto come la caffeina in seno all'organismo umano venga rapidamente trasformata e prontamente e facilmente eliminata nei suoi derivati (Zunz).

Dosi distanziate non sommano i loro effetti terapeutici che in forma parzialissima e certo non previamente dosabile.

La veicolazione in circolo non è lenta, ma la quantità di sostanza portata sull'organo dal quale si esige la risposta funzionale, è assolutamente inapprezzabile.

Ora è noto che importanza decisiva nell'efficacia di un farmaco spetta alla quantità — che vuole essere consona alle finalità preposte — ed alla condizione che essa quantità giunga ed operi in totalità e nell'unità di tempo sull'organo o tessuto sul quale è diretta l'azione del farmaco stesso.

Di fronte a gravi alterazioni funzionali di circolo, a manifestazione acuta e minacciante la via endovenosa si impone di solito come la sola atta a fornirci le garanzie desiderabili.

La somministrazione extra-venosa della caffeina è e rimane per questa, come per altre sostanze ad azione elettiva sull'apparecchio circolatorio, un fattore mal sicuro.

Identico concetto Frankel esprime nei riguardi dei preparati digitalici.

La caffeina da me usata è la caffeina in associazione natro-benzoica quale comunemente è posta in commercio — caffeina ctgr. 25, benzoato di sodio ctgr. 30 —.

Le dosi impiegate variano da un minimo di ctgr. 20 ad un massimo di ctgr. 50. Questa la posologia per l'adulto. Non ho avuto occasione di applicare la terapia caffeinica endovenosa nel bambino.

Va da sè che le dosi debbono, secondo criterio, subire una riduzione proporzionale all'età del paziente.

Ho avuto motivo di osservare che quanto maggiore è la caduta di tensione tanto più elevata è la dose del farmaco iniettabile senza che ne conseguano manifestazioni di intolleranza.

Credo poter dedurre dalle osservazioni compiute che non sempre la dose di 25-30 ctgr. rappresenta per l'adulto a circolo collassato l'*optimum* di concentrazione.

I risultati migliori sono stati da me conseguiti colla dose di 50 ctgr.

Dose che a qualcuno potrebbe apparire eccessiva.

Ad ogni modo giudico sempre consigliabile addizionare la caffeina, nella quantità voluta, ad un certo volume (8-10 cc.) di soluzione glucosata iso o ipertonica che, a parte qualsiasi valore terapeutico sussidiario, rappresenta il vantaggio di consentirci di praticare l'iniezione colla desiderabile lentezza e per questo mezzo di compiere un più minuto dosaggio della quantità di caffeina iniettata, controllandone passo passo la reazione vasomotoria provocata.

I saggi terapeutici da me compiuti si sono svolti su diverse categorie di collassati nel circolo.

Sembra deducibile dai risultati ottenuti che condizione prima perchè l'iniezione endovena di caffeina provochi una pronta reazione circolatoria in senso eutonico è che l'alterazione permanga strettamente nell'ambito funzionale, a parte quindi qualsiasi intima lesione tossica o settica degli organi circolatori, dei vasi in modo particolare.

Sebbene non da tutti valutata in giusta misura la sofferenza vascolare non tiene davvero un posto di secondo piano nella patogenesi del collasso infettivo.

L. Krehl scrive: « per le malattie infettive dell'uomo io ho l'impressione che i danni più gravi della circolazione dipendano sopratutto da paralisi centrale dei vasi, *dopo che ha preceduto una alterazione locale dei medesimi* (V. Wiesel) ».

E più oltre: « Ortner ritiene che la paralisi vascolare preceda di regola il disturbo cardiaco; il cuore spiega quindi da prima una maggiore attività. Con questa conclusione si accordano bene le osservazioni della nostra clinica».

La caffeina somministrata endovena in alcuni casi di collasso settico mi ha dato resultati apertamente negativi. Stando all'effetto immediato, potrei dire il danno maggiore del beneficio; il che porterebbe a concludere per una inerzia della parete vasale, lesa nei suoi elementi costitutivi, quindi inadatta a reagire prontamente e in forma sensibile allo stimolo caffeinico.

Una azione farmacologica vasostenica più blanda e reiterata, accanto a provvedimenti disintossicanti o antifettivi, trova qui un impiego più razionale delle dosi massive di caffeina somministrate endovena.

Di evidente efficacia, per quanto spesso effimera ed a carattere palliativo è l'adozione di questa terapia nei collassi da anemia acuta specialmente se susseguenti ad emorragie rapide e profuse.

Qui la iniezione endovena di caffeina sembra riscuotere il circolo da una specie di stupore in cui la rapida deplezione sanguigna lo ha posto.

La pressione risale, a volte in forma duratura, a volte in forma transitoria, per tempo sufficiente tuttavia a rendere attuabile, in atmosfera di maggiore serenità, quei provvedimenti terapeutici che la gravità del caso consiglia.

Dove la terapia caffeinica endovenosa trova l'impiego più razionale e suscettibile dei maggiori benefici è nei gravi disquilibri funzionali del tono circolatorio.

Primo fra questi e di maggiore frequenza il collasso acuto post-operatorio; vi stanno a fianco e sulle stesse basi fisio-patologiche il collasso secondario a rachi-anestesia, il collasso secondario a gravi traumi viscerali o commotivo.

Il meccanismo patogenetico di queste sindromi circolatorie ipotensive è in certo modo identificabile. La vaso-paralisi nel distretto dello splancnico n'è l'esponente di maggior significato.

E. Krehl così ne inquadra la funzione fisio-patologica: « Se i vasi addominali hanno perduto il tono, il sangue ristagna in essi e le rimanenti arterie vuotano una parte del loro sangue nell'esteso serbatoio dello splancnico. I malati diventano deboli, pallidi; la pressione arteriosa si abbassa e così la venosa; il cuore lavora con poco sangue e con molta frequenza; spesso la coscienza va perduta. Si può dire che si tratta di una sottrazione di sangue dell'organismo nei propri vasi addominali. Secondo l'intensità della paralisi vasale la vita può durare solo minuti od ore. Tutti i fenomeni si possono aggravare quando alla paralisi dei vasi addominali si aggiunge quella di altre provincie, però l'importanza dello splancnico è sovrana ».

È di fronte a queste evenienze patologiche, non del tutto infrequenti, spesso a svolgimento drammatico, che al chirurgo si impone l'adozione di una terapia atta a ripristinare nel termine più breve possibile l'equilibrio dinamico del circolo.

È qui che la caffeina, se razionalmente usata, costituisce esattamente in virtù della sua azione vaso-stenica od angio-regolatrice, azione immediata, il mezzo più acconcio al ripristino dell'eutonia circolatoria.

Dietro l'impulso del tono risvegliato i volumi sanguigni stagnanti riprendono il torrente

circolatorio; l'idro-meccanica del circolo tende a ristabilirsi; l'irrorazione del cuore e dei centri nervosi ne è avvantaggiata.

Le interferenze neuro-cardio-vascolari vengono presto riportate sul piano di normalità.

Il polso riacquista in volume ed in tono, la pressione rimonta, la tachicardia progressivamente si riduce o si estingue, il pallore scompare, l'infermo attesta spontaneamente di sentirsi riavere e di provare un insperato sollievo.

RIASSUNTO.

L'A. ha usato la caffeina natrobenzoica per via endovenosa nel collasso post-operatorio, ottenendone resultati quanto mai soddisfacenti.

Ritiene che gli effetti benefici conseguiti siano da attribuirsi ad una azione elettivamente vasostenica esplicata dalla caffeina immessa direttamente in circolo.

Per una azione eminentemente angiotonica depongono in istretta armonia, le resultanze di alquanti esperimenti compiuti sull'uomo sano a valori pressori diversi (iper, normo, ipotési) esaminato nel comportamento degli indici tensiometrico ed oscillometrico.

La caffeina aumenta costantemente l'indice oscillometrico.

Provoca un aumento notevole, ma fugacissimo, della pressione, al quale segue una caduta di grado vario in relazione, sembra, allo stato neuro-vegetativo del soggetto di esperimento.

La caffeina agirebbe cioè, in senso neurotropo, prevalentemente sul complesso nervoso che ha funzioni predominanti sull'albero circolatorio (orto o parasimpatico) determinando in forma più duratura (3-5 ore) o un modico aumento di pressione o una diminuzione di pressione, che può scendere al di sotto dei valori normali, o, ciò che è più frequente, un ritorno al livello pressorio che precede l'esperimento.

PUBBLICAZIONI CONSULTATE.

F. Arnaud. *Thérapeutique pharmacologique et Matière médicale.* Masson et C., éditeurs, 1930.

L. Bischoff. *Il mio metodo di cura nell'insufficienza cardiaca.* Riforma Medica, a. XLIX, n. 42, pag. 1565.

L. Krehl. *Fisiologia patologica.* Trad. dal dott. Lüttichau. Editore Vallardi, 1923.

L. Luciani. *Fisiologia dell'uomo.* Volume I. S. E. Libraria.

Tappeiner-Piccinini. *Materia medica e farmacoterapia.* U.T.E.T., 1922.

E. Zunz. *Eléments de pharmacodynamie générale.* Masson et C., éditeurs, 1930.

Id. *Eléments de pharmacodynamie spéciale.* Ibid., 1930.

NOTE E CONTRIBUTI

Istituto di Clinica Medica Generale
della R. Università di Roma.
Direttore: prof. C. Frugoni.

Risultati in tema di terapia arsenobenzolica in soggetti intolleranti.

Dott. Ferdinando Corelli.

L'insorgenza di fenomeni di intolleranza durante cure arsenobenzoliche costituisce non solo un grave ostacolo alla continuazione della cura, che quasi sempre allora viene sospesa, privando i pazienti di una delle terapie più attive contro la lues, ma è pure argomento di ansia per il medico che tali cure deve condurre.

Non è dei vari fenomeni reattivi che vogliamo ora parlare, dei quali abbiamo già trattato altrove a proposito delle emopatie da arsenobenzolo, ricordando la loro patogenesi, profilassi e terapia; ora vogliamo accennare alla possibilità di continuare la terapia arsenobenzolica nei pazienti che hanno presentato fenomeni reattivi di sorta.

Fino ad oggi vari metodi sono stati proposti per ovviare a queste reazioni; si è unito all'arsenobenzolo l'iposolfito di sodio, il calcio, il glucosio, l'etere, il bromuro di stronzio, l'eosinato di cesio, l'autosiero ecc., ma nessuno di questi metodi si è imposto, per cui esiste tuttora, nei soggetti intolleranti, la controindicazione per l'ulteriore proseguimento della cura arsenobenzolica.

Piolti indica di far precedere un trattamento con insulina e glucosio; Savulescu consiglia di sciogliere l'arsenobenzolo in una soluzione di sale biliare, il deidrocolato sodico (decholin), e in tal modo ha potuto somministrare grandi quantità di arsenobenzolo in tempo relativamente breve, senza osservare fenomeni di intolleranza, e così pure Costinescu. Con questo metodo tuttavia, che da noi è stato usato da Cameo, Bolsi e Piolti, Jacchia e Truffi, se si può aumentare la tolleranza dell'organismo per gli arsenobenzoli, non si evitano i pericoli delle alte dosi, infatti 4 degli 8 pazienti di Bolsi e Piolti ebbero con l'arsenobenzolo biliato fenomeni reattivi che in un caso arrivarono pure all'agranulocitosi.

Tale somministrazione di Neosalvarsan ad alte dosi in Decholin è pure suggerita come cura del tifo da altri AA.: 2 gr. e persino 2,40 gr. nei primi 4-5 giorni di malattia.

Un metodo che va raccogliendo sempre maggiori successi è quello proposto da Rebaudi.

Tale A., basandosi sulle ricerche di Figari e Sivori, Sivori e Menniti, secondo le quali i tessuti albuminoidei dell'organismo ridotti allo stato di aminoacidi godono di una particolare proprietà disintossicante, ha proposto di sciogliere l'arsenobenzolo in questi aminoacidi.

Furono scelti gli aminoacidi del fegato secondo la tecnica Rebaudi, sia per l'azione pessica del fegato quanto per la frequente comparsa di fenomeni anche lievi di insufficienza epatica nei luetici in trattamento; tuttavia il valore principale non è attribuito al fattore epatico ma all'aspetto biochimico di aminoacido del preparato, secondo un concetto quindi diverso da quello che ha portato all'uso, nelle manifestazioni in atto da arsenobenzoli, degli estratti epatici (Spiethoff, Milbradt, Helle, Zolessi, Villaret, Justin Besançon, Desoille, A.). Infatti gli estratti di fegato se hanno marcata azione curativa sulle manifestazioni morbose da arsenobenzolo, non hanno, come ha visto Spiethoff, Rebaudi, A., azione profilattica, mentre gli aminoacidi del fegato hanno azione profilattica ma mancherebbero di azione curativa.

Il metodo del Rebaudi consiste nello sciogliere l'arsenobenzolo in due cmc. di aminoacidi di fegato e poi iniettarlo endovena, si può iniziare la cura con gr. 0,30-0,45 e continuare anche a giorni alterni con 0,60-0,75 e quindi 0,90, dose questa che può essere ripetuta 8-9 volte ed anche superata, raggiungendo la quantità complessiva di 9-10 gr.

Questo metodo, secondo Rebaudi, che l'ha usato in 3 anni in più di 2000 iniezioni, mentre è perfettamente tollerato, non diminuisce l'azione terapeutica dell'arsenobenzolo, in quanto il sifiloma iniziale e le forme secondarie cutaneo-mucose regrediscono nello spazio di tempo abituale. È permesso in tal modo di somministrare dosi elevate e ravvicinate di neo senza inconvenienti e perciò di condurre una terapia particolarmente intensiva in breve spazio di tempo nel mentre che si può anche ovviare all'eventuale intolleranza verso l'arsenobenzolo stesso. In qualche paziente in periodo secondario Rebaudi ha osservato alla prima e seconda iniezione delle reazioni termiche anche elevate che sono interpretate come dovute a massiva distruzione di treponemi ed immissione in circolo dei loro corpi e delle loro tossine.

A spiegare la maggior tollerabilità degli arsenobenzoli con gli aminoacidi di fegato, sono state emesse alcune ipotesi.

Secondo Rebaudi, la proprietà disintossicante degli aminoacidi sarebbe legata alla loro tendenza ad ancorarsi con altro materiale albuminoideo in via di degradazione facilitandone la ulteriore neutralizzazione. Castelli spiega la maggiore tollerabilità dei preparati arsenobenzolici con le epatoamine o con un processo di condensazione tra l'aminoacido e l'arsenobenzolo o, più probabilmente, con un processo di condensazione aldeidica dell'aminoacido, restando in tal modo impedita la funzione dell'aminogruppo libero che sarebbe la causa dei disturbi da arsenobenzoli.

I vantaggi di questo metodo sono stati confermati da Maderna che anche in soggetti con precedenti reazioni febbrili e crisi nitritoidi, ha notato una perfetta tolleranza; pure Sebastianelli l'ha usato arrivando a dosi molto elevate, 10 gr. in 20 giorni.

Bènech recentemente ha proposto una modificazione del metodo di Rebaudi; usando un aminoacido conosciuto, la glicocolla (soluzione al 4 %: 5 cmc. fino a 0,60-0,75 di arsenobenzolo, 10 cmc. per dosi maggiori), ha ottenuto su 20 soggetti intolleranti, 16 risultati ottimi e quattro meno buoni.

Noi abbiamo trattato col metodo di Rebaudi, cinque soggetti che avevano prima avuto fenomeni reattivi; li riferiamo brevemente per il loro interesse pratico.

L'arsenobenzolo fu sciolto in 2 cmc. di aminoacidi di fegato, la soluzione avviene rapidamente, l'iniezione endovenosa, fatta anche senza aspirare sangue nella siringa, come si può anche fare per ridurre l'acidità, non ha mai dato alcun dolore.

Nei nostri casi, trattandosi di soggetti tutti intolleranti, ci siamo preoccupati non tanto di iniettare forti e ravvicinate dosi di arsenobenzolo, come si può fare in altri pazienti, quanto di poter continuare la cura evitando le pericolose reazioni precedentemente subite ed in questo senso i risultati sono stati ottimi.

CASO I. — Donna di 45 a.: broncopolmonite tubercolare apicale bilaterale. Eritema nodoso. Lues ignorata.

La prima iniezione di Neo ICI (gr. 0,15) in acqua distillata non dà disturbi, la seconda, la terza e la quarta dànno dopo 2-3 ore, reazioni termiche sempre più violente fino a 40°, con stato generale compromesso, cianosi, dispnea. Senza intervallo si continua collo stesso Neo ICI iniziando da gr. 0,15 in 2 cc. di aminoacidi, poi 0,30 e 0,45: non si ha nessuna reazione.

CASO II. — Donna di 25 a.: lues tre anni fa. Ha dovuto allora interrompere la prima serie di Neo per le violenti reazioni febbrili che ogni iniezione le provocava. Da allora non ha più fatto cure.

Si fa una serie di Neo ICI, da 0,15 a 0,60 ripetuto tre volte, sciolto in aminoacidi, iniezioni ogni 5 giorni: nessuna reazione.

CASO III. — Donna di 42 a.: tabe. Inizia la cura con Neosalvarsan e dopo la terza iniezione (gr. 0,30) compaiono dolori addominali, diarrea, anoressia, cefalea, vomito; così pure dopo la quarta (0,45) e quinta iniezione (0,45). Si continua con Neosalvarsan in aminoacidi da 0,15 a 0,60 ogni 5 giorni, senza il minimo disturbo.

CASO IV. — Donna di 49 a.: anemia perniciosiforme luetica. Lues non curata. Gr. R. 3.100.000, Hb. 72, megalocitosi e anisocitosi, condizioni generali scadenti.

Inizio con Neosalvarsan, 0,15-0,15-0,30. Dopo la seconda e terza iniezione, temperatura 38°-38°,5, diarrea, vomito. Allora si continua con Neosalvarsan in aminoacidi (0,15-0,30-0,30-0,30) ogni 6 giorni senza alcuna reazione, si ha miglioramento spiccato dello stato generale e dell'anemia.

Avendo ottenuto questi risultati ci siamo decisi seppure dopo varie incertezze, a riprendere la cura arsenobenzolica anche in un paziente che aveva sei mesi prima presentato una agranulocitosi da salvarsan.

Si tratta di un giovane luetico di 19 a. che aveva presentato all'inizio di una cura arsenobenzolica endovenosa, dopo 3 iniezioni bene sopportate, alla 4ª-5ª-6ª iniezione, delle violenti reazioni termiche (40°) che si sono concluse in una agranulocitosi con angina e con batteriemia stafilococcica. Con la terapia epatica parenterale intensiva si è potuto portarlo a guarigione che fu segnata anzitutto da una rapida ripresa dei neutrofili arrivando anche alla neutrofilia e leucocitosi di reazione (il caso è già stato descritto precedentemente).

In simili casi è stato finora controindicato riprendere la cura arsenobenzolica anche cambiando prodotto o via di somministrazione. In questi pazienti infatti l'ipersensibilità al salvarsan rimane di solito indefinitamente e li espone ad ogni tentativo di ripresa alla ricomparsa della sintomatologia spesso con gravità crescente.

Noi abbiamo iniziato con grande cautela seguendo, prima e dopo ogni iniezione, ogni ora per 6 ore successive, il numero dei globuli bianchi e la formula leucocitaria e la temperatura. Si iniziò con 7 ctg. di Neo in 2 cc. di aminoacidi, endovena; non avendo avuto nessuna reazione si continuò con 0,15-0,30-0,45-0,45, ogni settimana. Durante tutte le iniezioni non vi fu alcuna reazione termica, nessuna caduta leucocitaria o modificazione della percentuale dei neutrofili, che oscillarono fra 55 e 65, nessun risentimento dello stato generale.

Il paziente da tale cura trasse notevole vantaggio.

* * *

Dai risultati ottenuti in questi casi appare, come risulta dalle osservazioni precedenti, la facilità di sciogliere l'arsenobenzolo negli aminoacidi del fegato e la perfetta sua tolleranza in tutti questi pazienti che avevano prima reagito all'arsenobenzolo somministrato col metodo abituale.

È specialmente interessante il V caso perchè è il primo caso di emopatia nel quale si riprende la stessa cura: esso pone il problema se si possa fare altrettanto anche in altri casi di reazione per es. cutanee (dermatiti) nervose, (polineuriti, mieliti), epatiche ecc.

Dai casi finora trattati e da questi si può pensare che con gli aminoacidi la terapia arsenobenzolica può forse anche in altri simili condizioni essere ripresa, tuttavia occorre ugualmente in questo campo sempre una estrema prudenza, giudicando caso per caso e se la terapia arsenobenzolica non è strettamente necessaria è sempre consigliabile andar cauti nel riprendere la cura.

Ad ogni modo, oltre che dal lato teorico dottrinale anche dal lato pratico, è interessante sapere che nei casi in cui siano già comparsi fenomeni di intolleranza anche gravi e sia necessario continuare la cura, è a nostra disposizione un metodo che oltre a permetterci di somministrare delle dosi forti rispetto a quelle usuali, ci può permettere di continuare impunemente la terapia stessa; e ciò, oltre che cosa utile per il malato, è motivo di tranquillità per il medico.

RIASSUNTO.

Sono stati trattati col metodo Rebaudi (soluzioni dell'arsenobenzolo in aminoacidi di fegato) cinque pazienti che avevano in precedenza mostrato fenomeni anche gravi di intolleranza, reazioni febbrili, dolori addominali, vomito, diarrea, cefalea, ed uno anche una grave agranulocitosi.

In tutti questi casi si è potuto riprendere e continuare la stessa terapia senza alcuna ulteriore reazione; anche il paziente che aveva avuto l'agranulocitosi non ebbe nessuna reazione termica, nessuna caduta dei leucociti o dei neutrofili.

Possiamo perciò confermare i vantaggi che questo metodo può offrire nella terapia arsenobenzolica in soggetti a questa intolleranti.

BIBLIOGRAFIA.

REBAUDI. Riforma Medica, n. 16, 1933; Rinnov. Medico, n. 5, 1933; Ibid., n. 2, 1934; Rinasc. Medica, n. 1, 1934; Ann. des mal. vén, luglio 1934; Prese Méd., n. 45, 1935.

MADERNA. Riforma Medica, n. 17, 1934.

BÈNECH. Presse Méd., n. 15, 1935.

SEBASTIANELLI. Policlinico, Sez. Prat., n. 16, 1935.

CORELLI. Haematologica, vol. XVI, 1935.

SAVOLESCU. Comunicaz. Soc. Med. Osped. Bukarest, luglio 1930.

CAMEO. Biologia Med., n. 4, 1932.

BOLSI e PIOLTI. Giorn. R. Acc. Med. Torino, XCVI, 1933.

PIOLTI. Min. Med., 1935.

JACCHIA. Atti Soc. Med. Chir. Padova, n. 3, marzo e aprile 1934.

TRUFFI G. Atti Soc. Med. Chir. Padova, n. 3, maro e aprile 1934.

JACCHIA e TRUFFI G. Arch. f. Dermat. u. Syphil., Band 170, 5.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Un caso rarissimo di cisti idatidea nella vescica. (Guarigione spontanea)

per il dott. SALVATORE SPADARO.

La cisti da echinococco in Sicilia è comunissima a causa della vita promiscua che i contadini ed i pastori fanno con i cani e con gli animali domestici.

Tutti gli organi e tutte le parti dell'organismo possono essere sede di tali cisti perchè gli embrioni esacanti, pervenuti nell'intestino, dopo la scomparsa della cuticola dall'oosfera per opera dei succhi digerenti, — essendo la via digerente l'unica accettata da tutti gli AA. — entrano in circolo e, per il sistema vascolare sanguigno o linfatico, vanno a fermarsi e svilupparsi in qualunque organo o tessuto del corpo.

Per ordine di frequenza le cisti da echinococco si riscontrano nel fegato, nel peritoneo, nei pulmoni, nei reni, nella milza; molto raramente nel cervello, nel cuore e nel midollo spinale.

Sfogliando l'estesissima bibliografia medica italiana e straniera ho dovuto constatare che finora non è stato riportato da alcuno l'ubicazione primitiva della cisti da echinococco nella vescica. Tale ubicazione risulta eccezionale per cui non mi sembra privo di interesse illustrare il caso occorsomi, per portare il mio modesto contributo in materia.

Il mattino del 3 settembre 1934 sono stato chiamato di urgenza per assistere G. P., di anni 47, coniugato, contadino, da Favara (Agrigento).

I dati ereditari e gentilizi sono completamente negativi. Ha moglie e due bambini sani.

Il paz. ha sofferto una malattia esantematica dell'infanzia (morbillo) e, all'età di 30 anni, la malaria.

Ha abitato case umide ed antigieniche; si è alimentato scarsamente; ha condotto una vita assai faticosa ed, a ragione del suo mestiere, ha convissuto con cani che spesso mangiavano nella stessa scodella del padrone.

Non ha sofferto blenorragia, nè lues.

I primi disturbi, riferentisi alla malattia in corso, risalgono a circa quattro anni addietro; in quell'epoca, senza causa apprezzabile fu colto sul lavoro, da un dolore acuto ed improvviso al basso ventre in corrispondenza della vescica. Ha avuto disturbi digestivi, vago torpore, debolezza generale.

Successivamente ebbe ad accorgersi che il ventre s'era gonfiato e che gradatamente era aumentato di volume da paragonarlo, come diceva, ad una gravidanza al quarto mese.

Le condizioni generali del paziente però si sono mantenute relativamente buone perchè, tranne un fastidio alla vescica avente i caratteri di sensazione gravativa al perineo e bruciore alla verga nell'urinare, egli ha continuato il suo ordinario e quotidiano lavoro.

Nel pomeriggio del 2 settembre, in seguito a caduta da una scala a pioli, ebbe ad urtare fortemente sull'addome. Rincasato fu colto da febbre preceduta da brividi, da dolore violento, lacerante in corrispondenza del pube irradiantesi verso l'ombelico, da vomito, da frequenza della urinazione con presenza di sangue alla fine della minzione.

Poco dopo su tutta la superficie del corpo vide comparire delle macchie rosse pruriginose. La tumefazione addominale continuò a crescere a vista d'occhio e, durante la notte, l'infermo non riuscì più ad orinare.

Esame obbiettivo: Individuo di costituzione scheletrica buona; marcata denutrizione; mucose pallide.

Assenza di iperplasie ghiandolari linfatiche nei territori esplorabili.

All'ispezione degli arti, del torace e dell'addome si osservano sollevamenti papulosi più o meno rotondeggianti e delineati, di colorito rosso alla periferia che è facile individualizzare per un'orticaria.

L'esame del torace e dei visceri contenutevi riesce negativo.

Fegato e reni nei limiti normali.

La milza deborda appena dall'arco costale con margine duro, sottile, indolente.

All'ispezione dell'addome si nota in corrispondenza della regione ipogastrica una sporgenza molto notevole, sferoidale, della grossezza della testa di un adulto che sorge dal di dietro della sinfisi pubica e va a due dita trasverse in sotto della cicatrice ombelicale.

Tale tumefazione è nettamente limitabile, a superficie liscia, poco dolente, non spostabile, di consistenza duro-elastica. Non si notano pulsazioni sulle regioni che la limitano.

Dopo l'esame sommario dell'ammalato, che reclama insistentemente per farlo urinare, mi premurai avere un catetere molle Nélaton che introdussi in uretra tenendo presenti tutte le precauzioni necessarie per tale intervento.

Mi fu impossibile introdurre il Nélaton perchè era ostacolato, si fletteva, si ripiegava al suo ingresso in vescica.

Sostituii tale strumento con un catetere metallico il quale, durante l'introduzione, incontrò, presso il collo, un corpo teso elastico che ostruiva l'apertura della vescica con una resistenza che riuscii superare facilmente imprimendo una lieve spinta allo strumento.

Tale ostacolo non dava la sensazione di un calcolo o di un tumore duro, bensì faceva pensare ad un adenoma, ad un papilloma.

In ogni modo ero riuscito a vuotare oltre un litro di urina, di colorito torbido, esalante un odore putrido ammoniacale, quando il flusso ebbe a cessare bruscamente.

Attraverso il catetere iniettai, in vescica, dell'acqua sterile per riattivare il flusso dell'urina, ma non riuscii allo scopo.

Per tale brusca interruzione del flusso dell'urina, maggiormente mi fermai all'idea di trovarmi avanti un tumore villoso della vescica, ricordandomi, a proposito, del segno della valvola o sintoma del Marion prodotto dai villi di un papilloma in vescica, villi che vengono attirati dalla corrente

dell'urina quando questa comincia a fuoriuscire e che vengono ad otturare i fori della sonda.

Nonostante la fuoriuscita dell'accennata quantità di urina la tumefazione addominale preesistente, sebbene ridotta di poco, non era scomparsa, rimaneva pressochè a tre dita in sotto della linea ombelicale trasversa, si manteneva liscia, di consistenza duro-elastica ed alla leggera pressione, combinata con la percussione, suscitava un senso di vibrazione: presentava l'esistenza del caratteristico sintoma del fremito idatideo.

Il caso era interessante, non poca la mia titubanza nel formulare la diagnosi.

Dopo l'emissione di quella accennata quantità di urina, le sofferenze del paziente s'erano alquanto alleviate sicchè potei lasciare l'ammalato promettendo ritornare nel pomeriggio per praticare la puntura della vescica, qualora non avesse più urinato.

Però durante la mia assenza era avvenuto un fatto nuovo: in seguito a violenti sforzi per urinare, il paziente aveva emesso vescicole rotondeggianti, innumerevoli e molteplici, grandi, medie e piccole da raggiungere il volume di un pisello, di una castagna, di una noce, di un uovo di colombo, nonchè varii frammenti e lembi di membranelle. Tutto questo materiale me lo vidi portare al mio studio in un grosso bicchiere da uno dei familiari.

Di fronte ad un dato obbiettivo così preciso, sicuro e patognomonico la diagnosi di cisti idatidea primitiva della vescica si imponeva: quelle vescicole, alcune rotte ed afflosciate, altre contenenti un liquido chiaro, limpido (acqua di rocca) — che all'esame microscopico mostrava scolici invaginati e sgusciati ed uncini — rappresentavano delle cisti figlie; mentre le membranelle appartenevano alla sacca della cisti madre che s'era rotta ed aperta in vescica.

Rivisto il paziente, che si presentava molto sollevato dalle sofferenze, ebbi ad osservare che la tumefazione addominale era di molto diminuita e si era ridotta alla grossezza di una arancia.

L'ulteriore andamento della malattia procedette regolarmente: il paziente continuò ancora, per diversi giorni, ad emettere, per via uretrale, altre vescicole più o meno piccole, alcune anche in processo di macerazione ed anche un voluminoso lembo di membrana, che dai caratteri macroscopici, essendo costituita da varii strati concentrici fibrosi a lamelle con una parete di colorito bianco-madreperlacea, granulosa, fu facile riconoscere essere appartenuta alla sacca della cisti madre.

Dopo circa due mesi il paziente era guarito ed infatti, egli d'allora ha ripreso le sue abituali occupazioni.

Lo svolgimento e la soluzione del sopracitato caso clinico ha delucidato luminosamente ogni dubbio sulla malattia del paziente ch'era affetto da cisti idatidea primitiva della vescica rottasi in seguito ad un trauma e guarita spontaneamente.

Essa cisti infatti era primitiva, s'era iniziata e svolta esclusivamente in vescica perchè non era associata a cisti di altro organo o viscere; essa cisti non era secondaria ad una probabile cisti del rene, dalla quale — dopo un eventuale rottura — era partita una figlia cisti che, attraverso i calici, la pelvi renale e l'uretere, era riuscita arrivare in vescica, poichè tutti i sintomi ed i dati obbiettivi escludevano tale ipotesi stantechè i due reni erano nei limiti normali, si presentavano sani ed il paziente ebbe ad accusare fin dall'inizio il suo male in vescica.

Sarebbe stato interessante per un maggiore valore chiarificativo praticare delle indagini più profonde di laboratorio in riguardo alla eosinofilia, alla prova di deviazione di complemento, alla reazione del Ghedini-Weimberg, alla intradermoreazione del Casoni ecc. ma si è dovuto rinunciare a tanto sia per il fatto compiuto, sia anche per ragioni ambientali.

Un'altra considerazione che ci offre il presente caso è che la cisti del paziente ebbe uno sviluppo lento, senza speciali disturbi sino a che sopravvenne il trauma che provocò l'epilogo.

Col trauma forte dell'addome — caduta dalla scala — si ebbe a determinare uno scuotimento di tutta la sacca che si trovava enormemente distesa per le numerose cisti figlie che stavano stipate nella sua cavità e contemporaneamente si ebbero ad avverare tali fatti flogistici da causare la rottura della sacca e lo svuotamento del suo contenuto in vescica per cui l'eruzione di orticaria dovuta al rapido assorbimento dei suoi principi tossici.

Il paziente ebbe a guarire spontaneamente del suo male senza alcun intervento chirurgico, il che si spiega col meccanismo della completa evacuazione ed espulsione delle cisti figlie e della sacca della cisti madre attraverso il canale uretrale.

Come in proposito la letteratura registra casi di cisti da echinocco del pulmone e della pleura guaritesi per l'evacuazione attraverso l'albero bronchiale o attraverso i tegumenti esterni, fra uno spazio intercostale ed un'altro, così, nel caso presente, l'evacuazione è stata più facile, più agevole per un canale naturale qual'è l'uretra.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di rara localizzazione di cisti idatidea primitiva della vescica, rottasi a causa di un trauma e guaritasi spontaneamente senza alcun intervento chirurgico.

Favara, aprile 1935-XIII.

SUNTI E RASSEGNE

UROLOGIA.

Tubercolosi del rene nell'infanzia.

(O. L. ADDISON. *British Med. Journ.*, 28 settembre 1935).

La tubercolosi del rene, eccettuata la forma miliarica, è fra le più rare manifestazioni della malattia nell'infanzia, e relativamente pochi sono i casi in fanciulli al disotto dei 10 o 11 anni.

Nessuna età, ad ogni modo, ne è esente e casi avanzati possono essere osservati anche nell'infanzia.

La tubercolosi miliare del rene è invece un reperto frequente all'autopsia di fanciulli morti per meningite o per tbc. generalizzata. Ad ogni modo la frequenza della tbc. renale è stata negli anni passati considerata al disotto del suo reale valore. Nei primi stadi della malattia, che possono persistere per alcuni anni, non vi sono sintomi urinarii e la piuria è così lieve e spesso così intermittente, che non viene notata, a meno che non siano fatti ripetuti ed accurati esami di urina. È certo che se una ricerca sistematica fosse fatta regolarmente in tutti i bambini che presentano una qualsiasi forma di tubercolosi chirurgica o ematogena, si verrebbero a scoprire molti casi di lesione tubercolare del rene.

È stato affermato che una bacilluria tubercolare, — e cioè una filtrazione di bacilli tubercolari — può esistere anche senza che vi sia una lesione renale: ma d'altra parte la presenza di una piuria, anche se microscopica, può essere considerata come prova di una lesione renale.

Le prove sperimentali poi hanno anche dimostrato che la teoria della filtrazione dei bacilli è falsa.

Medlor ha potuto constatare che di 30 pazienti morti per t.b.c. polmonare, 22 avevano lesioni renali, che non avevano dato luogo a nessun sintomo. Band in 174 casi di t.b.c. estraurinaria con bacilluria ma senza alcun segno in vita di lesione t.b.c. del rene, trovò all'autopsia solo lesioni microscopiche di t.b.c. Secondo Joung « l'infezione originaria è praticamente sempre limitata ad un rene. Quando il rene dall'altro lato è coinvolto è troppo tardi per un intervento ». Questa opinione è difficile ad accettarsi, tanto più se si pensa che la t.b.c. renale è ematogena in origine.

La lesione è sempre più accentuata in corrispondenza della midollare che non della corteccia. Vari tipi di lesione sono stati descritti, fibrosa, fibrocavernosa ed ulcerosa ma non vi è differenza essenziale fra essi; presto o tardi anche l'uretere viene coinvolto, sia per ulcerazione diretta che per il passaggio dell'urina contenente i bacilli. I tubercoli formatisi lungo l'uretere vengono a formare delle ulceri che presto si espandono lungo tutto l'uretere stesso. L'uretere può dilatarsi molto, la mucosa essere distrutta ed il lume spesso bloccato da granulazioni e tessuto fibroso. La vescica anche viene coinvolta ed assume lentamente il caratteristico aspetto della cistite t.b.c.

Sintomi. — Nei primi periodi di invasione del rene non vi sono sintomi ed il solo segno è una piuria molto lieve, generalmente intermittente e scopribile solo con l'esame microscopico. Opportuna anche l'inoculazione nella cavia.

L'ematuria è quasi invariabilmente il primo segno obiettivo e spesso presente per 1-2 o 24 ore. L'emorragia si presenta in seguito ad intervalli associata con una intensa piuria, ed è quasi costante negli stadi più tardivi in cui la lesione vescicale è generalizzata.

L'urina è acida e raramente contaminata da altri germi. Negli stadi più tardivi si trovano generalmente il B. coli e gli streptococchi, Nei primi stadi lo stato generale rimane inalterato e un decadimento generale delle forze si ha quando la malattia è già avanzata.

È frequente una piressia piccola irregolare: forti attacchi febbrili a 39° stanno generalmente a dimostrare la presenza di una infezione da B. coli. Il dolore non è mai troppo accentuato, ma se vi è infezione da *coli* durante gli attacchi febbrili si ha forte dolore lombare; il dolore può anche essere riflesso all'addome. All'esame il rene non si mostra generalmente aumentato di volume, ma può esserlo poco e dolente alla palpazione.

L'aumento di frequenza delle minzioni si ha quando la vescica è già coinvolta. Quando la vescica è infettata le minzioni si fanno sempre più frequenti fino a quando non si stabilisce una completa incontinenza.

La caratteristica più notevole di tutto il quadro clinico è la completa assenza di dolore alla minzione, sia durante che alla fine di essa, anche quando la capacità vescicale è ridotta al minimo.

Se il dolore è presente ciò è dovuto ad una infezione contemporanea da B. coli o da streptococco.

Diagnosi. — La diagnosi si fa con la ricerca del b. di Koch: in ogni caso di piuria cronica o intermittente inspiegabile è necessario un accurato esame dell'urina da questo punto di vista.

Il bacillo si trova difficilmente nei primi stadi e spesso è presente ad intervalli. Anche negli stadi avanzati della malattia i segni e sintomi sono semplicemente quelli della cistite cronica e cioè la piuria e l'aumentata frequenza delle minzioni o enuresi.

L'esame radiografico può dimostrare aumentata densità del rene od anche aree calcaree, mentre un pielogramma discendente dimo-

strerà l'irregolarità della pelvi e la distruzione dei calici.

Il metodo della pielografia ascendente, che pur è stato in questi casi condannato perchè capace di aggravare il processo, è pure in alcuni casi necessario per ottenere una buona visualizzazione della pelvi. Un vero pericolo di questo metodo non esiste. Anche la cistoscopia è sempre necessaria. All'inizio la vescica può apparire perfettamente sana oppure può notarsi un piccolo rossore attorno allo sbocco di un uretere. Più tardi pochi tubercoli ed una o due piccole ulceri appaiono attorno all'uretere leso, seguiti da infiammazione del trigono e ulcerazione alla base della vescica.

Infine l'infiammazione divenuta generale e l'edema e l'ulcerazione aumentano in tale maniera che è spesso impossibile trovare gli orifici ureterici.

Corso della malattia a prognosi. — Nei primi stadi, quando i segni sono costituiti da una costante piuria ed aumentata frequenza della minzione, la malattia progredisce lentamente e possono trascorrere molti mesi ed anche anni prima che si verifichi una lesione generale del rene. È anche certo però che una buona parte di questi casi possono anche guarire, per quanto l'opinione della maggioranza sia contraria a questa veduta. Quando però la malattia è abbastanza avanzata, è improbabile che essa possa venir arrestata, per quanto tentativi di guarigione delle lesioni non siano rari, come è dimostrato da aree localizzate di fibrosi e di calcificazione.

Cura. — Nei primi stadi dell'infezione, e cioè prima che i sintomi urinari divengono evidenti, il bambino dovrebbe essere curato in sanatorio, preferibilmente a letto. Una cistoscopia ed un esame pielografico possono essere evitati in questo primo stadio. L'urina deve essere esaminata ad intervalli regolari tentando anche di stabilire se la malattia è in progresso.

Quando la malattia è avanzata e non associata con altre lesioni attive la nefrectomia dovrebbe essere praticata purchè il cateterismo ureterico dall'altro lato non abbia rivelato la presenza di germi di Koch e la funzione renale sia buona. Anche però se l'altro rene è leso, purchè non gravemente, la nefrectomia può essere praticata con vantaggio, tanto più che senza operazione si è sicuri che il p. verrebbe presto a morte mentre la nefrectomia del rene più malato servirà certamente a prolungargli la vita.

Quando la tubercolosi del rene è associata con altri focolai tubercolari attivi, come carie vertebrale ed altri focolai ossei, prima che si intraprenda l'operazione è necessario considerare accuratamente le condizioni generali del bambino e giudicare quale delle due lesioni, se quella renale o quella ossea, sia la più attiva e più importante, onde rivolgersi prima ad essa.

Nel complesso il futuro dei nefrectomizzati è abbastanza buono ed è sorprendente quanto rapidamente una vescica tubercolosa possa guarire ed i bacilli di Koch sparire dall'urina una volta che il rene malato è stato asportato. I vari casi operati dall'A. con successo sono una netta conferma di questa asserzione.

G. LA CAVA.

È giustificata la sezione del tratto di unione del rene a ferro di cavallo?

(CHWALLA R. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 182, pagine 590, 1935).

L'A. osserva che Rovsing è stato il primo a mettere in evidenza la sindrome dolorosa caratteristica del rene a ferro di cavallo dovuta alla compressione che il tratto intermedio esercita sull'aorta e sulla cava e rappresentata da una pulsazione aortica addominale, da dolori addominali e alterazioni della peristalsi. Questa sindrome compare durante l'estensione della colonna vertebrale e scompare in posizione supina.

In alcuni casi, appena sezionato il tratto intermedio, si è visto l'allontanamento a scatto dei due reni e il loro spostamento nelle regioni lombari. I risultati postoperatori secondo Rovsing sono ottimi e giustificano senz'altro questa operazione che egli consiglia di eseguire per via transperitoneale.

Successivamente da vari AA. sono state fatte delle obbiezioni alla sezione dell'istmo del rene a ferro di cavallo anzitutto affermando che i risultati postoperativi non erano soddisfacenti, poi che l'intervento poteva portare a complicazioni anche gravi come fistole orinose o a emorragie quando l'istmo sia piuttosto spesso.

L'A. è invece favorevole a questo intervento in base all'esperienza personale di due casi operati già da anni e perfettamente guariti. Occorre premettere una diagnosi precisa non solo dell'esistenza del rene a ferro di cavallo, relativamente facile grazie alla pielografia endovenosa ma anche precisare esattamente la sede dei calici per evitare che nel taglio dell'istmo uno di essi venga aperto e sia causa di una fistola orinosa postoperativa. La via da seguire è quella transperitoneale perchè permette di dominare facilmente la malformazione e procedere con sicurezza alla sezione dell'istmo nel punto più adatto. Non crede sia necessario di associare la nefropessi dei reni divisi.

VALDONI.

Clinica e terapia chirurgica delle piccole idronefrosi dolorose.

(ALLEMANN. *Zeitschr. f. Urol.*, v. 29, p. 414, 1935).

Secondo l'A. la pelvi ampollare degli anatomici è un'incipiente idronefrosi, che in certe

circostanze può dare disturbi e condurre a numerosi errori diagnostici. Sua causa è un'acalasia (mancanza dell'apertura riflessa dello sfintere pielo-ureterale) che determina la dilatazione della cavità a monte; similmente a quanto accade nel pilorospasmo dei neonati, nel megacolon, ecc.

Il quadro clinico di queste « piccole idronefrosi dolorose » non è affatto caratteristico. Si tratta di soggetti pallidi (pseudoanemia spastica periferica), in genere stitici, facilmente irritabili, che accusano dolori vaghi alla regione lombare o alla metà omolaterale dell'addome, o alla fossa iliaca; i dolori possono insorgere dopo i pasti, si esacerbano col cammino e con le fatiche, scompaiono a riposo; talora intervengono vere e proprie coliche, spesso con ematurie microscopiche. Per lo più viene fatta una diagnosi errata, che conduce spesso (nella metà dei casi dell'autore) a un intervento, in genere di appendicectomia. La diagnosi può esser fatta con esatte ricerche urologiche: l'esame dell'urina dà poco o nulla; la cromocistoscopia esatta ha grande importanza perchè mette in evidenza una diminuzione della funzione (modico ritardo di eliminazione e scarsa intensità del colore) del rene malato. Il cateterismo ureterale dimostra un maggior o minore residuo nella pelvi. La pielografia retrograda dà il quadro caratteristico della dilatazione ampollare della pelvi con stenosi del primo tratto dell'uretere.

La cura è chirurgica: vengono usualmente praticate la nefropessi alta sec. Marion, la enervazione dell'ilo renale sec. Papin, la decapsulazione.

L'A. propone un'operazione nuova: la sezione extramucosa del muscolo pielo-ureterale. La tecnica consiste nella preparazione esatta della pelvi e dell'uretere all'origine e nella incisione longitudinale della parete fino alla mucosa per un tratto di 1 1/2-2 cm. metà sulla pelvi e metà sull'uretere. L'A. ha praticato, con buoni risultati, 20 volte nello spazio di 4 anni questo intervento che egli considera causale.
P. STEFANINI.

Vescica " a sifone „.

(SEIFFERT. *Arch. Klin. Chir.*, Vol. 183, pagine 568, 1935).

L'A. ha osservato tre anni fa un paziente colpito da papillomatosi recidiva della vescica con grave risentimento delle condizioni generali. Ritenne che ci fosse una indicazione assoluta alla cistectomia e studiò un metodo di formazione di un nuovo serbatoio per le orine che egli chiama vescica a sifone.

Prescelse un'ansa digiunale alta perchè in questa sede l'intestino è povero di germi mentre anastomizzando gli ureteri con anse basse del tenue o con il colon è quasi regola assoluta la pielonefrite ascendente. Venne resecato un tratto di 35 cm. mantenendolo in relazione con il ramo dell'arteria mesenteriale in modo che la nutrizione della parete fosse assicurata nel modo più completo. La continuità dell'intestino venne ristabilita con anastomosi capo a capo.

Nel tratto di digiuno isolato allacciò al capo superiore i due ureteri dopo averli sezionati quanto più vicino era possibile alla vescica e isolandoli per breve tratto. L'uretere sinistro fu fatto passare sotto l'arteria mesenterica e allacciato all'ansa assieme a quello di destra. Il moncone inferiore del tratto digiunale ileale venne torto di 180° e fatto passare attraverso un'asola del retto abboccandolo alla pelle. In questa maniera ottenne un pseudosfintere che permette all'ansa di contenere 200 cmc. di urina.

Il paziente sopportò bene l'intervento; dopo un mese venne praticata la cistectomia totale. Il risultato a distanza è ottimo; le urine sono chiare e senza germi; la contenzione nella nuova vescica abbastanza buona.
VALDONI.

DERMATOLOGIA.

Recenti progressi nel trattamento delle malattie della pelle.

(J. T. INGRAM. *The Practitioner*, ottobre 1935).

La tendenza prevalsa negli ultimi anni ad interpretare la dermatologia in più stretto rapporto con la medicina generale ha condotto ad importanti progressi nel trattamento delle malattie cutanee, le quali possono essere espressione di fattori tossici, infettivi, metabolici o psico-nevrotici. In molti casi è efficace il trattamento dietetico: particolarmente importante è la restrizione degli amilacei, dei dolciumi e dei grassi nelle dermatosi seborroiche e catarrali. Non sempre tuttavia la dermatologia attende i progressi della medicina interna: molto efficace è la terapia aurica nel trattamento del lupus eritematoso; l'A. preferisce la via endovenosa a dosi molto minori di quelle usate nel trattamento della tubercolosi. In qualche caso la dermatologia addita la via alla medicina od alla chirurgia: tale è il caso per il trattamento conservativo delle sepsi cutanee. Nelle infezioni follicolari è preferibile la medicazione occlusiva all'intervento; per foruncoli persistenti localizzati in una regione la miglior cura è rappresentata dalla roentgenterapia, che costituisce l'unico trattamento appropriato del favo; affezioni settiche più profonde possono avere un aspetto dermatologico (piaghe consecutive a trattamento chirurgico di celluliti o di osteomieliti, fistole ossee ecc.): oltre al calore radiante è utile in tali casi la terapia locale ultravioletta e specialmente l'olio di fegato di merluzzo. L'epidermophyton inguinale è anche causa di infezioni delle dita dei piedi: casi recenti rispondono all'uso dell'unguento di Whitfield o del verde di malachite; i casi cronici sono difficilmente

trattabili: si ricorrerà alle sostanze coloranti ed ai raggi X. Il persistere di molti casi di intertrigine è dovuto alla presenza di pityrosporon: il trattamento più appropriato è quello mediante sostanze coloranti, quali il verde di malachite. Per quanto riguarda le affezioni gravitazionali delle gambe, un grande progresso è stato rappresentato dal bendaggio con plaster elastico, la cui tecnica è stata perfezionata e precisata da Dickson Wright. Questa terapia rappresenta un mezzo temporaneo per ridurre la congestione e l'edema: se la causa del disturbo risiede nella presenza di vene varicose, si ricorrerà alle iniezioni sclerosanti. Il lupus vulgaris è incurabile senza il trattamento prolungato con raggi ultravioletti. La psoriasi regredisce rapidamente mediante l'esposizione ai raggi ultravioletti. Il lichen planus risponde spesso alle iniezioni di arsenosalicilato di mercurio; anche il trattamento con raggi ultravioletti è benefico. La roentgenterapia superficiale è usata in un gran numero di affezioni cutanee: deve essere associata al trattamento generale e locale. Il prurito, l'eczema, le dermatosi seborroiche e quelle pruriginose rappresentano le condizioni che più risentono della radioterapia. Nel trattamento dell'acne i raggi X hanno azione maggiore di altri mezzi; così pure è nella rosacea, associando l'uso di un unguento.

M. NUNBERG.

La radiumterapia dei naevi.

(N. S. FINZI. *The British Med. Journ.*, 28 settembre 1935).

Una delle prime applicazioni mediche del radium è stata la cura di questa deformante malattia.

I primi tentativi, fatti da Dominici, con raggi γ molto filtrati, dettero risultati di molto superiori ai precedenti; prima infatti si usavano raggi poco o niente filtrati e si aveva come esito una cicatrice, per cui salvo il vantaggio della non dolorosità dell'intervento, il metodo non poteva dirsi sensibilmente superiore agli altri fino allora usati, e specialmente a quello della neve carbonica. Oggi invece la terapia tende alla completa sparizione del neo senza alcuna cicatrice e ciò è molto spesso ottenuto.

Principî fondamentali di questa terapia sono:

A) curare il paziente il più presto possibile e in ogni caso non oltre il primo anno di età. Infatti, a mano a mano che il paziente cresce in età il neo diventa sempre meno sensibile alle irradiazioni rispetto ai tessuti circostanti. Del resto, per quanto i risultati non siano altrettanto buoni, una tale terapia è anche attuabile nei bambini più grandicelli ed anche negli adulti;

B) gli effetti del trattamento sono molto lenti a manifestarsi e si prolungano per lo meno per un anno dopo la prima applicazione. Bisogna quindi aver pazienza e non ripetere il trattamento troppo presto. Raramente tale ripetizione è richiesta in meno di 6 mesi dopo la prima applicazione e ciò soltanto se una parte del neo è sparita mentre un'altra parte è rimasta immutata, il che indicherebbe un dosaggio non ben calcolato;

C) è molto importante non usare dei caustici o la neve carbonica poichè questi lasciano delle cicatrici che si manifestano dopo la applicazione del radium;

D) in tutti i casi occorre usare raggi gamma molto filtrati. La dose deve essere tale da prourre soltanto un modico eritema e deve variare a seconda dell'età del soggetto;

E) in un buon numero di casi è opportuno ricorrere alla chirurgia plastica.

Classificazione. — Dal punto di vista del trattamento gli angiomi possono essere suddivisi in due classi:

1) *nei cavernosi*, che possono essere completamente sottocutanei, ma spesso involgono la cute, e più spesso ancora cute e sottocutaneo insieme. I nei sottocutanei sono naturalmente più difficili a curare che non quelli superficiali e occorre avere gran cura per non provocare delle cicatrici. Nella maggior parte dei casi di nei cavernosi si inizia anzitutto con una applicazione superficiale e si usa l'irradiazione interstiziale soltanto più tardi e soltanto in una piccola porzione di casi: ciò riduce al minimo la possibilità di emorragie. Se, malgrado un notevole miglioramento rimane una massa sottocutanea abbondante, è consigliabile l'intervento della chirurgia plastica: se il tumore è stato ben irradiato non c'è pericolo da temere per le emorragie;

2) i nei capillari possono essere suddivisi in: *A*) macchie vinose, e *B*) nei aracniformi. Nel primo caso mentre è spesso possibile ottenere un eccellente risultato è invece molto difficile e in qualche caso impossibile evitare la formazione di una cicatrice. I nei aracniformi sono molto più facilmente curati mediante l'elettrolisi o l'ignipuntura e, poichè essi si manifestano generalmente negli adulti, questo è quasi sempre il trattamento di scelta.

Risultati. — Molte obbiezioni sono state fatte riguardo ai risultati tardivi; ma se le dosi sono state moderate non si avranno a lamentare alterazioni tardive a carico della cute e del sottocutaneo. Anche la cataratta è una complicazione che si presenta molto raramente: l'A. ne ha visto un solo caso ed il pericolo che essa si presenti va sempre più diminuendo a mano a mano che si praticano più accuratamente i dosaggi. In conclusione si può dire che il trattamento con il radium delle teleangectasie è oggi uno dei metodi più felici di cura medico-chirurgica.

G. LA CAVA.

MISCELLANEA.

Sul meccanismo dell'emostasi spontanea.

(K. LENGGENHAGER. *Münch. mediz. Wochenschr.*, 27 dicembre 1935).

Un rapporto diretto fra il tempo di coagulazione e quello di emorragia viene ammesso, si può dire, aprioristicamente, quando prima dell'operazione si somministrano delle sostanze che favoriscono la coagulazione; eppure v'è una serie di condizioni nelle quali fra i due fenomeni non sembra esistere un legame diretto; ne è un esempio la trombopenia e la tromboastenia; ma anche nell'emofilia spesso vi è sproporzione fra la infrenabilità dell'emorragia e il tempo di coagulazione solo di poco prolungato. Non mancano d'altronde i casi nei quali a malgrado un'estrema lentezza di coagulazione (fino a 75 m'. osservazione dell'A.) le piccole ferite sanguinano poco. Ora se la poca coagulabilità del sangue può talora rappresentare il fattore sufficiente dell'emorragia (come dimostrano le esperienze sugli animali con iniezioni di irudina, eparina ecc.), vi sono molte contingenze nelle quali debbono essere invocati anche altri fattori; fra questi, quello vascolare (deficiente funzione di capillari e precapillari) avrebbe secondo l'A. un'importanza relativa; egli riprende in esame il determinismo dell'emostasi spontanea e la funzione dei singoli fattori di essa, per poi in base ai propri dati sperimentali interpretare il meccanismo dell'emorragia patologica.

Gli studi sperimentali dell'A. avrebbero dimostrato che la coagulazione del sangue è solo in parte legata alla presenza di piastrine (difatti: tempo normale nella trombopenia); nella corrente sanguigna esisterebbe una sostanza albuminoidea solubile — la protrombochinasi (si noti che una parte di essa è adsorbita alla superficie delle piastrine — di quà l'aumento di coagulabilità del sangue emofilico dopo aggiunta di queste). In presenza di ioni di calcio — e di un catalizzatore — rappresentato dalla superficie « bagnabile » di un corpo estraneo — essa dà luogo alla trombochinasi, la quale insieme alla protrombina del sangue e sempre in presenza di Ca dà luogo alla trombina; ed è questa a sua volta a provocare la formazione di fibrina dal fibrinogeno; in questo processo la trombina, per lo meno temporaneamente, rimane aderente alla fibrina.

Dalle ricerche dell'A. è risultato inoltre che la trombina non solo favorisce la coagulazione, ma in presenza di corpo estraneo (come anche il vetro, che essendo bagnabile agisce da catalizzatore) determina nel sangue la formazione di nuova trombina. La minore o maggiore rapidità di coagulazione determina la formazione di un coagulo bianco o rosso; la formazione di un trombo endovasale s'inizia con coagulo bianco (composto di piastrine e di poca fibrina); solo quando si sono avverate le condizioni di stasi nella coagulazione rapida vengono inglobati anche gli altri elementi morfologici del sangue, dando luogo a coagulo rosso.

Nella coagulazione che avviene nel seno stesso dell'organismo una funzione principale spetta non tanto alla presenza di superficie bagnabile-catalizzatore (rappresentata ad es. dalla parete vasale lesa), quanto al secreto di tale superficie, alla cosidetta chinasi tissulare; il succo fresco di qualsiasi tessuto possiede tali proprietà; esso manca d'altra parte nei tessuti cicatriziali o profondamente modificati: ecco perchè le cellule sfaldate della mucosa uterina non fanno coagulare il sangue mestruale, e la formazione dei trombi sulle superficie ateromatose è relativamente poco accentuata. Anche il determinismo delle emorragie persistenti dopo il sanguisugio troverebbe la sua spiegazione non tanto nella quantità dell'irudina che non basterebbe a mantenere incoagulata tutta la massa del sangue emesso, quanto nella lesioni specifica dei tessuti non più capaci di secernere la chinasi (oppure perchè questa viene neutralizzata dall'irudina).

Considerando il meccanismo dell'emostasi in una piccola ferita (prescindendo naturalmente dalla contrazione e retrazione dei vasi) l'A. sottolinea la grande importanza della chinasi tissulare che fuoriesce dai tessuti lesi; le piastrine che col sangue passano sulla superficie di essi (e hanno notevole potere adsorbente rispetto la trombochinasi, la fibrina e la trombina), si caricano di tale chinasi; dopo 0,5-1 m' la trombina è formata, le prime traccie di fibrina determinano l'agglutinazione delle piastrine che con un reticolo coprono le superficie laterali della ferita; nuove quantità di trombina vengono formate fino a che continua l'apporto di sangue per l'azione catalizzatrice della trombina stessa; continuando pure la secrezione della chinasi cellulare si formano nuovi agglutinati di piastrine; attraverso queste il sangue ora viene filtrato; la parte corpuscolata viene trattenuta: il liquido che fuoriesce è sempre più pallido ma sempre più rapidamente coagulabile. Non appena si è formato il trombo occlusivo cessa l'ulteriore formazione di trombina (poichè non passa più sangue).

Partendo da tale schema di emostasi spontanea l'A. interpreta i singoli casi di deficienza di essa. Riesce senz'altro chiaro che una emorragia si arresterà difficilmente quando la ferita avviene su tessuti cicatriziali (manca la chinasi cellulare) e l'A. ne cita un caso dimostrativo. Nella trombopenia coagula solo la fibrina sulle pareti della ferita; essa non contraendosi, trattiene la trombina di cui manca quindi l'azione catalizzatrice (la stessa fibrina non esplica di per sè neanche l'azione di una superficie estranea catalizzatrice; ecco perchè le trombosi vasali non si propagano

all'infinito); anzi lo strato denso della fibrina ostacola l'ulteriore secrezione della chinasi cellulare; le piccole emorragie si arrestano soltanto quando la fibrina stessa ha riempito tutto il tragitto della ferita.

La condizione protopatica nell'emofilia sarebbe secondo l'A. dovuta ad una maggiore resistenza della protrombochinasi; la trombina si forma nella ferita solo a spese della chinasi tissulare, ma la sua azione catalizzatrice non è sufficiente a produrre ulteriore trombina dal sangue, che nel normale determina la successiva formazione di grandi masse di fibrina fino alla completa occlusione della ferita. Ecco perchè nell'emofiliaco, anche se il tempo dell'emorragia dalle piccole ferite è poco prolungato, l'ulteriore spremitura può dar luogo a fuoriuscita di sangue ancora per molte ore; le ferite rilevanti presentano senz'altro emorragie indomabili.

Oltre alla resistenza della prochinasi è da ammettersi nell'emofilia anche la scarsa azione della trombina sul fibrinogeno.

L'A. non fa che accennare alle altre emorragie patologiche quale p. es. quelle tumorali, leucemiche, scorbutiche ecc., nelle quali probabilmente un fattore preponderante è rappresentato dalle alterazioni vascolari.

Sono degne di nota le deduzioni teoriche e le ricerche sperimentali e cliniche dell'A. nel campo della terapia. In esperienze su animali egli ha potuto dimostrare che l'iniezione endovenosa di sostanza coagulante (quali il succo bollito della tiroide contenente trombochinasi), se anche innalza leggermente la coagulabilità del sangue circolante, provoca quale risultato immediato il prolungarsi del tempo di emorragia e ciò perchè avviene una parziale coagulazione intravasale con diminuzione notevole del numero delle piastrine circolanti (da 700.000 a 150.000). L'intervento del genere come pure le iniezioni di qualsiasi altra sostanza albuminoidea (anche del proprio sangue) esplica invece un'utile azione tardiva inquanto che provoca secondariamente l'aumento delle globuline e neoformazione di piastrine; si noti come le piastrine giovani posseggono maggiore potere adsorbente e i liquidi ricchi in globuline sono più sensibili all'azione catalizzatrice della trombina. Di quà l'utilità di un trattamento profilattico preoperativo con tali sostanze che in 1-2 giorni riescono a far abbreviare di un terzo od un quarto il tempo di emorragia.

Localmente l'uso della trombina e della trombochinasi (i migliori risultati vengono dati dall'uso di succo bollito o possibilmente concentrato dello struma) si dimostra di grande efficacia; con l'applicazione di un batuffolo imbevuto di tale succo, nello spazio di pochi minuti si riesce ad arrestare le emorragie patologiche dei piccoli vasi (la necessità di allacciare i vasi più grandi è ovvia).

S. MINZ.

L'importanza dell'elemento nervoso nella patogenesi delle complicazioni polmonari post-operatorie.

(A. SALMON. *Studium*, 1 gennaio 1936).

Scopo del lavoro è di provare il valore dell'elemento nervoso nella patogenesi delle complicazioni polmonari postoperatorie, di stabilire quali centri nervosi partecipino al processo morboso, di cercare infine di chiarire il meccanismo per cui il fattore nervoso predispone allo sviluppo della flogosi polmonare.

Le c. p. p. si accompagnano spesso ad un considerevole grado di insufficienza respiratoria, la quale ha sopratutto una genesi nervosa legata alla depressione ed alla inibizione del nucleo respiratorio bulbare, provocata dalla narcosi e dal trauma operatorio. Questa insufficienza respiratoria va considerata come uno degli elementi patogenetici più importanti delle complicazioni p. p.

Importante è la conoscenza dei rapporti fisiologici del nucleo respiratorio bulbare col nervo vago. Questo ultimo ha un'azione regolatrice sulla funzione respiratoria; esso invia numerose fibre ai polmoni ed ai bronchi e le sue lesioni favoriscono lo sviluppo delle broncopolmoniti e dell'edema polmonare. I narcotici mentre in dosi leggere eccitano il vago, in forti dosi lo deprimono e provocano i fenomeni di insufficenza respiratoria.

Essa però può essere anche determinata dall'eccitazione del vago, come conseguenza della bronco-costrizione ed atelettasia polmonare. Le trazioni sullo stomaco nel corso di atti operativi possono causare una tale irritazione con rallentamento del polso ed insufficenza respiratoria: tali fenomeni scompaiono se si fa la anestesia del vago. Ma anche il simpatico ha la sua importanza nel meccanismo delle c.p.p. L'eccitazione di esso è causa di una vasodilatazione polmonare; secondo diversi autori, dal campo operatorio partirebbero dei riflessi simpatici che costituirebbero l'origine precipua della sindrome vasomotoria post-operatoria di Leriche e dello choc operatorio. Inoltre l'eccitazione dello splancnico e di altri gangli simpatici è capace di inibire il tono vagale con tutte le conseguenze note.

Ma va pure tenuta presente l'azione dei narcotici sui nuclei vasomotori bulbari: in seguito alla loro depressione si produce una iperemia polmonare che, associata alla insufficienza respiratoria, rappresenta una condizione assai favorevole alla insorgenza delle broncopolmoniti postoperatorie.

L'A. prende infine a considerare i rapporti intimi esistenti tra i nuclei bulbari ed i seni carotidei. Questi ultimi per l'intermediario del nervo di Hering sono in diretta comunicazione con i nuclei bulbari. Ora le ricerche di alcuni studiosi hanno dimostrato che i narcotici, gli chocs traumatici e quelli operatori si riflettono sulla funzione dei seni carotidei e

per conseguenza su quella dei nuclei bulbari. Su questi dati egli prospetta l'ipotesi che l'insufficienza respiratoria predisponente alle c.p.p. si effettui per l'intermediario dei seni carotidei, ipotesi questa che si accorda con l'osservazione che i suddetti fenomeni respiratori si attenuano con i rimedi stimolanti il centro respiratorio bulbare per l'intermediario dei seni (acido carbonico, lobelina, calcio).

L'A. conclude dicendo che l'elemento nervoso costituisce uno dei più importanti fattori della patogenesi delle complicazioni polmonari post-operatorie. VICENTINI.

DIVAGAZIONI

La debolezza morale.

Caratteristica della debolezza morale è una condotta che saltuariamente o permanentemente non risponde all'intelligenza dell'individuo, il quale ne riconosce i danni per sè o per altri e, se proprio non si rammarica, non resta mai completamente soddisfatto del suo agire. Delle innumerevoli forme, molte brillantemente fissate dall'arte, G. Montesano, in un recente lavoro (*La Debolezza Morale*, volume IV e V, 2ª serie, de « L'Assistenza dei Minorenni Anormali », 1935-XIV), rileva le varietà di patogenesi.

Si ha in tutti i casi una turba sentimentale per accentuazione di qualche desiderio, una turba altresì sensitivo-sentimentale, ossia stato fisico doloroso mal tollerato per la mancata soddisfazione di detto desiderio, un'ipobulia, infine, riduzione cioè della capacità di atti che portino alla sodisfazione o alla tolleranza dell'insodisfazione senza nocumento degli altri interessi, di cui pur si desidera la tutela.

Una prima differenza tra i singoli quadri sta nella qualità del desiderio acuito, rispondendo questo ora a qualcuna delle appetizioni di modifiche ambientali alimentate dall'intelligenza o dall'istinto, ora ad una qualità d'umore, propensioni all'ottimismo o pure al pessimismo circa il successo dell'azione modificatrice, ad una rinuncia a questa o pure ad una tattica di repressione o ad una di prevenzione, ora a una varietà del temperamento, tendenza a precipitare o pur rimandare o pur semplificare detta azione, financo ad eseguirne un'altra d'indole opposta, sempre per la tutela del benessere fisico.

Differiscono poi i varii soggetti per quel che riesce in ciascuno più efficace a rimuovere o attenuare l'intolleranza, ricercandosi or sensazioni, impressioni gradevoli, ora distrazioni, ora sbalordimenti, annientamenti temporanei della vita sentimentale. Se infine l'ipobulia risponde sempre ad un difetto della capacità di modificare lo stato di coscienza per azione di stimoli innocui, esclusivamente o prevalentemente simbolici, talvolta riescono difficili quelle modifiche che rendono possibili liberazioni straordinarie di energie, sforzi idonei a conciliare con un medesimo atto il particolare desiderio e i varii interessi dell'individuo, talora quelle altre che portano ad un'autosuggestione, ossia a variazioni artificiose della propria sensibilità per rendere tollerabili non pochi dolori. In conseguenza di tale ipobulia si è in molti casi spinti a ricercare nell'ambiente esterno gli stimoli che non si è in grado di generare con l'immaginazione o con la fantasia, ma come il genere di stimoli ricercati (eccitanti, edonofori, distraenti, sbalorditorii) varia pure nei singoli casi la specie (abusi, intemperanze, tossicofilie, giuochi, avventure, arditismi, ecc.).

Non finiscono qui le varietà, perchè occorre tener conto dei danni a cui non si teme di andare incontro con la condotta abnorme, danni ora per sè, ora per altri, e nel primo caso ora limitati a rinuncie per ambizioni più che legittime, ora implicanti perdita di una potenzialità già posseduta, benessere fisico o economico, o intelligenza, o riputazione, ecc. Nè sempre uguale è la causa per cui lo speciale danno non è sufficientemente temuto, avendosi ora insensibilità ai dolori che ne deriveranno prodotta da costituzione originaria, educazione, assuefazione, ecc., ora possibilità di ricavare dai medesimi vantaggi d'altro genere, ad es. stimolo a liberazioni straordinarie di energie fattive, ora speranza, se non sicurezza, di aiuti, indulgenze, sanatorie, di compensazioni per sè o per le altre persone eventualmente danneggiate.

Notisi che ciascuno di questi meccanismi patogenetici può venire in campo per lesioni anatomiche e funzionali di più specie (sovraeccitabilità di centri subcorticali, stimolazione esagerata di elementi periferici del sistema nervoso vegetativo, disendocrinismi, infezioni croniche subdole, ecc.). Dato ora che i disturbi della condotta si manifestano di solito a un'età in cui si sono consolidate certe caratteristiche costituzionali e certe suggestioni hanno poca probabilità di successo, certi esercizii metodici riescono difficili, vi è non solo da rimanere scettici sulla vantata troppo estesa bontà di particolari sistemi terapeutici e educativi, ma da temerne in parecchi casi le applicazioni.

Non per questo si rinuncerà a qualsiasi intervento. Montesano pensa che molto sia da attendersi con un'educazione igienica iniziata nella prima età, perseguita a lungo, individualizzata, basata sulle caratteristiche di ciascun soggetto, quali risultano sia dall'anamnesi ereditaria, familiare, personale, sia da un esame della costituzione fisiopsichica con metodi meno superficiali di quelli oggi in uso. È pure da sperare che col tempo medici, educatori, religiosi, governanti, ecc. comprendano la necessità di rinunciare agli apriorismi ed alle intransigenze e di svolgere opera concorde energica, affinchè a ciascun soggetto rimanga facile trovare nell'ambiente esterno stimoli innocui, integrativi degli endogeni difettosi, che rendano possibili gli sforzi, le tolleranze richieste da una condotta regolare. DR.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Dott. RAFFAELE D'ALESSANDRO. *Medicina e Medicina Legale Militare.* Volume in-8°, di pagine XII-428, con 32 figure nel testo, una delle quali in tricromia, Luigi Pozzi, editore, Roma. Prezzo L. 50.

Ecco la prefazione che l'illustre Clinico di Roma, prof. C. FRUGONI, *ha scritto per questo libro:*

« Sintesi, modernità, ordine e chiarezza sono i pregi fondamentali dell'opera che il maggiore medico dott. D'Alessandro presenta agli studiosi e ai pratici.

E fa alto onore alla Sanità Militare Italiana che il maggiore medico D'Alessandro, che vi appartiene, abbia riunito a trattato l'importante, difficile e delicatissima materia e ciò anche con criterio e impronta personale dovuta alla sua larga esperienza come insegnante di medicina legale alla Scuola di Sanità di Firenze.

« La complessità dei problemi che è propria della medicina legale in genere, vastissima fra le più vaste materie, è anche più complicata e difficile nelle sue applicazioni alla vita militare per i numerosi collaterali problemi, collegamenti e interferenze.

« Onde conseguire — come ha conseguito — risultati ordinati e chiari l'A. ha diviso la materia in tre grandi parti:

« una *prima* che tratta della parte legislativa, dei problemi del reclutamento, visite, e giudizi collegiali;

« una *seconda* che può dirsi di patologia medica sintetica ed analitica ad un tempo, in relazione e come commento ai vari articoli del Regolamento militare;

« una *terza* che tratta il delicato argomento della simulazione.

« E fra le diverse parti è proporzione ed armonia e in ognuna i vari problemi sono chiaramente prospettati nelle loro difficoltà, ma anche bene avviati alla loro risoluzione.

« Il libro del maggiore D'Alessandro è quindi doppiamente utile come opera di scienza e di pratica, di dottrina e di applicazione e specie in questo ardente periodo nel quale numerosi quesiti medico-legali militari individuali e collettivi sorgono e si impongono mentre l'Esercito Italiano scrive nell'Africa Orientale eroiche pagine di gloria e di storia.

C. FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. FIORI. *Calcificazioni pleuriche e pleuriti ossificanti.* « Monografie e atlanti di Radiologia e fisica medica ». Ed. Zanichelli, Bologna, 1936, p. 125, L. 30.

Una trattazione monografica delle calcificazioni e ossificazioni pleuriche mancava sino ad ora in Italia e anche all'Estero assai scarsi erano i lavori d'insieme su questo argomento. Una larga casistica (35 casi) ha permesso all'A. di trattare a fondo il problema e di giungere a raccogliere un insieme di fatti che sono di grande interesse teorico e biologico e sopratutto radiologico. Solo l'osservazione radioscopica e radiografica armonicamente prese possono infatti guidare all'esatta interpretazione di particolari aspetti radiologici dell'apparato respiratorio dovuti a processi di calcificazione della pleura. La puntura esplorativa, permettendo di rilevare ostacoli di particolare durezza, lascia fondatamente sospettosa l'esistenza di fatti calcificanti. I quali traggono origine da processi flogistici cronici nella pleura o figurano quali esiti peculiari di un emotorace. Ogni tipo di processo flogistico può essere alla base di una calcificazione pleurica, figurando naturalmente in discreta percentuale il processo specifico tubercolare.

La trattazione della materia è fatta in maniera piana, chiara, tenendo conto di svariati problemi di fisiopatologia e di biochimica, di reperti anatomopatologici, di osservazioni istologiche, senza particolare pesantezza di dati e di teorie, e più che tutto attraverso lo studio clinico e radiologico di una veramente abbondante casistica personale. Assai opportunamente Adolfo Ferrata, nel presentare questa monografia scrive che Clinica e Radiologia vi si integrano armonicamente, pur trovandovi, ciascuna di esse, un posto ben definito. Ottima la veste tipografica e assai ricca la documentazione radiografica. *c.*

ISTITUTO DI MALARIOLOGIA. *Conferenze sulla malaria* tenute nell'agosto del 1935. Un vol. in-8° di p. 116. Supplemento alla « Rivista di Malariologia », N. 6. Roma, 1935.

Gli argomenti di maggiore attualità nel dominio della malaria sono trattati in questo gruppo di conferenze, tenute presso l'Istituto di Malariologia diretto da quello scienziato di chiara fama che è il prof. G. Bastianelli.

Sono state affidate a competenti di valore: Ciuca (romeno) si occupa della malarioterapia, dell'immunità, e della cura; Hackett (nordamericano) prende in esame il problema delle razze di « Anopheles maculipennis » e i metodi di lotta biologica; Kikuth (tedesco) prospetta i problemi dell'immunologia sperimentale e della chemioterapia; Lutrario, presidente della Commissione malariologica della S. d. N., ci offre un quadro riassuntivo dell'attività svolta da questa Commissione; Ottolenghi prospetta le nostre conoscenze sulla bonifica umana e sulla bonifica integrale: egli chiude rilevando che quest'ultima rappresenta un episodio di risanamento rurale, perseguito sotto la direzione chiaroveggente del Duce.

Le conferenze furono tenute e sono pubblicate in francese, lingua accessibile a tutti i conferenzieri e uditori.

Purtroppo la malaria continua ad essere un problema nazionale e perciò questo volume assume uno speciale interesse per il nostro Paese. Esso verrà molto apprezzato anche dagli stranieri. Gli studiosi specializzati saranno ben lieti di trovarvi condensati gli acquisti più recenti sulla malariologia. A. POZZI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'azotemia degli ipertesi.

G. Carrière e C. Huriez (*Journ. des praticiens*, 1 febbraio 1936) su 105 ipertesi hanno trovato che l'azotemia è moderata (media generale di 0,303) e si eleva leggermente con l'esagerazione del processo ipertensivo.

L'A. è normale negli ipertesi giovani, sia che il disturbo tensionale appaia solitario od associato ad altre malattie (diabete, sifilide, ecc.). Eccezionalmente sorpassa 0,30 (valore ammesso come normale dagli AA.) nelle ipertensioni della menopausa, mentre invece si eleva negli individui anziani, sia che si tratti di ipertensioni senili pure o complicate da lesioni cerebrali. Soltanto nel 10 % dei casi si hanno A. elevate.

Dallo spoglio delle schede ospedaliere, gli AA. analizzano le azotemie di 496 malati, di cui 238 avevano una tensione massima inferiore a 200 e di cui 258 erano degli ipertesi permanenti. Risulta che: 1) L'A. era normale (cioè inferiore a 0,30) nel 50,9 % degli individui con pressione superiore a 200 e nel 41 % dei non ipertesi. 2) L'A. era limite (fra 0,30 e 0,50) nel 23,3 % degli ipertesi e nel 32,5 % dei non ipertesi. 3) Si aveva iperazotemia netta (fra 0,50 e 1) nel 12,8 % degli ipertesi e nel 18,9 % degli altri. 4) Si aveva A. notevole (oltre 1) nel 7 % degli ipertesi e nel 7,6 % degli altri. In complesso, l'A. media era di 0,43 negli ipertesi e di 0,44 negli altri, quindi si può affermare che non vi era connessione fra le variazioni del grado tensionale e quelle dell'azotemia.

Invece, tale rapporto è evidente nei nefritici, in cui si vede che variano parallelamente il grado di tensione e l'azotemia. Soltanto in questi, quindi, l'elevazione tensionale è connessa con il grado di impermeabilità renale.

fil.

Il lavoro del cuore nell'ipertensione arteriosa.

È ovvio pensare che nell'ipertensione arteriosa il cuore sia sottoposto ad un lavoro maggiore, ma mancavano però finora dei dati precisi, in quanto che gli studiosi che si erano occupati dell'argomento erano altresì giunti a risultati sconcordanti e persino opposti. O. Cantoni (*Cuore e circolazione*, genn. 1936) ha studiato la questione dimostrando fra l'altro che i risultati ottenuti da qualche altro erano persino falsati da errori di calcolo ed adottando per la determinazione dei suoi dispositivi speciali, che descrive nel citato lavoro.

Su vari malati, ha praticato misure della pressione arteriosa (massima, media, minima) e venosa; della velocità di circolazione, del ricambio respiratorio, del quoziente respiratorio e del metabolismo basale.

Il lavoro del cuore è apparso sempre fortemente aumentato ed il suo metabolismo corrispondeva in tutti i casi ad un decimo del M. B. dell'individuo, mentre normalmente è di 1/16.

fil.

Ascesso del mediastino posteriore.

E. V. Segura (*Bronchoscopie, Oesophagoscopie, Gastroscopie*, n. 2, aprile 1935) dopo una descrizione anatomica della regione, mette in evidenza sopratutto che il mediastino post. è in diretta comunicazione con il collo e gli ascessi del mediastino post. si possono estendere fino alla parete post. del faringe.

Se si tratta di processo a evoluzione lenta come negli ascessi da morbo di Pott o da adenite suppurata le collezioni suppurate sono sempre più limitate. In genere si ha scarsa sintomatologia per cui la diagnosi è difficile; il sintoma dominante, specialmente nei bambini, è la dispnea per la compressione tracheale. Ma la causa più frequente di ascesso mediastinico è la perforazione dell'esofago da corpo estraneo. Anche in questi casi oltre la temperatura elevata e lo stato grave del p. è la dispnea e lo stato di soffocamento che dominano il quadro morboso. Come trattamento terapeutico se esiste tumefazione della parete posteriore del faringe è meglio astenersi dal fare esofagoscopia che sarebbe pericolosa e oltremodo difficile; ma conviene fare una puntura esplorativa ed eventualmente incidere; in genere fuoriesce una grandissima quantità di pus e il p. prova subito giovamento. Come trattamento postoperativo pratica dei lavaggi e in poco tempo ottiene la guarigione. La via esterna: esofagotomia o mediastinotomia cervicale sarà indicata quando le lesioni sono inaccessibili alla via faringea.

Egli riporta 7 casi occorsi alla sua osservazione e trattati con il suo metodo e in 6 ha avuto la guarigione in pochi giorni.

MEDI.

Le applicazioni terapeutiche del veleno di cobra.

Da qualche tempo è stato introdotto in terapia l'uso del veleno di cobra. È una diastasi che agisce specialmente sui fosfatidi, quali le lecitine, provocando la formazione di una sostanza emolitica, che altera i leucociti e le cellule epiteliali e dei vari organi. La dose mortale per l'uomo è di 15 mg., quelle terapeutiche di 1/50 ad 1/10 di mg.

Fra le applicazioni fatte recentemente in Italia, citiamo quelle di G. Segre (*Soc. piemontese di Chir.*, vol. V, n. 2) che ha sperimentato tale rimedio in algie di varia origine: carcinomatose, tabetiche, di origine centrale o plessulare, mialgie, ischialgie, nevralgie del trigemino. Ha ottenuto, accanto a qualche risultato mediocre o negativo (specialmente nei carcinomatosi) in vari casi dei veri successi, che si mantengono anche a distanza di tempo, sicchè l'A. prevede che, con un'accurata

selezione dei singoli casi, il metodo può rendersi innocuo e lascia adito a molte speranze.

G. Scaglione (*Giorn. it. di anestesia, ed analgesia*, Anno I, n. 3) ne rileva l'efficacia quasi costante nei pruriti ribelli alle comuni cure ed ha anche osservato la notevole diminuzione degli edemi da eczema.

Le iniezioni si praticano profondamente alla regione glutea, incominciando da 1/50 di mg. per saggiare la tolleranza individuale, aumentando poi gradatamente fino a 1/10. Nel punto di iniezione, i pazienti avvertono un vivo bruciore, che scompare dopo qualche minuto. Nessun disturbo generale, salvo qualche volta dei lievi fatti febbrili. *fil.*

Il trattamento dell'obesità.

È sempre molto complesso, come ne è varia l'origine. Deve essere essenzialmente dietetico, secondariamente fisico e da ultimo anche medicamentoso. Le diverse diete proposte variano da quelle di Banting, con relativo sovraccarico di albuminoidi e totale esclusione dei grassi, a quella di Ebstein che permetteva fino a 100 g. giornalieri di grassi.

A. Strasser (*Deut. med. Wochens.*, 17 gennaio 1936) consiglia essenzialmente una riduzione di grassi e di idrati di carbonio, ciò che si può fare specialmente con l'introduzione della frutta nella dieta stessa; non si dovrebbe però andare al disotto dei 250 grammi giornalieri di carne (peso grezzo). Per due giorni alla settimana, dieta lattea (1 litro di latte mattino e sera, con ogni volta un uovo sodo ed un grosso cespo di insalata verde). In questi giorni, poco moto, in considerazione dello scarso apporto di calorie. Come terapia intercorrente per pochi giorni, può usarsi la dieta di Banting con l'inasprimento di Cantani, cioè con l'esclusione assoluta dei grassi e dei farinacei. Questa può essere bene adottata nell'obesità dei giovani bevitori, che è l'unica che non sia complicata. Bisogna invece andar cauti in quelle forme del cinquantennio, in cui si combinano la diatesi uratica e l'ossaluria, con modificazioni arteriosclerotiche.

La terapia fisica consiste essenzialmente nell'idroterapia, combinata con la ginnastica ed il moto. Idroterapia corroborante, con bagni sudatori 3 volte la settimana, ginnastica svedese, esercizi fisici e grandi passeggiate; il tutto subordinato e regolato secondo lo stato del cuore, dei reni e dei vasi.

Utile è l'associarvi la terapia ormonica, tiroidea ed ipofisaria, tenendo però presente che i preparati tiroidei sono talvolta male sopportati e che, quindi, tale terapia va sorvegliata e praticata ad intervalli.

La terapia medicamentosa è varia. *fil.*

La piretoterapia nell'atrofia ottica luetica.

L. Prati (*Riv. oto-neuro-oftalm. e Radio-neuro chir.*, marzo-aprile 1935) riferisce il caso di un individuo di 47 anni, con sifilide ignorata e disturbi visivi consistenti in notevolissima riduzione del visus (1/20 a d. con lente negativa di 9 D. ed a s. appena percezione del movimento degli oggetti). All'esame, atrofia del nervo ottico; esami umorali positivi per la lues.

Applicazione di piretoterapia, mediante un preparato di solfo; 12 accessi febbrili (fino a 40°-41°); in seguito cura a base di bismuto (una precedente cura di arsenobenzoli aveva dato peggioramento). Il miglioramento, iniziatosi già durante la piretoterapia ha continuato ed il paziente ha potuto riprendere in pieno il suo lavoro di capo-tecnico in un'azienda telefonica e lo continua da 3 anni. Risultati alterni ai controlli sierologici; miglioramenti obbiettivi all'esame oftalmoscopico.

L'A. riferisce anche le esperienze favorevoli di altri autori e conclude che attualmente, tanto nella tabe che nella sua complicazione ottica, alla piretoterapia infettiva, va preferita quella per via biochimica, specialmente la sulfo-piretoterapia. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Neoformazioni linfoidi sperimentali.

Papilian e Russu (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1934, tomo CXV, pag. 1709) hanno legato la vena splenica in un certo numero di cani e qualche giorno dopo tale intervento hanno asportato i gangli mesenterici. Sacrificavano gli animali in un tempo variabile da 10 giorni a quattro mesi.

Al controllo necroscopico hanno notato la presenza di neoformazioni linfoidi di volume variabile da una testa di spillo a una lenticchia diffuse nel mesentere, nell'intestino tenue, nel pancreas. In un caso hanno trovato nella parete anteriore dello stomaco una neoformazione del volume di un uovo di piccione. All'esame microscopico tali neoformazioni risultarono composte da noduli linfoidi e follicoli linfatici. Gli AA. le considerano come manifestazioni di una ipertrofia vicariante l'alterata funzione splenica. M. Perez.

VARIA

Il sondaggio del rachide.

R. Silvestrini (*La Riforma Medica*, n. 13, 1935) intende per sondaggio del rachide l'introduzione nello spazio intermeningeo di una sonda che può essere spinta fino alle prime vertebre cervicali: adopera un ago-cannula del diametro di mm. 2 a stietta lunga senza mandrino che viene infisso fra la 4ª e 5ª lombare con inclinazione dal basso in alto e dall'esterno all'interno; attraverso l'ago introduce una sonda ureterale. Tale sonda ha potuto introdurla per circa 35 cm. controllandola radiologicamente. Nel cadavere ha praticato lo stesso metodo ed ha notato che non produceva alcuna lesione. Questa applicazione per l'A. sarebbe utile per l'anestesia, per portare in alto sieri curativi per valutare l'altezza di una lesione.

A. Grossi.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I problemi delle professioni discussi dalla Corporazione delle Professioni e delle Arti.

Il 16 gennaio scorso a Palazzo Venezia ebbe luogo la prima riunione della Corporazione delle Professioni e delle Arti, sotto la presidenza del Duce.

Nella seduta inaugurale l'on. Ezio Maria Gray, vice-presidente della Corporazione, ha anzitutto rivolto a S. E. Mussolini il ringraziamento della Corporazione per avere riconosciuto che le forze dell'intelligenza sono atte e pronte ad ordinarsi e disciplinarsi nel Regime Fascista.

In merito all'attività professionale, ha notato che si verifica un certo isterilimento delle professioni libere, e in concomitanza con l'apparire di nuovi Istituti, come le Mutue nel campo sanitario e gli Uffici legali sindacali in quello forense.

Ha sostenuto che, per proteggere la professione libera, bisogna rivedere il piano delle professioni, stabilendo per ognuna funzioni speciali ed esclusive, mantenendo la consistenza della professione maggiore e della minore, rendendo obbligatoria l'iscrizione negli albi per l'esercizio della professione, affidandone la tenuta ai Sindacati e costituendo un sistema di significazione sulla saturazione o meno delle professioni, affinchè le famiglie ne traggano elementi per l'avviamento dei figli alla professione più conveniente.

In merito alle tariffe nazionali dei medici, dopo aver sostenuto che la Corporazione ha il potere di deliberare in materia in base alla legge del 1934 sulle Corporazioni, ha illustrato nella tariffa dei medici l'irradiazione del missionarismo.

Sono state poi discusse le nuove tariffe mediche nazionali.

Il Sindacato nazionale dei medici ha redatto uno schema di tariffa con cui si tende ad eliminare lo squilibrio tra provincie e fissare una tariffa minima, senza indicazione del massimo, escludendo dalla tariffa medesima l'opera prestata dagli specialisti, liberi docenti e professori universitari.

Il Ministero degli Interni ha espresso il suo parere favorevole. Ritiene però che il criterio della tariffa unica sia temperato dalla facoltà dei Sindacati periferici. Il Ministero di Grazia e Giustizia non si dimostra favorevole alla tariffa unica.

Nella tariffa nazionale unica proposta, la visita unica a domicilio è fissata in L. 20, visite continuative L. 15, prima visita in casa del medico L. 15, continuative L. 10, visita di urgenza diurna L. 25, notturna da L. 35 a L. 40.

I Sindacati provinciali debbono stabilire quale sia il concetto dell'agglomeramento cittadino per i limiti fissati di cinque chilometri dall'abitato.

L'on. Eugenio Morelli ha rilevato che per la tariffa massima la misura del doppio della minima non sarebbe sufficiente, perchè si finirebbe col rendere partecipi le classi abbienti dei benefizi concessi a quelle indigenti; opportuno sarebbe, se mai, diminuire la tariffa minima, ma portare la massima al triplo. Esaminando l'azione delle Mutue, ha constatato che sono entrate nel concetto di pagare bene il medico purchè dia piena garanzia di capacità, e ha auspicato che esse assumano tutte carattere nazionale.

L'on. Cianetti ha ritenuto elevato il minimo di L. 20 per la prima visita. Pensa che le Mutue, anzichè ostacolare la professione sanitaria, concorrano a valorizzarla.

Gatto vorrebbe che nella tariffa si specificassero minimo e massimo e che venisse estesa ai liberi docenti e ai professori universitari. Quanto al suo aspetto giuridico, opina che la Corporazione abbia piena competenza a deliberare.

L'on. Perna nota che la libertà di scelta del medico già esiste per le Casse Mutue del commercio e per quella degli enti parastatali e che esse funzionano con piena soddisfazione dei medici e dei malati. Si dichiara sicuro che la nuova tariffa incontrerà il generale favore e riuscirà utile dal punto di vista fascista, sindacale e corporativo.

In argomento hanno interloquito ancora Anselmi, l'on. Lantini, e di nuovo l'on. Morelli. Quindi l'on. Solmi, Ministro di Grazia e Giustizia, ha dichiarato che non può dubitarsi della competenza della Corporazione a deliberare la tariffa. Essa viene a sostituire le singole tariffe provinciali e viene perciò a dare una norma generale che ha valore giuridico in tutto il Regno.

Si è passato poi a parlare della Cassa di Assistenza e Previdenza del Sindacato medici. L'on. Eugenio Morelli si è detto orgoglioso di comunicare che, grazie al nobile sforzo dei sanitari, la Cassa possiede già un fondo di tre milioni che saranno investiti in titoli di Stato.

La convenzione per la libera scelta del medico stipulata dalla Federazione delle Mutue dell'industria.

La Federazione nazionale delle Casse Mutue Malattia è addivenuta, col Sindacato Medico Fascista e con la Sezione Medici Condotti dell'Associazione del Pubblico impiego, al seguente concordato per l'assistenza medico-chirurgica agli iscritti delle Casse Mutue dei lavoratori dell'industria.

Il testo concordato.

Art. 1. — Ai sensi dell'art. 23 dello Statuto tipo delle Casse Mutue Malattia dell'Industria, le cure e le visite mediche agli iscritti alle Casse stesse sono effettuate negli ambulatori dell'Ufficio nelle ore da questo stabilite.

Art. 2. — Nelle località dove non esiste l'ambulatorio dell'Ufficio le cure e le visite mediche debbono essere effettuate presso il medico.

Art. 3. — Solo quando le condizioni dell'ammalato lo rendano necessario è ammessa la visita medica al domicilio dell'ammalato stesso.

Art. 4. — Nei casi previsti dagli articoli 2 e 3 è lasciata agli iscritti alle Casse la libera scelta del medico curante, sia fra i medici condotti che fra quelli liberi esercenti. È solo richiesto, per il riconoscimento delle prestazioni al medico libero esercente, che egli sia associato al Sindacato Medico Fascista.

Art. 5. — L'inscritto non potrà scegliere altro medico curante, dopo il primo chiamato, per la durata della malattia.

Art. 6. — Tutti i medici, liberi esercenti e condotti, che comunque presteranno i loro servizi a favore degli iscritti alle Casse Mutue dell'Industria delle Provincie dovranno, nell'esercizio di tale loro funzione, seguire scrupolosamente tutte le direttive ed istruzioni che saranno loro impartite dall'Ufficio Provinciale Fascista di Collegamento e Gestione e sotto il controllo del servizio sanitario dell'Ufficio stesso. Ogni infrazione alle norme suddette potrà dar luogo alla cancellazione del medico dall'Albo, di cui all'art. 10, su proposta della Commissione di cui all'art. 11. La deliberazione di cancellazione sarà comunicata al medico interessato ed avrà immediata efficacia.

Un albo dei medici.

Art. 7. — Le liquidazioni ai medici degli onorari loro spettanti saranno fatte su presentazione di notula. All'atto della stipulazione dell'accordo integrativo provinciale per la fissazione delle tariffe di cui all'articolo seguente, il Comitato provinciale determinerà, sulla scorta delle risultanze delle precedenti gestioni ed in base alle previsioni per la gestione futura, l'ammontare complessivo della spesa destinata per i servizi sanitari di cui alla presente Convenzione tipo. A fine esercizio se l'ammontare delle notule presentate dai medici, compilate in base alle tariffe convenute, risulterà superiore, sarà stabilito un coefficiente proporzionale di riduzione sull'ammontare delle notule stesse fino al raggiungimento della somma di cui sopra. Potranno essere concessi acconti, anche mensili, sulla base delle notule presentate ed in previsione delle singole liquidazioni finali.

L'art. 8 contempla la fissazione delle tariffe per la prima visita od unica al domicilio del malato, per le visite successive al domicilio, per la prima visita e successive al domicilio del medico (è escluso di regola ogni rimborso di spese di trasporto tanto per i medici condotti che per i liberi professionisti); per visite di notte, per medicazione al domicilio del malato, per medicazione al domicilio del medico, per incisione: ascesso superficiale, per incisione d'ascesso profondo, per iniezione endovenosa, per esame urine.

Per tutte le altre voci non previste nella presente Convenzione tipo viene stabilita una riduzione sulle tariffe oggi vigenti.

Art. 9. — La presente Convenzione tipo sarà, a cura del Sindacato medico, comunicata in duplice copia a tutti i medici inscritti al Sindacato. Il medico che intenderà accettarla dovrà sottoscrivere la copia contenente la formula di accettazione e spedire detta copia, per lettera raccomandata, all'Ufficio Provinciale Fascista di Collegamento e di Gestione. I medici che non avranno restituita la copia come sopra firmata, entro il dato giorno saranno considerati come non accettanti ed i loro nomi non saranno inclusi nell'Albo di cui all'articolo seguente. In conseguenza le prestazioni da essi eventualmente fatte ad iscritti alle Casse non saranno riconosciute dall'Ufficio.

Art. 10. — L'Ufficio formerà un proprio Albo dei medici che hanno accettato e sottoscritto la presente Convenzione tipo e lo comunicherà agli iscritti alle Casse, avvertendoli che non sarà consentita la scelta del medico fra i sanitari il cui nome non sia compreso nell'Albo suddetto.

Una Commissione di vigilanza.

Art. 11. — È istituita presso l'Ufficio una Commissione composta: del direttore dell'Ufficio, che la presiede; del capo dei servizi sanitari dell'Ufficio; di un medico nominato dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici; di un medico nominato dall'Associazione Nazionale Fascista del Pubblico Impiego (Sezione Medici Condotti). A detta commissione è affidata in particolar modo la vigilanza sulla regolare ed integrale applicazione di tutte le norme della presente convenzione tipo, nonchè delle istruzioni impartite dall'Ufficio ai sensi dell'art. 6. La commissione avrà facoltà, mediante opportuni controlli, di eliminare dalle notule dei medici i compensi per prestazioni ritenute irregolari o superflue. Sulla proposta di radiazione di cui all'art. 6 della presente Convenzione tipo deciderà in definitiva il Comitato esecutivo della Federazione, con l'intervento del rappresentante in seno al Consiglio di Amministrazione della Federazione stessa del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici. Tale decisione è inappellabile e dovrà essere anche comunicata al competente Sindacato Provinciale Fascista dei Medici per gli eventuali conseguenti provvedimenti disciplinari.

Art. 12. — È stabilito un premio, che l'Ufficio corrisponderà, a chiusura esercizio, a quel medico, libero esercente e condotto, che più di ogni altro avrà dimostrato, durante l'anno, di sapere intelligentemente collaborare con l'Ufficio nell'interesse delle Casse e dei loro assistiti. L'assegnazione di tale premio sarà attribuita, con giudizio insindacabile, dal Comitato dell'Ufficio Provinciale di Collegamento e Gestione, su proposta della Commissione di cui all'art. 11.

Art. 13 — La presente Convenzione si intenderà tacitamente rinnovata di anno in anno qualora non venga disdetta da una delle parti con lettera raccomandata almeno due mesi prima della scadenza.

Disposizione transitoria. — Il sistema introdotto con la presente Convenzione tipo è obbligatorio per tutti gli Uffici. Saranno temporaneamente consentiti altri sistemi in atto su proposta degli Uffici interessati e dietro autorizzazione della Federazione.

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza ai Reduci A. O. delle Casse Mutue dell'Industria.

Sotto la presidenza dell'on. prof. Bonfatti si è riunito il Consiglio di amministrazione della Federazione Nazionale Fascista delle Casse Mutue di Malattia della Industria. Dopo una dettagliata relazione del Presidente che ha messo in rilievo l'attività svolta dalla Federazione è stato approvato il bilancio. È stata quindi stabilita la costituzione di un fondo destinato a finanziare l'assistenza per i reduci dell'A. O. che non rientrassero nei casi previsti dall'accordo interconfederale in data 26 settembre 1935-XIII. Particolare rilievo merita la approvazione di una convenzione stipulata con il Sindacato Nazionale Medici che pone a base della organizzazione sanitaria delle Casse Mutue il sistema della libera scelta del medico (v. pag. 514). L'on. Bonfatti ha informato il Consiglio che la Federazione nominerà due Commissioni, formate da persone di particolare competenza in materia, cui sarà affidato lo studio dei problemi inerenti alla organizzazione dei servizi statistici e sanitari. Infine il Consiglio di Amministrazione ha proceduto alla nomina del Direttore generale della Federazione nella persona del comm. dott. Mario Griffini.

CONCORSI

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti provincie:

CAGLIARI, per Abbasanta, Armungia, Monastir-Ussana, S. Vero Millis; scad. 30 aprile.

CUNEO, per Niella Belbo, Sommarina Perno, Villanova Solaro, Scarnafigi Rufifia, Sampeyre, Envie; scad. 30 aprile.

FROSINONE, per Piglio, Amaseno, consorzio San Biagio-Saracinisco; scad. 30 aprile.

MODENA, per Paullo nel Frignano, Polinago; scad. 30 aprile.

PADOVA, per Campodarsego (2° reparto), Conselve (2° rep.), Polverara, Saonara; scad 30 aprile.

PARMA, per Compiano; scad. 30 aprile.

PISA, per Cascina, Vecchiano (2ª cond.); scad. 30 aprile.

ROMA, per Castel S. Pietro Romano, Marino (2ª condotta), Moricone, Roiate; scad. 30 aprile.

ROVIGO, per Adria, Calto, Loreo, Porto Tolle, Rovigo (3ª condotta rurale); scad. 30 aprile.

VERCELLI, per Bianzè (1ª condotta), Desana, Salussola, Mottalciata (consorzio); scad. 15 maggio.

VITERBO, per Corchiano, Bieda (fraz.); scad. 30 aprile.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — Cercasi aiuto medico interino per posto che, a suo tempo, sarà messo a concorso. Richiedesi minimo due anni di laurea; un anno di servizio ospedaliero. Scrivere inviando referenze all'Amministrazione del Pio Luogo.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Cercansi medici assistenti età massima anni 35, per servizio nel Reparto Chirurgia. Inviare subito i documenti rito e professionali alla Segreteria dell'Ospedale.

FERMO (*Ascoli Piceno*). *Ospedale Civile Umberto I.* — Scad. 10 marzo. Aiuto Medico; L. 6640; compartecipazione; alloggio e vitto; età limite al 24 gennaio anni 35. È ammessa la consulenza subordinata a determinate condizioni. Tassa L. 50,50. Rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civile Umberto I.* — Scad. 9 aprile, ore 12; primario radiologo; età limite 40 anni (50 per coloro che si trovino in servizio di ruolo presso altri Ospedali); L. 7000 e 4 quadrienni di L. 500, serv. att. L. 1000, compartecipaz. 50 %. Per le altre condizioni rivolgersi alla Segreteria.

NOCERA INFERIORE. *Ospedale Psichiatrico Consortile « Vittorio Emanuele II ».* — Vice Direttore; L 16.000, aumentabili a L. 16.800 dopo quattro anni, oltre il supplemento di servizio attivo di L. 4200. Medico Assistente ordinario; L. 11.600, aumentabili a L. 12.000 dopo quattro anni, a lire 12.900 dopo otto anni ed a L. 13.700 dopo dodici anni, oltre il supplemento di servizio attivo di L. 2800. Scad. 6 maggio. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione.

ORZINUOVI (*Brescia*). *Ospedale « Tribandi-Pavoni ».* — Scad. 30 aprile. Medico Chirurgo Direttore; L. 8000; abitazione nel nosocomio, indennità c.-v. e L. 400 indennità luce. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

TORINO. *Regi Ospedali Psichiatrici.* — Un posto di Medico Direttore di tutte le Case dipendenti, con residenza a Collegno; sei posti di Medico Capo Reparto di seconda classe, con residenza in una delle tre Case dipendenti, esclusa Torino; un posto di Medico aiuto alle Ville Regina Margherita per pensionati in Collegno. Scad. 30 aprile. Rivolgersi alla Segreteria, via Giulio 22, Torino.

TORINO. *Ospedale Maria Vittoria.* — Concorso, per titoli, ad un posto di primario della sezione di pediatria medica. Il termine per la presentazione delle domande alla Segreteria dell'Ospedale scade alle ore diciasette del giorno 15 agosto 1936-XIV. Il programma di concorso, lo statuto ed il regolamento sono visibili presso la Segreteria di detto Ospedale.

BORSE DI STUDIO.

Una borsa di studi per laureati in medicina.

La Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde bandisce un concorso fra i laureati in medicina nel quadriennio 1932-35 per un assegno di L. 4000 (Fondazione Vittorio Emanuele II), destinato a permettere un tirocinio di perfezionamento presso un Istituto superiore, eventualmente anche all'estero. Il concorso è riservato a giovani di famiglie appartenenti alle provincie di Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Mantova, Milano, Novara, Pavia, Rovigo, Sondrio, Treviso, Varese, Verona e Vicenza. Le domande e i documenti devono essere presentati, non più tardi del 31 marzo 1936-XIV, all'Amministrazione della Cassa di Risparmio di Milano.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto membro titolare nella sezione di scienze biologiche il prof. Champy, al posto del compianto prof. Richet; egli è titolare della cattedra d'istologia alla Facoltà medica di Parigi e autore di apprezzati lavori sul sangue e di un trattato d'istologia. L'Accademia ha pure eletto corrispondenti nazionali il dott. Pinoy d'Algeria, autore di lavori di micologia parassitaria, e il prof. Dubreuil, professore d'istologia alla Facoltà medica di Bordeaux.

Il dott. S. L. Brug è nominato professore aggregato per le malattie tropicali all'Istituto Coloniale dell'Università di Amsterdam. Il Brug è noto per i suoi studi sulla filariosi; egli ha scoperto la *Filaria malayi*, più importante della *Wucheria bancrofti* a causa della sua maggiore diffusione; ha precisato quali sono le zanzare vettrici; ha descritto tutto il ciclo evolutivo del parassita. Il Brug ha compiuto anche pregevoli studi sulla malaria delle scimmie.

Il dott. cav. Giuseppe Lucchese, chirurgo primario e direttore sanitario dello Spedale « Serristori » in Figline Valdarno (Firenze), ha conseguito la libera docenza in patologia speciale chirurgica. Rallegramenti cordiali.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Firenze:

Vaccinazione antitifica nell'Esercito.

Il 24 febbr. nella ospitale ed austera Aula Magna della Scuola di Sanità Militare in Firenze, l'Associazione Nazionale Fascista per l'Igiene ha tenuto una seduta straordinaria, resa solenne dalla presenza delle locali autorità militari e scientifiche, nella quale il ten. colonnello medico prof. Nicola Bruni, titolare di Igiene militare alla Scuola stessa, ha svolto un'ampia e documentata relazione sulla « Vaccinazione antitifica nell'Esercito », iniziandola con una illustrazione della epidemiologia militare del gruppo delle febbri tifoidee, dai tempi passati ai più recenti, dal periodo prevaccinale a quello vaccinale, documentando ed interpretando opportunamente importanti ed accurati dati statistici, raccolti nell'ambiente militare di molteplici nazioni, in confronto anche con quelli civili.

Attraverso al limpido commento delle statistiche e dei numerosi diagrammi, anche le cifre, per le spiccate qualità espositive dell'O., hanno assunto un interesse particolare dimostrando con chiara evidenza come la maggior frequenza della morbosità per febbri tifoidee nell'Esercito fosse legata in parte all'età ed in parte alle specifiche condizioni di vita del soldato sia in pace che in guerra.

Il ten. colonnello Bruni ha preso quest'occasione per mettere anche in rilievo l'importanza considerevole delle statistiche, specie di quelle militari, che per molteplici fattori offrono la migliore attendibilità, e che confermano chiaramente il decorso ciclico e le recrudescenze annuali e stagionali delle malattie infettive, fenomeno interpretato finora come una manifestazione del cosidetto genio epidemico, frase che nella sua ampollosità nasconde una profonda incognita.

Dai numerosi e veramente dimostrativi dati statistici il ten. colonnello Bruni ha tratto giustamente la conclusione che non può assolutamente mettersi in dubbio la efficacia della vaccinazione per modo che oggi, la discussione verte solo sulla qualità del vaccino, sia per la scelta dei germi come per il veicolo, e ancora sulla modalità di somministrazione. Ricorda, a questo proposito, le varie qualità di vaccini antitifici usati negli Eserciti, soffermandosi particolarmente su quelli impiegati nel nostro: vaccini semplici e polivalenti, idrici, oleosi, somministrati per via parenterale e i vaccini in compresse usati per via orale. Dopo questa ampia disamina è venuto a parlare del nuovo vaccino adottato da noi, cioè quello formolato che ha il vantaggio di dare lievi reazioni locali e generali, pur mantenendo la sua efficacia immunizzante.

A proposito della polivalenza il ten. colonnello Bruni ha accennato al problema della associazione dell'immunizzazione antitifica a quella antidifterica ed antitetanica, ricordando anche come fin dalla guerra mondiale il nostro Castellani abbia sostenuto l'opportunità della vaccinazione polivalente unendo pure al vaccino antitifico un antigeno anticolerico. Lo stesso prof. Castellani ha anche recentemente caldeggiato la polivaccinazione tetravalente per gli operai e per le truppe in Africa Orientale.

Ha messo in evidenza l'importanza che oggi si deve attribuire alla scelta dei germi da usarsi nel-

l'allestimento dei vaccini in base ad alcune caratteristiche biologiche dei germi del gruppo del tifo e delle salmonelle, problema di piena attualità in base ai lavori di Smith, De Rossi, Weil, Felix, Giglioli, Kaufmann, Arkwrigth, Pisu. Tali ricerche, come è ben noto, portano ad ammettere una differente azione dei germi anche in relazione alla fase nella quale essi si trovano.

Ha ricordato pure una serie di indagini eseguite a riguardo della vaccinazione antitifica per via cutanea ed inalatoria nel Laboratorio della Scuola di Sanità Militare ed ha chiuso il suo dire accennando ai rari inconvenienti tossici che si possono eventualmente incontrare per effetto della vaccinazione trattando ancora della durata della immunizzazione che si consegue con la vaccinazione. A tale proposito ha pure riferito sui saggi di intradermoreazione fatti nel nostro Esercito.

Come conclusione ha riaffermato l'efficacia della vaccinazione antitifica quale valido presidio contro le febbri tifoidee, purchè eseguita con la somministrazione ripetuta di vaccini e selezionando opportunamente i germi da utilizzarsi.

Data l'importanza dell'argomento, l'uditorio ha seguito con la più viva attenzione la interessante comunicazione convincendosi che il nostro Esercito non ha nulla trascurato perchè, anche a tale riguardo, fosse pienamente assicurata la difesa sanitaria delle truppe. *a. p.*

NOTIZIE DIVERSE

3° Congresso internazionale di patologia comparata.

Dal 15 al 18 aprile p. v. si terrà in Atene, sotto il patronato di S. M. il Re Giorgio II e del Governo ellenico, il 3° Congresso internazionale di Patologia comparata.

Presidenti d'onore del Congresso sono: Achard (Francia), Sanarelli (Italia), Volhard (Germania).

Il Congresso comprenderà tre sezioni: medicina umana, medicina veterinaria e patologia vegetale. I temi di medicina umana oggetto di relazioni generali sono: echinococcosi, nefrosi e amilosi, leishmaniosi, spirochetosi, avitaminosi.

A relatore sul tema delle spirochetosi è stato designato il prof. Sanarelli, che presiede anche il Comitato italiano, il quale si compone di 60 studiosi fra i più eminenti delle nostre Università.

Il Governo ellenico e il Comitato locale hanno preparato, in onore dei congressisti, grandiosi ricevimenti nonchè magnifiche escursioni nelle località storicamente più illustri e pittoresche della Grecia.

1° Convegno italiano di medicina scolastica.

Promosso dall'Ente nazionale fascista per la mutualità scolastica si è tenuto a Torino il 1° Convegno nazionale di medicina scolastica. Alla riunione sono intervenuti rappresentanti dei più importanti centri del Regno; sono state esaminate per la prima volta le questioni inerenti alla assistenza ed alla previdenza della popolazione scolastica.

Come è noto all'Ente nazionale fascista per la mutualità scolastica è affidata un'azione previdenziale che viene svolta in collaborazione coll'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale ed un'azione particolarmente importante di assistenza medica sociale. Il convegno non ha permesso solo di esaminare i brillanti risultati raggiunti finora, ma ha servito anche sopratutto ad inquadrare l'opera altamente sociale dell'Ente nel complesso delle iniziative realizzate dal Fascismo allo scopo di migliorare la razza.

Alla cerimonia inaugurale, svoltasi il 2 marzo, hanno presenziato, in rappresentanza del Partito, Piero Gazzotti, federale di Torino e membro del Direttorio Nazionale del Partito, il prof. Garofani della Direzione superiore di Sanità, i direttori delle Cliniche mediche universitarie del Regno. Il discorso inaugurale è stato pronunciato dall'on. prof. Lanzillo.

Comitato della Stampa medica latina.

Il 2 febbraio si è riunito a Parigi, sotto la presidenza del prof. Giordano, il Comitato della Stampa Medica Latina. Dopo un commosso omaggio alla memoria del precedente presidente prof. Etienne e del De Nolhac, apostolo costante dell'amicizia Franco-Italiana, il segretario generale dott. Pierra ha riferito sulle questioni riguardanti la Federazione della Stampa Medica Latina. Si concretò uno schema per il Congresso che si terrà a Venezia dal 29 settembre al 3 ottobre prossimi, e fu molto apprezzata, dato il momento, l'autorizzazione concessa dal Governo Italiano. Fu comunicata l'adesione del Comitato « France-Italie », di quello « Italia-Francia » e dell'« Unione Medica Latina ». Il segretario riferì i nomi degli oratori che già si sono incaricati delle relazioni sui tre temi proposti, attorno ai quali è desiderabile si raccolgano le comunicazioni libere. La quota di iscrizione fu stabilita in lire 40 individuali, e 80 per ciascun giornale aderente. Esaurite le comunicazioni e discussioni circa le modalità secondarie del congresso, i convenuti si recarono all'albergo « Lutetia » ove altre eminenti personalità della Stampa Medica Latina erano convenute per offrire una colazione al sen. Giordano e, al disopra della persona, per manifestare la viva simpatia verso l'Italia. Presiedeva l'illustre prof. Achard, segretario generale dell'Accademia di Medicina. Il dott. Pierra lesse le numerose adesioni di non intervenuti, ed ebbe calde espressioni per la medicina e la Nazione italiana. Ed il prof. Achard, ricordando che si era nell'albergo « Lutetia », il nome romano della città dal motto « Fluctuat nec mergitur », vide nel simbolo della nave antica, la perenne fratellanza franco-italiana nella latinità. Il prof. Giordano rispose a codeste vibranti manifestazioni filoitaliane.

" Colloquî di Esculapio ,,.

Il 22 febbraio presso il R. Sanatorio S. Luigi di Torino, il corpo sanitario si è riunito per i periodici « Colloquî di Aesculapio » che tendono a rendere sempre più efficace l'assistenza pubblica sanatoriale ai malati di tubercolosi.

Sotto la presidenza del prof. G. Ferrando, vennero svolti importanti argomenti di clinica pratica sanatoriale con il contributo personale dei proff. Rabino, Scaglia, Biey, Malan G., Mighetti, Demichelis, Gabriel e Bodo ecc.

Il direttore sanitario ha pure dato atto dell'esito dell'azione felicemente iniziata per la difesa del farmaco italiano e il boicotaggio dei medicinali stranieri, poichè specialmente nella terapia antitubercolare non si può vantare nulla di meglio della produzione italiana per integrare sia

la terapia pneumotoracica di Forlanini, sia la chiaroveggente politica sanitaria del Duce, che ha già posto l'Italia all'avanguardia per tutti i problemi della difesa contro la tubercolosi.

Echi della nostra impresa africana.

Da una corrispondenza di F. Chiarelli al « Giornale d'Italia » del 5 marzo, togliamo i seguenti dati sull'assistenza sanitaria per l'avanzata italiana nell'Endertà:

Ogni spedizione aveva al seguito la propria sezione di Sanità e due ospedali da campo dislocati presso la base logistica e pronti a muovere; inoltre era stato costituito un nucleo chirurgico per ogni Corpo di Armata. Era stato impiantato un centro ospedaliero di transito e sgombero di Intendenza a mezzo di tre ospedali da campo rinforzati con tende e relative brande, per un complesso di 400 posti-letto. Affiancata a tale centro avanzato fu tempestivamente trasferita l'ambulanza chirurgica. A tale centro hanno fatto capo tutte le provenienze di feriti, in modo che si è ottenuto l'allacciamento del servizio di sgombero dei Corpi di Armata e quello più avanzato di Intendenza.

Accanto ad un secondo centro ospedaliero, di transito più arretrato, con una totale capacità di 1000 posti-letto, di cui 300 per eritrei, fu trasferita l'ambulanza chirurgica speciale. Infine sorse un terzo Centro ospedaliero di circa 1500 posti di cui 400 per eritrei con un nucleo chirurgico.

Il Governo italiano, con nota del 28 febbraio, ha denunziato alla Società delle Nazioni e, per il tramite della Croce Rossa Italiana, al Comitato Internazionale della Croce Rossa di Ginevra, le atrocità e gli abusi degli abissini, che hanno trasformato l'emblema della Croce Rossa in una vera e propria arma di difesa e di offesa militare.

Un arsenale di guerra stabilito dagli abissini a Quoram col segno abusivo della Croce Rossa è stato identificato dalla nostra aviazione e bombardato. Il Negus ha inviato una protesta alla segreteria della S. d. N.

La « Reuter » notifica che il sedicente maggiore inglese Achille Burgoyne, il quale collaborava con la Croce Rossa Etiopica, è stato ucciso da una bomba italiana; informazioni inglesi portano ad ammettere che egli venne colpito mentre era in cammino per recarsi all'ambulanza e lontano da questa: tuttavia si è preannunziata un'azione diplomatica di protesta.

Onoranze al prof. Perrando.

Un gruppo di allievi, amici ed ammiratori del prof. G. G. Perrando, che si accinge a lasciare per limiti d'età la cattedra di medicina legale di Genova, ha presa l'iniziativa di dedicare al Maestro un volume di contributi medico-legali o con indirizzo affine, in segno di omaggio.

Alla direzione dell'Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria e Medicina legale (Torino, via Legnano 26), che ha assunto l'opera di coordinazione e stampa del volume, dovranno pervenire, entro il 31 marzo, i manoscritti.

Alle spese di stampa contribuiranno gli autori in ragione di L. 170 per sedicesimo.

Per ogni comunicazione al riguardo rivolgersi al prof. Domenico Macaggi, direttore dell'Istituto di Medicina legale della R. Università di Parma, Ospedale Maggiore.

Un po' dovunque.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di Decreto-Legge per l'estensione dell'assicurazione contro la tubercolosi ai mezzadri ed ai coloni, provvedimento proposto dal Comitato corporativo centrale e di cui demmo già notizia (n. 6, p. 276).

È stata presentata alla Camera la relazione della Giunta del Bilancio allo stato di previsione della spesa del Ministero dell'Educazione Nazionale. Il relatore, on. Zingali, osserva che il bilancio presenta quest'anno una particolare importanza, in quanto vi si riflette per intero l'azione riformatrice del ministro conte De Vecchi di Val Cismon, che può riassumersi in una nota tematica, comune a tutti i settori ai quali l'azione si è estesa: rimettere nelle salde mani del ministro le redini per il governo della scuola.

Il ministro dell'E. N. on. De Vecchi e il vicesegretario del Partito on. Serena hanno presenziato la cerimonia inaugurale dei Littoriali della Cultura e dell'Arte, svoltasi a Venezia. Il ministro, nel suo discorso, ha lumeggiato i doveri degli studenti; ha preconizzato che questi si conformino costantemente a sensi di virtù e di eroismo.

Al Ministero d'Agricoltura e Foreste si è adunata la Giunta esecutiva della Commissione per le piante medicinali, presieduta dal prof. G. Sabatini.

La Confederazione fascista professionisti e artisti ha richiamato l'attenzione del Sindacato nazionale fascista medici e di quello veterinari sul Decreto-Legge 16 giugno 1935, emanato a seguito di interessamento costante della Confederazione stessa (esso venne da noi già riportato nel n. 1, a p. 38).

Una Mostra del Libro Coloniale viene organizzata a Roma, nel Palazzo delle Esposizioni (via Nazionale). Comprenderà una Sezione di scienze mediche e naturali, a cura di Edoardo Zavattari e Camillo Crama.

Quest'anno sarà tenuto a Milano un Congresso mondiale di anatomia umana al quale hanno già aderito tutte le Società anatomiche del mondo. L'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere ha delegato a rappresentarlo il prof. Ferdinando Livini.

Negli Spedali Civili di Genova si è tenuto un congresso sanitario, il 21 febbraio, sotto la presidenza del prof. C. Trevisanello, assistito dal segretario prof. A. Vallebona. Sono state fatte comunicazioni da: U. Vignolo, E. Casabona, M. Capocaccia - A. Vallebona, G. Balestra - E. Piccione, E. Savarese, A. Chiauzzi.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 22 febbraio, sotto la presidenza del prof. D'Alessandro, il quale ha commemorato il socio prof. Mauro Gavazzeni, deceduto in A. O. nel compimento del suo dovere di medico e di soldato. Seguirono comunicazioni di G. Zaccarini, A. Mazzoleni, Trimarchi.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 27 dicembre, il 17 e il 31 gennaio, il 7, l'11 e il 14 febbraio, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. Nella seduta dell'11 febbraio sono state eseguite varie proiezioni cinematografiche; nelle altre sedute sono state fatte comunicazioni e conferenze da: A. Mezzari, D. Logroscino, I. Levi, E. Freund, G.

Bobba; L. Winternitz; D. Fabricci, G. Modugno; C. Ravasini, G. Nicolich, M. Novak, M. Ravalico.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata il 14 gennaio e il 14 febbraio sotto la presidenza dei prof. Raverdino, assistito dal segretario dott. R. Sassi. Sono state fatte comunicazioni da: G. Dossena, A. Pignatti; R. Secchi, Pagani Cesa, L. Lami.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 3, il 17 e il 31 gennaio, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Sono state fatte comunicazioni da: A. Miani, L. Pisani, G. Nogara, Sanvenero-Rosselli; G. Castiglioni, P. Cazzamali, E. Ettorre, A. Sostegni; F. Perussia, L. Pizzagalli, F. Cattaneo, M. Tabanelli, F. Roasenda.

Si è riunita la Sezione Barese dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene, sotto la presidenza del prof. G. Sangiorgi; sono state fatte comunicazioni da: G. Sangiorgi, Pinto, Liddo, Attimonelli, Del Vecchio, Tecce.

Si è svolto a Foggia il 5º Convegno dei sanitari e medici dell'Opera Nazionale Balilla della Capitanata, ad iniziativa della Presidenza Provinciale. Gli scopi e il programma furono illustrati dal dirigente provinciale, seniore prof. Filippo De Capua.

Il prof. P. Piccinini ha tenuto, nella Biblioteca Ambrosiana di Milano, una conferenza sul tema: « Medicina coloniale di Roma antica e moderna », ad iniziativa dell'« Associazione per lo sviluppo dell'Alta Cultura » e dell'« Atene e Roma » (Sezione di Milano).

Il dott. Eusebio Savy, addetto alla Croce Rossa Egiziana sul fronte sud dell'A. O., è morto di dissenteria; aveva 32 anni.

Il 26 marzo verrà commemorato a Milano, nell'aula magna dell'Università Popolare, il dott. Alessandro Clerici (dott. Ry), dal prof. Aldo Maggioni.

Il dott. I. di A., nel Belgio, è stato condannato a 8 giorni di prigione per aver rilasciato un certificato di compiacenza, destinato a dispensare una ragazzina dal frequentare la scuola; egli ha ammesso di aver redatto il certificato senza esaminare la piccola.

Un'epidemia di colera ha colpito il Siam; centinaia di persone soccombono ogni giorno. Bangkok è stata dichiarata porto infetto e le navi e gli aeroplani che arrivano da questa città subiscono la disinfezione. Coloro che dall'Europa o dalle Indie si recano in zone infette o le attraversano devono sottoporsi alla vaccinazione anticolerosa prima della partenza.

Un gruppo di 123 lebbrosi è fuggito dal lazzaretto di Tichilescu (Dobrugia, in Romania) e dopo 200 Km. è arrivato al comune di Isaccea; i fuggiaschi avevano intenzione di proseguire per Bucarest. Le autorità centrali hanno dato disposizioni per l'arresto e l'internamento in un altro leprosario.

Di un attacco d'influenza è deceduto il prof. IVAN PAVLOV. Egli aveva festeggiato il 27 settembre scorso il suo 86º compleanno.

Del sommo fisiologo daremo una notizia biografica in un prossimo numero.

È morto il dott. GEORGES KUSS, già direttore del sanatorio di Angicourt; era uno dei più reputati tisiologi francesi.

È morto a Vienna in età di 67 anni il dott. FRITZ PASSINI, uno dei pediatri più reputati dell'Austria, primario dell'Ospedale infantile « Leopoldstädter », noto per i suoi studi sulla flora batterica intestinale dei lattanti. A. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 3 febbraio al 9 febbraio 1936: Morbillo 254 (1575); Scarlattina 115 (259); Perfosse 100 (239); Varicella 120 (309); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 151 (249); Infezioni paratifiche 24 (29); Febbre ondulante 24 (40); Dissenteria 6 (6); Difterite e croup 312 (608); Meningite cerebro-spinale epidemica 8 (11); Poliomielite anteriore acuta 5 (5); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 3 (4); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 30 (62), dichiarata 1 (1); Pustola maligna 8 (8); Febbre puerperale 40 (49).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII | Roma, 23 Marzo 1936 - XIV | Num. 12

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L 100	L. 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

REGIA UNIVERSITÀ DI CATANIA

CLINICA MEDICA — ISTITUTO DI IGIENE

Direttore prof. G. DI GUGLIELMO — Direttore inc. prof. A. ALESSANDRINI

Studi sull'eziopatogenesi e clinica delle enteropatie infettive

diretti dai Proff. A. ALESSANDRINI e L. PONTONI.

La duodenocultura ed il potere battericida del contenuto duodenale nelle enteropatie infettive e parassitarie.

Dott.ssa MARIA STORNELLO.

(Nota prima).

L'evoluzione dei concetti sulla patogenesi delle enteropatie infettive, specie del tifo, dei paratifi, del colera, della dissenteria e del carbonchio intestinale, segnò, dacchè Sanarelli ne dimostrò la genesi ematogena, un rimarchevole capovolgimento, il quale fu molto fecondo e contribuì all'estensione ed all'approfondimento di molti problemi clinici, eziopatogenetici, immunitari.

Fondamentalmente si erano ammessi in passato, per l'infezione dell'intestino tenue, due soli meccanismi patogenetici: l'infezione perorale, attraverso lo stomaco, e l'infezione ascendente dall'intestino basso, per opera di correnti minime retrograde, che si credevano dimostrate dal ritornare verso l'alto di polveri inerti introdotte dall'ano, o per opera di un ristagno che si facesse risentire fino nelle parti più alte.

Oggi prevalgono, nell'assenso dei più, le vie ed i meccanismi di infezione ematogeni, i quali presuppongono una fase di infezione generalizzata, un enterotropismo dei germi oppure un loro epatotropismo, una funzione batterioescretrice dell'organo intestinale od epatico, infine una condizione tissulare della parete intestinale favorevole all'attecchimento ed alla moltiplicazione in essa dei germi enterotropi.

Anche chi volesse rimanere fedele, in parte e per le enteropatie infettive per le quali non fu ancora data dimostrazione che trovino applicazione i nuovi concetti del Sanarelli, all'importanza dei processi batterici entro il lume in-

testinale ed all'« autointossicazione » che ne deriverebbe è costretto a non escludere a priori eventuali processi localizzati nelle pareti intestinali e possibili fasi batteriemiche, attribuendo ad essi il valore di fattori patogenetici coordinati e coefficienti nell'insieme del quadro morboso. Sia qui soltanto accennato, in merito alla questione della colibacillosi, così com'essa è posta attualmente.

La ricerca culturale di germi nel duodeno può contribuire a chiarire molti particolari clinici dei quadri di enteropatie infettive e ad illuminarne meglio la patogenesi. Essa, infatti, si può dire che fornisca dei dati atti a documentare l'azione battericida e batteriolitica in vivo:

1) del succo gastrico e del succo duodenale, su tutti i germi che nel duodeno giungono per via orale;

2) del succo enterico e del succo duodenale su quelli che, per ipotesi data, vi giungessero per via retrograda da parti intestinali più basse;

3) del fegato, della bile e del succo duodenale sui germi di provenienza ematogena transepatica; oppure, infine:

4) delle pareti intestinali e del succo duodenale sui germi di provenienza ematogena dienteroparietale transduodenale.

Come si vede, il reperto culturale duodenale positivo implica sempre il difetto di almeno due fattori di battericidia o batteriolisi, mentre il reperto culturale duodenale negativo può essere dovuto all'efficienza battericida e batteriolitica di due, ma anche di uno solo dei due fattori nei quali i germi s'imbattono da qualunque parte essi provengano.

Da questa considerazione, che emerge dalla complessità delle osservazioni cliniche, ne deriverebbe la necessità di saggiare il potere battericida dei fattori presi singolarmente, e, cioè, praticamente, di quello o di quelli che è possibile trattare a parte ed in vitro: il succo gastrico, quello duodenale, quello enterico.

*
* *

Nelle ricerche che seguono più sotto ci si è limitati a stabilire il solo potere battericida in vitro del succo duodenale, e ciò sia perchè, volendo avere anche il responso culturale, di gran lunga più prezioso, si è cercato di evitare ogni possibilità di inquinamento, e con ciò ogni aspirazione di contenuto gastrico (succo gastrico più saliva!), sia perchè, per avere un succo enterico con peculiarità che non siano alterate eccessivamente da quelle del succo duodenale commisto, si sarebbe dovuto scendere a distanze molto maggiori e sotto controllo radiologico, cosa a noi non possibile.

La duodenocultura e la ricerca del potere battericida in vitro del succo duodenale, col quale termine s'intende il contenuto duodenale composto dal succo duodenale vero e proprio, dalla bile, dal secreto pancreatico e dal contenuto gastrico commisto (nonchè dal succo enterico eventualmente refluito), sono state eseguite su 45 soggetti enteropatici, dei quali una grande maggioranza amebiasici intestinali od epatici.

Abbiamo anzi creduto di mettere l'amebiasi al centro delle nostre attenzioni, perchè le condizioni che detta infezione protozoaria crea nell'apparato digerente sono quanto mai complesse e certamente celano interessanti meccanismi patogenetici, i quali, una volta messi in luce, saranno probabilmente utili alla miglior conoscenza della patogenesi delle enteropatie infettive in generale.

I motivi principali dell'inclusione dell'amebiasi in queste ricerche sono i seguenti:

1) La maggior parte degli autori riconosce oggigiorno una notevole importanza patogenetica a microbi, che associerebbero la loro azione a quella dell'*Entamoeba histolytica*, ma tali impressioni generali cliniche mancano molto spesso di determinatezza. Più di dire che i germi penetrano con l'ameba nei tessuti ulcerati, non s'è fatto molto, e tal concetto sembrerebbe appoggiarsi un po' troppo esclusivamente alle antiche vedute dell'enterogenesi delle enteropatie infettive.

2) Nell'amebiasi è sovente leso il fegato: dal duodeno, specie con la prova del Meltzer-Lyon, noi possiamo studiare ciò che lo oltrepassa o ciò che ascende le vie biliari.

3) Nell'amebiasi sono frequenti i disturbi della motilità e della secrezione ed anche le lesioni anatomiche (flogistiche o trofiche) degli organi digerenti alti, specie dello stomaco e del duodeno, sicchè il potere battericida e batteriolitico dei succhi secreti ne potrebbe risultare alterato, sia perchè alterata la composizione dei vari succhi digerenti, sia perchè sia mutato il tempo di contatto di essi con i germi.

4) Si osservano, nell'amebiasi, violenti disordini motori del colon, che non sempre hanno caratteri schiettamente peristaltici e che potrebbero facilitare, specie con l'aiuto del torchio addominale che porta al vomito, non raro, quelle ipotetiche correnti antiperistaltiche lungo le pareti intestinali, da qualche autore sostenute, o, comunque, facilitare la risalita di germi verso il duodeno. Le fasi enterocolitiche dell'amebiasi intestinale potrebbero, da chi lo volesse, essere chiamate a deporre in favore di detta

possibilità. Quanto è detto per l'amebiasi vale a maggior ragione per la lambliasi, che lede direttamente il duodeno.

In queste nostre ricerche abbiamo incluso anche rari casi di enteropatie funzionali, non infettive, sempre nell'intento di vedere in quanto le turbe funzionali contribuiscano all'attecchimento di germi nei tratti abitualmente sterili dell'intestino tenue.

***

Ecco allora come si compone, tenuto conto dell'eziologia funzionale, microbica od amebica e della sede precipua delle lesioni e dei disturbi accusati, la nostra casistica di enteropatici:

A) *Enteropatie microbiche e funzionali.*

Gastrodispepsia ed appendicite cronica in gastroenterocoloptosi	1
Enterocolite cronica microbica, epatite ipertrofica e colangite cronica	1
Colite ed epatocolangia allergica	1
Colite cronica iperplastica del ceco e dell'ascendente con notevoli disturbi gastroesofagei e con app. pregressa	1
Colite cronica microbica	3
Rettocolite cronica, stenosante, pio-emorragica, luetica	1
Colite cronica microbica e cistopielite colibacillare	2
Colibacillosi	2

B) *Enteropatie parassitarie.*

Amebiasi intestinale asintomatica	5
Amebiasi con sindrome gastrodispeptica	2
Lambliasi duodenale	1
Enterite e colite lamblio-amebica cronica	2
Enterocolite lamblio-amebica cronica e cistopielite colibacillare	1
Enterocolite lamblio-amebica con s. a. d.	1
Colite ed epatite amebica con an. pern.	1
Colite ed enterocolite amebica con sindromi addominali destre (5 appendiciti, 1 colecistite)	5
Colite amebica diffusa	11
Colite amebica cronica con sindrome addominale sinistra	1
Rettocolite cronica stenosante amebica	1
Dissenteria amebica	1
Esiti di colite amebica	1
Somma	45

Va notato che nella categoria dell'amebiasi con sindrome gastrodispeptica sono stati inclusi soltanto quei casi che detta sindrome presentavano con somma evidenza, mentre di disturbi gastrici soffrivano la stragrande maggioranza degli amebiasici.

La tecnica adottata è la seguente:

Tecnica della duodenocultura. — Praticavo il sondaggio duodenale al mattino, in ammalati tenuti a digiuno dalla sera precedente, usando la sondina di Einhorn, che veniva sterilizzata con bollitura per almeno 20' ed introdotta nei pazienti con le massime norme di asepsi (disinfezione delle mani dell'operatore, colluzione accurata della bocca e delle fauci con permanganato di potassio). Secondo le norme stabilite da Lucchini, la sondina si chiudeva con una pinza a vite, la sua estremità si passava alla fiamma e poscia veniva introdotta e fissata mediante tappo di ovatta in una provetta sterile. Ai pazienti si faceva assumere la posizione sul fianco destro, con la testa e la parte superiore del tronco abbassati, per impedire la formazione di inginocchiamenti nello stomaco e favorire la penetrazione dell'oliva nel duodeno.

Le aspirazioni venivano tentate dopo 3 ore dall'inizio del sondaggio. Veniva utilizzato soltanto il contenuto duodenale puro, a reazione alcalina e limpido. Il contenuto duodenale estratto (*bile A*) veniva messo in provette sterili, e queste venivano poste in un recipiente contenente ghiaccio, per ovviare ad alterazioni.

Si procedeva quindi alla prova di Meltzer-Lyon, estraendo dopo circa mezz'ora il contenuto duodenale secondo (*bile B*), ed anche esso veniva messo in altre provette sterili e posto in ghiaccio.

Su entrambi i campioni di contenuto duodenale venivano eseguite le prove culturali, seminando i due liquidi, nella quantità di 3-5 cc., in provettoni di brodo e su tubi di agar.

Nei casi in cui si aveva sviluppo di germi procedevo alla loro identificazione (1).

Tecniche per la ricerca del potere battericida. — Nei primi 27 casi abbiamo eseguito la prova di battericidia secondo il metodo corrente.

Il succo duodenale prelevato sterilmente a ciascun paziente veniva introdotto, nella quantità di cc. 1, in ognuna di tre provettine. La prima veniva quindi seminata con una ansata normale di brodo cultura di *B. coli;* la seconda con una ansata normale di brodo cultura di B. tifico; la terza con una ansata normale di brodo cultura di enterococco: indi le provettine venivano poste per la durata di 24 ore in termostato a 37° C. e successivamente da ciascuna di esse venivano praticate delle semine su piastre di agar.

Dopo 24-48 ore di soggiorno in termostato delle singole piastre si procedeva alla lettura di esse, e ci si disponeva a conteggiare il numero delle colonie sviluppatesi.

Dirò subito che la prova della battericidia non ci ha dato nessun risultato, in quanto in tutti i casi essa è stata negativa.

Si è pensato allora, negli altri 18 casi, di praticare contemporaneamente al metodo sopra descritto, anche la prova della battericidia secondo il metodo proposto da Henning-Sebastianelli, i quali ritengono questo loro metodo molto più preciso e più sensibile del primo.

Secondo questa tecnica, venivano prelevate due gocce di una brodo-cultura di 24 h. di *B. coli* e diluite in cc. 5 di soluzione fisiologica sterile (diluizione 1:50). Due gocce di questa diluizione venivano poste in altri cc. 5 di soluzione fisiologica, ottenendo una diluizione di 1:2500 ed una goccia di questa veniva posta in altri cc. 5 di solu-

---

(1) Facciamo notare che in 5 casi oltre alle brodo-culture e alle agar-culture sono state praticate culture in anaerobiosi con esito costantemente negativo.

I risultati ottenuti dalle ricerche culturali coltivando il liquido duodenale in aerobiosi e in anaerobiosi costituisce oggetto di una seconda nota.

zione fisiologica, arrivando così alla diluizione utile di 1:250.000.

In 10 cc. di contenuto duodenale prelevato sterilmente, secondo la tecnica descritta per la duodeno-cultura, prima ancora di sapere se fosse sterile o no, e quanto prima possibile dall'estrazione, venivano fatte cadere due gocce della diluizione 1:250.000 della brodo-cultura di *B. coli*. La provetta era poi portata in termostato, a 37° C.

Dopo 24 ore, 4 cc. del contenuto duodenale insemenzato venivano messi in tubo di brodo, 2 cc. venivano posti in tubo di agar ed una ansata veniva strusciata in un tubo di agar. Tanto il tubo di brodo che i due tubi di agar venivano messi in termostato a 37° C. per 24 ore. La lettura veniva fatta a 24 e a 48 ore di distanza.

Il metodo di Henning-Sebastianelli, volendo noi ovviare all'obbiezione che il ghiaccio in cui veniva posto il contenuto duodenale appena prelevato avesse alterato il potere battericida del contenuto duodenale stesso, fu da noi eseguito negli ultimi 5 casi contemporaneamente con liquido duodenale appena estratto, raffreddato al ghiaccio e non raffreddato.

* *

Diremo subito che anche il metodo di Henning-Sebastianelli, pure essendo stato praticato scrupolosamente, non ci ha dato risultati diversi da quelli ottenuti col vecchio metodo, e cioè, anche in questi 18 casi non si è potuto porre in evidenza alcun potere battericida del contenuto duodenale.

A nostro modo di vedere, il metodo proposto da Henning-Sebastianelli, assai più indaginoso del metodo corrente, non ha su questo alcun vantaggio.

I risultati della duodeno-cultura e quelli riguardanti il potere battericida del succo duodenale dei 45 enteropatici hanno posto in evidenza:

1) solo in quattro di essi la duodeno-cultura è stata positiva, e sempre e soltanto per il colibacillo;

2) in nessun caso, sia usando la vecchia tecnica per la prova della battericidia che quella proposta da Henning-Sebastianelli, si è potuto mettere in evidenza, nel succo duodenale, alcun potere battericida.

Questo apparente contrasto fra la sterilità del contenuto duodenale e l'assenza *in vitro* di un qualsiasi potere battericida è degno di breve commento.

La sterilità del contenuto duodenale potrebbe spiegarsi in due maniere: si potrebbe pensare che essa, *in vivo*, fosse dovuta alla battericidia gastrica, per i germi di provenienza orale, rispettivamente enterica, epatica, o ematoenteroparietale, per i germi di altra provenienza.

Ma si può anche pensare, e con maggiore ragione, ch'essa sia dovuta proprio al potere battericida del succo duodenale, che sarebbe però solo evidente *in vivo* nell'ambiente duodenale, ma estremamente labile e perciò non dimostrabile *in vitro* con le nostre tecniche.

Anche per il succo duodenale, come per molti altri umori dell'organismo, questa azione battericida, o meglio frenatrice, esiste soltanto *in vivo*, a mano a mano che detti umori si elaborano; ma essendo essa labilissima, non appena questi vengono tolti dall'ambiente proprio, rapidamente si perde. Ciò vale per le lacrime, la saliva, il latte, la linfa peritoneale, l'urina, ecc. ecc., e vale anche per il succo duodenale.

L'altro fatto da noi messo in evidenza, e di gran lunga più importante, è la sterilità del contenuto duodenale nell'altissima percentuale, e precisamente del 91,2 % su 45 casi di enteropatie, in assoluta maggioranza infettive e croniche. Siano qui riferite le diagnosi dei 4 casi che ebbero duodeno-cultura positiva, per ricavarne qualche indizio utile nel cercare di riconoscere quali siano le condizioni favorevoli all'attecchimento del colibacillo nel duodeno.

I casi sono:

1) Epatite amebica cronica con fasi ripetute di colliquazione e fibrosclerosi epatica cronica; anemia ipercromica del tipo pernicioso;

2) Enterocolite cronica amebica con sindrome appendicolare.

3) Colite amebica cronica con sindrome appendicolare.

4) Colite microbica cronica in soggetto luetico curato irrazionalmente.

Cominciamo a valutare la dignità patogenetica, in quanto all'attecchimento di germi nel duodeno, dei fattori più generali, e precisamente di quei fattori (disfunzione secretiva e motoria, lesione epiteliale, mucosite) e di quelle loro eventuali conseguenze (digestione e fermentazioni batteriche anomale) che possiamo considerare come agenti precipuamente nel lume intestinale. A proposito del primo, si deve dire che le condizioni di turbata secrezione e di turbata motilità dello stomaco e dell'intestino, presenti in quasi tutti i 45 casi della nostra statistica, non possono avere avuto da sole una grande importanza, se la positività culturale è stata, rispetto ad esse, così estremamente rara.

Lo stesso si può dire, benchè con maggior riserva, visto il numero relativamente piccolo di casi (4), anche delle lesioni che la lamblia produce nell'epitelio duodenale.

Nemmeno le periodiche riacutizzazioni enterocolitiche catarrali devono avere grande influenza ,se di sei casi uno solo, e non esente da importanti complicazioni, arriva a dare una duodenocultura positiva.

Nella nostra casistica sono però contemplate anche condizioni che implicano qualche fattore agente precipuamente dal di là dell'epitelio intestinale.

Una di tali condizioni è la compromissione dell'organo epatico e delle vie biliari. Astraendo dalla considerazione che il fegato è in un certo grado sempre sofferente nell'amebiasi, sintomi spiccati di sofferenza epatica si ebbero in 4 casi, e la relativa rarità si spiega con la prevalenza, nella nostra casistica, del sesso femminile, il quale va notoriamente meno soggetto alla complicazione epatica colliquativa amebica vera e propria. Due dei 4 casi di sofferenza epatica non erano amebici e presentarono una duodenocultura negativa. Gli altri due erano amebici e presentarono duodenocultura positiva. Se ne potrebbe dedurre che non basti che il fegato sia compromesso in genere, ma che esso debba essere leso in una particolare maniera, perchè si arrivi più facilmente a condizioni favorevoli all'impianto del colibacillo nel duodeno. Ora, l'amebiasi esistente ci potrebbe indicare quale particolarità debba avere questa lesione epatica, o meglio come debba essere prodotta. Fra le vie che l'ameba può sciegliere per giungere al fegato, l'ascendente, la linfatica, la peritoneale e la ematica, trovano credito più generale quella linfatica e quella ematica. Anche la patogenesi della lesione epatica amebica ne rimane chiarificata, in quanto il parassita, ed eventualmente i germi che l'accompagnano, provenendo dal sangue o dalla linfa, agiscono dalle lacune interstiziali sulle cellule parenchimali e sui canalicoli biliari, e penetrano, quindi, da tergo nelle vie biliari. L'entameba non resiste a lungo nei succhi biliari, ma sappiamo che i germi che eventualmente l'accompagnano, specie se del gruppo tifo-coli, vi possono allignare, sicchè se ne spiegherebbe la presenza del contenuto duodenale. Si richiederebbe quindi, affinchè una lesione epatica possa ritenersi fautrice di un facile impianto di germi del duodeno, che essa sia caratterizzata da una alterazione che, posta negli interstizi fra vasi (linfatici e ematici) e cellule parenchimali, renda i relativi elementi istologici più permeabili ai germi circolanti col sangue e meno atti a reagire ad essi i quali perciò raggiungerebbero il duodeno in condizione di conservata virulenza. Parlando di più facile impianto, si vuole dire soltanto che per tali condizioni epatiche esso si presume possa avvenire con maggior facilità, e non si vuole escludere in via assoluta che esso possa avvenire anche all'infuori di tali lesioni epatiche.

Una seconda condizione includente fattori agenti dal di là dell'epitelio intestinale è l'appendicite cronica o di male appendicolare cronico. Esisteva in 7 casi, due non amebiasici e 5 amebiasici, e si accompagnò a due positività della duodeno-cultura, tutte e due volte in soggetti amebiasici, uno dei quali sofferente anche di fegato (colecistite pregressa).

Anche per l'appendicite cronica in genere e per l'appendicite amebiasica in ispecie si possono ripetere gli argomenti portati avanti per le condizioni epatiche: oggidì è generalmente accettato che gli organi ipocondriaci di destra ammalino per trasporto di germi lungo la via linfatica dall'appendice infiammata al fegato e al duodeno. Sarebbe soltanto da sottolineare, benchè basata su casistica positiva ancora scarsa, la maggior facilità con la quale ciò sembra avvenire nelle condizioni create dall'amebiasi.

Una terza condizione con fattori extraepiteliali è la batteriemia colibacillare. Benchè non si sia potuto dimostrarla direttamente mediante l'emocultura, essa dovrebbe essere esistita in precedenti poussées presumibilmente in 5 casi, se è lecito fondare tale induzione sulla presenza in colitici di cistopieliti colibacillari in atto (3 casi) e sul decorso clinicamente tipico delle forme infettive, decorso senza localizzazione, ma con colibacilluria (2 casi). Notevole è il fatto che nessuno di questi 5 casi presentò il colibacillo nel duodeno, per cui si dedurrebbe che la batteriemia transitoria da sola non sia in sè sufficiente a stabilire il colibacillo nel duodeno, ma che a questo fine si richieda un fattore istogeno locale, quale emerge più chiaramente nelle precedenti due condizioni.

Resterebbe ancora da commentare la positività della duodeno-cultura per colibacillo nel quarto caso (colite microbica cronica in soggetto luetico curato irrazionalmente), per il quale non è possibile decidere se l'attecchimento sia dovuto al motivo locale di una lesione latente del fegato, frequente nei luetici trattati irrazionalmente, oppure alle condizioni generali di denutrizione e di tossicosi luetica nelle quali il soggetto in parola versava. Qui va annotata anche l'osservazione che condizioni generali riducenti la resistenza alla diffusione ed all'attecchimento dei germi esistevano anche nel primo e nel secondo caso: anemia perniciosa e, rispettivamente, malarismo.

Concludendo, i reperti duodeno-culturali di 45 casi di enteropatie, nella grande maggioranza coliti infettive e parassitarie, consentono un orientamento, nella questione dell'infezione del tratto duodenale, del tutto favorevole ad una genesi a tergo (ematogena o linfatica) e sfavorevole alla genesi dal lume (enterogena) di detta infezione.

Si ebbero, infatti, reperti positivi, e sempre per il solo colibacillo, soltanto in casi nei quali erano dimostrabili o fondatamente sospettabili,

associate alla colite infettiva, lesioni epatiche o duodenoparietali stabilitesi per via ematogena o linfatica o per una coesistente infezione luetica. Da tali lesioni, specie se dovute all'amebiasi, il colibacillo, proveniente dalla corrente linfatica o da una *poussée* batteriemica partita dal colon leso, rientrerebbe, senza subire nei tessuti alterati una azione batteriofagica o batteriolitica e ancora virulento, nel duodeno. Lo attecchimento intraepatico o intraduodenoparietale del germe manterrebbe la carica dei germi contenuti nel lume duodenale, finchè essi acquisterebbero qualità di resistenza all'azione del contenuto duodenale. Tale meccanismo patogenetico sembrerebbe svolgersi sovente su terreno organicamente debilitato, come nell'anemia perniciosa, nel malarismo, nella lue.

RIASSUNTO.

Ricerche etiopatogenetiche e cliniche su 45 soggetti affetti da enteropatie infettive e parassitarie. In 41 enteropatici il succo duodenale è risultato sterile. Negli altri 4 si ebbe sviluppo di colibacillo.

Il potere battericida ha avuto esito costantemente negativo.

I risultati sono in tutto favorevoli ad un'infezione del duodeno *a tergo*.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Astereognosia unilaterale (con speciale atteggiamento della mano) come episodio iniziale in un caso di sclerosi a placche.

Dott. PIETRO MOLINARI TOSATTI.

Il polimorfismo sintomatologico della sclerosi multipla disseminata è implicito nella definizione stessa di questa entità morbosa ed ha la sua base nel substrato anatomo-patologico, che le ha dato il nome. In mancanza di un criterio eziologico preciso (quantunque da Pierre Marie in poi l'ipotesi di una causa infettiva abbia acquistato e vada acquistando sempre più terreno), il criterio anatomo-patologico vale infatti ad identificare nosograficamente questa malattia, e vale a spiegare da un lato — per la distribuzione topografica delle lesioni, disseminate lungo il nevrasse senza alcun carattere di sistematizzazione — la molteplicità dei sintomi coesistenti o susseguentisi nel quadro morboso, dall'altro — per la relativa integrità dei cilindrassi nei focolai di sclerosi — la variabilità e transitorietà dei sintomi stessi, quali appaiono in relazione colle tappe evolutive, che contraddistinguono il decorso della sindrome.

È stato bensì identificato, fin dai tempi di Charcot e Vulpian, un complesso sintomatologico, caratterizzato essenzialmente da una paraparesi spastica con esagerazione dei riflessi tendinei e Babinski, da un'andatura paretospastica con note cerebellari più o meno evidenti, da tremore intenzionale, nistagmo, parola lenta e scandita, assenza dei riflessi cutanei addominali, parziale atrofia della papilla ottica, spesso riso e pianto spastico: complesso, cui si è dato il nome di forma classica della sclerosi a placche; ma non è questa la forma più frequente. Accanto a questa esistono forme, che si distinguono per il predominare di un gruppo di sintomi a carico di questo o di quel tratto dell'asse cerebro-spinale (forma cerebellare, labirintica, spinale, oculare, forma apoplettica ecc.); di più esiste tutta una serie di forme, dette fruste o larvate, in cui la scarsità dei sintomi, in rapporto colla scarsità o colla particolare ubicazione delle lesioni, complica in modo notevole il problema diagnostico.

Se si tratta di una *poussée* evolutiva, nel corso della malattia, che rivesta particolari caratteri di non facile interpretazione, il rilievo anamnestico di altri segni patognomonici, precedenti, vale in genere a inquadrare l'episodio morboso e a definire nel complesso la sindrome.

Maggiori difficoltà presentano invece quei casi, in cui la manifestazione iniziale, e per la scarsità dei sintomi e per la peculiarità della sua fisionomia clinica, non può essere facilmente riportata ad uno degli schemi soliti, propri della malattia in discussione: in tali casi, se pure una diagnosi di probabilità può essere avanzata, soltanto il decorso ulteriore, arricchendo la sintomatologia, vale a convalidare la diagnosi stessa. Ciò non pertanto nella larga messe di studi, che sulla sclerosi a placche si sono accumulati, alcuni di questi complessi oligo-sintomatici sono stati isolati e così ben definiti nella fissità della loro particolare estrinsecazione clinica e nella costanza, con cui ad essi fan seguito o ad essi s'intercalano episodi assolutamente caratteristici della malattia, che essi valgono ormai di per sè stessi, quando presenti nel corso della malattia, a convalidarne la diagnosi; quando presenti all'inizio della malattia, ad orientarne il giudizio diagnostico e a farne prevedere l'ulteriore decorso. Fra questi complessi, che possono ritenersi, per così dire, patognomonici della scle-

rosi a placche, è da annoverare quello che da qualche anno Alajouanine (anche sulla base di studi precedenti di Finkelnburg, Claude e Egger, Birley e Dudgeon) ha identificato, sia all'inizio che durante il decorso della malattia, e ha denominato « poussée monobrachiale astéréognosique » della sclerosi a placche. È caratterizzato questo complesso dalla comparsa, a livello di un arto superiore, di parestesie, cui succedono rapidamente dei disturbi motori e sensitivi: i primi di poco momento, consistenti più in un impaccio motorio che in una paresi vera e propria, i secondi interessanti sopra tutto le sensibilità profonde e caratterizzati, in modo particolare, da una astereognosia d'alto grado. Così come l'instaurarsi di tali disturbi è rapido, a volte quasi improvviso, la loro attenuazione e scomparsa è del pari rapida: l'evoluzione di uno di questi episodi avviene in genere nel termine di uno o due mesi, e anche meno.

A questo quadro, ben definito e controllato sulla base di una numerosa casistica, Alajouanine, insieme con Akerman, ha successivamente avuto modo di aggiungere un altro segno, del pari caratteristico, che s'accompagna e pare strettamente legato al complesso sintomatico precedente: si tratta di un particolare atteggiamento della mano, sede della poussée monobrachiale astereognosica, contrassegnato da una instabilità delle dita, a braccio disteso nell'atto del giuramento, per cui le dita lentamente si muovono in piani diversi, assumendo posizioni reciproche differenti, « atteggiamento che ricorda quello della mano di certe coreo-atetosi o meglio di certi casi di sindromi talamiche o ipo-talamiche ».

Nella loro comunicazione alla Società di Neurologia di Parigi (seduta del 5 marzo 1931) Alajouanine e Akerman riferivano di quattro casi capitati alla loro osservazione, in cui il quadro ultimo descritto era in tutti perfettamente sovrapponibile.

Dal canto nostro abbiamo avuto occasione di osservare fino dal 1931, e di seguire poi negli anni seguenti, un caso che ha molti punti di contatto con quelli di Alajouanine. Crediamo pertanto utile di esporlo qui di seguito.

R. Giuseppe, nato a Genova. Fu visto da noi la prima volta a Padova, dove fu ricoverato in quella Clinica Medica dal 6 marzo al 4 giugno 1931. All'atto dell'ingresso aveva 38 anni.

Nell'anamnesi familiare non sono emerse, nè a carico degli ascendenti nè a carico dei collaterali, tare neuro-psichiche.

Nell'anamnesi fisiologica è da rilevare che ebbe uno sviluppo fisico e psichico perfettamente normale, che, dopo aver frequentato le scuole elementari e professionali, si impiegò nelle Ferrovie dello Stato, dapprima, come fuochista poi come macchinista (durante la guerra fu militarizzato); che nel '24, non per menomate condizioni fisiche nè psichiche, fu licenziato dall'Amministrazione delle Ferrovie. Da allora fu in vari stabilimenti, come operaio specializzato (meccanico), a Spezia, a Livorno, a Vicenza, da ultimo a Padova. A 30 anni sposò una donna apparentemente sana, la quale ebbe un aborto ed una gravidanza a termine. È modico mangiatore e bevitore di vino, forte fumatore di sigari, sigarette e pipa.

Anamnesi patologica remota: nell'infanzia una otite media catarrale destra, guarita senza intervento e senza postumi; a 18 anni tifo, che decorse nel tempo solito senza complicazioni nè sequele; a 19 anni blenorragia, complicatasi con un'orchite unilaterale, a decorso protratto; a 27 anni ulceri multiple al glande con adenite inguinale consensuale, suppurata e incisa. In quell'occasione una R. W. sul sangue risultò negativa; un'altra R. W., ripetuta prima del matrimonio, diede pure esito negativo. Dall'adolescenza fino a qualche anno fa andò soggetto a frequenti cefalee, talora di tipo nettamente emicranico, a localizzazione prevalente in corrispondenza delle arcate orbitarie; mai concomitanti disturbi della vista o deficit motorii a carico di nervi cranici. In passato pure frequenti epistassi in relazione, pare, con una varice del setto, poi causticata.

Nel '29, mentre si trovava a Livorno, il p. s'accorse di una diminuzione della vista a carico dell'occhio sinistro, lentamente progrediente, che durò un mese circa, poi lentamente si dileguò; successivamente, mentre le condizioni dell'occhio sinistro erano divenute pressochè normali, intervenne una diminuzione del visus dell'occhio destro, pure transitoria, sì che in capo ad un altro mese circa le condizioni della sua vista ritornarono normali o quasi. Non è dato rilevare se le dette diminuzioni del visus furono globali o se interessarono solo qualche settore del campo visivo, a tipo di scotoma.

Anamnesi patologica prossima: verso la fine di febbraio del 1931 il p. cominciò a notare facile stanchezza, astenia, inoltre delle parestesie a tipo di formicolio, di intorpidimento a carico della mano sinistra, poi del braccio sinistro; contemporaneamente o quasi un certa diminuzione della sensibilità tattile, specialmente in corrispondenza delle dita, una certa difficoltà nell'avvertire gli oggetti posti nella mano sinistra. Il p. riferisce a questo proposito l'episodio seguente: una sera, mentre giocava a carte, s'accorse che a stento riusciva a tenere le carte stesse, dispiegate a ventaglio, colla mano sinistra, così che spesso gli cadevano; contemporaneamente avvertì un molesto senso di formicolio all'indice e al pollice della mano sinistra, tanto che ripetutamente praticò sulle dita un leggero massaggio. Il giorno dopo questo senso di formicolio s'estese al palmo della mano, s'aggiunse un senso d'impaccio nei movimenti, di pesantezza; l'avambraccio e il braccio dallo stesso lato furono ben presto coinvolti; a carico della spalla insorse anche qualche leggero dolore. In seguito si manifestò una lieve ipoestesia tattile al tronco, sempre a sinistra, e ben presto questa si estese all'arto inferiore sinistro; contemporaneamente si aggiunsero parestesie anche a carico di queste ultime regioni. Non disturbi

della parola, del visus, della deambulazione, non disturbi sfinterici, non disturbi psichici. Il p. chiese di essere accolto nella nostra Clinica.

L'esame obbiettivo all'ingresso in Clinica fece rilevare un soggetto appartenente alla seconda combinazione morfologica del De Giovanni, in condizioni generali discrete, con psiche perfettamente integra e fonazione normale, se si toglie una certa cadenza monotona (da mettersi in conto con tutta probabilità della caratteristica parlata ligure). A carico degli occhi qualche scossa nistagmica nello sguardo estremo laterale sinistro; pupille isocoriche, ben reagenti alla luce e all'accomodazione. A carico dell'apparato respiratorio i segni di un modico enfisema; al cuore nulla di notevole. Fegato un po' ingrandito (in alto al quinto spazio intercostale, in basso debordante di un dito circa dall'arcata costale sul prolungamento dell'emiclaveare) con bordo assottigliato, aumentato di consistenza, indolente. Milza nei limiti normali. Trofismo muscolare e cutaneo normali. Movimenti attivi e passivi normali ovunque, se si eccettua una leggera diminuzione della forza bruta a carico dell'arto superiore sinistro, più a carico dei flessori; difficoltà nella preensione da parte della mano sinistra e nell'esecuzione dei piccoli movimenti. Le sensibilità superficiali (tattile, termica, dolorifica) non paiono in modo particolare compromesse, salvo che in corrispondenza dell'arto superiore sinistro, dove la tattile e la termica sono alquanto diminuite, e specialmente dal lato ulnare. Lo studio della discriminazione tattile mostra in corrispondenza dei polpastrelli delle dita (e specialmente delle tre ultime) un notevole allargamento dei cerchi di Weber. Delle sensibilità profonde, sempre in corrispondenza dell'arto superiore sinistro e in particolar modo della mano sinistra, sono più o meno alterate la sensibilità barica, la sensibilità vibratoria, specialmente il senso muscolare e articolare (senso di posizione, senso del movimento); esiste poi a carico della mano sinistra un'astereognosia grossolana, per cui il p. non sa distinguere ad occhi chiusi gli oggetti più comuni.

Facendo estendere al p. ambedue le braccia in avanti, nell'atto di chi giura, si nota che, mentre a destra l'aspetto della mano è quello normale, a sinistra le dita appaiono in preda a lenti movimenti di flessione e di estensione e, meno accentuati, di adduzione e di abduzione, irregolari, indipendenti quelli di un dito da quelli delle dita vicine, per così dire fra di loro sfasati; movimenti che si verificano sopra tutto a carico delle articolazioni metacarpo-falangee rispettive. Ne risulta un atteggiamento della mano, variabile da momento a momento, in cui le dita appaiono disposte su piani differenti. Più che di una serie di movimenti incoordinati, si ha l'impressione, osservando la mano nell'atteggiamento descritto, di una mancanza di stabilità, o meglio come se queste dita in lento movimento andassero alla ricerca di una posizione stabile di equilibrio. Ad occhi chiusi il fenomeno descritto s'accentua nettamente.

Dei riflessi: normali quelli degli arti inferiori; esagerati gli osteo-periostei e i tendinei dell'arto superiore sinistro; non provocabili riflessi di postura; assenti i cutanei addominali e il mediopubico (risposta superiore), torpidi i cremasterici. Adiadococinesia con lieve dismetria a carico dell'arto superiore sinistro; accenno a Stewart Holmes.

Statica (a occhi aperti e chiusi) e deambulazione normali. Non asinergia.

Temperatura delle estremità normali; secrezione sudorale normale.

Gli esami collaterali diedero: nulla di importante a carico delle orine e del sangue (se si toglie modica eosinofilia); cutireazione alla tubercolina intensamente positiva; R. W. negativa; pressione arteriosa 100/65 al Riva-Rocci.

Esame otoiatrico (dott. K. Arslan): « normali gli apparati periferici; udito normale da ambo i lati; nistagmo spontaneo prevalente verso sinistra. Deviazioni toniche spontanee delle braccia, con costante errore nella prova dell'indice. Ai vari stimoli notevole iperriflessia vestibolare bilaterale (più accentuata a destra) con reazioni toniche intensissime, ma di direzione normale. I dati riferiti escluderebbero lesioni dei nuclei di Deiters; piuttosto indicherebbero un'interruzione parziale delle vie sopra-nucleari (fascio di Edinger?) ».

Esame oculare: visus normale in OO; nulla di patologico al fundus.

Non si potè praticare la puntura lombare per il rifiuto opposto dall'ammalato.

Durante la degenza in Clinica tal sintomatologia subì notevoli modificazioni: particolarmente importanti quelle a carico dell'arto superiore sinistro, dove già dopo una settimana dall'ingresso era evidente un netto miglioramento della funzione motoria, che rapidamente si ripristinò nella sua integrità; dopo un mese circa i disturbi della sensibilità erano pressochè scomparsi, se si eccettua un lievissimo deficit del senso di posizione e la persistenza di un certo grado di astereognosia, minore di quello registrato all'ingresso. Il particolare atteggiamento della mano, sopra descritto, pure rapidamente andò perdendo le sue caratteristiche, fino a ridursi, in capo ad un mese circa, a una leggera asimmetria nella posizione reciproca delle dita a mano distesa. Modificazioni intervennero nei riguardi dei riflessi addominali, di cui a volte furono provocabili i due superiori e il medio sinistro; a volte si riuscì pure a provocare il medio-pubico. All'uscita: lieve nistagmo orizzontale, lieve dismetria a carico dell'arto superiore sinistro, leggera accentuazione dei riflessi rotulei, più di quello sinistro.

Uscito il p. in queste condizioni dalla Clinica, si manifestò a breve distanza di tempo un nuovo segno: il potere sessuale, che prima dell'ingresso era normale, decrebbe rapidamente. Da allora l'a. non ha potuto esercitare il coito che rare volte e imperfettamente. A parte questo, l'a. non avvertiva disturbi degni di nota e potè riprendere in pieno il suo lavoro.

Nel gennaio del '32 un esame del fondo dell'occhio diede: in O. D. pallore della metà temporale della papilla ottica; visus e campo visivo in O.O. normali. Nel '32 il p. si trasferì a Roma, e qui continuò nel suo lavoro di meccanico. Nella primavera del '32 avvertì per un certo tempo una sensazione di peso, di intorpidimento all'arto inferiore sinistro, che poi scomparve. Nell'inverno successivo ebbe due volte disturbi della minzione, caratterizzati da ritenzione durata parecchie ore. Durante il 1933 il p. godette in complesso buona salute. All'inizio del 1934 comparve astenia e specialmente psico-astenia, per cui il p., che doveva studiare per certi suoi esami, non riusciva o riusciva a stento a concentrare la sua attenzione. Si manifestò contemporaneamente una disartria, rapidamente aggravantesi, tanto da ostacolare gran-

demente l'a. nei rapporti coi suoi familiari. Frattanto le condizioni fisiche andarono facendosi sempre più scadenti ed anche le condizioni psichiche progressivamente decaddero.

Il 31 marzo 1934 intervenne un episodio nuovo: d'improvviso, mentre era a tavola, il p. accusò un obnubilamento visivo, perdita delle forze a carico dell'emi-corpo sinistro, impossibilità o quasi di articolare parola; s'accasciò. Tali sintomi durarono alcune ore, poi a mano a mano si attenuarono. Il giorno successivo, all'atto dell'ingresso nella nostra Clinica (Roma), l'episodio coi caratteri detti s'era ormai dileguato.

L'esame obbiettivo diede i seguenti reperti: notevole scadimento delle condizioni generali e delle condizioni psichiche, con crisi depressive in relazione specialmente colla difficoltà di esprimersi. Disturbi della memoria anterograda e retrograda di lieve grado. Disartria e disfasia motoria di notevole grado.

A carico del capo, rima palpebrale sinistra più ristretta della destra. Nistagmo orizzontale nello sguardo laterale destro e sinistro Lieve ipocinesia a carico del facciale inferiore destro. Riflesso faringeo torpido.

Forza bruta alquanto diminuita a carico degli arti inferiori; non disturbi grossolani della sensibilità tattile, termica e dolorifica e delle sensibilità profonde. Iperriflessia osteo-periostea e tendinea agli arti superiori bilateralmente (più accentuato il tricipitale sinistro), notevolmente accentuati gli achillei e i rotulei bilateralmente (più a sinistra); non cloni. Babinski a destra. Assenti i cutanei addominali (a volte provocabili i superiori); medio-pubico presente, presenti i cremasterici. Tremore intenzionale degli arti superiori; leggera adiadococinesia a destra, leggera dismetria a carico degli arti superiori con accenno a « freinage » (prevalente a destra). Un certo grado di astereognosia bilateralmente (non genuina per l'interferenza delle scadute condizioni psichiche). Non Romberg. Andatura leggermente spastica. Non asinergia. Asincinesia dell'arto superiore destro.

Esame oculare: lieve pallore temporale della papilla in O.D. Non scotoma centrale. Visus in O.O. 9/10.

Puntura lombare: pressione (al Claude in posizione seduta) iniziale 55, finale 28 (estratti 12 cc.); liquor limpido, acqua di roccia; albumina 0,30; reazioni di Pandy, di Nonne Apelt, di Wassermann negative; cellule per mmc. 2,5 (linfociti); glicorrachia 0,71 ‰. Rezione del benzoino colloidale subpositiva nella zona luetica.

Decorso: all'inizio in primo piano i disturbi della parola, che in seguito subirono delle oscillazioni in più e in meno. Talvolta disfonia più o meno manifesta. Verso la fine d'aprile si rese evidente una leggera asimmetria della rima buccale per abbassamento dell'angolo destro, senza vera e propria paresi del facciale inferiore destro. Nel maggio successivo si manifestarono disturbi sfinterici (perdita di feci, paralisi del detrusore della vescica con ritenzione) con alternative di perdita completa e di ripresa delle funzioni. Sempre più grave il disturbo della parola con caratteri disartrici e disfasici; sempre più accentuato il decadimento psichico. Verso la metà di giugno: iperriflessia tendinea e osteo-periostea universale, più accentuata a destra, dove sono rilevabili i segni di una paresi di modico grado; Babinski bilaterale; assenza dei riflessi addominali, del medio-pubico e dei cremasterici; nistagmo orizzontale anche nella posizione di riposo; perdita continua di feci, iscuria paradossa. Durante tutto il decorso febbricola.

Uscito dall'Ospedale il giorno 26 giugno 1934, le condizioni andarono sempre peggiorando; si manifestarono piaghe da decubito, febbre intermittente-remittente elevata (concomitante infezione orinaria). stato marasmatico, morte.

Poche parole di commento. Il caso che abbiamo esposto è quello di una sclerosi a placche delle più comuni, considerato nel suo complesso: i disturbi visivi premonitori, il decorso colle sue remissioni, colle sue tappe evolutive, l'episodio ultimo di tipo emiplegico, cui fece seguito l'instaurarsi di una classica sintomatologia, i disturbi sfinterici, infine i disturbi trofici cutanei, il progressivo decadimento psichico, l'infezione sopraggiunta, la cachessia fino alla morte, costituiscono un complesso sintomatologico, che è facile riferire al quadro della sclerosi a placche. Il reperto del liquor, che potemmo avere durante la seconda degenza in Clinica, ha valso a ribadire detta diagnosi, in quanto ha permesso di constatare quella « sindrome umorale » della sclerosi a placche, che Achard e Thiers hanno descritto e che è stata convalidata da ricerche ormai numerose, specialmente della Scuola francese, sindrome costituita dalla dissociazione fra la negatività della reazione di Wassermann sul liquor da un lato e la positività o subpositività delle reazioni colloidali dall'altro.

Si stacca invece dal quadro classico della sclerosi a placche e fa eccezione l'inizio della sindrome descritta; e in questo appunto il caso nostro appare degno di considerazione. L'inizio, o meglio l'apparente inizio (chè già s'erano manifestati disturbi ambliopici transitorii, da mettersi sicuramente in conto della forma morbosa poi sviluppatasi) l'apparente inizio, quale abbiamo minutamente esposto nelle sue note anamnestiche e semeiologiche, riveste tutti i caratteri di quel complesso sintomatologico, che è stato descritto da Alajouanine, e che prima abbiamo esposto: episodio monobrachiale contrassegnato da una astereognosia di alto grado e da un particolare atteggiamento della mano. L'ampia descrizione che ne abbiamo dato, ci esime dal riassumerne ora i dati caratteristici; essa in tutto è sovrapponibile a quella che ne hanno dato Alajouanine e Akerman nella nota citata. In una figura annessa alla nota stessa i due AA. riproducono una fotografia, in cui è colta una fase del particolare atteggiamento della mano, osservato in uno dei

casi da loro descritti; in essa abbiamo potuto perfettamente riconoscere una delle fasi del corrispondente atteggiamento da noi constatato nel nostro a.

Nel caso nostro la precedenza dei disturbi ambliopici, la presenza del lieve nistagmo, le alterazioni dei riflessi addominali, di per sè stesse, valevano ad orientare verso la diagnosi di sclerosi a placche; non è men vero però che il singolare quadro, rappresentato dalle alterazioni che abbiamo descritto a carico dell'arto superiore sinistro, poteva, a sè considerato, fuorviare l'attenzione e l'indagine dell'esaminatore e circoscriverle all'arto colpito, suggerendo, per esempio, il sospetto diagnostico di una lesione periferica. È noto infatti che l'astereognosia, preminente nel quadro morboso del caso nostro, può ben anche essere l'appannaggio di una lesione nevritica, di tipo prevalentemente sensitivo, o radicolitica.

A parte però l'assenza, nel caso in istudio, di altri segni (dolenzia lungo i tronchi nervosi, distribuzione topografica strettamente radicolare dei disturbi sensitivi) e la presenza di un dato fino ad un certo punto contrario (accentuazione dei riflessi), che mal si potevano inquadrare in una diagnosi di polineurite o di radicolite; l'avere riconosciuto nella peculiare sindrome, presentata all'inizio dal nostro p., il quadro caratteristico descritto da Alajouanine ha valso non solo a evitare fuorviamenti del nostro giudizio diagnostico, ma ha permesso, in tanta scarsità di sintomi, al prof. Frugoni, che discusse il caso, di affermare fin da allora l'esistenza di una sclerosi a placche e di formularne la prognosi relativa.

Il decorso ulteriore ha confermato questa diagnosi.

Ci sembra pertanto che il caso nostro contribuisca, accanto a quelli di Alajouanine e di Akerman, a dar valore al complesso sintomatologico da questi AA. messo in evidenza, in quanto da un lato ne ricalca fedelmente la particolare fisionomia clinica, dall'altro ne ribadisce appieno l'importanza semeiologica.

Resta da chiederci qual'è il significato dei sintomi che fan parte di questa particolare sindrome. A questo riguardo meritano di essere considerati i due segni più salienti: da un lato l'astereognosia, dall'altro il particolare atteggiamento della mano.

L'astereognosia è legata strettamente a disturbi delle sensibilità superficiali e profonde, e particolarmente di queste ultime. Nel caso nostro la coesistenza dell'una e degli altri è perfettamente secondo la regola. Quanto al problema dell'ubicazione della lesione (placca) che si deve ritenere a base della sindrome individuata, non è possibile, fondandosi sulla sola astereognosia, rispondere in modo perentorio; giacchè da Dejerine è noto che l'astereognosia non comporta di per sè alcun valore di localizzazione (in quanto essa è indice di un interessamento delle vie della sensibilità generale dalle terminazioni periferiche fino alla corteccia).

Alajouanine però, basandosi sul dato rilevato nei casi suoi — e da noi pure riscontrato nel nostro — che l'evoluzione regressiva dei disturbi delle sensibilità profonde non è decorsa per tutte in modo parallelo, per cui ancora permaneva un certo grado di astereognosia, quando il senso di posizione, la barestesia ecc. erano ritornati normali; fondandosi su questo dato, è propenso ad ammettere, in via ipotetica, una sede corticale, parietale, della lesione a base di questo particolare complesso sintomatico.

Per quel che si riferisce poi all'altro segno, costituito dallo speciale atteggiamento della mano, vanno fatte alcune considerazioni discriminative e va prospettata un'ipotesi interpretativa.

Nel descrivere questo atteggiamento Alajouanine ricorre da un lato al paragone con certe sindromi atetosiche, dall'altro al paragone con quel particolare aspetto della mano, che si riscontra nella sindrome talamica. Non si tratta per altro di identità, si tratta di somiglianza: i caratteri distintivi fra l'una sindrome e le altre essendo netti e numerosi. Colla prima (atetosi) la distinzione risulta abbastanza facile, giacchè si può dire che, all'infuori della particolare lentezza dei movimenti, nessun altro carattere, ad un esame attento, esiste in comune: i movimenti dell'atetosi interessano irregolarmente tutte le articolazioni delle dita, sono esagerati, incessanti, passando da un dito all'altro con irregolarità estrema, sì che la mano assume a volta a volta le posizioni più bizzarre e complicate; inoltre essi non si accentuano ad occhi chiusi nè si attenuano particolarmente in posizione di riposo; nella sindrome descritta nel nostro caso, come abbiamo visto, i movimenti a carico delle singole dita sono limitati, per lo più circoscritti alle articolazioni metacarpo-falangee, gli spostamenti reciproci sono piccoli, onde risulta, più che una sequela di movimenti incoordinati e bizzarri, un'apparenza di instabilità della mano protesa nell'atto del giuramento; inoltre, al-

l'opposto di quanto si verifica nell'atetosi, questo particolare atteggiamento si accentua ad occhi chiusi e scompare in posizione di riposo.

Dalla così detta mano talamica l'atteggiamento su descritto d'altro lato si differenzia e per il fatto, che i movimenti della mano nella sindrome talamica sono più propriamente da ascriversi al tipo coreo-atetosico, e perchè fa completamente difetto nei casi di Alajouanine e Akerman, come nel nostro, tutto quel corteo di sintomi (sindrome dolorosa in ispecie), che son propri della sindrome talamica.

Alajouanine e Akerman definiscono il particolare atteggiamento da loro individuato come un « tipo di mano instabile atassica », quale a loro è stato dato di rilevare in due casi di monoplegia corticale con disturbi della sensibilità profonda. Questa considerazione, unita al fatto, che la mancanza del controllo della vista esagera la manifestazione morbosa, e alla constatazione del parallelismo esistente fra scomparsa dell'atteggiamento descritto e ripristino più o meno perfetto delle sensibilità profonde (particolarmente del senso di posizione), induce gli AA. ad attribuire questo particolare atteggiamento della mano, da loro individuato, ai concomitanti disturbi della sensibilità profonda.

Nel nostro caso l'esistenza di questo parallelismo, sicuramente constatata, può valere a convalidare l'ipotesi dei detti AA.

RIASSUNTO.

È descritto un caso di sclerosi a placche, in cui l'inizio apparente fu caratterizzato da parestesie a carico di un arto superiore, lieve deficit motorio, disturbi delle sensibilità superficiali e profonde (più di queste ultime), con astereognosia di alto grado e particolare atteggiamento della mano. Tale episodio iniziale ebbe breve durata, fu seguito da un lungo periodo di remissione, cui infine succedette il rapido instaurarsi di una sindrome classica, che condusse a morte l'ammalato. L'episodio descritto trova riscontro in altri della letteratura, designati col nome di « poussées monobrachiales astéréognosiques de la sclérose en plaques », e vale a ribadirne la fisionomia clinica e a corroborarne il valore diagnostico.

BIBLIOGRAFIA.

ALAJOUANINE. *Les troubles sensitifs de la sclér. en pl.* Rapport au Cong. des alién. et neurolog. de langue française de Barcelone, maggio 1929, Masson, éd., Parigi.

ID. La Médecine, 12, 129, 1931.

ALAJOUANINE e AKERMAN. Rev. Neurol., I, 318, 1931.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

L'evoluzione della neurologia.

(M. J. LHERMITTE. *Gazette des hôpitaux.*, 15 febbraio 1936).

La neurologia è la scienza che ha per oggetto il sistema nervoso e pertanto non può essere separata dalla psichiatria, che si occupa più specialmente delle deviazioni morbose delle funzioni psichiche. Lo studio del sistema nervoso allo stato normale e di malattia ha sempre mirato fino dalle sue remote origini, che risalgono ad Omero ed Ippocrate, ad una conoscenza sempre più precisa della morfologia degli elementi nervosi, delle loro funzioni e delle alterazioni anatomiche e funzionali cui soggiacciono a causa dei processi morbosi.

Le cognizioni che aveva Ippocrate nel campo della neuropatologia erano assai ristrette, ma i fatti da lui precisati sono di notevole valore. Egli comprese che le ferite del cervello producono convulsioni nel lato del corpo opposto all'emisfero cerebrale leso e che l'ipertensione del liquido cefalo-rachidiano è capace di produrre alterazioni ai nervi ottici.

Con Galeno la neurologia si mette sulla via della fisiologia sperimentale. Descartes doveva dopo molti anni, spingere più oltre il pensiero galenico e sviluppare una concezione puramente meccanicista delle funzioni nervose. A lui è dovuta la scoperta dell'attività riflessa.

Immensa fu l'influenza della dottrina di Descartes, e ad essa largamente attinsero Haller, Bonnet, Hartley, La Mettrie e sopratutto Willis.

Furono Gall e Spurzheim che rivoluzionando le vecchie teorie posero due principî che dovevano dirigere l'evoluzione della neurologia: la sostanza grigia delle circonvulazioni è l'origine della sostanza bianca e d'altra parte il cervello è un organo eterogeneo, cioè composto di tanti sistemi particolari che comportano tante funzioni.

Per opera di Gall la neurologia non segue più la via della fisiologia, ma adotta il metodo anatomo-clinico. Ma era necessario il dono dell'osservazione di Duchenne e il genio di Charcot e di Vulpian per costruire i quadri di neuropatologia nei quali ancora oggi si inseriscono le malattie che osserviamo.

L'influenza di Charcot non è ancora spenta, ma ci si accorge oggi che il metodo anatomo-clinico ha dato per opera di M. e M.me Dejérine da una parte e di Pierre Marie dall'altra quasi tutti i suoi frutti ed i neurologi si domandano con ansietà quali sono le prospettive della neurologia per l'avvenire e si chiedono se sarà la morfologia o la fisiologia che condurrà a nuove feconde scoperte. Ed intanto morfologisti ed esperimentatori accumulano le loro ricerche, sicuro ciascuno che la propria via è la migliore. Ma si tratta di di-

spute di scuole; il progresso può compiersi solo se i risultati dell'esperimento sono sempre confrontati con i dati della morfologia. È questa assenza di legame tra morfologia e fisiologia che fu responsabile di molti errori della neurologia e di un arresto nel suo progredire, per un certo tempo. Altri errori sono da attribuirsi agli anatomo-clinici; specialmente per quello che riguarda la quistione tanto dibattuta delle localizzazioni cerebrali. Oggi detto problema è stato ripreso sotto altri punti di vista. Campbell, Brodmann, Vogt ed Economo hanno decomposto la corteccia cerebrale in più di duecento campi od aree caratterizzate da una differente struttura anatomica. Ma questo è ben lungi dal dover affermare che ciascuna di queste zone abbia una funzione distinta. Nè va dimenticata la scoperta dei fenomeni bioelettrici dell'encefalo (Berger), e neppure la teoria dei riflessi condizionali od associativi di Pavlov-Bechterew. D'altra parte la fisiologia del sistema nervoso è stata rinnovellata dalla cronassia, scoperta da L. Lapicque.

Il sistema organo-vegetativo. — L'importanza di questo sistema era stata rivelata da Bichat nel 1820, ma poi dimenticata. Occorrevano le ricerche di Claude Bernard e quelle di Brown-Sequard e di Aschner perchè la neurologia divenisse anche la scienza delle funzioni simpatiche. Affatto recenti sono le nozioni importantissime relative alla organizzazione centrale del sistema organo-vegetativo. L'origine di molte malattie a patogenesi oscura, è stata identificata in lesioni del mesodiencefalo mediano, i cui centri alterati producono poliuria, polidipsia, glicosuria. Ma vi è di più. Noi sappiamo oggi che alcune ghiandole, come le sessuali, sono direttamente sotto l'influenza di questi centri diencefalici con conseguenze di notevole importanza. Ma essi controllano anche l'attività dei principali emuntori, come pure il metabolismo dell'acqua, delle sostanze idrocarbonate e dei lipidi ec anche la temperatura corporea e l'equilibrio degli elementi figurati del sangue.

Queste modificazioni del metabolismo e le perturbazioni delle funzioni endocrine legate al sistema organo vegetativo, non possono non avere una ripercussione sul comportamento dell'istinto individuale. Il sonno ad esempio si mostra profondamente influenzato dalle modificazioni anatomiche e funzionali dei centri diencefalici e Lhermitte ha dimostrato che esso comporta anche un aspetto positivo: il sogno.

La scoperta di questi fatti ci introduce direttamente in seno alla sfera psichica e pone di nuovo il problema ancora insoluto dei rapporti del pensiero e dei sentimenti con il cervello. Così la neurologia penetra la psichiatria dimostrando che all'origine di vere manifestazioni mentali sta la disorganizzazione materiale dei centri cerebrali organo-vegetativi. Così una concezione dinamica prende il posto dell'imagine statica del funzionamento del sistema nervoso e lo studio morfologico delle strutture cede il passo alla ricerca più diretta delle modificazioni dell'attività reale del sistema nervoso, apprezzabili grazie alle tecniche modernissime dei riflessi condizionali, della cronassia e dell'elettroencefalogramma.

VICENTINI.

La diagnosi precoce e la cura della paralisi infantile.

(I. M. SMELLIE. *Practitioner*, febbraio 1936).

L'agente infettivo della paralisi infantile è un virus neurotropo, che penetra nel sistema nervoso attraverso le fibre del nervo olfattorio del naso e del nasofaringe. È importante però notare che l'infezione può verificarsi senza alcuna apprezzabile lesione della mucosa nasale. Una volta raggiunto il sistema nervoso centrale il virus attacca i neuroni producendo alterazioni infiammatorie delle cellule nervose. Il danno conseguente di queste può essere più o meno grave, transitorio o permanente in rapporto alla virulenza dell'infezione ed alla resistenza del paziente.

La poliomielite può essere sporadica o epidemica. È diffusa da portatori sani da individui che soffrono forme miti o abortive e da coloro che si trovano nella fase iniziale delle malattie prima della comparsa delle paralisi. Una volta questa apparsa i malati non conservano a lungo la capacità di trasmettere il contagio.

Il periodo di maggiore frequenza è quello tra l'estate inoltrata e l'inizio dell'autunno, da luglio a ottobre.

Ne sono colpiti prevalentemente bambini dai 2 ai 5 anni di età.

Il periodo d'incubazione dura in media una settimana, ma può variare da 3 a 14 giorni.

La malattia si divide clinicamente in tre fasi: costituzionale, meningea e paralitica.

La fase iniziale non ha nulla di caratteristico. I sintomi sono quelli delle comuni infezioni acute: febbre, malessere, dolori generalizzati vaghi, sudori, vomito, talvolta leggera diarrea, corizza lieve, tosse. Pertanto nei casi sporadici la diagnosi in questa fase è impossibile.

La seconda fase, preparalitica o meningea, è caratterizzata da sintomi d'irritazione meningea, quantunque manchino vere lesioni delle meningi. Esso dura 48-72 ore e presenta una serie definita di sintomi e segni fisici che possono mettere sull'avviso l'esaminatore sperimentato.

La diagnosi in questo periodo ha grande importanza perchè solo allora si può avere la speranza d'influire sulla malattia con il trattamento adeguato.

I sintomi possono essere divisi in generali o sistematici e nervosi o spinali. I primi non

sono che una accentuazione di quelli della prima fase. Di solito la febbre non muta fino alla comparsa della paralisi, nè il suo andamento presenta modificazioni che rivelino la fine del primo periodo e l'inizio del secondo. Comunque in un certo numero di casi dopo l'iperpiressia del primo periodo si ha un intervallo di 24-48 ore di temperatura normale, e con il manifestarsi dei sintomi preparalitici ricompare la febbre.

Insieme con la febbre si ha tachicardia molto accentuata in rapporto alla temperatura. In genere il ragazzo è molto più abbattuto di quel che dovrebbe essere per il grado di febbre.

In questa fase si possono avere anche nausee, vomiti e stitichezza e talvolta anche esantemi e iperidrosi specie alla fronte e al collo.

I sintomi neurologici sono dovuti all'inizio di lesioni del midollo spinale. I disturbi prevalenti sono: cefalea, dolore alla nuca, al dorso, agli arti. Mentalmente si nota una certa apatia. Il ragazzo reagisce ad ogni manipolazione e sembra soffra di un'iperestesia generalizzata, che in effetti però è dovuta ad un leggero grado d'irritazione muscolare con conseguente ipertono e dolore o per lo meno molestia ad ogni movimento attivo e passivo. Si possono anche osservare movimenti volontari incoordinati e crampi muscolari.

Il segno fisico prevalente è costituito dalla rigidità dei muscoli spinali specie alla regione dorsale e cervicale inferiore. Rispettivamente il piccolo paziente è capace di flettere il capo sul collo ma trova difficoltà a fletterlo sulle spalle. D'altra parte se si invita il paziente a tenersi diritto da solo egli mette il dorso in leggera iperestensione mettendo le sue mani all'indietro (segno del tripode di Amoss).

Il segno del mento si ottiene invitando il paziente a toccarsi con il mento lo sterno: egli eseguirà l'atto aprendo la bocca. Altri movimenti che il paziente non può eseguire sono: raccogliere oggetti dal pavimento, toccarsi le dita dei piedi senza flettere le ginocchia.

Il segno di Kernig manca. Le alterazioni dei riflessi superficiali e profondi non sono caratteristiche e neppure costanti. Sono eccezionali i disturbi della sensibilità obiettiva.

Tutti i sintomi sopra accennati pur non essendo decisivi per la diagnosi, sono senza dubbio tali da mettere in sospetto e indurre alla puntura lombare. Questa dà liquido iperteso, con un numero elevato di cellule, lieve aumento di proteine.

Tuttavia questo reperto del liquor non è caratteristico potendo essere riscontrato in altre affezioni (tonsilliti, otiti, pulmoniti) che nelle fasi incipienti hanno una sintomatologia del tutto simili a quelli delle fasi iniziali della poliomielite.

Giova rilevare che anche la meningite tubercolare si inizia con sintomi analoghi a quelli della paralisi infantile incipiente: sonnolenza, iperestesia, crampi muscolari e segni d'irritazione meningea. Però in essa il progresso della malattia è meno rapido, il polso è bradicardico, la temperatura non è alta, i riflessi sono subito alterati, le convulsioni sono frequenti, il liquor presenta un aumento di cloruri.

Talvolta la diagnosi differenziale può riuscire difficile anche con altre forme di meningite (meningococcica, pneumococcica, influenzale). In tali casi si può evitare l'errore praticando l'esame batteriologico del liquor.

Possono sorgere confusioni anche con le neuriti e con malattie delle ossa, delle articolazioni e dei muscoli.

Con la polineurite tossica spesso la decisione non è possibile se non a malattia inoltrata, quantunque in essa per lo più le paralisi sono bilaterali e simmetriche.

Come si è detto la cura della poliomielite acuta può avere possibilità di successo solo se praticata nelle fasi preparalitiche.

Si avrebbero vantaggi dalla sieroterapia. Questa va praticata con iniezioni di siero prelevato da convalescenti di poliomielite acuta (siero convalescente), da individui che hanno sofferto la malattia da qualche tempo ma da non più di venti anni (siero immune) e da individui adulti normali che non risulta abbiano sofferto la malattia (siero antivirale).

Il siero deve essere iniettato nel rachide introducendo una quantità di siero eguale a quella di liquor prelevato. Questa iniezione dovrebbe essere seguita da un'iniezione dello stesso siero per via endovenosa o intramuscolare. In complesso si devono somministrare non più di 100 cmc. di siero. La puntura lombare può riuscire vantaggiosa riducendo gli effetti lesivi sul midollo dipendenti dall'aumentata pressione del liquor. Pertanto si deve estrarre liquor nella quantità sufficiente a far tornare normale la pressione.

Si trova in commercio un siero profilattico preparato immunizzando i cavalli con il virus poliomielitico. Questo siero si sarebbe dimostrato utile in una epidemia di poliomielite recentemente verificatasi in Danimarca.

DR.

Le sindromi neurologiche del reumatismo vertebrale.

(L. MASSION-VERNIORY. *Le Scalpel*, 25 gennaio 1936).

La spondilite reumatica è un'affezione molto frequente. In ragione del polimorfismo delle sue manifestazioni cliniche spesso non viene diagnosticata inducendo ad errori terapeutici. L'assenza di altri segni articolari concorre alla confusione. Avviene così che non sono riferite all'origine vertebrale nevralgie brachiali, intercostali o sciatiche, e sono curate per calcolosi renale una lombaggine cronica e per aneurisma dell'aorta o per ulcera gastrica una ne-

vralgia intercostale dipendente da lesione vertebrale.

Dal punto di vista anatomico conviene ricordare che i forami di coniugazione, sede abituale della lesione, sono circoscritti in avanti dai corpi delle vertebre e dal menisco intervertebrale, indietro dell'articolazione apofisaria e dal legamento giallo, in alto ed in basso dai pediculi vertebrali Il forame di coniugazione ed il luogo di passaggio dei vasi e del nervo rachideo misto, funicolo, che a questo livello è circondato solo da un prolungamento della dura madre. L'alterazione infiammatoria del forame, dovuto all'osso, all'articolazione o ai legamenti provoca un'irritazione del funicolo, funiculite, che costituisce la lesione classica del reumatismo vertebrale.

Dal punto di vista clinico l'elemento dominante è il dolore, che può essere lancinante terebrante, o essere costituito solo da parestesie. Il disturbo può verificarsi improvvisamente con crisi distanziate, o in modo insidioso e progressivo.

Le sensazioni dolorose o parestesiche spesso hanno i caratteri delle radicoliti, si accentuano con la tosse, gli sforzi, lo starnuto e la defecazione, e s'irradiano su un territorio con distribuzione radicolare o neuritica. Sono esacerbate anche dalle attitudini vertebrali che tendono a restringere i forami di coniugazione, dall'estensione indietro, dall'inflessione laterale.

Obiettivamente si riscontrano iper- o ipoestesie a distribuzione radicolare, punti di Valleix, punti paravertebrali, amiotrofie, diminuzione o scomparsa dei riflessi tendinei. Si può notare anche contrattura di difesa dei muscoli delle doccie vertebrali con inflessione controlaterale della colonna.

Secondo il livello vertebrale interessato per ordine di frequenza si distinguono localizzazioni lombo-sacrali, cervicali e dorsali.

Il reumatismo lombo-sacrale può provocare neuralgie del crurale, del femoro-cutaneo, dello sciatico popliteo esterno, o di tutto lo sciatico. Più frequenti sono le crisi di lombaggine, di sciatica o lombo-sciatica. Oltre le forme algiche si possono avere stati caratterizzati unicamente dall'abolizione dei riflessi tendinei simulanti la tabe o la polineurite; in tali casi solo la radiografia consente di fare la diagnosi.

Quando le lesioni della colonna lombo-sacrale sono molto diffuse e bilaterali si può avere il quadro della polineurite o la sindrome della cauda aequina.

Il reumatismo cervicale provoca dolori che vanno dal semplice intorpidimento del braccio alle neuralgie più violente. Neuriti brachiali o cervicobrachiali di origine spondilosica si possono produrre nella donna all'epoca della menopausa, e talvolta queste manifestazioni reumatiche costituiscono il preludio di un morbo di Parkinson.

Il reumatismo cervicale può essere la causa del torcicollo spasmodico.

Il reumatismo dorsale è il meno frequente, ma forse è il più interessante in quanto può dar luogo a manifestazioni sintomatologiche simulanti altre sindromi: cardio-aortica a forme d'angina pectoris, pilorica, solare a tipo di crisi tabetica, renale, retto-vescico-uretrale.

Può dare anche luogo a nevralgie intercostali, dolori a cintura e a distanza. La diagnosi del reumatismo vertebrale dorsale riesce spesso difficile in quanto di solito non dà manifestazioni dolorose a livello del rachide.

Accanto alle funiculiti da artrite vertebrale bisogna considerare i possibili, quantunque rari, disturbi dipendenti da compressione midollare.

Per quel che riguarda la diagnosi differenziale bisogna tener presente innanzi tutto le algie psichiche che si verificano in individui neuropatici, ansiosi, ossessionati, ipocondriaci. In tali casi le manifestazioni dolorose non corrispondono a nessun territorio anatomico.

Le algie tronculari, ossia dipendenti da lesioni del tronco del nervo oltre il forame di coniugazione hanno segni caratteristici: neuralgia lungo il tragitto del nervo periferico, viva, sopravveniente a crisi, esacerbata dai movimenti e dall'allungamento del nervo (segno di Lasègue, abbassamento della spalla), calmata dalla posizione di rilasciamento del nervo, sensibilità del tronco nervoso alla pressione (punti di Valleix), aumento di volume del tronco nervoso, disturbi della sensibilità obiettiva e talvolta disturbi motori o riflessi a topografia perifica.

L'algia funicolare dà: contrattura muscolare paravertebrale, esagerazione del dolore sotto l'influenza delle inflessioni rachidee, inflessione vertebrale crociata, disturbi sensitivi a topografia radicolare, talora disturbi motori, punti vertebrali dolorosi, leggera iperalbuminosi rachidea.

Le radicoliti danno dolori esagerati dalla tosse, dallo starnuto, dagli sforzi, dalla defecazione, disturbi sensitivi a topografia radicolare, assenza di contrattura dei muscoli paravertebrali, leggera linfocitosi rachidea.

La radiografia del rachide nel reumatismo vertebrale dimostra espansioni ossee su i bordi dei corpi delle vertebre a forma di becco di pappagallo, che quando si riuniscono a quelle dei corpi vicini formano dei ponti ossei. La loro presenza in vicinanza del forame di coniugazione provoca le algie. Il corpo della vertebra è trasparente, lo svasamento delle facce superiore ed inferiore produce l'aspetto della vertebra a diabolo. Le faccette delle apofisi articolari sono alterate. Si possono notare anche calcificazioni o ossificazioni dei legamenti, inspessimento o assottigliamento dei dischi intervertebrali.

Il reumatismo vertebrale si tratta con la radioterapia profonda (otto sedute, una per

settimana). Ad essa si possono associare i salicilici, il colchico, l'iodio, lo zolfo, la crisoterapia. Se i dolori sono molto violenti si faranno applicazioni di onde corte e nel caso di reumatismo lombare iniezioni epidurali

Nell'artrosi vertebrale con sintomatologia di compressione midollare si praticherà la laminectomia. Dr.

GASTROENTEROLOGIA.

LA STITICHEZZA.

La terapia fisica nella costipazione.

(R. Kovacs. *Review of gastroenterology*, dicembre 1935).

La terapia fisica è specialmente utile nel tipo atonico della costipazione. Il modo più semplice è il *massaggio* addominale, di cui lo effetto è di aumentare il tono dei muscoli addominali, favorendo la peristalsi per azione riflessa. Non vi è nessun bisogno che sia vigoroso nè prolungato. Si applicano movimenti lenti e delicati, al ritmo di circa 12 al minuto; dapprima in forma di piccoli colpi sul colon ascendente e discendente; poi di impastamento e di rotolamento ed infine di vibrazione; in tutto, per non più di 10 minuti. Le applicazioni si fanno giornalmente ed in seguito ogni due giorni; se entro 2 settimane non si ha miglioramento, è inutile insistere. In qualche caso, si può far seguire un massaggio generale, per 10-15 minuti.

Utile può essere la stimolazione elettrica dei muscoli addominali con la corrente faradica od alternata, in modo da sincronizzare le contrazioni dei muscoli addominali con i respiri (18-20 al minuto). Durata per 10-20 minuti, a giorni alterni per parecchie settimane.

Efficace è anche l'esercizio (corsa, nuoto, cavalcare, tennis, ecc.) fatto possibilmente tutti i giorni; di scarsa utilità è il semplice camminare. Molto consigliabili sono gli esercizi speciali di ginnastica addominale, di cui l'A. dà qualche prescrizione.

Il tipo di *costipazione spastica* è caratterizzato, nella sua forma più grave, da pareti addominali contratte e sensibili, sfintere anale molto serrato con feci a forma di lapis; si ha spesso in pazienti con segni di neurastenia, che raccontano una lunga storia dei loro sintomi e sono molto preoccupati per le loro defecazioni. Nel trattamento, sono indicati il rilasciamento nervoso ed i calmanti.

Come terapia fisica, bagno generale di luce seguito da doccia scozzese; irradiazione generale con raggi ultravioletti ed esercizi fisici. Localmente, raggi infrarossi e nelle forme più gravi diatermia.

L'*uso dell'acqua* agevola il trattamento fisico. Un bicchiere d'acqua fredda (non tanto però da dare la sensazione di brivido) agisce come stimolante della peristalsi in molti individui; altri vi preferiscono l'acqua un po' calda.

Il clistere può essere usato al principio del trattamento come pulizia meccanica del retto; all'acqua tiepida, l'A. consiglia di aggiungere, con il bicarbonato di sodio, dell'hamamelis. L'acqua fredda (10°-20°) agisce da irritante se usata per clistere; può invece essere utile esternamente. E' assolutamente controindicata nelle condizioni spastiche, in cui fanno bene dei semicupi a 43° circa.

Nel trattamento sistematico, è consigliabile di usare i catartici discontinuamente e di alternarli con i clisteri, se ve n'è bisogno.

In generale, si può dire che la prognosi è abbastanza buona per la media dei casi atonici, purchè non siano arrivati alla dilatazione di tutto il colon. Invece, è assai dubbia la prognosi nella forma spastica. *fil.*

Il valore dei rimedi selettivi nel trattamento della costipazione.

(M. G. Mulinos. *Ibdem*).

Nella consueta forma della costipazione, dovuta a cattive abitudini, dieta inadatta, insufficienza di acqua e di esercizio, colon atonico o spastico e condizioni dolorose (emorroidi, ragadi anali), gli esami radiologici dimostrano che il colon prossimale ha attività normale, mentre la ritenzione fecale ha sede distale. Per lo svuotamento di quest'ultima parte, basta un clistere saponato. Quando il sigma è pieno di masse fecali dure, il volere sospingerle con un lassativo attraverso un colon spastico o delle emorroidi rigonfie può essere dannoso, sicchè si deve far precedere il clistere.

La costipazione dovuta ad *atonia del colon* va trattata con irritanti deboli, come i suppositori; utili sono i clisteri con glucosio, bile, glicerina, sapone, con abbondante quantità di acqua (1-2 litri). Molto utili sono delle piccole dosi di stricnina (1-3 mg. di solfato) somministrata un'ora avanti la prima colazione.

La stricnina è controindicata nella costipazione spastica, in cui si daranno invece dei calmanti: piccoli clisteri emollienti, di olii o colloidi; tintura di belladonna od atropina per bocca, in quantità tale da dare un po' di secchezza in bocca. Con lo svuotamento del colon, viene rimossa una causa della spasticità, la massa fecale.

La stricnina e l'atropina possono essere combinate con un lassativo, come l'aloe o la senna.

Nei pazienti costretti a letto, la costipazione si combatte con gli olii minerali, i catartici blandi od i clisteri. Nei convalescenti, la peristalsi può essere stimolata con la cascara, da preferirsi ai purganti salini.

Come regole generali per la cura della costipazione, si deve tener presente: 1) che non è necessaria per lo stato di salute una defecazione giornaliera, la quale si ha soltanto nel

70 % dei normali; 2) che l'uso abitudinario di catartici come aperienti è antifisiologico.

I lassativi o purganti possono essere suddivisi in 4 gruppi: 1) quelli di cui l'azione dipende dalla massa, dalla lubrificazione o dalla ritenzione di acqua (agar, psillio, ecc.); 2) quelli che alterano i liquidi intestinali, ostacolandone l'assorbimento (solfato di sodio, di magnesio); 3) quelli che stimolano il tenue od il crasso od entrambi.

1) Le feci sono rese molli dagli olii minerali, di cui si deve evitare un eccesso per evitare il trapelamento anale, o somministrarli emulsionati; essi agiscono anche aumentando il contenuto in acqua perchè rendono difficile l'assorbimento. Utili specialmente per i bambini sono alcuni carboidrati (manna, destrine, cassia, che fermentando nell'intestino producono dei gas che facilitano i movimenti intestinali.

2) Per quanto riguarda i lassativi della seconda classe, si deve tener presente che l'uomo secerne giornalmente 3-5 litri di succhi digerenti che sono per la maggior parte riassorbiti. Qualunque impedimento al riassorbimento basta per rendere liquide le feci che distendono l'intestino e ne provocano rapidi movimenti.

Così si spiega l'azione dei catartici salini dovuta, sia all'aumento della tensione osmotica dei succhi (cloruro di sodio), sia all'azione di certi joni (solfati, fosfati, tartrati) che sono assorbiti soltanto lentamente dall'intestino. La somministrazione di forti soluzioni di questi sali può provocare la deidratazione con vertigini, nausea, collasso; non è raro trovare aumento delle emazie nel sangue.

Il *solfato di magnesio* può deprimere il sistema nervoso e contribuire ad aggravare il coma uremico; d'altra parte, impedendo l'assorbimento del calcio, può aggravare l'ipereccitabilità del sistema nervoso. Somministrato in soluzione isotonica o leggermente ipertonica, agisce in poche ore, mentre in soluzione satura esige 10-24 ore. Fa parte delle più rinomate acque minerali e non è consigliabile per il trattamento della costipazione cronica, ma piuttosto, per l'ostacolo all'assorbimento dei liquidi, per asportare una gran parte dei materiali negli eccessi del mangiare.

Il *solfato di sodio* agisce ugualmente, ma in modo più blando, essendo assorbito più rapidamente; 5 g. della soluzione al 25 % determinano catarsi in 10-20 ore, mentre in soluzione al 5 % la danno in 1-2 ore senza deidratazione.

I purganti salini possono essere bene usati nelle condizioni irritative del tratto alimentare, degli organi pelvici, nella gravidanza, come nelle emorroidi. Possono utilizzarsi anche altri sali come il citrato di magnesio (che ha il vantaggio di non avere il sapore del « sale amaro »), il latte di magnesia risponde bene come lassativo antiacido nei bambini.

3) I catartici che agiscono per le loro proprietà sull'intestino possono essere suddivisi secondo la loro azione sul tenue o sul colon.

Agiscono sul tenue l'olio di ricino ed il calomelano. L'attività del primo dipende dalla sua scissione in acido ricinoleico ed acidi grassi molto irritanti; l'azione si manifesta entro 3-6 ore e si limita da sè stessa, in quanto che l'ipermotilità impedisce l'ulteriore digestione, il che spiega che esso in Cina sia usato nell'alimentazione; ne viene anche una certa larghezza nelle dosi, tanto che possono essere usate le stesse sia per i bambini come per gli adulti. E' specialmente indicato quando si voglia ottenere una completa purgagione.

Il calomelano agisce entro 8-10 ore e va somministrato al momento di coricarsi; se si desidera una purgagione completa, si darà al mattino dopo un purgante salino. Passa inalterato nello stomaco e nell'intestino viene per la maggior parte reso inerte combinandosi con le proteine, mentre una piccola parte si converte in joni di mercurio, che irritano l'intestino e si oppongono all'assorbimento dei liquidi. Le feci sono verdi sia per l'impedita trasformazione della biliverdina in biliprasina (a causa dell'azione antisettica) sia per la formazione di solfuri di mercurio. La dose (da 10 cg. ad 1 g.) non va ripetuta prima che siano passate 2 settimane (possibilità di accumulo). E' adatto come disinfettante intestinale anche per i bambini e le gravide.

I drastici (podofillina, gialappa, scammonea, coloquintide, elaterina) non vanno usati nella costipazione.

Sono i rimedi che agiscono principalmente sul crasso quelli a cui si dà propriamente il nome di *lassativi;* essi rendono le feci molli, ma non acquose e non perdono l'efficacia con l'uso, anzi quando si vengano stabilendo abitudini regolari si possono sospendere.

Fra essi, lo zolfo e la fenolftaleina sono i più blandi ed i più irregolari nell'azione. La cascara, l'aloe, il rabarbaro e la senna contengono principii (glucosidi) per la più inattivi ma che, nell'ambiente alcalino intestinale, sono idrolizzati ed ossidati fornendo dei derivati dell'antrachinone (emodina ed acido crisofanico) ad azione catartica. L'uso di queste sostanze pure sarebbe troppo irritante, ma con la droga in natura, l'azione viene mitigata dalla lenta liberazione e dalla presenza dei colloidi.

Aumentano la congestione pelvica e sono controindicati nella mestruazione, la gravidanza, le emorroidi, il prolasso rettale.

Lo *zolfo* agisce sul colon prossimale formando dell'idrogeno solforato (che può passare anche nell'alito). E' un lassativo blando.

L'azione della *fenolftaleina* dipende dall'alcalinità dell'intestino e non si può quindi fare su di essa completo affidamento. Ne viene escreto circa l'85 % dall'intestino; la parte non assorbita passa poi nella bile ed agisce nuo-

vamente. Disciolta in olio, può agire da catartico se somministrata sottocute; in tal senso, è preferibile la fenoltetracloroftaleina.

La *cascara sagrada* è il lassativo più blando del gruppo dell'emodina e va somministrato in forma di estratto fluido, in due volte: prima o dopo i pasti ed al momento di coricarsi; per il sapore amaro, è utile darlo prima del pasto, chè in tal modo agisce anche sull'anoressia.

L'*aloe*, ed il suo principio attivo l'aloina, è talvolta più efficace che la cascara; la sua azione è aumentata dai sali di ferro a cui viene spesso combinato. Produce congestione pelvica, per cui è usato anche come emmenagogo e può favorire l'aborto.

Il *rabarbaro* è il meno efficace del gruppo per l'irregolarità della sua azione. Le piccole dosi possono dare costipazione, mentre quelle forti sono più spesso seguite da costipazione.

La *senna* trova le sue indicazioni quando la cascara e l'aloe hanno fallito; è un ingrediente di molti lassativi a base di frutta. Si può somministrare a parti uguali con fichi secchi, datteri, prugne, uva.

I catartici emodinici, ivi compresa la fenolftaleina, vanno somministrati a dosi refratte. Utili sono, a tale scopo, i trochisci del Formulario degli Stati Uniti A., contenenti 6 cg. di fenolftaleina ed aromatizzati con vanillina; essi si desintegrano molto lentamente, il che contribuisce ad una lenta distribuzione della droga; così pure è da tenersi in considerazione la possibilità di incorporarla nella gomma da masticare.

Di somma utilità è il seguire certe regole igieniche, fra cui l'A. insiste specialmente sulla necessità di bere dell'acqua a piccole dosi durante la giornata (Du Bois raccomanda un bicchiere di acqua 8 volte al giorno). Nocivo è l'uso del caffè, che riduce la capacità dei tessuti a trattenere l'acqua.

L'A. accenna poi all'azione del lobo posteriore della pituitaria, utile nel tipo spastico, ed a quella della fisostigmina od eserina, utile in quello paralitico; l'uso specialmente di quest'ultima non tende a diffondersi anche per la difficoltà di distinguere i due tipi di costipazione. *fil.*

Alimenti e rimedi produttori di massa nel trattamento della costipazione.

(W. A. BASTEDO. *Ibidem*).

È anzitutto necessario considerare *l'acqua*, che non è un alimento, ma che entra nella costituzione di tutti. È un fatto che essa favorisce la trasmissione dallo stomaco al colon, che essa poi attraversa venendone assorbita. L'introduzione di notevoli quantità di acqua può, più che provocare i movimenti intestinali, attivare la secrezione renale; d'altra parte, una quantità troppo scarsa di acqua tende a dare delle feci secche, dure specialmente se esse ristagnano a lungo nel colon, come accade nella costipazione.

I vari alimenti contengono una varia quantità di acqua; nessuno però ne contiene una quantità sufficiente per la sua metabolizzazione, nemmeno il latte che presenta un deficit di 10 cmc. di acqua per ogni 100 calorie. È quindi necessaria l'ingestione di una certa quantità di acqua, oltre a quella dei cibi, ivi compresi i brodi, le zuppe, ecc.

Da parte dei vari *alimenti* si hanno nel crasso: 1) distensione, per la massa totale dei residui; 2) irritazione meccanica, per i vari materiali grezzi (fibre, bucce, ecc.); 3) irritazione chimica per gli zuccheri, gli olî aromatizzanti, gli acidi lassativi (con i loro sali) delle frutta, acidi e saponi liberi, ecc.; 4) azione delle vitamine, specialmente della B.

Grassi ed olî. — Se in eccesso, agiscono da lassativi e possono anche provocare diarrea. Secondo il grado con cui si liberano gli acidi grassi o si formano dei saponi di sodio solubili, essi agiscono da irritanti; se formano saponi di calcio depauperano l'organismo di quest'ultimo.

Vi è un limite nella digestione dei grassi dopo il quale, con il loro aumento nella dieta, aumenta in maggior proporzione l'eliminazione con le feci. Gli esteri più alti, quasi si trovano nella carne, sfuggono più facilmente alla digestione, che quelli più bassi (del burro). Con una dieta contenente 96 g. di grasso della carne e del lardo, si eliminano g. 17,2 con le feci, mentre questa quantità è ridotta a 3 g. se lo stesso contenuto in grasso si ingerisce con il latte.

Frutta. — Oltre all'azione dei residui (ved. in seguito) possono essere lassative per gli acidi od i sali catartici. Le frutta del genere *Citrus* contengono citrato di potassio ed acido citrico, che diventa citrato di sodio nel duodeno; l'uva contiene del bitartrato di potassio, che diventa tartrato sodico-potassico; le mele contengono dei malati e dei citrati. Inoltre alcune frutta (mele, pere) contengono una quantità di acqua superiore a quella necessaria per il loro metabolismo.

I residui degli alimenti. — Ogni parte del cibo che non viene nè digerita nè subisce decomposizione batterica contribuisce al residuo che si accumula nella parte bassa dell'intestino. Il residuo può essere blando (derivante da uova, latte, formaggio, pane bianco, paste, patate) o grezzo (dato da pane contenente crusca, frutta, vegetali).

Della sostanza secca della carne, delle uova pane bianco, riso, passa soltanto il 5 % nelle feci, mentre del pane bruno, delle verdure ne passa il 50 %. Le feci di un individuo a dieta mista contengono 100 g. di acqua e 35 di sostanza secca; quelle di un individuo a dieta vegetariana, rispettivamente g. 260 e 75; la dieta grezza è quindi importante non solo sol-

tanto per il suo volume, ma anche per il contenuto in acqua.

Il residuo blando non è sufficiente per assicurare efficaci movimenti dell'intestino; a tale scopo è necessario aggiungere una certa quantità di alimenti a residuo grezzo che, per un uomo di 70 kg. possono calcolarsi in: 53 g. di uva, 64 di pesche, 85 di pere, 191 di mele, 230 di banane; 220 di cavoli, 255 di spinaci, 328 di lattuga, 220 di pane integrale, 22 di crusca. A peso uguale, molte frutta sono più lassative che certe verdure.

Il residuo grezzo non viene però sempre e tutto utilizzato per i movimenti intestinali, in quanto che una parte può essere distrutta dall'azione dei batteri intestinali, che è più evidente negli individui costipati, per i quali si esige spesso una quantità approssimativamente doppia.

La parte grezza (indico in tal modo il termine *roughage*, che ha però più che altro il significato di ruvido o duro) dei vegetali è costituita dalle fibrocellule lignificate, da quelle protette da cutina o suberina, dai semi ed eventualmente da masse dure, quali le cellule pietrose delle pere.

Il preciso modo di azione di tale parte grezza non è ben noto; vi sono individui che mangiano senza disturbi ogni sorta di vegetali, mentre altri ne hanno sofferenze anche notevoli. E non è detto che la ingestione di vegetali abbondanti abbia sempre azione lassativa, tanto è vero che nelle feci di molti costipati si possono trovare abbondanti residui. Ad ogni modo, sembra da escludersi che la parte grezza, di per sè, possa costituire un irritante e che sia soltanto quando vi sia già uno stato ipersensitivo.

In complesso, però, la maggiore utilità della parte grezza consiste nell'aumentare la massa del contenuto del colon; l'individuo costipato ne ha bisogno di una quantità maggiore; ma si deve tener presente che nemmeno delle forti quantità sono sufficienti per vincere quel grado di costipazione che arriva a portare il paziente dal medico.

Fra i medici vi è la tendenza di considerare dannose le forti quantità di alimenti con tale parte grezza, ma ciò non è, salvo per quei pazienti che abbiano, come si è detto, un'ipersensibilità.

Per quanto riguarda la *crusca* che viene consigliata nella costipazione, l'A. fa rilevare che essa non è un alimento, ma un rimedio irritante. È efficace soltanto se manca la parte grezza nell'alimentazione ed è controindicata nelle condizioni irritative (iperacidità gastrica, iperirritabilità del colon, colite mucosa).

Il *latte al bacillo acidofilo* viene spesso consigliato nella costipazione, ma esso è di dubbio valore e dannoso ai pazienti con stomaco irritabile.

L'aggiunta di *vitamina B* (lievito di birra, germi del grano, pane integrale) può essere efficace per facilitare il movimento intestinale, specialmente in quelli che mangiano poco e non ingeriscono una sufficiente quantità di cibo.

I *lassativi produttori di massa* sono anche essi a residuo blando e grezzo. Appartengono ai primi l'agar, la bassorina, l'adragante, i semi di *Psyllium* (*Plantago psyllium*) sbucciati e gli olî minerali; il gruppo dei rimedî di tal genere a residuo grezzo sono i semi di psillio grezzi ed i semi di lino.

Salvo gli olî minerali, la loro utilità dipende dalla capacità di assorbire l'acqua e la somministrazione va appunto accompagnata da notevole quantità di acqua. Hanno anche azione dannosa in quanto che rivestono le particelle di cibo con della sostanza mucillaginosa e ritardano l'assorbimento del calcio, del fosforo, di certe vitamine. La maggior parte non accelera il transito intestinale, ma soltanto rendono le feci più molli e di maggiore massa; comunque, fanno passare il contenuto intestinale con maggiore uniformità. Non essendo stimolanti, talvolta sono inefficaci e, per questo, vi si aggiunge della cascara o della fenolftaleina.

La quantità di massa prodotta varia. Con una dracma (g. 3,55) lasciata in acqua per 12 ore, scolandone poi quella superflua, si ottiene una massa di cmc. 6,5 con l'agar in strisce; di 20 con quello granulare; di 37 con quello in polvere; di 70 con i semi di psillio interi; di 90 con quelli sbucciati; di 190 con la bassorina.

L'aumento della massa delle feci, però, non è tanto dovuto alle sostanze stesse le quali subiscono anche una certa decomposizione nell'intestino, ma piuttosto all'acqua contenuta delle maglie e che sfugge quindi all'assorbimento nell'intestino.

L'agar, alla temperatura del corpo, non forma un gel molto abbondante; si è detto che non favorisce l'accrescimento dei germi, ma il fatto che esso serva da terreno di cultura lascia adito al sospetto che possa servire come tale anche nel colon, specialmente se non stimola la defecazione e rimane a lungo.

La *bassorina* dà alle feci una massa notevole e le rende gelatinose e di facile fermentazione; analogo effetto ha l'adragante; la sostanza madre della bassorina.

I *semi di psilio*, sia interi che sbucciati rendono le feci glutinose e tenaci; quelli interi, con grandi quantità di parte grezza, sono irritanti per gli intestini ipersensibili. Le feci da *semi di lino* sono meno collose che quelle da psillio, ma contengono molti semi intatti.

Fra le sostanze accennate è sempre preferibile usare quelle a residuo blando.

Gli *olî minerali* si mescolano col contenuto intestinale formando emulsioni; in qualche caso passa una parte non emulsionata, la quale può sfuggire dal retto, il che è incomodo; in questi casi, è preferibile darli in forma di

emulsione. Non sembra che accelerino il transito, ma ad ogni modo sono utili negli individui costipati, prevenendo la formazione delle scibale.

Essi non sono però innocui: ritardano la digestione rivestendo le particelle di cibo e soprattutto, non essendo assorbibili dall'intestino, sciolgono e lasciano sfuggire le sostanze solubili in olio, come le vitamine A, D, E. Non si deve quindi trascurare la possibilità che producano avitaminosi, specialmente nelle madri che allattano e nei bambini in via di accrescimento. È bene somministrarli lontano dai pasti (al mattino all'alzarsi ed alla sera nel coricarsi). Nella tossiemia intestinale, possono essere utili sciogliendo ed asportando i veleni solubili in olio.

Sono specialmente utili nelle condizioni di iperirritabilità intestinale, nelle emorroidi ed in altre irritazioni anali, nonchè negli individui con conglomerati di scibale dure.

fil.

DIVAGAZIONI

La psicofisiologia del ridere.

Gioconde risate di bimbi e di giovanette a cui basta un nonnulla per fare esplodere la più schietta ilarità, allegre risate di gaudenti per facezie grassoccie, accessi contagiosi di riso che prendono le folle plaudenti per le trovate di un comico, tanto più efficaci quanto più stupide appaiono a mente fredda, risata sardonica in cui la spontaneità viene sopraffatta dal raziocinio, tristi risate della follia e degli stati deliranti che stringono il cuore; tutti aspetti svariati di questo fenomeno tanto comune e pur così complesso ed oscuro nella sua essenza.

Lo studio analitico ne è stato abbastanza approfondito e ne rileva i caratteri essenziali. Meccanicamente, consiste in una serie di contrazioni cloniche sinergiche di una quindicina di muscoli del viso, che producono le note modificazioni caratteristiche dell'espressione a cui si accompagna talvolta l'effusione di lacrime. Si hanno inoltre contrazioni convulsive a scosse dei muscoli espiratori, interrotte ogni tanto da una inspirazione volontaria e difficile, il che ha anche una certa azione sul polso.

Le contrazioni convulsive dei muscoli espiratori hanno anche un effetto fonetico, in seguito al ravvicinamento delle corde vocali, per cui sono emessi a scosse dei suoni gravi od acuti, con uno sfondo di vocali diverse che dà diversa espressione alla risata.

I movimenti convulsivi possono poi estendersi ad altri muscoli, fra cui anche gli addominali, sicchè può anche aversi espulsione di feci e, più spesso, di urine, specialmente nelle donne.

Le difficoltà incominciano con lo studio delle sue origini e delle sue cause. Notevoli sono le analogie con gli accessi di epilessia corticale, di cui manca però una netta fase tonica; gli accessi di riso costituiscono una serie di convulsioni cloniche, intramezzate da tetani incompleti. Le analogie sono evidenti anche nei tracciati del respiro e del polso, nell'aumento della pressione sanguigna. Il carattere essenzialmente clonico delle contrazioni si spiega con l'intensità relativamente minore delle eccitazioni nervose.

Esistono certamente delle differenze. Nell'epilessia corticale, dal processo irritativo nella zona motrice della corteccia, partono delle eccitazioni che provocano la iperattività degli elementi cellulari del bulbo e del midollo; si hanno così le convulsioni, le quali interessano gli arti, il torace, l'addome. Invece, i movimenti convulsivi del riso hanno tutt'altra distribuzione, mentre le eccitazioni che le provocano sono cortico-talamiche ed hanno probabilmente origine nella regione opto-striata.

I fenomeni esterni del riso sono stati studiati da Insabato (*Riv. di pat. nerv. e mentale*, 1921) a proposito del solletico in cui tale autore riconosce l'esistenza di un elemento emozionale, che si trova nelle reazioni simpatiche (vaso-motorie, secretive, cardiache, pilomotrici, emotive) le quali si sovrappongono al riflesso iniziale, dimostrando che il solletico non è una sensazione specifica, ma un'emozione ottenuta mediante un riflesso con stimoli periferici adeguati, specialmente aponeurotici e tendinei.

Ma la risata del solletico, a cui va anche riconosciuta una certa analogia col piacere sessuale, ha qualche cosa di meccanico ed è simile soltanto nei suoi effetti esterni con quella della gioia e della comicità e le cause vere delle manifestazioni motrici, in questi casi, ci sfuggono sebbene non siano mancate in proposito, numerose teorie, da Hobbes, a Darwin, a Bergson.

G. Dumas, in uno studio recente della questione (*Questions cliniques d'actualité*, Masson et C.ie, 1935) osserva anzitutto che il riso risente della legge generale che le eccitazioni gradevoli sono eccitazioni leggere e che la risata può essere provocata da cause minime, sicchè le manifestazioni motrici appaiono sproporzionate alla loro causa fisiologica e psicologica.

Vari fattori entrano in causa, a cominciare dalla buona disposizione che noi prendiamo, conoscendo che le eccitazioni lievi della regione optostriata (che la corteccia avverte sotto forma sensitiva dopo averle determinate con i suoi stimoli) sono piacevoli. Nella risata derivante dalla comicità, si trovano molti altri elementi, inerenti all'amor proprio di mostrare che si è capito, di dar prova di sottigliezza di spirito, ecc.

Ma più importanti sono i fattori sociali, specialmente per quel rinforzo che molte emozioni subiscono dalla collettività. La risata derivante dalla comicità è comunicativa, contagiosa e tanto più intensa quanto maggiore è il

numero di quelli che ridono. La compartecipazione di questi è la loro partecipazione allo stesso stato morale, alle stesse idee, alle stesse opinioni, agli stessi pregiudizi, sicchè vi sono tante categorie di risate quanti gruppi e sottogruppi umani vi sono. La risata della comicità è soprattutto sociale; l'individuo che ride da solo è raro e appare, ad ogni modo, come quello che parla da solo ed anche in questo caso, osserva Dumas, la sua risata o le sue parole hanno un significato sociale.

Il riso, così inteso nella forma sociale, non costituisce soltanto un linguaggio, ma è una vera reazione di difesa, il castigo imposto dalla società a chi commette contro l'adattamento sociale quegli errori lievi che rappresentano delle azioni automatiche che si manifestano a sproposito. Così, con la risata, la società condanna la rigidità, l'incoscienza, l'automatismo, contrassegni di insociabilità.

Un altro elemento da studiare a tale proposito e che rientra nell'aspetto sociale della risata, sarebbe quello della grande vicinanza del ridicolo col sublime, per cui da questo si può facilmente cadere in quello ed alcuni vedono il sublime soltanto sotto l'aspetto del ridicolo, mentre il fanatico non si accorge di quanto vi è di risibile nei suoi atteggiamenti.

Se il ridere, nel suo aspetto sociale è una forma di linguaggio, esso non può però venire utilizzato come tale, per il carattere spasmodico della sua espressione e per il fatto che la volontà è del tutto impotente per riprodurlo; essa non interviene che per frenare la scarica motrice che parte dalla regione opto-striata (o per non frenarla per inibizione corticale), oppure prestandosi o non ai sentimenti ed alle rappresentazioni che producono il riso.

A. FILIPPINI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Dott. PIETRO TIMPANO. *Della diagnosi precoce della tubercolosi polmonare;* (2ª edizione). Vol. di pagg. XII-116 con 44 figure in nero e tre in tricromia. Luigi Pozzi editore, Roma. Prezzo L. 20.

Riportiamo qui di seguito la Prefazione che l'illustre prof. RONZONI di Milano, ha dettato per questo libro.

« Il problema della diagnosi precoce è, in tisiologia, fra gli argomenti di maggiore importanza, sia nel campo della clinica che della profilassi sociale. L'accertamento diagnostico, in base all'esperienza di guerra e di pace, d'Italia e dell'Estero, rappresenta ormai una delle spine dorsali nella nostra difesa. Diagnosticare precocemente, nel senso moderno, le malattie tubercolari, specie la varietà polmonare, significa concorrere a dominare nel Paese l'aggravamento della morbosità tubercolare.

« Per questo la diagnosi precoce è, giustamente considerata, uno dei fulcri nel campo della difesa tbc. Interessa non soltanto il medico ma l'intera Nazione. Va a grande onore della Presidenza della Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi di aver elevato questo problema alla funzione di propaganda nazionale. La settimana della diagnosi precoce si è affermata, nel primo anno di sperimento, una iniziativa utilissima. Anche in questo settore della difesa tbc., dal campo strettamente medico siamo passati al campo sociale, a mezzo di una intelligente propaganda di massa, che è destinata a favorire grandemente la conoscenza nazionale. È in questo settore l'opera del tisiologo e del medico pratico deve stare in primo piano.

« La diagnosi precoce delle malattie tubercolari, come attualmente è intesa, è la risultante di complessi metodi di indagini. Essa si basa su dati clinici, fisici, radiologici e biologici, fini e minuti; per non ricordare che gli elementi fondamentali necessari a un rilievo esatto clinico e a una giusta valutazione prognostica delle malattie tubercolari.

« Si comprende come la diagnosi precoce delle malattie tubercolari, così intesa, non sia ancora di largo e pratico dominio. Il medico pratico, specie il medico condotto, non è ancora, nella maggioranza dei casi, educato in maniera chiara ed adeguata. È necessario però che del problema egli abbia una chiara visione non solo per una educazione tecnica ma per l'importanza, come ho detto, che la difesa sociale antitubercolare, coi recenti provvedimenti governativi, ha acquistato in Italia, e per la necessità che il pratico collabori in modo efficace onde non risultino in gran parte perduti i benefici sociali che dalla grandiosa riforma, voluta dal Capo del Governo, il Paese attende.

« Per queste ragioni il libro sulla diagnosi precoce della tubercolosi, che il dott. Pietro Timpano presenta al medico italiano in una

seconda edizione ampliata e aggiornata, merita particolare rilievo.

« Il dott. Timpano, Direttore dell'Istituto Diagnostico di Reggio Calabria, ha portato alla lotta antitubercolare italiana un contributo non disprezzabile, con speciale riguardo all'azione che deve essere svolta nei piccoli comuni. Le sue pubblicazioni in argomento sono ben note e giustamente apprezzate fra gli studiosi italiani. Severamente preparato alla concezione clinica e sociale del problema tubercolare, Egli svolge la sua attività in un ambiente di lavoro particolarmente atto a dar valore e risalto all'accertamento diagnostico.

« La monografia che ci presenta non ha certo la pretesa di dare al lettore risolta una questione così complessa: troppi punti devono ancora essere precisati e definiti vis-à-vis dell'accertamento diagnostico. Egli in forma chiara e piana, in base alla osservazione personale e alla esperienza degli autori, è riuscito a dare all'accertamento diagnostico, quale è modernamente inteso, una idea chiara, adeguata e sufficiente, e a lasciare nel lettore la convinzione delle utilità sociali dei centri di accertamento. Il dott. Timpano in questa pubblicazione ha raggiunto lo scopo propostosi di stendere una monografia pratica e pel pratico.

« L'opera di cultura clinica e di propaganda, ben condotta, è da raccomandare ai nostri studiosi, presso i quali non mancherà certo di suscitare vivo interesse ».

Milano, 10 marzo 1936.

Prof. GAETANO RONZONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

F. SERGENT e COLL. *Traité élémentaire d'exploration clinique*. Vol. in-8° di 1176 pagg. con 140 fig. e 10 tav. a colori. Masson & C. Paris, 1935. Fr. 145.

Circa 20 anni fa veniva dato alla luce, sotto il titolo *Tecnica clinica e semeiologica elementare*, un piccolo volume, che aumentato poi di mole di anno in anno, è stato di guida a parecchie generazioni di medici e di studenti, sia in Francia che all'Estero.

Dopo parecchi anni di silenzio, l'antica *Tecnica clinica* si è ora trasformata in questo *Trattato elementare d'esplorazione clinica*.

Se però la mole di quest'opera è ancora aumentata, essa ha conservato sempre il suo carattere e cioè la precisazione sia della tecnica dei metodi d'indagine di cui dispone attualmente il medico sia del significato da dare ai risultati ottenuti, onde utilizzare praticamente tali metodi.

Tale essendo lo spirito del libro, si comprende come tutti gli apparecchi, tutti i sistemi, tutti gli organi siano studiati, sia dall'A. che dai suoi valorosi collaboratori, secondo questo principio. Nella stessa guisa tutti i mezzi di esplorazione che sono di applicazione classica sia al letto del malato che in laboratorio sono descritti con la tecnica più rigorosa ed il valore semeiologico dalle alterazioni che possono rilevarsi è discusso con la più grande precisione.

Questo libro quindi si propone di riuscire utile sia per lo studente ai suoi primi passi, che per il medico pratico per poter stabilire una diagnosi clinica con la maggior precisione possibile e si può dire che tali scopi sono stati pienamente raggiunti. *a. p.*

J. AMAN. *Zur Entstehung un Frühdiagnose des Krebses*. In-8° di 16 pag. Repetitorien-Verlag, Leipzig, RP. 1.

La causa del cancro è, secondo l'A., da ricercarsi in un cocco ubiquitario, isolabile dal corpo umano, coltivabile in coltura pura e capace di riprodurre la malattia. Esiste poi una predisposizione generale e locale, legata all'attività o meno del sistema reticolo-endoteliale.

Si possono poi preparare, dalle colture del detto cocco, dei vaccini diagnostici, che sarebbero utili per svelare lo stato di precarcinosi e per il trattamento, analogamente a quanto si fa con la tubercolina.

Relata refero. *fil.*

G. ASTOLFONI. *Dizionario delle specialità farmaceutiche*. Vol. in-8° di pagg. 1500, U. Hoepli, Milano, 1936, L. 60.

Trattasi di un dizionario in cui sono ricordate circa 20.000 specialità sia italiane che straniere, usate in Italia, compresi i sieri, i vaccini, i prodotti omonici, opoterapici, vitaminici. Di ogni preparato è data la composizione chimica, la posologia, le indicazioni terapeutiche.

Giustamente concepiti, completano il libro due indici, uno in cui le specialità terapeutiche sono raggruppate secondo la loro azione terapeutica, l'altro in cui i prodotti sono elencati secondo il criterio chimico.

Un dizionario così completo delle specialità farmaceutiche sarà senza dubbio bene accetto ai medici pratici, la cui memoria spesso è posta a dura prova, dato il numero enorme raggiunto dalle specialità medicinali. *a. p.*

Wiener Archiv f. innere Medizin. Vol. 28. fasc. I. Di 160 pagg. con 23 figg. Urban e Schwarzenberg, Wien. 1935. Prezzo RM 15,50 (Ah. 31).

Fra i dieci lavori qui contenuti, citiamo: Il metodo del sondaggio duodenale frazionato a brevi intervalli, per le prove funzionali sul pancreas (W. Berger, J. Hartmann e H. Leubner). L'analisi radiologica della costipazione (R. Pape). La clinica delle alloritmie extrasistoliche (C. Bloch). Contributo alla questione della perspiratio insensibilis negativa (H. Kahler e R. Schmidt). La patologia sociale del diabete mellito (J. Benedict e S. Kemeny). Gli ormoni del ricambio e la so-

stanza insulinogena della preipofisi (K. J. Anselmino e F. Hoffmann). L'origine della diastasuria nella polmonite (I. Pavel, I. Radvan e B. Volovici). Due studi sul suono di percussione di A. Winkler e N. G. Guntscheff.

fil.

Wiener Archiv f. inn. Medizin. Vol. 28, fasc. 2, di 160 pag., con 25 fig. e 15 curve. Urban e Schwarzenberg. Wien, 10 febbr. 1936.

Il presente fascicolo della nota rivista contiene 10 lavori, fra cui citiamo: Le poliartropatie tubercolari croniche, come pietra di paragone del problema della bacillemia (W. Berger e P. Ludewig). L'analisi radiologica della costipazione (R. Pape). Il sondaggio duodenale frazionato a brevi intervalli (W. Berger, J. Hartmann e Lenhner). La clinica delle alloritmie extrasistoliche (C. Bloch). Respirazione e sintomi di allarme (T. Klein). Le temperature subfebbrili (E. Landa). Il valore diagnostico della coagulazione del siero secondo Weltmann (R. Teufl). *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 9 gennaio 1936.

Contributo radiologico alla diagnosi e differenziazione dei tumori intestinali.

Prof. M. LAPENNA. — L'O. presenta alcuni casi di lesioni dell'intestino nei quali la radiologia ha apportato un valido contributo all'accertamento diagnostico.

Il primo caso concerneva una giovane signora nella quale erano insorti pochi mesi prima modici dolori alla fossa iliaca destra accompagnati, per breve periodo, da diarrea. Obbiettivamente si palpava una tumefazione duro-elastica, liscia, modicamente dolente.

L'esame radiologico aveva dimostrato una grave retrazione organica del ceco, con irrigidimento della parete e diffusione del processo anche all'ansa terminale dell'ileo. Nessun disturbo della canalizzazione ileo-cecale, perfetta mobilità del tratto ileocecale.

L'O. discute i sintomi radiologici e mette in rilievo come specialmente la conservata canalizzazione pure con contemporanea diffusione del processo all'ansa terminale dell'ileo siano segni importanti per la diagnosi di tubercoloma del ceco, anche in mancanza di qualsiasi altra localizzazione tubercolare. Il reperto in questione fu confermato operativamente ed ebbe il controllo istologico.

L'O. presenta poi, anche a titolo di confronto, altri due casi in uno dei quali trattavasi di un tumore probabilmente di tipo epiteliale del colon ascendente, nell'altro di una tubercolosi diffusa ileo-cecale in soggetto affetto da tubercolosi polmonare.

Da ultimo l'O. presenta un caso non comune di linfosarcoma del tenue, a sede alta, esteso dall'angolo di Treitz a gran parte del digiuno e ne rileva i sintomi clinici e radiologici più importanti: fra i primi le profuse emorragie, fra i secondi le caratteristiche dilatazioni aneurismatiformi particolari di questo tipo di tumori che non dànno luogo quasi mai a stenosi del lume intestinale.

Adunanza del 30 gennaio 1936.

Sul valore diagnostico della reazione di Takata.

Prof. G. C. DOGLIOTTI. — L'O. dopo alcuni accenni bibliografici, riferisce sul comportamento della reazione di Takata sul siero di sangue in circa 200 ammalati di varie forme morbose e sovratutto in epatopazienti; tenendo conto solo dei gradi estremi della reazione (intensamente positiva, negativa) l'O. giunge alla conclusione che essa rappresenti un mezzo diagnostico di notevole importanza nelle affezioni del fegato, poichè la completa positività venne riscontrata sempre e soltanto in casi di cirrosi epatica. In altre malattie, in cui può essere più o meno turbato l'equilibrio proteico del siero (nefriti, epatiti, polmoniti, cachessie, di varia origine), la reazione o risulta negativa o soltanto parzialmente positiva. L'O. in base alle ricerche personali ritiene che nel determinare la positività della reazione abbia una notevole importanza l'inversione del rapporto albumine:globuline, del siero, senza che tale fatto rappresenti la condizione necessaria e sufficiente affinchè la reazione sia positiva. Altri fattori ancora ignoti, certamente in rapporto alla disfunzione epatica nel corso della cirrosi, devono intervenire, e con la massima importanza, nella reazione.

Ancora sull'ulcera duodenale cronica nell'età giovanile

Prof. GIOVANNI CAVINA. — Ai dieci casi già riferiti nell'adunanza del 27 giugno 1935 ne aggiunge ora un altro molto interessante osservato in un giovanetto di appena 14 anni, sofferente di disturbi gastrici dall'età infantile, sottoposto inutilmente ad appendicectomia, operato con successo di resezione radicale per ulcera duodenale penetrante nel pancreas. *Il Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Elefantiasi congenita del rene e dello scroto.

Zschau (*Dtsch. Z. Chir.* 245, 513, 1935) dice come la causa principale dell'elefantiasi acquisita sia una stasi linfatica insorgente sia in seguito ad agenti sia meccanici che infettivi. Ma non tutti i casi di elefantiasi si possono spiegare con questi meccanismi. Particolarmente difficile è la spiegazione di casi insorgenti familiarmente come ne sono stati descritti da Brandt, Reich, ecc.

Raramente è stata poi osservata l'elefantiasi come malattia congenita. Secondo Ascher se ne possono distinguere 2 gruppi: 1) Elefantiasi linfogena; 2) Elefantiasi su base emangiomatosa o neurofibromatosa. Solo i casi del primo gruppo vanno considerati come casi di elefantiasi vera e propria. Talora l'etiologia è evidente allorchè p. es. sulla base di solchi cutanei limitanti la zona elefantiasica si può ricostruire un meccanismo di stasi locale endouterina. Altri casi si possono solo spiegare in via costituzionale specialmente le forme familiari.

L'A. riporta un caso di un bambino di 6 mesi che sin dalla nascita presentava una enorme tumefazione del prepuzio e dello scroto a carattere elefantiasico, meccanismo di insorgenza non chiaro.

Terapia: Resezione della pelle del prepuzio e dello scroto. Buon risultato funzionale e cosmetico.
A. CALÒ.

Quattro casi di distrofia renale cronica.

Guimpelson e Fatianova (*Journ. d'Urol.*, ottobre 1935) riferiscono 4 casi di questa rara anomalia renale capitati in otto anni nella clinica Urologica di Mosca. La d. r. c. consiste nella presenza dei reni ambedue nello stesso lato, per cui l'uretere del rene distrofico che sbocca in vescica nella sede normale deve necessariamente incrociare la linea mediana. I reni, situati uno sull'altro, possono essere in qualche caso anche uniti per i poli vicini, ma quest'ultimo è un carattere puramente accessorio e non necessario. Finora nella letteratura mondiale erano noti soltanto 141 casi simili, di cui soltanto 30 diagnosticati prima dell'operazione. L'anomalia di per sè sola non richiede alcun trattamento speciale, ma solamente questo si rende necessario in caso di complicazioni.
V. LOZZI.

Perforazione spontanea di un calcolo renale; flemmone perirenale. Guarigione con completo ripristino della funzione renale.

Zinner (*Z. Urol. Chir.*, V, 45, p. 215, 1935) riferisce il caso di una donna di 41 a. la quale sofferente da 2 anni di coliche renali d., fu operata per flemmone perirenale. Nella cavità ascessuale fu rinvenuto un calcolo biancastro di 10 × 5 × 3 mm che aveva perforato la pelvi. Fistola urinosa per 17 giorni poi chiusura e guarigione.

La eliminazione dell'indigo e dell'uroselectan, che mancava prima dell'intervento, si ristabilì in modo normale a guarigione avvenuta.
P. STEFANINI.

Endometriomi vescicali.

Pérard e Elbim (*Jour. d'Urol.*, giugno 1935) osservano che l'endometrioma vescicale è un tumore, che compare esclusivamente nelle donne, presenta delle analogie morfologiche e fisiologiche con la mucosa uterina (fenomeni congestizi ed emorragici durante il periodo mestruale, reazione deciduale durante la gravidanza), e rappresenta non più una rarità eccezionale giacchè se ne conoscono circa una quarantina di osservazioni. Esso si incontra durante il periodo in cui è massima l'attività genitale della donna (30-40 anni), e può dare segni vescicali svariatissimi (pollacuria, dolori, raramente ematurie), che hanno la caratteristica di comparire o accentuarsi durante il periodo mestruale. Spesso le pazienti hanno un periodo di sofferenze ginecologiche e molto spesso sono sterili. Cistoscopicamente l'End. ha l'aspetto di un tumoretto prominente nella vescica; sottomucoso, con una superficie mammellonata, in cui sembra vedere delle cavità cistiche trasparenti bluastre. Spesso nella vescica esiste edema bolloso, specie durante le mestruazioni. Si crede generalmente che dopo la menopausa il t. regredisca. Il trattamento migliore consiste nell'asportazione. Non si conoscono recidive. La patogenesi non sembra ben chiarita.
LOZZI.

Fistole cervico-uretrali per ischemia.

G. Cabaniè (*Journ. d. Urol.*, agosto 1935) in 9 anni ha osservato a Tangeri fra la popolazione araba circa 80 fistole uretro-vescico-vaginali di cui 25 ne ha operato. L'A. mette in evidenza la relativa frequenza di questa lesione nelle donne arabe povere, e la grande differenza che esiste fra le comuni fistole vescico-vaginali e quelle cervico-uretrali-vaginali in cui la distruzione più o meno estesa dell'apparato sfinterico del collo vescicale domina nel quadro patologico della lesione. Queste fistole infatti sono difficilissime da curarsi, specialmente se il collo vescicale è completamente distrutto. In quest'ultimo caso per giungere alla guarigione è necessario ricorrere alla creazione di una neouretra sec. Perard-Marion.
LOZZI.

Sul meccanismo di azione della decapsulazione e risultati prossimi e remoti della stessa nella cura della nefrite emorragica.

P. R. Colella (*Arch. Urol.*, XII, 695, 1935), dice che sotto la denominazione di nefrite emorragica dobbiamo intendere quelle forme

di cui l'ematuria è il solo sintoma, e non sono presenti tutti gli altri sintomi generali ed urinari delle nefriti, perchè in tale evenienza si deve parlar di nefrite cronica banale complicata da ematuria. Espone poi l'anatomia patologica, dalla quale risulta dagli ultimi studi come in tutti i casi in cui prima si era parlato di ematurie essenziali siano state trovate delle lesioni circoscritte, che sono risultate dello stesso tipo di quelle che si riscontrano nelle nefriti banali.

Dopo aver parlato della sintomatologia, passa a discutere le varie teorie che finora hanno tenuto il campo per quanto riguarda la etiologia e la patogenesi, e di conseguenza la terapia.

Riporta quindi le osservazioni su 10 casi che sono stati operati nella Clinica urologica di Milano, in nove dei quali fu fatta la decapsulazione ed in uno la nefrectomia.

Avendo avuto completo risultato di guarigione su 8 casi dei 9 decapsulati, conclude dicendo come la decapsulazione renale deve esser considerato l'intervento di scelta in caso di nefrite emorragica. Nei casi in cui tale intervento non dà risultati, il n. 10 fra i suoi, bisogna pensare che l'ematuria sia in dipendenza di altre lesioni, ad es. una nefropielite a manifestazione ematurica, e non incolpare la decapsulazione come poco atta a dar la guarigione in simili casi. In base alla guarigione di un paziente consiglia di praticarla, se necessario anche bilateralmente, ma ciò in epoche distanziate tra di loro, perchè spesso anche se l'ematuria è bilaterale, la decapsulazione di un solo lato, probabilmente agendo in via riflessa, la fa cessare. U. BRACCI.

La cura delle nefriti azotemiche.

P. Pozzilli, in una sua recente pubblicazione (*Off. poligrafica laziale*, Roma) si occupa dell'interessante problema, sfatando vecchi pregiudizi e fornendo le direttive di una cura che meglio aderisce alle reali condizioni della pratica, per cui al fatalismo tradizionale che voleva infallibilmente condannato il nefritico deve succedere la fede nella possibilità di guarigione.

Dopo un breve riassunto sull'etiopatogenesi delle nefriti croniche azotemiche e sulla loro anatomia patologica, diagnosi e prognosi, l'A. passa alla cura, che va fondata sopra un esatto giudizio diagnostico, per il quale non deve trascurarsi nessun mezzo, fra cui indispensabile la determinazione dell'azotemia, oltre all'accurato esame dei vari organi.

Se non vi è ipertensione si consiglierà un regime ipoazotato e si educherà il paziente a bere poco e sopratutto a digiuno. In una seconda fase, quando l'azotemia sarà ritornata normale, si darà un'alimentazione più ricca di materiali azotati, specialmente vegetali. Il latte, che era considerato come l'alimento più adatto per i nefritici, sarà concesso soltanto in adatta proporzione con gli altri alimenti (tenuto conto del suo contenuto in acqua, albumina e sale).

Nello stadio acuto, la terapia del riposo, con regime dietetico, costituisce una necessità. Allo stato cronico, si possono tollerare un regime di vita ed una dieta pressochè normali, purchè la funzione renale si mantenga sufficiente.

La presenza di albumina nelle urine non indica necessariamente la somministrazione della dieta lattea; questa, anzi, va evitata nelle forme infiammatorie acute, specialmente nel primo periodo. È il tasso della azotemia e non quello dell'albuminuria, che fornisce gli elementi del giudizio per una dieta opportuna.

Nella nefrite azotemica classica, l'aumento dell'urea sanguigna può essere dovuto a ritenzione di cloro ed in tal caso, la soppressione del sale può riportare l'azotemia a cifre quasi normali. Ma esiste una sindrome azotemica per difetto di cloro ed in tal caso, la somministrazione di sale fa assistere ad una vera resurrezione.

Si deve tener presente che le eccessive limitazioni dietetiche diventano, alla lunga, dannose; così la dieta vegetariana prolungata è anemizzante, insufficiente ed inutile, senza contare che il mantenimento di un rigoroso regime dietetico incontra delle difficoltà pratiche.

Di grande importanza è l'accurata sorveglianza dell'apparato circolatorio. Nella fase ipertonica, con spasmi, sono utili i sedativi ed altri rimedi (calcio-diuretina, luminal, trinitrina, solfo-piretoterapia, proteino-terapia aspecifica). Nella fase ipertensiva, controllare la quantità dei liquidi ingeriti; quando poi compaiono i segni di indebolimento cardiaco, somministrazione di digitale, associata eventualmente all'adonis ed alla sparteina. *fil.*

NOTE SULL'ANESTESIA

L'anestesia col cicloprapano nella chirurgia toracica.

R. Griffith e A. Rowntree (*C. R. in Anestesia e Analgesia*, 1935) riferiscono su una lunga serie di casi (in totale qualche migliaia) di interventi eseguiti con l'anestesia col cicloprapano. Questo nuovo anestetico è un idrocarburo come l'etilene e l'acetilene, alla temperatura ambiente allo stato gassoso e la somministrazione si fa con gli stessi apparecchi e con tecnica simile a quella degli altri gas. Però, dato che il cicloprapano ha un potere anestetico molto superiore a quello dell'etilene e protossido di az. si somministra nella proporzione di 10-15 % di ossigeno.

L'esperienza clinica che data dal 1929, anno in cui fu introdotto tale gas nella pratica del Lukas è stata sempre favorevole: si ha una narcosi rapida senza sensazioni spiacevoli (il cicloprapano è inodoro) risveglio rapido, buon rilasciamento muscolare. Nella chirurgia polmonare ha il vantaggio che diminuisce l'ampiezza delle escursioni respiratorie. Data la

piccola quantità che è necessaria la spesa non è maggiore che per l'etere, i disturbi consecutivi assai scarsi. V. GHIRON.

Sulla nuova narcosi per inalazione con il vinethen.

W. Baetzner (*Arch. Klin. chir.*, vol. 184, p. 331, 1935) ha eseguito 250 narcosi con questo nuovo anestetico che volitilizza a 28-31° e che viene somministrato a gocce come l'etere.

La narcosi profonda inizia circa 40 secondi dopo l'inizio della narcosi e il risveglio completo del malato è pressochè altrettanto rapido. Crede che il vinethen sia adatto particolarmente per narcosi brevi. VALDONI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Pasta di Beck.

Al dott. Em. Mel. da S. Ang. F. abb. n. 9565.

La formula più in uso della pasta di Beck è la seguente:

(formula *B*)
magistero di bismuto . . gr. 60
vasellina filante . . . . gr. 120
sterilizza a secco per 30' a 150°.

La pasta, iniettata nei seni fistolosi, può dare radiograficamente l'immagine del loro decorso, della profondità, ecc. In qualche caso è stata descritta anche la chiusura di qualche seno fistoloso dopo l'iniezione della pasta, così anche per le fistole anali.

Le probabilità di successo sono però molto limitate. P. V.

Abilitazione a medico di bordo.

Al dott. Fan. Dec. da Al., abb. n. 10600/1.

Per il momento, e date le circostanze attuali, non si farà luogo a sessioni di esame per l'abilitazione a viaggiare come medico di bordo.

Con R. D. Legge 10 ottobre 1935, n. 2022, pubblicato sulla « Gazzetta Ufficiale » n. 282 del 4 dicembre 1935, si è data facoltà al Ministero dell'Interno di consentire, in caso di necessità e di urgenza, l'imbarco in qualità di medico di bordo a sanitari anche non muniti della speciale autorizzazione di cui all'articolo 28 del Regolamento per la Sanità Marittima.

Gli interessati possono fare la relativa domanda. A. FR.

VARIA

Ambulanze armate e trucchi abissini.

Un'intesa fra le Croci Rosse d'Inghilterra e d'Italia o, meglio ancora, fra i governi di Londra e di Roma di comunicare gli spostamenti delle ambulanze inglesi sarebbe sufficiente a eliminare qualsiasi errore da parte nostra. Ma non è certo colpa nostra, se questi avvisi giungono tardi ai Comandi italiani dopochè i voli furono compiuti. Nè è colpa nostra, se gli abissini sistematicamente mettono la Croce Rossa sui carichi di munizioni e sulle capanne dei capi. Fa onore alle ambulanze inglesi il loro spingersi in prima fila, ma non fa onore ai comandi etiopici il disordine e la negligenza nel trasmettere i dislocamenti della Croce Rossa inglese; nè alle autorità abissine il malanimo e la insigne malafede. Il seminar zizzania tra i bianchi è l'unica dottrina politica, che sia intesa dai ras e dai loro accoliti.

Ciò premesso, sia lecito domandare se vi furono effettivamente nel bombardamento di Quoram i danni, di cui si fa cenno in alcune informazioni da Addis Abeba.

Nel pomeriggio del 5 marzo — ossia il giorno dopo che un velivolo italiano presso il Lago Ascianghi, colpito alla fusoliera, ebbe colpito a sua volta l'autocolonna donde era stato sparato — il capitano Stephens, aiutante nelle unità della C. R. inglese a Quoram, radiotelefonava che « le bombe italiane non avevano fatto « gran danno ». Nulla di simile ai guai della grande guerra. Sono morti tre abissini feriti, e distrutte cinque tende ».

Il corrispondente del *Daily Express* lo stesso giorno 5 telegrafava che nessun inglese è morto ed aggiungeva testualmente che « tutto il personale dell'ambulanza è armato di vecchie carabine. Il sergente indigeno Hachin dei « Fucilieri Africani del Re », un galla, che diventò suddito inglese venti anni addietro, riuniti i suoi uomini, aprì il fuoco contro l'apparecchio, che era troppo in alto per essere colpito ».

Dopo ciò, chi volando a mille e più metri non avrebbe immaginato il solito trucco abissino di nascondere armi ed armati sotto il segno e le apparenze della C. R.? Gli arruolati delle ambulanze non hanno facoltà di sparare.

L'umanità e la generosità dell'aviazione italiana è nota. Dal volo della dannunziana squadriglia « la Serenissima » su Vienna durante la grande guerra al volo del generale Ranza su Addis Abeba lo stile è sempre lo stesso. Nel primo caso furono gettati manifestini, nel secondo furono fatte fotografie.

Da *Il Piccolo* (Roma), 10 marzo 1936.

Palle dum dum e vaiuolo.

Sotto questo titolo, l'on. prof. E. Morelli, documenta, in un efficace articolo comparso sul « Giornale d'Italia » dell'11 marzo, la capacità a delinquere degli ufficiali superiori dell'esercito inglese, traendone i dati dal volume di C. Nicolle: « Naissance, vie et mort des maladies infectieuses ». Risulta che il gen. Amberst, governatore della Nuova Scozia, e il suo subordinato col. Bonquet, in occasione della ribellione di Pontiac, nel 1763, progettarono di diffondere il vaiolo tra i ribelli. Secondo l'abate Meillard, che era missionario tra quegli indigeni, l'attentato sarebbe stato anche attuato e avrebbe avuto esito in un'epidemia, la quale, per altro, può spiegarsi anche ammettendo il contagio inintenzionale. Comunque resta la « capacità a delinquere ».

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Dimissioni volontarie illegittime per vizio del consenso.

Si è presentato all'esame del Consiglio di Stato un caso interessante. Un impiegato fu imputato di diffamazione in danno del Podestà e fu condannato dal Pretore a tre mesi e dieci giorni di reclusione. Il Podestà fece poi remissione della querela e l'imputato fu prosciolto. Frattanto egli aveva presentato le dimissioni, che il Podestà accettò con deliberazione divenuta esecutiva. Definito il procedimento penale, l'impiegato fece una istanza al Commissario prefettizio, succeduto al Podestà, e chiese di essere riammesso in servizio. Ma questa domanda non fu accolta perchè il rapporto di impiego era estinto per effetto delle dimissioni accettate. L'impiegato ricorse alla G.P.A. in sede giurisdizionale contro la deliberazione 23 febbraio 1929, che aveva accettato le dimissioni, e dedusse che quell'atto era improduttivo di effetti giuridici perchè *egli non si era determinato liberamente alle dimissioni*, ma vi era stato indotto, in seguito a trattative col Podestà, per ottenerne la remissione della querela. La G.P.A. respinse il ricorso. Diverso risultato ha avuto il giudizio in Consiglio di Stato. La V Sezione, con decisione 18 ottobre 1935, n. 857, ha considerato che *la posizione di soggezione gerarchica* nella quale l'impiegato si trovava di fronte al suo capo e il contrasto determinatosi con conseguenze in sede penale, escludeva la libertà di determinazione dell'impiegato, querelato e sospeso per atto del Podestà; e, quindi, era invalida la dichiarazione di dimissioni. Insomma, il consenso era viziato e perciò improduttivo di effetti giuridici.

La V Sezione ha però fatto salva l'azione disciplinare, per la quale dovrà svolgersi il relativo procedimento, tanto più che, quando fu promosso il giudizio penale, l'impiegato fu sospeso dall'ufficio e dallo stipendio. Remossa la dimissione, rimaneva il fatto disciplinarmente perseguibile e continuava ad avere effetto il provvedimento di sospensione sino all'esito del procedimento disciplinare.

Il caso è notevole per la singolarità delle sue circostanze e, specialmente, perchè è stato ammesso il ricorso dopo molto tempo dalla comunicazione della deliberazione che aveva accettato le dimissioni. Evidentemente si è considerato che l'esercizio del rimedio giuridico è possibile soltanto quando cessi quello stato di soggezione gerarchica che ha escluso o minorato la libertà di determinazione.

Risalendo dal caso particolare alla risoluzione di massima, la quistione perde importanza perchè non è dubbio che siano invalide le dichiarazioni di volontà viziate da violenza, dolo o errore e nulle le dimissioni che non siano effetto di volontaria e libera determinazione.

Qualificazione giuridica della ricetta medica.

Il caso che la Corte di Cassazione penale ha esaminato e deciso e che qui segnaliamo è senza precedenti specifici. Romeo Antonino, valendosi di un blocco di fogli, per la formazione di ricette, appartenente ad un medico chirurgo, scrisse in un foglio due prescrizioni e vi appose la falsa sottoscrizione dello stesso sanitario. Esibì poi la ricetta ad un farmacista, il quale ebbe sospetto, non eseguì la prescrizione (Pantophon) e constatò il falso. Contro Romeo fu iniziato procedimento penale. Ecco la quistione: *falso in scrittura privata* o *falso in certificato?* La risoluzione non era difficile; ma la sentenza 5 marzo 1935 della Corte di Cassazione penale è interessante perchè, agli effetti penali, ha definito giuridicamente la « ricetta », cioè quel foglio che contiene la prescrizione del medico. « La ricetta medica — dice la sentenza —, in quanto prescrive medicinali ed eventualmente le modalità della cura che il sanitario ritiene adeguata, costituisce *scrittura privata*. Essa esprime anzitutto il giudizio del sanitario; constata l'assistenza di lui al paziente e la prestazione dell'opera professionale; è per il sanitario fonte di possibili responsabilità civili e penali; può far parte del patrimonio scientifico di lui quando, ad esempio, prescriva una cura nuova. Inoltre, quando si riferisca a stupefacenti, essa è necessaria perchè il farmacista possa rilasciarli; serve a costui come prova della vendita; deve essere conservata per il controllo da parte dell'autorità. Qualora si tratti di ricette rilasciate ai poveri, la ricetta può anche costituire la prova di un rapporto creditorio del farmacista verso il Comune o, in genere, verso l'ente cui incombe il pagamento dei medicinali ».

È però da avvertire che questi concetti non potrebbero essere utilizzati dal punto di vista civilistico, cioè per il significato proprio di scrittura privata, definita dal codice civile. La Corte di Cassazione ha considerato la ricetta in rapporto all'art. 485 cod. pen.

La stessa sentenza, poi, esclude che si tratti di *certificato* e ha soggiunto: « certificato si avrebbe se il medico rilasciasse una relazione diagnostica, attestando, circa la natura della malattia, lo stato patologico del paziente, la impossibilità di lui a compiere determinati atti, ecc. ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

I problemi della cultura alla Camera dei Deputati.

Discutendosi alla Camera dei Deputati il bilancio dell'Educazione Nazionale, il ministro De Vecchi di Valcismon ha tenuto un ampio discorso. Ci limitiamo a riferirne alcune parti, che concernono la cultura superiore.

Dopo avere accennato alla recente legislazione sulla struttura e il funzionamento del Consiglio Superiore dell'E. N., il ministro aggiunge:

Come per il Consiglio Superiore rinnovato e potenziato, così per gli altri aspetti e per le altre attività dell'Educazione Nazionale, il complesso lavoro si può facilmente ridurre ad una formula unica e comprensiva: disciplina degli studi.

Di ogni aspetto di questo lavoro e di ogni zona di azione il relatore diligente e preciso ha dato notizie assai chiare. Con la potestà conferita in questo anno al Ministro di provvedere alla istituzione, fusione o soppressione di facoltà, scuole o insegnamenti universitari ed alla fusione di Regi Istituti superiori alle Università, qualche inconveniente è cessato. Oggi i 1937 insegnamenti che si impartivano nel 1934 sono ridotti a 918 contemplati nelle nuove tabelle. Gli istituti superiori, slegati e dispersi, hanno trovato il loro legame nelle Università fondendosi con quelle; così che dei 59 istituti non sono rimasti che 23 solidi organismi, 23 vere Università degli studi che andranno sempre maggiormente consolidandosi come fattori concreti di vita scientifica e politica e di collaborazione economica. La loro struttura di tipo unico, con l'abolizione di una disparità catalogata per lettera alfabetica che li poneva sopra un diverso piano nei rapporti con lo Stato e nella necessità di mendicare i mezzi di vita alla scadenza delle convenzioni degli organi più disparati e senza certezza di continuità, ha messe le Università nelle condizioni di un rendimento costante, senza pericolosi ondeggiamenti alla ricerca di stratagemmi per vivere e produrre nelle ore più difficili.

Il Ministro afferma che è sicuro di essere nel giusto; che l'edificio fascista della istruzione superiore può ormai considerarsi costruito. Gli dà questa certezza anche l'adesione fervida dei giovani, i quali, dando prova di quella maturità e di quella serietà che il Regime ha loro donata, hanno compreso l'indirizzo e la fatica compiuta per seguirlo.

Nella discussione del bilancio dell'E. N. al Senato del Regno, un notevole discorso ha pronunziato il sen. Maragliano. Dopo aver auspicato un ulteriore accentramento di poteri, l'oratore enumera i danni che provengono dall'indirizzo seguito sovratutto negli insegnamenti della Facoltà medica, in conseguenza del quale escono dalle Università giovani non preparati all'esercizio di tutti i compiti che la società e lo Stato affidano ai medici per la difesa della salute dei cittadini. Ciò detto esalta il valore dei Maestri italiani. Enumera alcune misure che potrebbero esser prese e insiste sulla necessità che le cattedre di clinica e d'igiene siano affidate a maestri non solo scientificamente forti, ma anche ricchi di larga e lunga e riconosciuta esperienza pratica. Si augura che il Ministro riesca a creare una coscienza scientifica nazionale. Se tutto il mondo ha il diritto di utilizzare pel bene dell'umanità le conquiste della scienza, è dovere di ogni Nazione custodire ed esaltare il patrimonio scientifico nazionale.

Mentre andiamo in macchina la discussione al Senato continua.

CONCORSI

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

CAGLIARI, per Abbasanta, Armungia, Monastir-Ussana, S. Vero Millis; scad. 30 aprile.

CUNEO, per Niella Belbo, Sommarina Perno, Villanova Solaro, Scarnafigi Rufifia, Sampeyre, Envie; scad. 30 aprile.

FROSINONE, per Piglio, Amaseno, consorzio San Biagio-Saracinisco; scad. 30 aprile.

LECCE, per Cannole, Minervino di Lecce; scad. 30 aprile.

MODENA, per Paullo nel Frignano, Polinago; scad. 30 aprile.

PADOVA, per Campodarsego (2° reparto), Conselve (2° rep.), Polverara, Saonara; scad 30 aprile.

PARMA, per Compiano; scad. 30 aprile.

PISA, per Cascina, Vecchiano (2ª cond.); scad. 30 aprile.

ROMA, per Castel S. Pietro Romano, Marino (2ª condotta), Moricone, Roiate; scad. 30 aprile.

VERCELLI, per Bianzè (1ª condotta), Desana, Salussola, Mottalciata (consorzio); scad. 15 maggio.

VITERBO, per Corchiano, Bieda (fraz.); scad. 30 aprile.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — Cercasi aiuto medico interino per posto che, a suo tempo, sarà messo a concorso. Richiedesi minimo due anni di laurea; un anno di servizio ospedaliero. Scrivere inviando referenze all'Amministrazione del Pio Luogo.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Cercansi medici assistenti età massima anni 35, per servizio nel Reparto Chirurgia. Inviare subito i documenti rito e professionali alla Segreteria dell'Ospedale.

BRESCIA. *Opere Pie Raggruppate Ospedale dei Bambini «Umberto I» e Istituto Rachitici.* — Il concorso ai posti di medico chirurgo assistente presso i reparti chirurgico e medico avrà luogo per soli titoli. Scad. 15 aprile, ore 17.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civile Umberto I.* — Scad. 9 aprile, ore 12; primario radiologo; età limite 40 anni (50 per coloro che si trovino in servizio di ruolo presso altri Ospedali); L. 7000 e 4

quadrienni di L. 500, serv. att. L. 1000, compartecipaz. 50 %. Per le altre condizioni rivolgersi alla Segreteria.

TORINO. *Ospedale Maria Vittoria.* — Concorso, per titoli, ad un posto di primario della sezione di pediatria medica. Il termine per la presentazione delle domande alla Segreteria dell'Ospedale scade alle ore diciasette del giorno 15 agosto 1936-XIV. Il programma di concorso, lo statuto ed il regolamento sono visibili presso la Segreteria di detto Ospedale.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Antonio Gasbarrini, clinico medico di Padova, assume la consulenza generale delle Terme di Porretta.

Ce ne compiacciamo con questo importante stabilimento, il quale si è assicurata, per tal modo, la cooperazione di uno dei maggiori esponenti della medicina italiana.

Facciamo i nostri rallegramenti anche all'illustre studioso e Maestro.

Il prof. W. Stoeckel, ordinario di ginecologia a Berlino, è stato esonerato dall'insegnamento, per limiti d'età; ma gli è mantenuta la direzione della Clinica.

Il dott. Arnaldo de Morães è nominato professore di clinica ginecologica a Rio de Janeiro.

NOTIZIE DIVERSE

Prossimi congressi medici.

Il prossimo congresso dei medici elettro-radiologi di lingua francese avrà luogo dal 7 al 20 ottobre, nella Facoltà medica di Parigi, durante il congresso francese di chirurgia. Vi saranno tre relazioni:

Radiodiagnosi: « Semeiologia radiologica delle affezioni osteo-articolari dette reumatiche (artriti e artrosi) (Robert e Forestier);

Radioterapia: « La radioterapia ad alta tensione » (per la fisica, Vangermez e Aurjac e per la clinica, Lachepède e Mathey-Cornat);

Elettrologia: « L'elettroterapia nelle metriti » (Delherm e Dausset).

Quota: 100 fr. per i titolari e 50 fr. per gli associati. Presidente del Congresso è il prof. Réchou, di Bordeaux; segretario generale il dott. Morel-Kahn, di Parigi; si sono anche nominati un Commissario per i festeggiamenti e un Commissario per l'Esposizione che sarà unita al Congresso.

Il 6° Congresso internazionale di urologia, è stato, in seguito a circostanze impreviste, differito al 9-12 settembre. Si terrà a Vienna, nelle sale della « Kunstlerhaus », sotto l'alto patronato del presidente della Repubblica. Il programma dei lavori rimane invariato. Temi: « Il trattamento del cancro della prostata »; « Le suppurazioni del parenchima renale »; « Fisiologia e patologia della secrezione urinaria ». Sono ammesse comunicazioni libere. Alla fine del congresso si farà un'escursione collettiva a Budapest. Rivolgersi al prof. V. Blum, Alserstrasse 13, Wien VIII.

Il 2° Congresso internazionale per gli studi sul cancro e la lotta contro il cancro è indetto a Bruxelles dal 20 al 25 settembre. Segreteria: rue de Namur 26, Bruxelles, Belgio.

Il prof. A. M. Dogliotti, direttore dell'Istituto di Patologia Chirurgica di Modena, incaricato dalla Società Italiana di Chirurgia di svolgere, al prossimo Congresso Nazionale (Roma, ottobre 1936), la relazione sul tema « Chirurgia del n. trigemino e del n. facciale », prega i colleghi Italiani di volergli comunicare ed inviare le loro osservazioni ed il loro materiale scientifico e clinico inerente al tema stesso per poterne tenere il dovuto conto nella sua relazione.

Riunione di sanitari a Milano.

L'8 marzo ha avuto luogo a Milano il secondo raduno promosso dalla Presidenza degli Istituti Clinici, tra sanitari, amministratori di ospedali e rappresentanti dell'industria sanitaria, allo scopo di esaminare le possibilità di riduzioni da portare nell'uso del materiale di medicazione (salva restando la dovuta assistenza ai pazienti) e la sostituzione con prodotti nazionali di quelli esteri finora largamente adottati in tale campo. La riunione, che seguiva quella tenutasi con risultati pratici notevoli il 6 gennaio, ha avuto particolare rilievo per la presenza disposta dal Ministero della Guerra dei capi dei reparti chirurgia di varî ospedali militari. Parlarono i proff. Devoto, che presiedette la riunione, Tansini, Donati, Silva, Della Mano, Ragazzi, Mosso, Masnato; il prof. Devoto riassunse poi l'interessante discussione.

La Casa della Madre e del Bambino a Forlì.

L'8 marzo, alla presenza di Donna Rachele Mussolini, è stata inaugurata a Forlì la Casa della Madre e del Bambino, magnifica realizzazione dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Erano a ricevere la consorte del Capo del Governo il presidente e il direttore generale dell'Opera, il Prefetto, il Federale e tutte le autorità della provincia. Il Vescovo ha benedetto la nuova Casa; quindi il presidente della Federazione provinciale dell'Opera Maternità e Infanzia ha pronunciato parole di fervido saluto esaltando l'opera del Regime.

La minuziosa visita compiuta da Donna Rachele Mussolini ha dato luogo a toccanti episodi di affettuosità materna. Ultimata la visita le organizzazioni giovanili ed il popolo hanno lungamente acclamato al Duce.

Dopo una visita all'Istituto Vittorio Emanuele III per l'infanzia la consorte del Capo del Governo ha assistito nel pomeriggio al rapporto provinciale tenuto dal gr. uff. Sileno Fabbri a tutti i dirigenti dell'Opera della provincia di Forlì. Il presidente della Federazione provinciale ha fatto un'ampia relazione; quindi il presidente dell'Opera ha rivolto il saluto alla consorte del Capo del Governo ed ai suoi figli combattenti in Africa Orientale suscitando calorosissime acclamazioni. Ha illustrato ampiamente le finalità dell'O.N.M.I., elogiando l'azione svolta nella provincia.

Infine al teatro Esperia, Donna Rachele Mussolini ha assistito, insieme con le autorità, alla proiezione di un film di propaganda pro maternità ed infanzia che ha dato luogo a vibranti acclamazioni del popolo al Duce e al Regime.

Onoranze al prof. Michele Sciuti.

In occasione del decennale della sua assunzione alla direzione dell'Ospedale Psichiatrico di Napoli « Leonardo Bianchi » è stato pubblicato un volume di omaggio che raccoglie pregevoli lavori di neuropsichiatria.

Il volume porta le firme di alienisti colleghi ed allievi del festeggiato e si apre con una biografia dello Sciuti redatta dal prof. Ettore Patini.

« Il Policlinico » è lieto di aderire all'omaggio che vien fatto al valente organizzatore e scienziato.

Azioni giudiziarie.

Alla Sezione XV del Tribunale di Milano si è svolto un processo per diffamazione nel quale figuravano imputati il prof. Diego D'Amico di Palermo ed il dott. Ferdinando Bennati di Milano. Secondo l'imputazione i due professionisti erano accusati di avere, in un articolo dal titolo « Cifre », scritto dal D'Amico, e pubblicato nel maggio 1934 sull'« Italia Medica » diretta dal dott. Bennati, commentato in termini vivaci il bilancio delle Casse Mutue dell'industria di Cremona, sostenendo nel contempo che le retribuzioni dei medici erano eccessivamente basse in confronto degli introiti delle Casse Mutue di varie città.

In seguito a questa pubblicazione, i dirigenti delle Casse di Cremona querelavano per diffamazione i due professionisti; ma all'udienza è comparso solo il dott. Bennati, il quale ha addotto le ragioni disinteressate della solidarietà professionale, le quali soltanto avevano animato l'estensore dell'articolo.

Il Tribunale, accogliendo in pieno le dichiarazioni del dott. Bennati, ha assolto tanto lui quanto il prof. D'Amico per inesistenza di reato. Presidente: cav. dott. Vulterini; P. M.: cav. Dosio; Cancelliere: Fusco; Difesa: avv. Greppi.

È stata portata davanti alla Corte d'Appello della California una causa intentata contro un ospedale da un paziente che, qualche tempo dopo un'operazione che gli era stata praticata nella regione addominale, aveva accusato dei disturbi che si riscontrarono provocati da uno stuello lasciato per negligenza nella ferita. La causa era stata vinta in prima istanza dal paziente; ma la Corte d'Appello si pronunciò in favore dell'ospedale, assolvendo questo da ogni responsabilità. Infatti, se l'operazione era stata eseguita nell'ospedale, il paziente era stato sotto cura del proprio medico, nonchè di infermiere da questi dipendenti, estranee all'ospedale; e se gli stuelli, il cui impiego per le medicazioni chirurgiche è sempre pericoloso, furono forniti dall'ospedale, ciò non è sufficiente a rendere questo responsabile dell'uso fattone da persone di cui si presumeva la capacità professionale.

Un medico nord-americano specialista in otorino-laringologia, dott. Patrick, aveva in cura un caso di otite media suppurativa; la puntura della membrana del timpano dette esito a copioso pus; quattro giorni dopo egli pose diagnosi di mastoidite ed eseguì un intervento, che provocò una paralisi facciale. Un altro operatore potè ricongiungere i due estremi del nervo e riparare la paralisi, ma solo in parte. Ne seguì un processo. Il primo medico è stato condannato dal Tribunale per imperizia e il giudizio è stato confermato dalla Corte Suprema di Washington.

Un po' dovunque.

L'opera italiana di assistenza medica agli indigeni del Tigrai è ampiamente descritta nella *Presse Méd.* del 29 feb. da M. Martiny, che così chiude il suo articolo: « Era giusto di evocare i benefizi della medicina moderna e di vedere come, attraverso le applicazioni che ha saputo mettere subito in vigore, l'Italia sia degna del compito di incivilimento che si è assunto d'attuare ».

Il 2° Congresso dell'Associazione Pan-Americana di Chirurgia è previsto ad Honolulu dal 6 al 14 agosto. Per eventuali informazioni rivolgersi al Dr. Forest J. Pinckerton, Young Building, Honolulu T. H., isole Hawai. (Il viaggio dall'Europa può compiersi seguendo tre itinerari principali: per le Indie e il Giappone, per il Panama e per New York e San Francisco; tutt'e tre importano da 20 a 25 giorni, anche a causa della difficoltà nelle coincidenze e della relativa lentezza delle navi trans-pacifiche).

Il 29 marzo avrà luogo la 2ª seduta della Società Italiana di Ematologia, nella R. Clinica Medica di Milano; il prof. G. Di Guglielmo svolgerà il tema « Le eritremie »; seguiranno le comunicazioni. Rivolgersi al segretario, prof. Anton Spartaco Roversi, via Francesco Sforza 35, Milano.

Il 6° Congresso nazionale di chirurgia della Romania si è adunato a Bucarest dal 15 al 20 dicembre, sotto la presidenza del prof. D. Gerota. In quell'occasione venne anche costituita l'Associazione romena di chirurgia.

Il 7° Congresso internazionale delle levatrici si svolgerà a Berlino dal 5 al 9 giugno, sotto la pre-

sidenza della sig.na Conti, tedesca. Segreteria: Lindenstrasse 43, Berlin SW 19.

La Lega francese contro il reumatismo si è riunita il 19 febbraio, a Parigi, nell'Ospedale Sant'Antonio. Per informazioni rivolgersi alla segreteria, rue Guynemer 2, Paris 6e.

I pediatri di Berlino, dopo aver fatto parte per moltissimi anni della Società per la medicina interna di Berlino, come Sezione di pediatria, hanno deciso di fondare una Società autonoma (Gesellschaft für Kinderheilkunde); alla presidenza è stato chiamato il prof. G. Bessau, ordinario all'Università di Berlino.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 5 gennaio, sotto la presidenza del prof. Coletti. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Opocher, Baroni, Marta, Fabris.

La Società Medica del Friuli si è adunata il 27 febbraio; sono state fatte comunicazioni da: G. Pieri (due comunicaz.), P. G. Cantale; V. Gualdi (due comunicaz.), L. Zilotti.

Dall'8 al 14 marzo si è svolto a Siena il secondo corso di « Cultura medica corporativa », per iniziativa del Sindacato provinciale fascista dei medici e sotto l'egida e con il concorso della R. Università.

L'8 febbraio la prof.a Elena Fambri ha tenuto, nell'Istituto di medicina legale di Roma, la prolusione al suo corso di medicina sociale, sul tema « La medicina sociale ed una delle sue armi più formidabili »; ha lumeggiato l'importanza della propaganda.

La Società tedesca Imperatore Guglielmo per il progresso della scienza ha compiuto il suo venticinquesimo anno di esistenza. L'importantissima Società comprende 33 istituti scientifici, di cui 5 all'Estero; alcuni di essi riguardano la medicina e la biologia, in particolare quelli per lo studio del cervello a Berlino-Buch; per la ricerca medica ad Heidelberg; per la psichiatria a Monaco; per la biologia a Berlino-Dahem; per l'antropologia, l'eredologia e l'eugenica pure a Berlino-Dahem.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dei LL. PP., ha approvato uno schema di D. L. che autorizza variazioni nelle assegnazioni di fondi per il completamento delle Cliniche universitarie e per la costruzione del nuovo Ospedale a Palermo.

Il Collegio medico dell'Università dell'Illinois a Chicago si arricchirà di un nuovo grandioso edifizio destinato a laboratori di ricerche mediche e dentarie. Il Governo federale ha stanziato, per tale scopo, 1.200.000 dollari (15 milioni di lire it.), di cui 30 % come assegnazione e 70 % come prestito. L'edifizio consterà di 9 piani; ma la parte centrale si eleverà a 15 piani. Sarà in stile gotico.

La 1ª Clinica ginecologica dell'Università di Vienna, che era stata chiusa nell'autunno del 1934, è stata riaperta all'inizio del semestre estivo attuale (a metà di febbraio); alla direzione è stato chiamato il prof. Heinrich Kahr.

Nella sede dei Sindacati dell'Industria di Sesto San Giovanni, l'on. Capoferri ha illustrato ai rappresentanti di 25.000 operai, occupati negli stabilimenti del luogo, le finalità e il funzionamento del locale Policlinico, aperto in questi giorni alle maestranze.

Per disposizione del Capo del Governo e su proposta del Collegio insegnante, la R. Scuola Tecnica Industriale di Pratovecchio-Stia (Arezzo) è stata intitolata al nome del sen. Giuseppe Sanarelli, illustre igienista e biologo.

In occasione del 73° anniversario di fondazione della biblioteca della Facoltà di scienze mediche a Buenos Aires, il 21 gennaio, un gruppo di laureati ha costituito una commissione per la raccolta di fondi destinati a completare le collezioni dei periodici rimaste discontinue e ad acquistare i nuovi periodici comparsi durante gli ultimi anni. Nella Commissione sono rappresentati, oltre ai medici, anche gli odontologi, i farmacisti e le ostetriche. Tesoriere è il Dr. Julio Méndez (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba 2182, Buenos Aires).

Un comitato del Consiglio Generale Medico dell'Inghilterra elabora la riforma degli studi medici. Ha redatto ua relazione, ove si propone un esame di ammissione; il corso viene diviso in una sezione preparatoria di due anni e una sezione clinica di almeno tre anni. Tra gli studi preparatori notiamo, oltre le materie consuete, la psicologia, la genetica e lo studio delle infezioni (come introduzione alla patologia generale e alla batteriologia). Nel periodo detto clinico notevole è lo sviluppo dato alla terapia, che comprende anche la dietetica, la terapia fisica, l'arte di prescrivere e l'assistenza ai malati: l'igiene è integrata dalla sanità pubblica; la medicina legale lo è dall'etica medica e dalla medicina assicurativa. Nell'insieme, viene prevista una quantità elevata d'insegnamenti.

Da qualche tempo funziona in Germania una Scuola per la formazione di medici dirigenti, esperti nella conoscenza del Partito. Essa è organizzata ad Alt-Rehsc, nel Mecklemburgo; vi si accolgono medici scelti, che dimostrino zelo e conoscenze preliminari. I corsi durano 14 giorni; riguardano l'organizzazione dei servizi sanitari nel Partito, il funzionamento della Sanità pubblica, la politica razziale e della popolazione, le assicurazioni sociali, l'organizzazione professionale, la sanità militare, gli obblighi dei dirigenti. La scuola ha posto per un centinaio d'inscritti, i quali vi sono anche alloggiati; vi è annesso un magnifico parco.

Un D. L. pubblicato dalla « Gazz. Uff. » autorizza l'iscrizione nel bilancio del Ministero delle Finanze della somma annua di 42 milioni di lire per premi di nuzialità e natalità.

A Pechino col 1° dicembre ha cominciato a funzionare un « Servizio medico cattolico » che ha lo scopo di migliorare le opere mediche delle missioni cattoliche e di dare un valido concorso al progresso dell'igiene in Cina.

La Società romena d'idrologia ha istituito, in occasione del suo 25° anniversario, un premio di 3000 lei, che porterà il nome del fondatore della Società, prof. Herescu, e sarà conferito alla migliore tesi di dottorato concernente l'urologia.

Una spedizione francese all'Imalaia ha per obbiettivo la cima Hiden (a 8068 metri); è accompagnata da due medici: il dott. Jean Arlaud per l'igiene e le ricerche fisiologiche, il dott. Jean Carle per l'assistenza medica.

Una crociera nell'America del Nord, per le vacanze pasquali, è organizzata dalla Compagnia Generale Transatlantica Francese, col concorso della U.M.F.I.A. Sono previsti tre itinerari. Rivolgersi al presidente della U.M.F.I.A., rue de la Pompe 81, Paris XVIe.

Il prof. Anton Ghon, anatomo-patologo all'Università tedesca di Praga, ha lasciato l'insegnamento per limiti d'età, avendo raggiunto 70 anni.

Il celebre istologo Luigi Ranvier è stato commemorato all'Hôtel-Dieu di Lione dal dott. Policard. I convenuti fecero voti affinchè il nome di Ranvier sia dato al prolungamento di una via (la rue Nungesser-et-Coli) di Lione.

A Londra è stata condannata a morte l'infermiera Dorotea Nancy Waddingham — che insieme al suo amante teneva una clinica a Davon Drive — per avere avvelenato con la morfina due ammalate, madre e figlia, di cui la prima, 50enne, signora Ada Baguley, morta l'11 settembre dell'anno scorso; la condannata ne aveva ottenuto un testamento a proprio favore. I giurati hanno raccomandato la rea alla clemenza reale.

Il « Messaggero » del 13 marzo dà notizia di uno specifico miracolistico ideato da una suora di Murano, che guarirebbe la malaria e molte altre malattie.

Il prof. CHARLES NICOLLE, deceduto recentemente, fu, secondo l'espressione di Leriche, uno degli spiriti più penetranti della medicina contemporanea e uno dei più grandi benefattori dell'umanità.

Era nato a Rouen nel 1866, da un professore in quella Facoltà medica e medico degli ospedali, Charlet-Jules Nicolle. Si formò specialmente all'Istituto Pasteur di Parigi. Chiamato a dirigere l'Istituto Pasteur di Tunisi, vi rimase per oltre 30 anni e vi compì le sue memorabili ricerche, associandosi un gruppo di lavoratori.

La sua scoperta sulla trasmissione del tifo esantematico mediante i pidocchi ha permesso di lottare contro questa gravissima malattia, di cui si finirà ormai con l'avere del tutto ragione. Vanno anche ricordati i suoi lavori sul tracoma, la febbre ondulante, la febbre ricorrente, la bilharziosi, l'anchilostomiasi ecc. Gli dobbiamo la nozione d'infezioni inapparenti. Ha insegnato ad usare il siero di convalescenti e di guariti. Notevole è la vaccinazione preventiva da lui attuata contro la polmonite pestosa. Ha avvalorato altre vaccinazioni batteriche.

Fu anche un letterato e un filosofo della scienza.

G. P.

Nell'Africa Orientale, durante i combattimenti dell'Endertà, mentre compiva il proprio apostolato, è caduto, presso Addi Chelta, il giorno 1° febbraio, il dott. MATTEO ARIANO, sottotenente medico nel 27° Battaglione Eritreo della 5ª Divisione CC. NN. Era nativo di Torremaggiore (Bari). La madre, nell'apprendere la notizia, si è dichiarata fiera di aver dato alla Patria il suo figlio migliore.

M. P.

Il 3 c. m. si è spento in Genova il dott. prof. V. CANTÙ. Nato a Reggio Emilia nel 1859 e laureato a Bologna nel 1883 dove ebbe a Maestro il Murri, prestò servizio per circa un anno come medico condotto a Firenzuola (Firenze), poi come direttore del Lazzaretto colerosi di Reggio Emilia. Frequentò per due anni le Cliniche di Parigi, di Berlino e di Monaco e nel 1887 entrò a far parte del Corpo sanitario degli Ospedali Galliera nei quali istituì i Laboratori scientifici, che ebbero in seguito maggior sviluppo ed impulso dal compianto prof. Mario Segàle. Durante i 45 anni di servizio ospedaliero fu per 14 anni anche medico di Porto, conseguì la libera docenza in patologia medica e coprì cariche diverse, quali direttore del Policlinico Genovese, vice presidente dell'Accademia Medica, presidente della Società Medica di M. S., membro di varie Commissioni. Dal giugno 1915 al giugno 1921 diresse col grado di maggiore l'Ospedale Militare di Riserva annesso agli Ospedali Galliera. Ritiratosi dagli Ospedali nel 1933 l'Amministrazione in riconoscimento dei servizi prestati per 43 anni come medico primario lo nominava medico primario onorario e consulente dei suoi Ospedali. Oltre a parecchie traduzioni dal tedesco e diverse recensioni, rassegne storico-critiche, comunicazioni ai Congressi Medici, lascia varie pubblicazioni, la maggior parte su malattie dell'apparecchio digerente. G. L.

È morto l'11 corr. a Genova il prof. PANAGINO LIVIERATO. Era nato a Cefalonia di Grecia nel 1860. Dal 1910 era professore ordinario di patologia speciale medica in quell'Ateneo. Per dieci anni egli tenne la presidenza del Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia e fu per molti bienni presidente della R. Accademia Medica di Genova. La sua produzione scientifica è stata considerevole e varia.

M.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 10 febbraio al 16 febbraio 1936: Morbillo 239 (1449); Scarlattina 117 (266); Pertosse 90 (275); Varicella 125 (344); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 119 (188); Infezioni paratifiche 18 (18); Febbre ondulante 31 (40); Dissenteria 3 (3); Difterite e croup 256 (492); Meningite cerebro-spinale epidemica 11 (12); Poliomielite anteriore acuta 10 (11); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 5 (8); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 27 (45), dichiarata — (—); Pustola maligna 10 (10); Febbre puerperale 43 (47).

Denunzie dal 17 febbraio al 23 febbraio 1936: Morbillo 280 (1848); Scarlattina 135 (295); Pertosse 110 (324); Varicella 125 (316); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 116 (183); Infezioni paratifiche 26 (31); Febbre ondulante 29 (47); Dissenteria 4 (4); Difterite e croup 259 (478); Meningite cerebro-spinale epidemica 15 (16); Poliomielite anteriore acuta 8 (9); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 1 (3); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 37 (59), dichiarata — (—); Pustola maligna 7 (8); Febbre puerperale 35 (40).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 15 nov. — KALK. Laparoscopia. — CURSCHMANN. Ipotonia gastrica.

Brit. Med. Journ., 16 nov. — H. M. TRAQUAIR. Glaucoma. — M. J. JONES. Ipoglicemia nelle neurosi.

Lancet, 16 nov. — A. FRAENKEL. Aspetto farmacologico della terapia digitalica. — S. RONBOTHAN. Anestesia da ciclopropan.

Med. Klinik, 15 nov. — H. RAUTMANN. Cuore da sport. — C. SCHILLING. Malattie in Abissinia.

Presse Méd., 13 nov. — A. LUMIÈRE. La granuloterapia.

Ind. Journ. Med. Res., ott. — H. E. SHORTH. L'agente della rabbia. — C. G. PANDIT e al. Coltivazione del virus tracomatoso.

Paris Méd., 16 nov. — Medicina sociale e legale.

Arch. It. di Chir., sett. — R. PALMA. Arteriti. — G. NICOLOSI. Ulcera gastro- duod. e splenomegalia cron.

Journ. Méd. Franç., ott. — Numero sull'opera di Pavlov.

Ann. de Méd., nov. — Endocrinologia.

Med. Welt, 23 nov. — S. BOMMER. Problemi di nutrizione. — E. EICHENWALD. Trattam. della miastenia.

Gaz. d. Hôp., 23 nov. — LANCE. Il cuore degli scoliotici.

Arch. It. Mal. App. Dig., sett. — S. DE RENZI. Mixo-appendiculosi. — C. ARULLANI. Sondaggio dello stomaco. — C. CICERI. Trattam. chirurgico del megacolon e del dolicocolon.

Lancet, 23 nov. — W. LANGDON-BROWN. Integrazione del sistema endocrino.

Deut. Med. Woch., 22 nov. — MARKUS. Imperfezione dei genitali interni nella gravidanza tubarica.

Clin. Med. It., ott. — B. MANFREDINI. Anemia emolitica febbrile tipo Lederer-Brill.

Arch. di Patol. e Clin. Med., nov. — B. DEBENEDETTI e V. BOLLINI. Valutazione metrica del cuore dei cardiopazienti. — G. PENNETTI. Metabolismo dell'acido ossalico.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Med. legale.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., nov. — A. C. WASHBURNE e M. L. CARUS. Psicosi post-operatorie. — M. A. BAHR. Sindrome parkinsoniana da encefalite epid. cronica.

Acta Med. Scand., V-VI. — E. B. SALÉN e C. JUHLIN-DANNFELT. Cosidetta allergia latente. — L. ABRAMSON. Effetti della dieta sulla secrez. esterna del pancreas.

Bull. Ac. de Méd., 19 nov. — F. ARLOING e A. DUFOUR. Ultra-virus tbc. in varie gestanti.

Giorn. di Clin. Med., 20 nov. — C. RONCORONI. L'atebrin per via endovenosa. — G. OGGIONI. Cura delle distrofie muscol. progressive.

Riforma Med., 23 nov. — G. IZAR. Glicemia e lavoro muscol.

Pathologica, 15 nov. — D. PACCHIONI. Origine degli anticorpi. — E. CARLINFANTI e F. GALLI. Il midollo osseo nell'anafilassi.

Münch. Med. Woch., 29 nov. — N. BLINOV. I fattori M e N degli eritrociti. — H. ZISCHINOKIG. Encefalite nella varicella.

Med. Welt, 30 nov. — K. KISSICALT. Genesi delle malattie da raffreddamento.

Deut. Med. Woch., 29 nov. — Malattie del ricambio.

Paris Méd., 30 nov. — P. HARVIER. Il buon senso in terapia.

Practitioner, dic. — Malattie della tiroide.

Brit. Med. Journ., 30 nov. — LORD HORDER, E. DUNHILL. Le tireotossicosi.

Gaz. d. Hôp., 27 nov. — J. VAGNE. L'epatonefrite apiolica.

Rif. Med., 30 nov. — N. LEOTTA. Gastrite cron. ed ulcera gastro-duod.

Arch. di Cl. Chir., sett. — P. FIORI. Patogenesi dell'ulcera gastrica.

Paris Méd., 7 dic. — Terapia.

Presse Méd., 7 dic. — A. BESREDKA. Tentativo di vaccinaz. contro il cancro sperimentale.

Minerva Med., 8 dic. — A. FERRANNINI. Curva glicemica da insulina.

Rif. Med., 7 dic. — N. PENDE. Sintesi della mia dottrina biotipologica.

Deut. Med. Woch., 13 dic. — TÖNNIS e al. Trattamento delle complicazioni post-operative.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 30 Marzo 1936 - XIV Num. 13

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DI SANTO SPIRITO IN SASSIA - ROMA
SALA S. CARLO GENGA.

Sull'utilità diagnostica dell'esplorazione radiolipiodolica endorachidea in speciali casi di nevralgie sciatiche e sul mezzo pratico per togliere dal sacco spinale il lipiodol introdotto

per il prof. TOMMASO LUCHERINI
primario medico e docente di clinica medica.

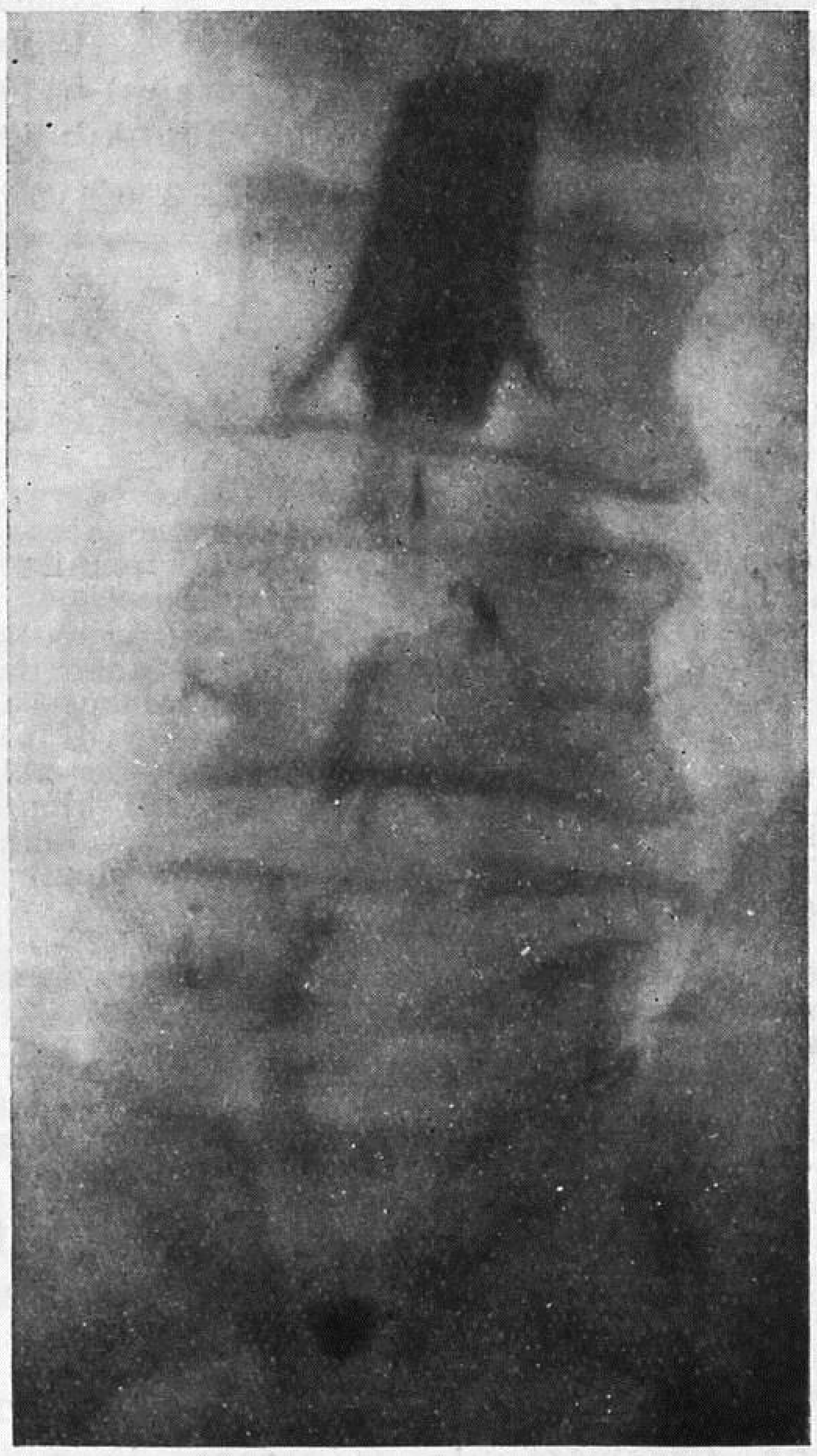
Non sempre è facile la ricerca dei momenti etiologici delle nevralgie sciatiche, le quali, il più delle volte, rappresentano le espressioni sintomatiche di processi morbosi i più svariati per sede e per natura. Senza addentrarmi nella elencazione di tali processi, dirò che, se pure il più delle volte riesce agevole il riconoscimento del fattore etiologico, pur tuttavia in qualche caso è necessario praticare non solo una preliminare indagine radiologica diretta dello scheletro, specie del tratto lombosacrale, ma è necessario ricorrere all'esplorazione radiolipiodolica endorachidea alla Sicard e Forestier. Ed a tale esplorazione (mielografia) bisogna precisamente ricorrere dopo che lo studio clinico-neurologico del paziente e sopratutto l'esame del liquido cefalo-rachidiano hanno offerto elementi che fanno sospettare l'esistenza di una compressione midollare o radicolare. Il caso che io descrivo porta a tale proposito un utile contributo clinico, non soltanto per la precisazione diagnostica offerta dalla mielografia, ma anche per la conferma operatoria e per il felice esito dell'intervento chirurgico.

Alessandro S., di anni 51. Nulla di particolare nel gentilizio. Modico bevitore e fumatore. Sposò a 38 anni donna apparentemente sana da cui ebbe un figlio che morì appena nato. Nega mali venerei e luetici. A 34 anni ebbe polmonite lobare destra. Da circa due anni è sofferente di dolori a carico degli arti inferiori prevalentemente a destra, a carattere trafittivo e che si originano saltuariamente nelle regioni lombari, ora a destra,

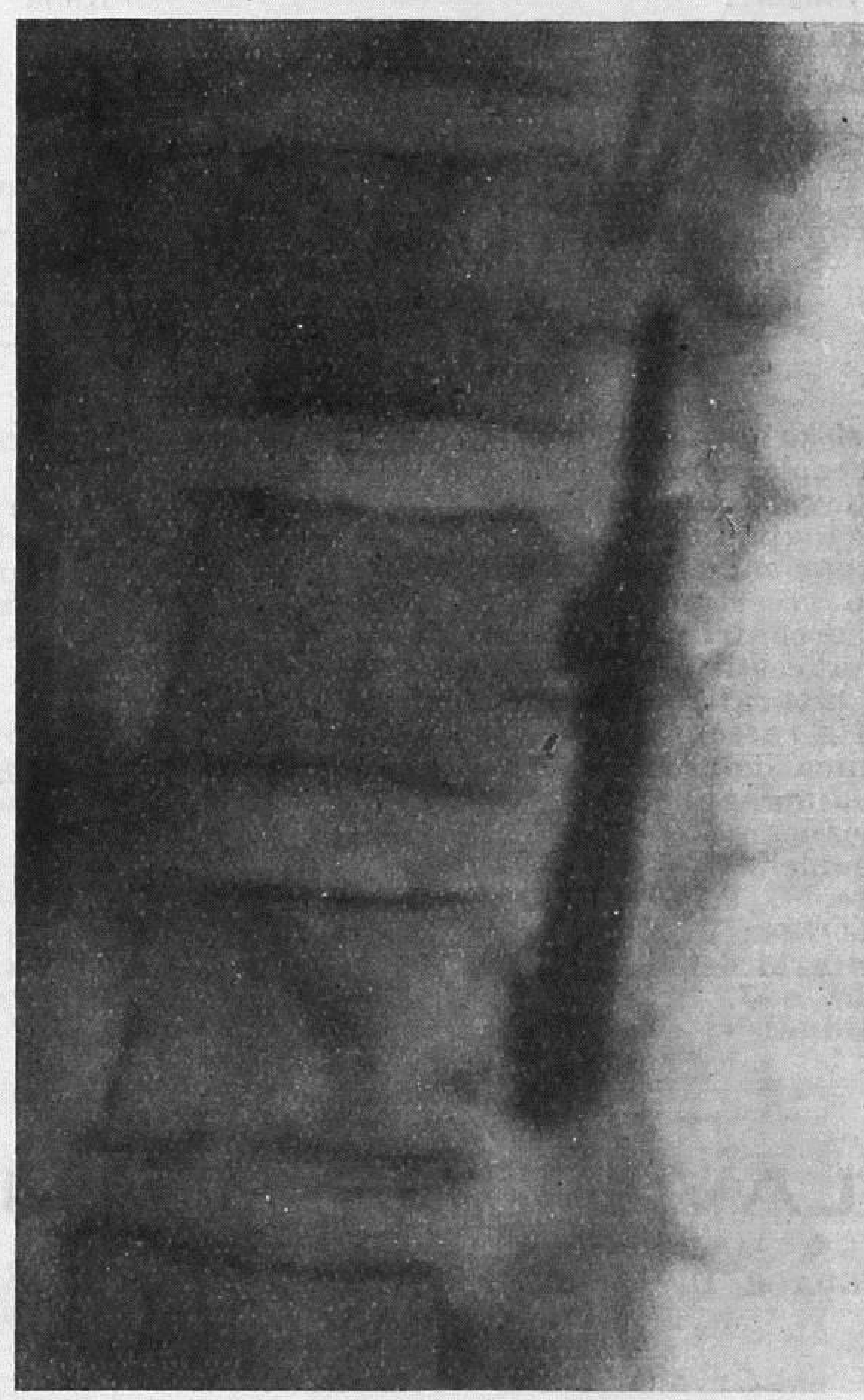
ora a sinistra, e si irradiano verso il basso lungo la faccia posteriore delle coscie sino all'articolazione del collo del piede. Tali dolori si accentuano in particolar modo con i movimenti di estensione degli arti e con la tosse e lo starnuto. Inoltre il paziente accusa anche senso di torpore e di formicolio specie in tutto l'arto inferiore destro. Ricorse, dietro consiglio di vari medici, a trattamenti curativi molteplici, ma tutti senza successo. In questi ultimi tempi i suddetti dolori essendosi notevolmente accentuati e resisi quasi continui, chiede ricovero all'Ospedale di Santo Spirito.

E. O. — Condizioni generali buone, stato di nutrizione e sanguificazione normale. Polso, respiro, temperatura, normali. L'esame dell'apparato circolatorio: normale. Addome ben trattabile, indolente, con gli organi ipocondriaci nei limiti normali.

Sistema nervoso: oculomozione normale. Pupille eguali, bene reagenti alla luce ed accomodazione. Nulla a carico degli altri nervi cranici. Motilità attiva e passiva, motilità riflessa, sensibilità superficiale, normale negli arti superiori. Negli arti inferiori lieve diminuzione del tono muscolare a destra. I riflessi patellari presenti, ma deboli; il riflesso achilleo debole a sinistra, assente a destra, Assente il Babinski; presente bilateralmente il Lasègue, specie a destra. I riflessi addominali normali. La pressione digitale profonda lungo il decorso dello sciatico, specie a destra, provoca vivo dolore. Anche la pressione e percussione in corrispondenza dell'apofisi spinose delle vertebre lombari, determina dolore. La sensibilità tattile, termica e dolorifica è normale negli arti inferiori.



RADIOGR. 1.



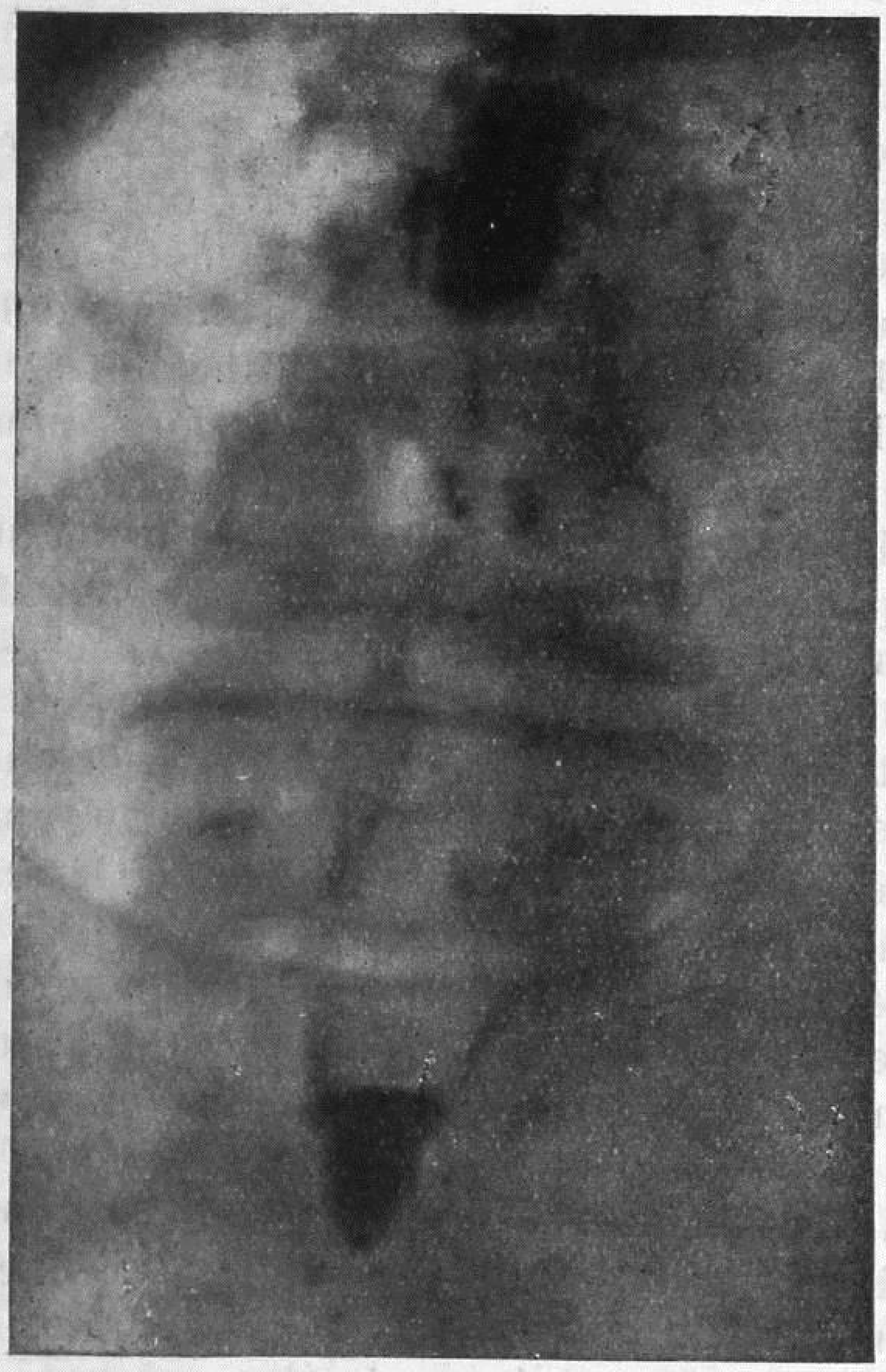
RADIOGR. 2.

RICERCHE SPECIALI. — Esame completo delle urine: negativo. Reazione di Wassermann nel siero di sangue: negativa. Glicemia: 1 per mille. Pressione arteriosa: massima 135, minima 80 (Riva-Rocci). L'esame radiografico diretto della colonna lombo-sacrale non mostra alcunchè di abnorme all'infuori di una schisi di medio grado della prima vertebra sacrale.

La bilateralità della sindrome algica a carico degli arti inferiori, e la lunga persistenza dei disturbi mi indussero a praticare senz'altro la puntura lombare il cui reperto è il seguente: liquor limpido, incolore, a pressione iniziale (in posizione seduta) di 40 cm. di acqua al Claude; e terminale, (dopo estratti dieci centimetri cubici) di 25 cm.; albumina: 0,60 per mille. Pandy +, Nonne +, Takata: normale; reazione di Wassermann: negativa; reazione del mastice: curva normale; esame citologico: scarsissimi linfociti (1-2 per campo).

Il reperto del liquor, ma sopratutto la dissociazione albumino-citologica, fece sospettare l'esistenza di un blocco dei spazi sotto aracnoidei e fece naturalmente pensare ad una eventuale compressione delle radici nervose. Per dare a tale sospetto valore di certezza, fui indotto a ricorrere alla esplorazione mielografica, che eseguii il 9 gennaio u. s. attraverso la via sotto-occipitale iniettando 2 cc. di lipiodol pesante. Questo transitò rapidamente sino a livello del margine caudale della terza vertebra lombare, ove si arrestò formando un'ombra a limite inferiore irregolare, seghettato e formante una leggera concavità rivolta verso il basso, ricordante l'imagine « a casco », mentre ai due lati inferiori dell'ombra lipiodolica si vedono dipartirsi le propaggini di qual-

che radice. Nel radiogramma fatto in piedi due ore dopo l'introduzione, si rileva inoltre che una piccolissima quantità di lipiodol è pervenuta nel cul di sacco spinale (vedi radiogr. N. 1). Nella proiezione laterale, l'immagine lipiodolica si vede arrestarsi nello stesso livello sopradetto, ma l'ombra appare anteriormente frastagliata in modo irregolare con l'estremità inferiore terminante bruscamente quasi a clava, mentre l'estremità superiore appare a punta pressochè acuta (vedi radiografia N. 2). L'indagine radiografica ripetuta 24 e 36 ore dopo,



Radiogr. 3.

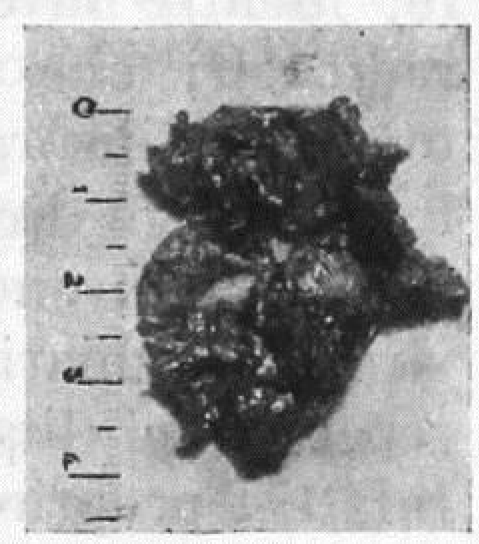
mostra il reperto immutato. Dopo 6 giorni si ripete l'esame e questo mostra ancora l'arresto di gran parte del lipiodol a livello del margine inferiore della terza lombare, mentre però una certa quantità di olio jodato ha oltrepassato tale livello ed è caduta nel lago spino-terminale, ove assume la caratteristica forma a « ravanello » a punta diretta in basso, in corrispondenza della prima vertebra sacrale (vedi radiografia N 3). L'indagine mielografica quindi ha dimostrato un parziale passaggio del lipiodol attraverso il punto di arresto e tale dato depose per la presenza di un blocco parziale a livello della porzione inferiore della terza vertebra lombare. Per documentare ancor meglio l'esistenza di tal blocco parziale e per stabilire nello stesso tempo la sede e l'estensione dell'ostacolo intrarachideo, ripetetti l'indagine radiografica dopo aver tenuto il paziente in posizione di Trendelenburg a 50°, approfittando (senza quindi la necessità di ricorrere al lipiodol leggero) della presenza nel cul di sacco spinale del lipiodol che era riuscito ad oltrepassare l'ostacolo stesso. Ebbene, l'indagine eseguita in posizione di Trendelenburg, ha fatto rilevare che l'ombra lipiodolica veniva irregolarmente ad arrestarsi al livello del margine craniale della quarta vertebra lombare, assumendo una forma a clava o meglio a triangolo con l'estremità inferiore terminante a punta.

La mielografia venne in tal caso quindi, a portare notevole contributo alla precisazione diagnostica.

Pervenuti a mezzo di tale metodo alla diagnosi di sede, pur riconoscendo l'esistenza di un ostacolo a livello della terza lombare, non era agevole poter riuscire a stabilire la precisa e sicura diagnosi di natura. Pur tuttavia la negatività della Wassermann nel siero di sangue e nel liquor, la dissociazione albumino-citologica e sopratutto il tipico aspetto dell'immagine lipiodolica sopra-descritta, mi autorizzarono a pensare che con ogni probabilità si trattasse di un tumore occludente parzialmente lo speco vertebrale, e che per il lungo e lento svolgimento della malattia, doveva avere carattere di benignità.

Per tale ragione l'infermo fu sottoposto all'intervento operativo (laminectomia esplorativa) che fu eseguito dal prof. Egidi il 10 febbraio 1935: incisione leggermente arcuata destro-convessa; laminectomia 3ª, 4ª e 5ª lombare; aperto il canale vertebrale al di fuori della dura madre, si riscontra una tumefazione a carattere fibro-lipomatoso che avvolge la dura estendendosi dalla parte inferiore del terzo arco fino alla porzione inferiore del quarto: il tumore viene integralmente asportato, per quanto aderisca tenacemente alla dura madre (vedi radiografia N. 3-bis).

L'esame istologico del tumore (peso: gr. 4) eseguito dal prof. Nazari, ha fatto rilevare che si trattava di un fibro-lipoma.



Radiogr. 3-bis.

Il decorso post-operatorio si svolse normalmente ed il miglioramento dei sintomi clinici fu rapido, tanto che circa un mese dopo l'intervento, il paziente non accusò più dolori agli arti inferiori, mentre la manovra di Lasègue, tanto a destra come a sinistra, divenne negativa ed i riflessi rotulei si mostrarono normali ed i riflessi achillei (prima era assente a destra) eguali e presenti bilateralmente. Il paziente si lagnava soltanto di leggere parestesie al piede destro. Dopo poco più di due mesi dall'operazione, egli riprese le sue normali occupazioni.

Lo studio dei tumori spinali extramidollari si è arricchito in questi ultimi tempi di notevoli contributi che la descrizione di nuovi casi può apparire superflua; però il caso da me descritto suggerisce alcune considerazioni di pratica utilità.

Il quadro clinico e lo svolgimento della malattia caratterizzata essenzialmente dai forti dolori esacerbantesi specialmente con la tosse e lo starnuto e quindi di tipo radicolare, fecero nel nostro caso ammettere senz'altro la diagnosi di radicolalgia sciatica bilaterale prevalente a destra. Però, come risulta dalla storia clinica, le varie ricerche espletate fecero escludere i più comuni momenti causali e fecero orientare verso un processo che venisse

ad esercitare la sua lenta e progressiva azione irritativa sulle radici. A tale proposito dirò che per quanto la percussione e la pressione sulle apofisi spinose delle ultime vertebre lombari provocasse vivo dolore, non fui indotto però a pensare alla possibilità dell'esistenza del morbo di Pott per l'assenza della rigidità vertebrale, per la continuità della sindrome algica anche nel riposo, ma sopratutto per l'assenza all'esame radiografico diretto della colonna vertebrale, di alterazioni ossee ed interarticolari. Così pure la negatività del reperto radiografico, il lento svolgimento della malattia, fecero escludere l'ipotesi di un neoplasma primitivo o secondario del tratto lombo-sacrale; come pure, sempre nel caso nostro, non potevano invocarsi processi di osteoartrosi cronica vertebrale, per la dolorabilità localizzata alle ultime vertebre lombari, per l'assenza di altre manifestazioni artritiche e sopratutto per la negatività del reperto Roentgen.

Aggiungerò inoltre che processi intrinseci midollari, nel nostro paziente non potevano essere ammessi per la ragione che mancavano i segni classici di alterata funzione midollare, mentre invece predominavano i fenomeni radicolari che in genere nelle lesioni intramidollari insorgono solo tardivamente.

Possiamo dire senz'altro che nel caso nostro due furono i dati fondamentali che servirono a chiarire il problema diagnostico: il reperto del liquor e l'indagine mielografica. Infatti proprio la dissociazione albumino-citologica fece sospettare l'esistenza di un blocco degli spazi sotto-aracnoidei e fece subito pensare alla eventualità di una compressione. La prova lipiodolica poi, giustificata del reperto del liquor, servì a precisare la sede e la estensione dell'ostacolo. Rimaneva soltanto da stabilire la natura del processo occludente. Ora è noto che il canale vertebrale può essere occluso totalmente o parzialmente per svariate cause: fra queste annovererò la sifilide spinale a forma pseudo-tumorale (aracnoidite o pachimeningite sifilitica), in cui l'alterazione luetica delle meningi può determinare la formazione di un manicotto fibroso, ipertrofico, capace di comprimere le radici midollari; ma nel caso nostro, lo studio biologico del liquor, non poteva in alcun modo fare ammettere tale eventualità. Inoltre l'ipotesi di un processo paracnoiditico o aracnoiditico cronico nel nostro paziente era poco verosimile per la ragione fondamentale che il lipiodol introdotto nello speco vertebrale era disceso direttamente sino alla sede dell'ostacolo, senza frammentarsi a frange o a goccie disseminate lungo una larga porzione dello speco vertebrale, come abitualmente è costituita in tali casi l'immagine radio-lipiodolica. Tanto meno poteva pensarsi nel nostro paziente alla eventualità della esistenza di un tumore midollare, non solo per l'assenza, come ho già detto, di ogni segno di alterata funzione del midollo, ma in particolar modo perchè la prova radiolipiodolica aveva dimostrato la sede della compressione situata circa due vertebre più in basso dell'estremità inferiore del midollo stesso.

Non rimaneva quindi che accettare la diagnosi più fondata che si trattasse cioè di un tumore extradurale. È noto che fra tutte le sindromi da compressione midollare, quelle che meglio sono identificabili con la mielografia, e che hanno maggiore interesse dal punto di vista neurochirurgico, sono quelle dovute a neoplasmi extra-midollari, i quali sono in genere benigni e facilmente aggredibili (neuro-fibromi, neuro-gliomi, endoteliomi, psammomi, ecc.). Nel caso nostro l'esplorazione mielografica, come si vede nei radiogrammi, ci ha offerto una tipica immagine di blocco parziale, arrestandosi l'olio jodato in corrispondenza del polo superiore del tumore e disegnando a ridosso di esso l'aspetto caratteristico, che è comunemente definito in tali casi « a cupola » o « a casco ».

Nel caso da me descritto, quindi, non fu difficile in base alle indagini espletate, di porre la diagnosi di tumore extradurale. Ed a tale proposito aggiungerò che nel caso mio risultavano precisamente i criteri clinici fondamentali che secondo i rilievi di Fumarola ed Enderle, servono a porre la diagnosi di tumore midollare extradurale, ovverosia, l'intensità e continuità dei dolori radicolari, il dolore alla pressione e percussione sulle apofisi spinose delle vertebre situate a livello della sede del tumore, l'assenza o tenuità dei sintomi di compressione midollare e mielograficamente la differenza di ampiezza dell'immagine lipiodolica nelle due proiezioni ortogonali.

Quel che è importante poi, nel caso nostro, è il rilievo predominante della sintomatologia ischialgica bilaterale prevalente a destra. Ciò induce ad essere circospetti nella interpretazione delle radicolalgie sciatiche ed insegna come queste, specie quando durano a lungo, possono qualche volta rappresentare l'espressione sintomatica univoca di compressioni radicolari. E perciò, fra le comuni indagini espletate allo scopo di precisare la diagnosi, è anche qualche volta necessario ri-

correre alla mielografia che, in armonia all'esame neurologico completo ed all'esame del liquido cefalo-rachidiano, ci permette di fare la diagnosi sicura di sede e di estensione di un tumore extra-midollare.

Ed ho creduto opportuno pubblicare questo caso, perchè costituisce un utile esempio in cui la mielografia ha contribuito a risolvere definitivamente il problema diagnostico ed ha permesso al neuro-chirurgo il sicuro intervento operativo, il cui esito è stato felicissimo.

Sul mezzo pratico per togliere dal sacco spinale il lipiodol introdotto.

Per quanto la mielografia con gli olii jodati rappresenti un metodo di grande interesse ed offra l'utile possibilità di fare la diagnosi diretta precoce e di stabilire la localizzazione precisa delle compressioni endorachidee, pur tuttavia, non è un metodo del tutto esente da eventuali pericoli e danni. Anche se Sicard e Forestier, autori che hanno proposto ed attuato il metodo nel 1922, affermano che questo è praticamente immune da ogni pericolo, pur tuttavia altri autori hanno avuto occasione di constatare, in seguito all'introduzione di olii jodati nello speco vertebrale, fenomeni morbosi consistenti il più delle volte in fatti di irritazioni meningee (meningiti asettiche) caratterizzate da cefalea, ipertermia, dolori radicolari, parestesie, modificazioni umorali del liquor, ecc. (Denk, Schmidt, Wàrtemberg, Sharpe, Schafer, Tromner, Stolzner, Holzner, ecc.). Furono persino descritti casi di morte a seguito dell'introduzione di olio jodato nello speco vertebrale (Denk, Albrecht, Hoff). In Italia Bergonzi (« Sulla reazione meningea da olii jodati ». *Riv. di Pat. Nervosa*, volume XLII, 1933) a conferma di possibili inconvenienti della mielografia con olii jodati, descrive il caso di un giovane che, dopo l'iniezione nello speco vertebrale di lipiodol, ebbe paraplegia, paralisi del retto e della vescica e morte due mesi dopo la puntura, mentre all'autopsia furono trovati i segni di un processo infiammatorio cronico delle meningi.

Recentemente Fumarola ed Enderle in un lavoro bene documentato (*Radiologia Medica;* novembre 1932), raccolgono casi di intolleranza a seguito dell'introduzione di olii jodati nello spazio sub-aracnoideo e dallo studio dei casi propri e della letteratura, come dalle ricerche sperimentali da essi eseguite, i detti autori concludono che i principali fattori degli inconvenienti secondari alla introduzione di olio jodato, sono rappresentati qualche volta dall'azione meccanica dell'olio jodato che aumenta i fenomeni di compressione già esistente, qualche altra volta dalla costituzione chimica stessa dell'olio jodato o dalla sua trasformazione in prodotti saponosi inglobanti le radici ed il midollo spinale.

Per tali considerazioni la esplorazione mielografica deve essere riservata ai casi di reale necessità, come giustamente suggerisce anche Bertolotti, onde evitare che l'azione irritante del lipiodol, possa a lungo andare determinare dei processi di meningite asettica circoscritta a livello della zona in cui esso viene ad arrestarsi. Per cercare di ovviare a tali inconvenienti qualche autore sta studiando il modo di sostituire l'olio jodato con altre sostanze opache ai raggi X e fra queste, in particolar modo, il thorio colloidale; ma l'impiego di tale sostanza (anche io ho avuto occasione di esperimentarlo in un caso; (Lucherini: « La radicolo-mielografia col thorotrast », *Riv. Osp.*, 1934), non si è dimostrato esente da pericoli per il suo intenso potere irritante.

Ora è noto che l'olio jodato introdotto nella cavità sub-aracnoidea si riassorbe in maniera estremamente lenta; e si ritiene in genere che in individui normali il quantitativo che comunemente si introduce (da uno a due cc.) impieghi tre o quattro anni prima di essere del tutto riassorbito. Nei casi quindi nei quali è praticato l'intervento operativo, l'olio jodato introdotto viene ad essere naturalmente liberato; ma ciò non succede quando, a scopo diagnostico, la prova lipiodolica dimostra coll'assenza di blocchi parziali o totali, la normale pervietà del sacco spinale. Allora non potendo intervenire cruentemente, ho creduto utile ed opportuno escogitare un mezzo pratico per liberare il lago spino-terminale dal lipiodol introdotto, arrivando direttamente in tale zona con un ago aspiratore. Esclusi senz'altro di potervi giungere con un ago lungo mediante la puntura dal basso all'alto dell'apice del sacro attraverso il canale sacrale, per la ragione che detto canale, come si vede bene nella sua sezione sagittale, descrive un'ampia curva a concavità che guarda al davanti e quindi rende impossibile all'ago di arrivare all'estremo inferiore del cul di sacco spinale, che, come è noto, trovasi a livello della prima vertebra sacrale. (Vedi fig. n. 4).

Ebbi quindi l'idea di giungervi direttamente a mezzo di una puntura perforatrice della cresta sacrale, che come si sa, continua in basso la linea delle apofisi spinose della colonna lombare. E per praticare tale puntura, mi son servito dell'ago da puntura esplorativa creato dal prof. Egidi per la per-

forazione del cranio. È un comune ago con punta analoga a quella dei trapani, munito di mandrino, che si innesta sull'asse di un motore elettrico e che ruotato velocemente acquista la capacità di forare l'osso. L'ago trapano è del diametro di mm. 1 (Egidi: « Ago da puntura esplorativa, perforatore del cranio », *Policlinico;* Sez. prat., 1932). Questa puntura è resa indolore mediante la semplice anestesia locale novocainica.

La sede della puntura da me stabilita con esattezza per arrivare sulla porzione inferiore del lago spino-terminale, corrisponde al punto di mezzo di una linea orizzontale che riunisce le due spine iliache posteriori-superiori, le quali sono sempre in tutti gli individui anche grassi, facilmente identificabili (linea bi-

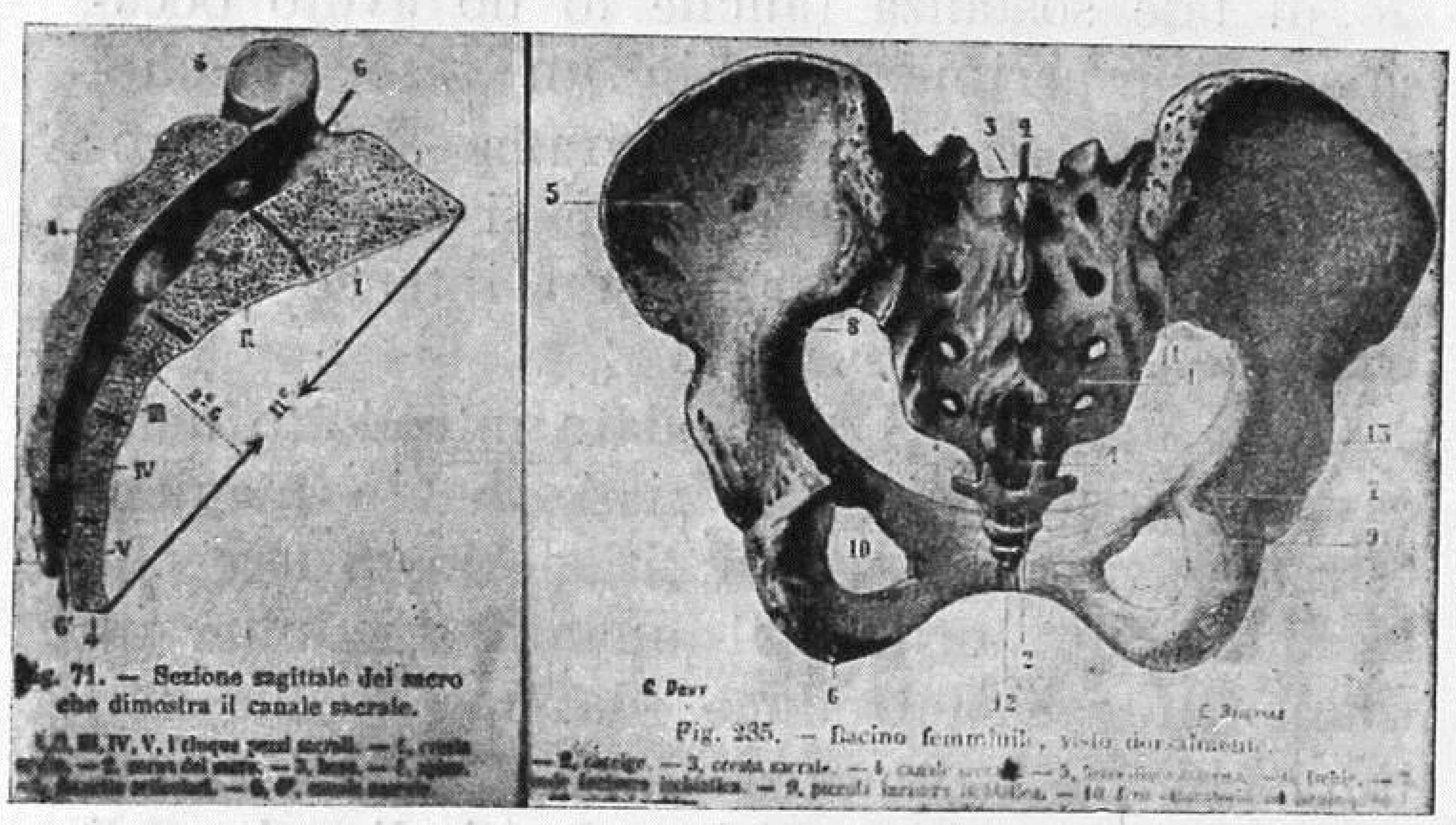


FIG. 4.

spino-iliaca posteriore superiore). E tale linea viene a passare esattamente fra il primo e secondo foro sacrale posteriore. (Vedi fig. n. 4). Lo studio e la ricerca di tale sede fu da me controllato in ripetute prove sul cadavere e mediante accurate indagini e sezioni anatomiche.

La tecnica di tale puntura è semplicissima: dopo aver innestato l'ago-trapano sull'asse del motorino elettrico, si fissa sulla pelle il punto esatto ed appena attraversata la cute ed il sottocutaneo, si arriva sull'osso (cresta sacrale) che l'ago-trapano fora con facilità. Non appena si percepisce un senso di vuoto, si è sicuri di essere penetrati entro il canale sacrale ed allora si arresta il motorino, poi si toglie il mandrino e si mette al suo posto una comune siringa, con la quale si aspira la sostanza oleosa mista a liquor. L'aspirazione si continua sino a che non esce soltanto liquor limpido. Tale puntura aspiratrice da me escogitata, è perfettamente tollerata dai pazienti e non provoca alcun inconveniente, rispettando, se la puntura è fatta con precisa esattezza, i nervi della coda equina i quali vanno ad immettersi lateralmente nei fori sacrali. In caso che la puntura non riuscisse allo scopo, e il lipiodol introdotto non venisse del tutto estratto, si può ripetere la perforazione ad un giorno o più di distanza, magari modificando di poco l'altezza della sede della puntura, senza alcun pericolo e danno per il paziente.

Io, come si vede dai radiogrammi che mostro, ho avuto occasione di praticare in due casi (nei quali si rese necessaria l'indagine mielografica), la puntura perforatrice della cresta sacrale, riuscendo a liberare nel primo caso pressochè tutto il quantitativo di lipiodol introdotto mediante una sola puntura. (Vedi radiogrammi n. 5 e n. 6). Invece nel secondo caso, dopo una prima trapanazione, a mezzo della quale riuscii ad estrarre soltanto una parte del lipiodol giacente nel cul di sacco spinale, fui indotto a fare una seconda puntura a cinque giorni di distanza dalla prima,

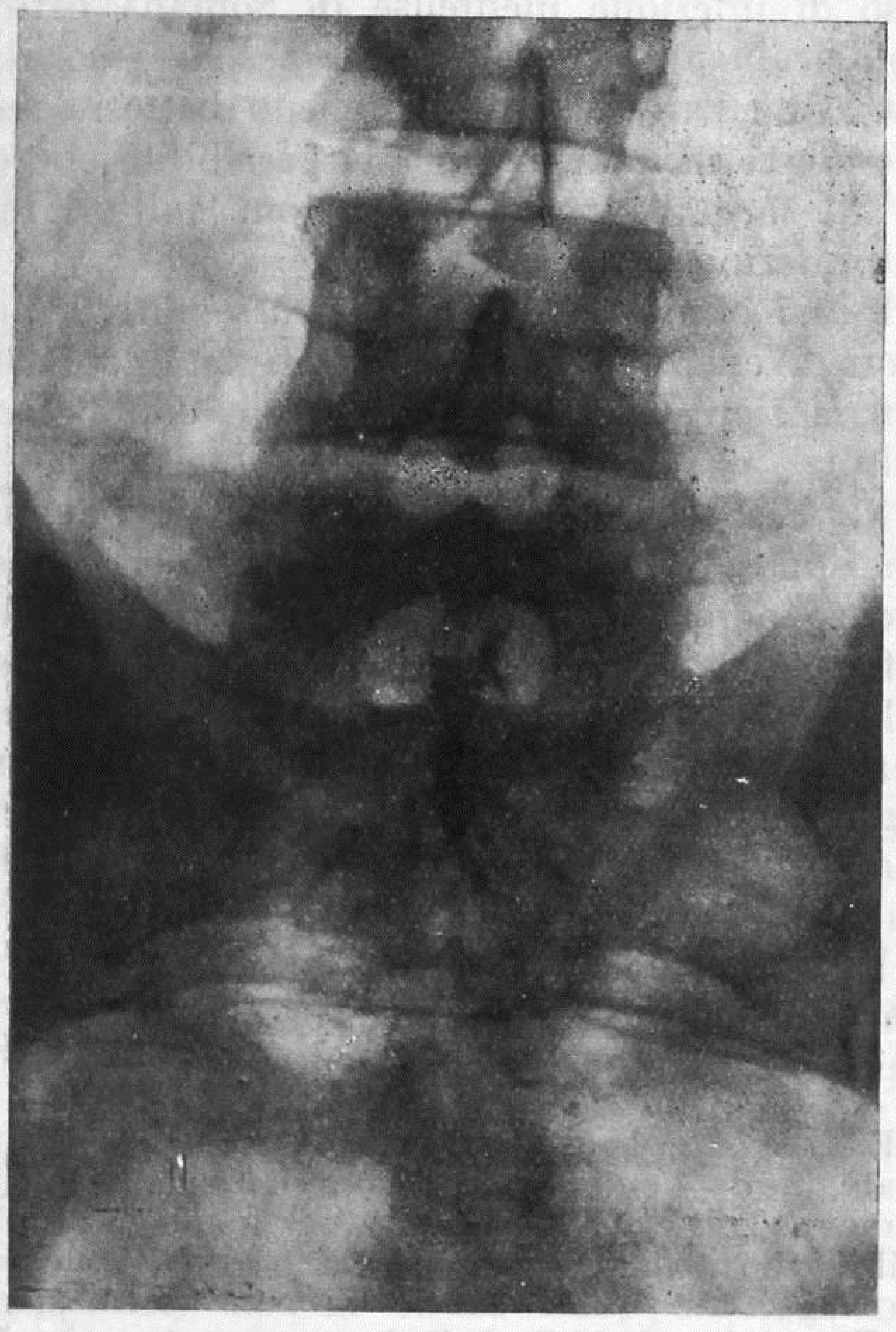


RADIOGR. 5. — (Caso I). Eseguito prima della puntura perforatrice.

che mi permise di liberare il sacco spinale da quasi tutto il lipiodol introdotto. (Vedi radiogrammi n. 7, 8, 9). In tale caso, (come si vede dal radiogramma n. 9), non fu potuto estrarre integralmente il lipiodol introdotto, perchè con ogni probabilità, essendo stata la mielografia fatta due mesi prima, il lipiodol aveva cominciato a penetrare attraverso le guaine linfatiche perineurali lungo le radici nervose. Tale ragione m'induce a consigliare, se si vuole ottenere, come nel primo caso, la completa asportazione del lipiodol, di praticare subito dopo la lettura dei risultati dell'indagine mielografica, la puntura aspiratrice del lipiodol introdotto onde evitare che questo infiltrandosi lungo le radici non possa es-

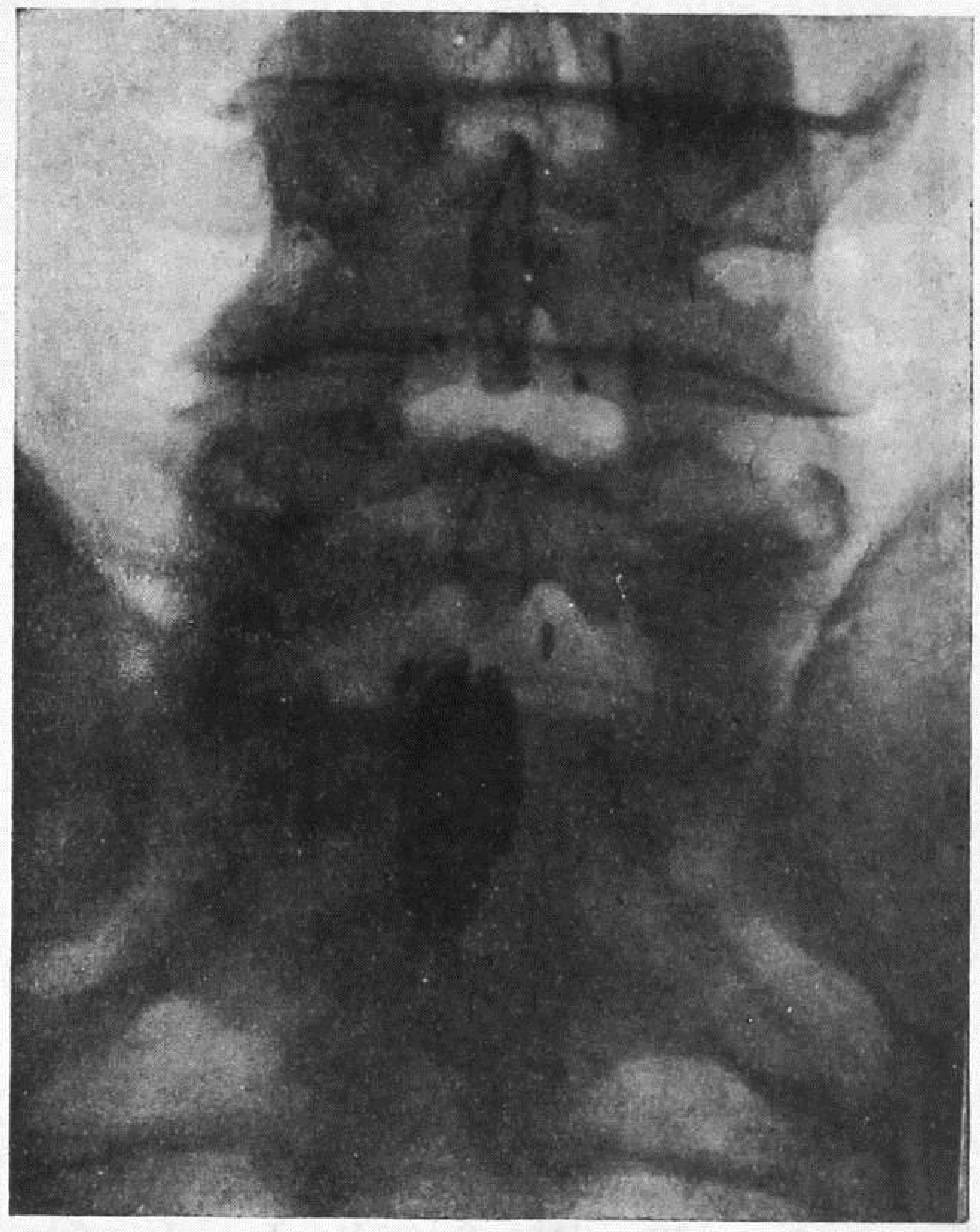
sere poi più totalmente tolto. Del resto, anche se la puntura non potesse riuscire ad aspirare sempre tutto l'olio jodato, sarà tuttavia di grande utilità, perchè servirà a liberare una gran parte del materiale, diminuendo le probabilità di eventuali danni, pericoli ed inconvenienti.

A tale proposito accennerò che nei miei due casi nei quali ho praticato la puntura aspiratrice, il liquor estratto era misto a sostanza oleosa in grossolana emulsione, che lasciata a sè, in una provetta, veniva a separarsi in due parti: una superiore, torbida, ed una inferiore, costituita dalla sostanza oleosa opaca ai raggi X. (Vedi radiografia n. 10). L'esame della porzione superiore del liquido, (dottor Patrignani) diede; Nonne e Pandy: leggermente positive; albumina, 0,20 per mille. Sostanze riducenti: diminuite al Fehling; sedimento: rari linfociti. L'esame della sostanza oleosa fece rilevare la presenza di goccioline di grassi neutri in massima parte, di pochi cristalli aghiformi di acidi grassi e di abbondanti ammassi amorfi poco lucenti. Facendo

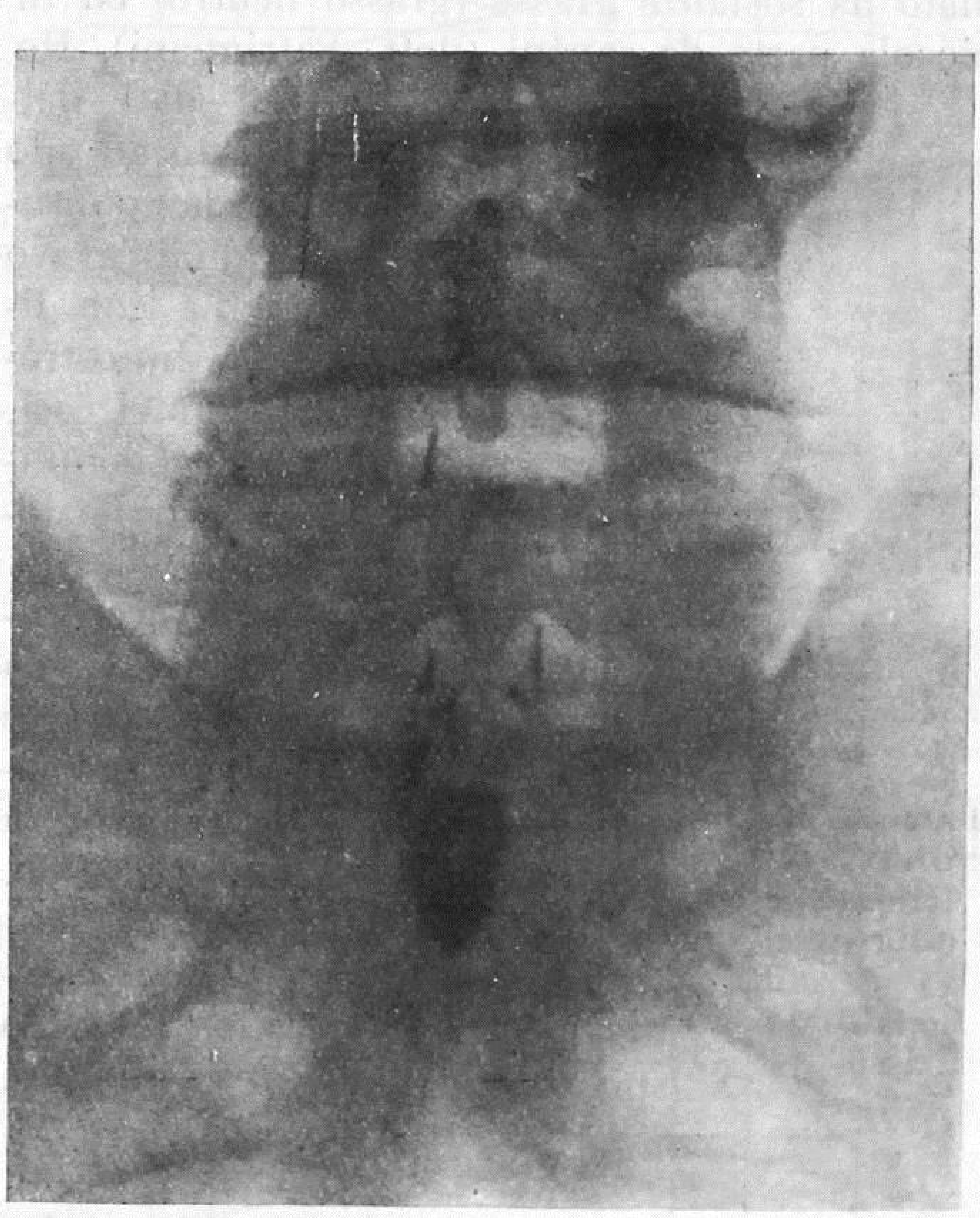


RADIOGR. 6. — (Caso I). Eseguito dopo la puntura perforatrice della cresta sacrale.

giungere sotto il vetrino copri-oggetti una goccia di soluzione un per cento di acido osmico, il grasso neutro si colorò in nero, mentre gli ammassi sopradetti non fissarono il colore. Riscaldando una parte del liquido



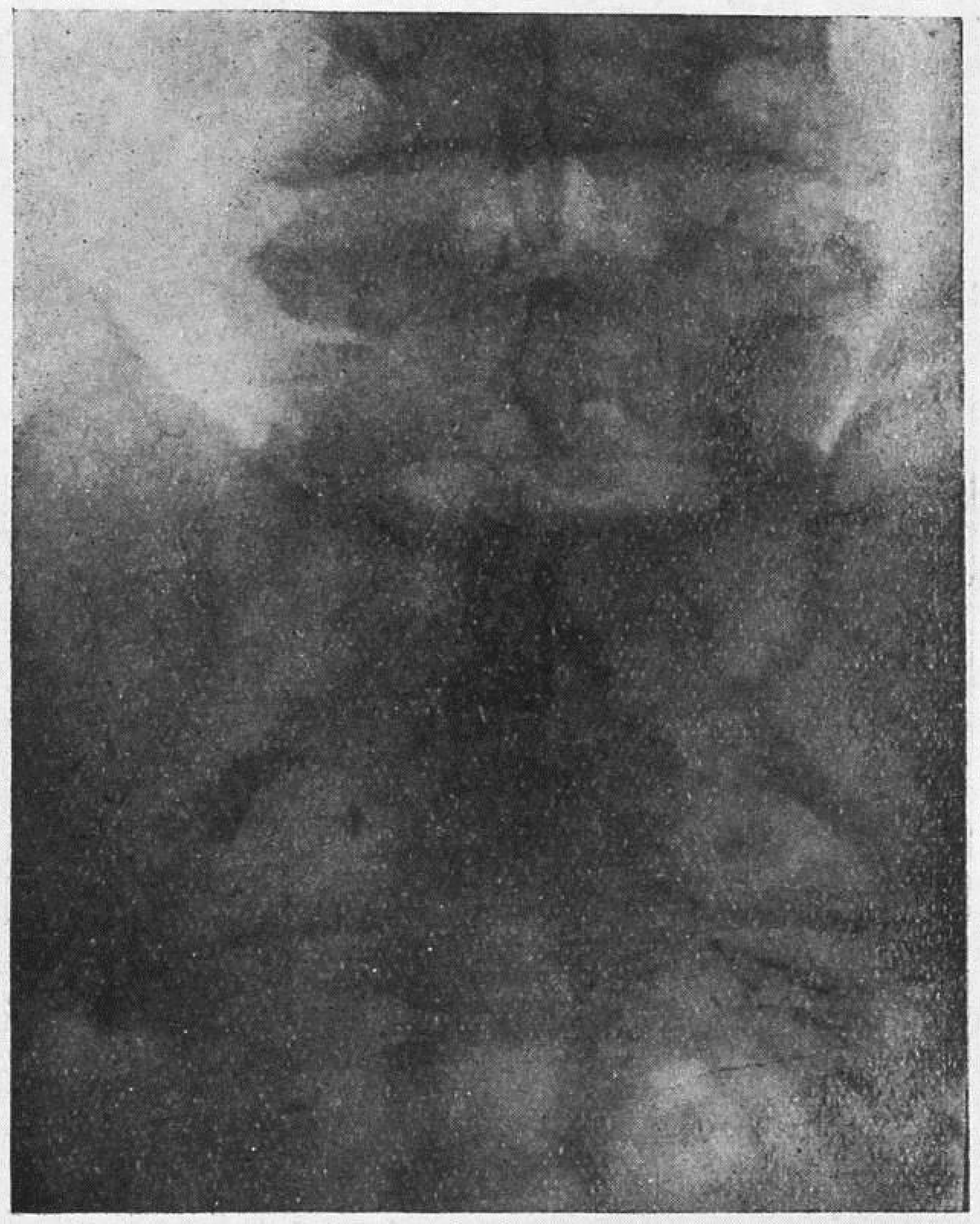
RADIOGR. 7. — (Caso II). Eseguito prima della puntura perforatrice.



RADIOGR. 8. – (Caso II). Eseguito dopo la prima puntura perforatrice della cresta sacrale.

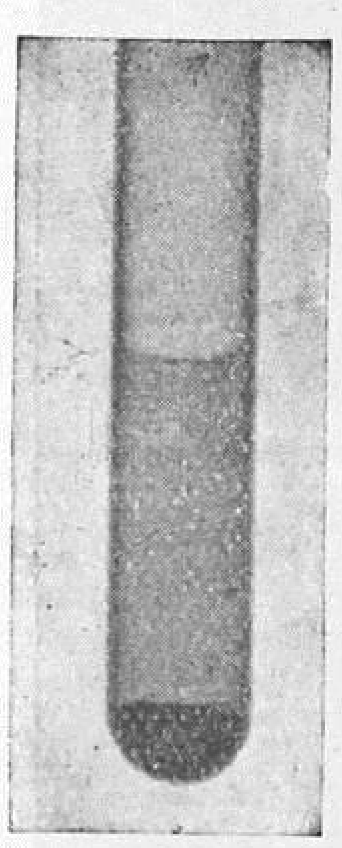
oleoso con acqua ed alcool, e ripetendo l'esame microscopico come sopra, gli ammassi non si rinvennero più. Per le proprietà sopra

rilevate a carico del liquido oleoso, si può concludere che esso è in massima parte for-



RADIOGR. 9. — (Caso II). Eseguito dopo la seconda puntura perforatrice della cresta sacrale.

mato da sostanze grasse (grasso neutro) ed in piccola parte da saponi (dott. Patrignani). Ho voluto riportare tali dati dell'esame del liquor misto ad olio jodato estratto con la puntura nei due casi nei quali avevo praticato la mielografia con lipiodol, allo scopo di dimostrare come anche in tali miei casi, l'esame del liquor abbia denunciato segni indubbî di irritazione meningea.



RADIOGR. 10. Provetta contenente liquor in alto e olio iodato in basso.

Ho ritenuto quindi veramente utile per le considerazioni da me già esposte, di proporre e di applicare dopo la esplorazione mielografica, la puntura aspiratrice della cresta sacrale, perfettamente tollerata dai pazienti, onde poter liberare quanto prima è possibile, il sacco spinale dal lipiodol introdotto.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di tumore extra-durale decorso con una sintomatologia di nevralgia sciatica bilaterale. L'esame del liquor e sopratutto l'esplorazione mielografica permisero di stabilire con certezza la presenza e la sede di una compressione endorachidea.

Coglie l'occasione per dimostrare l'utilità delle esplorazioni radiolipiodolica endorachidea nei tumori extradurali.

In considerazione poi dei danni e dei pericoli che possono derivare dalla mielografia con gli olii jodati suggerisce un metodo suo originale, già praticato su alcuni casi, per togliere il lipiodol introdotto dal sacco spinale. Tale metodo è fondato sulla puntura fatta direttamente a mezzo dell'ago-trapano elettrico di Egidi, attraverso la cresta sacrale, a livello della linea bispino-iliaca posteriore superiore. Tale puntura perfettamente tollerata permette di arrivare sul fondo del sacco lombare e di aspirare il lipiodol introdotto.

OSSERVAZIONI CLINICHE

LABORATORIO BATTERIOLOGICO DELLA SOMALIA IN MOGADISCIO.

Il primo caso accertato di infezione melitense in Somalia

per i dottori G. MARIANI e B. BESTA (1).

Riteniamo opportuno rendere noto il primo caso di infezione melitense in Somalia batteriologicamente accertato, non perchè esso abbia avute particolarità cliniche o batteriologiche degne di nota, ma per la possibilità che ci dà di fare alcune considerazioni sull'origine dell'infezione.

I casi clinicamente sospetti osservati prima d'ora (Veneroni) non sono mai stati accertati con la siero-diagnosi di Wright o con l'emocoltura.

Nel caso che descriveremo non solo l'agglutinazione è stata positiva, fatto che per la melitense non ha grande valore come per altre infezioni, giacchè molti sieri normali e patologici (tifo esantematico, febbri tifoidee, tubercolosi, tularemia, suppurazioni ecc.) posseggono coaglutinine pel melitense (Puntoni) ma è stato possibile isolare il germe dal sangue con l'emocultura.

Riassumiamo brevemente la cartella clinica unendovi alcuni dati che possono servire a chiarire l'origine dell'infezione.

F. L. a. 45, da Alessandria. Ufficiale Bande Armate. Nulla nell'anamnesi famigliare e personale remota. Trasferito in Colonia nel marzo u. s. da Milano dove da qualche tempo prestava servizio, ha raggiunto quasi subito la sua destinazione a Fer (Alto Uebi-Scebeli, versante destro). In patria non ha avuto contatti con ammalati o convalescenti di melitense nè con animali sospetti per detta infezione. Non faceva uso di latte e burro crudo e scarsamente di formaggi.

Il settore presidiato dalle Bande Armate alla

(1) Sotto tenente medico di complemento.

sua dipendenza era abitato da indigeni dediti alla pastorizia (pecore, buoi, cammelli).

Il paziente non ha avuto che contatti indiretti con detti animali, attraverso gli indigeni. Anche in Somalia non ha fatto uso di latte e burro crudo, scarsamente di formaggi; i cibi in scatola (verdure, frutta, burro, ecc.) pervenivano dall'Italia, Kenia, India, Giappone, ecc. Nessun bianco convivente col paziente ha avuto manifestazioni cliniche riferibili alla melitense.

Le prime manifestazioni cliniche della malattia consistenti in cefalea, modico rialzo termico serotino ed inappetenza, risolgono al 24 luglio u. s. Dopo qualche giorno nonostante cure chininiche la temperatura ha raggiunto i 38°-38°,5 alla sera, mentre nelle prime ore del mattino non superava i 37°-37°,5. Aggravandosi lo stato generale, è stato inviato il 4 agosto all'Ospedale Militare De Martino di Mogadiscio.

E. O.: Costituzione scheletrica regolare, mucose pallide, coscienza integra, polso ritmico, 80, temperatura 40°. Nulla a carico dei vari sistemi ed organi, milza e fegato non palpabili.

Esame di laboratorio: Urine normali, negativa la ricerca del parassita malarico e della spirocheta della ricorrente nel sangue periferico, agglutinazione per la B. melitense e Bang positiva (1/360), emocoltura positiva (vedi più avanti).

Lo stato generale si è mantenuto invariato per quindici giorni. È comparso in seguito una faringite guarita in 6-7 giorni. Alla fine del mese di agosto si è attenuata la cefalea, diminuita l'anoressia, persistendo l'astenia. In queste condizioni è stato imbarcato per l'Italia il 7-9-1935. Il polso si è mantenuto raro per tutto il periodo della degenza, relativamente alla temperatura (vedi grafica).

L'identificazione del germe isolato è stata fatta come segue:

Da emocultura in brodo comune (2 goccie sangue in 10 cc., 2 cc. in 10 cc., 2 cc. in 300 cc.) che dopo 6-7 giorni di termostato aveva dato esito a sviluppo (fiocchi bianco-grigiastro grossolani al fondo e lungo le pareti) si è passata un'ansata di brodo in agar che dopo 48 ore di termostato ha permesso di osservare piccole colonie grigiastre, rotonde, liscie, costituite da micrococchi allungati, scarsamente colorabili, gram negativi, dotati di soli movimenti Browniani.

Caratteri colturali come per la B. melitense. Attività biochimiche (glucosio, lattosio, saccarosio, maltosio) nessuna.

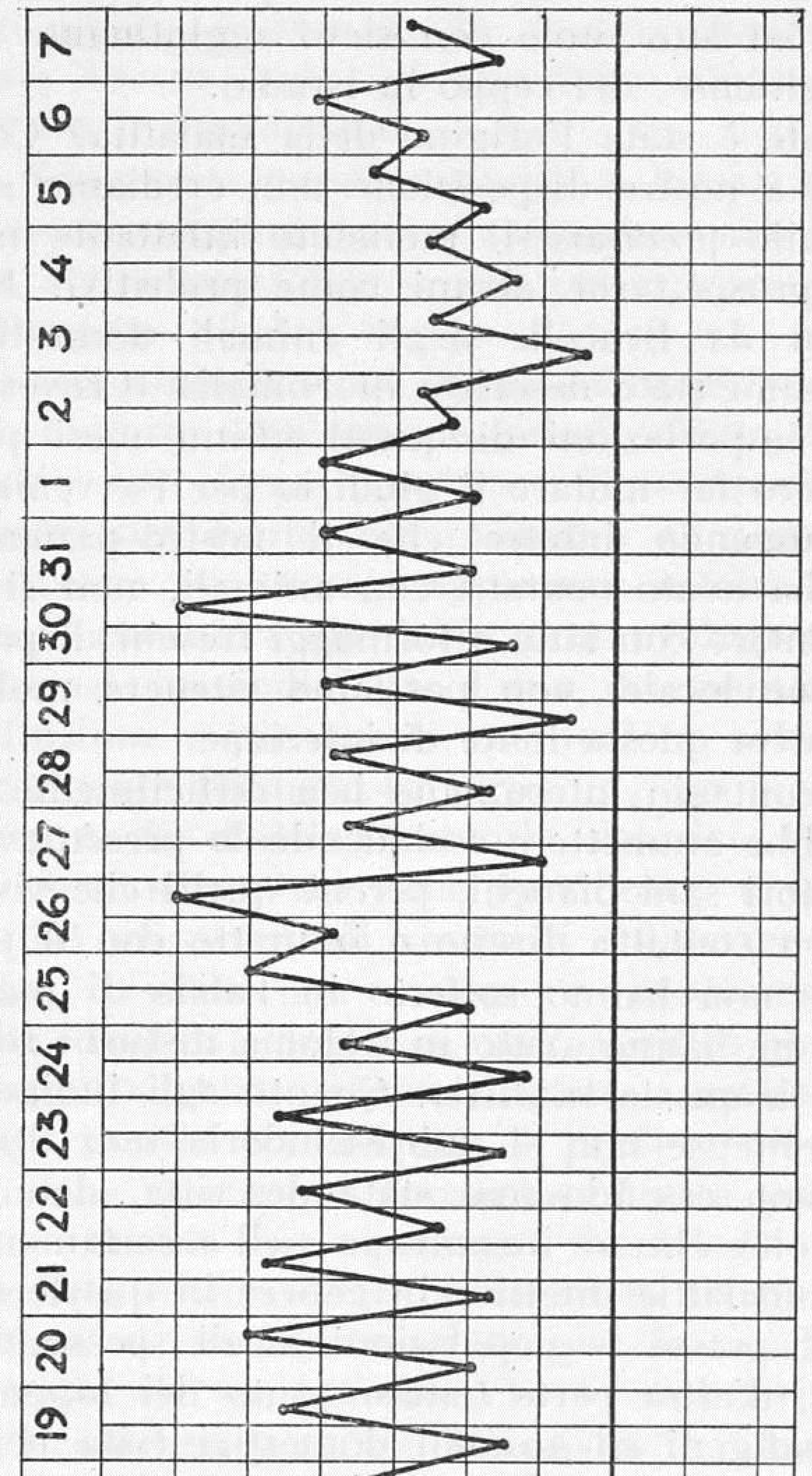
Agglutinabilità con siero agglutinante, la B. melitense (I. S. M.) al titolo 1/10.000, positiva 1/12.000.

Prova dell'idrogeno solforato, seminando il ceppo sul terreno di Stafseth, positiva per la B. melitense.

Prova della batteriostasi (terreno idem. c. s.) positiva per la B. melitense.

	C. in esame	C. mel. lab.	C. Bang lab.
Violetto di metile (1/100.000)	+	+	—
Fuxina basica (1/25.000)	+	+	—
Tionina (1/30.000)	+	+	—

Il ceppo di B. Bang cimentato si è comportato come la B. bovina verso la tionina e come la B. suina verso gli altri due colori.



Curva termica di F. L. Ospedale Militare « G. De Martino » *Mogadiscio* (Somalia Italiana) dal 5 agosto al 7 settembre XIII.

Prova dell'aerobiosi positiva pel melitense.

N. La prova dell'idrogeno solforato, della batteriostasi e dell'areobiosi sono consigliate da Puntoni per la diagnosi differenziale tra il melitense e le altre brucelle (bovina e suina).

Abbiamo pertanto classificata la brucella isolata come una melitense. I batteri paramelitensi ed il tularense non sono stati presi in considerazione nella classificazione per l'agglutinabilità ad alto titolo con siero agglutinante la B. melitense, del ceppo in istudio.

Quale è stata l'origine della malattia? Con i dati a nostra disposizione non crediamo sia possibile precisare il momento infettante ma solo prospettarne alcuni come probativi. Infezioni da Brucelle negli animali domestici non sono state descritte in Somalia (Croveri).

Le importazioni di questi ultimi mesi potrebbero far mutare il giudizio per l'avvenire. Aggiungendo inoltre che il nostro paziente non ha avuto contatti con animali, non si è alimentato con latte o formaggi freschi di produzione locale, non possiamo ritenere molto probativa questa fonte di infezione.

Il contagio interumano ben difficilmente si potrebbe ammettere escludendo la presenza di portatori sani bianchi, perchè quelli che vivevano a contatto diretto o indiretto con il paziente non hanno sofferto in Patria di melitense nè hanno avuto in Colonia disturbi riferibili a questa malattia. Quanto agli indigeni la melitense non si può escluderla senz'altro, pur non essendo mai stata descritta, date le difficoltà che si incontrano nell'accertamento delle malattie infettive in genere in queste regioni, presso le popolazioni locali spesso nomadi; d'altra parte tenuto conto dei rapporti fra indigeni ed animali domestici (vita negli stessi ambienti, alimentazione con latte crudo ecc.) e non ammettendo un'immunità di razza, ne riteniamo l'esistenza molto dubbia.

Sarebbero a questo proposito di grande utilità ricerche sistematiche specialmente sopra gli animali, ma per ora almeno ci è impossibile intraprenderle.

Un'altra ipotesi che può essere messa in discussione è quella di una infezione latente da quattro o più mesi, che ci indurrebbe a ricercare l'origine della malattia in Italia. In linea teorica non è possibile esluderla a priori. La melitense è attualmente endemica in Italia, così che anche senza poter stabilire un rapporto diretto fra la fonte di infezione e l'ammalato, non meraviglia il trovare casi di melitense in individui nei quali non è possibile stabilire manifestamente il momento infettante.

Riteniamo pertanto non poter precisare l'origine dell'infezione e quindi solo prospettiamo tra le varie possibilità che si tratti o di un caso autoctono o di un individuo portatore di Brucelle senza (portatore sano) o con lievissimi disturbi (forma ambulatoria) nel quale, per cause occasionali (cambiamento di ambiente, fatica, ecc.) la malattia si è resa clinicamente evidente.

RIASSUNTO.

Gli autori hanno descritto il primo caso batteriologicamente accertato, di melitense in Somalia, discutendone l'origine.

BIBLIOGRAFIA.

CORSI A. *Stato Sanitario delle RR. TT. CC.* nel 1934. Giornale di Medicina Militare. Fascicolo IX, 825, 1935.

CROVERI P. *Medicina Coloniale e Nosografia coloniale italiana.* Giornale di Med. Milit., anno LXXXIII, 723, 1935.

FRANCHINI G. *Le Colonie Italiane dell'A. O. dal punto di vista sanitario ed igienico.* Archivio Italiano di Scienze Mediche coloniali, VII, 485, 1935.

GRIXONI G. *Geografia Medica ed Igiene dei nostri possedimenti coloniali.* Collana medico-militare per il Ministero della Guerra, vol. XV, 123, 1926.

PUNTONI V. *Manuale di microbiologica medica.* Ed. Bucciarelli, 1935.

TEDESCHI C. e GUIDETTI C. Somalia sanitaria, anno 1932. Rinnovamento medico, n. XI e XII, 1933.

VENERONI C. *Nosografia medica della Somalia Italiana.* Edizione Istituto Patologia Tropicale, Bologna, 1928.

NOTE E CONTRIBUTI

Continuazione alla "Dottrina costituzionale della motilità".

Dott. GIANNINO CONTE.

Per completare lo studio sulla Dottrina credo sia utile l'esame dei seguenti tre punti:

1) rapporto con la legge morfologica di De Giovanni;

2) siccome il portamento subisce l'influenza costante, non regolata dalla volontà, d'una serie di fattori fisiopatologici, presenterò una spiegazione sul meccanismo di questa influenza;

3) guidandomi con lo schema, farò, se non per ogni malattia, almeno per ogni gruppo, la descrizione delle caratteristiche motorie costituenti la sintomatologia differenziale.

1. — *Rapporto con la legge morfologica di De Giovanni.*

La relazione schematica è che:

a) i tipi: dinamico e statico: corrispondono al normotipo;

b) il tipo agitato: corrisponde alla prima combinazione;

c) il tipo tardo: corrisponde alla prima e terza.

d) il tipo pesante: corrisponde alla terza.

Questa relazione non è solo teorica e schematica ma è eminentemente pratica perchè le prerogative motorie d'un qualunque individuo sono proporzionate alle qualità morfologiche e somatiche del medesimo, intendendo queste qualità come capacità e forza muscolare, come armonia o disarmonia di forme, come possibilità di sviluppo e di energesi motoria; avremo così con la perfezione somatica e morfologica (normotipo) il possibile sviluppo d'un portamento armonioso, perchè la predetta perfezione presuppone anzitutto l'equilibrio fra le masse muscolari e permette un giuoco costantemente controllato fra gli antagonisti; dimodochè il normotipo farà capo a due tipi motori normali che sono il dinamico e lo statico.

Gli ectipi morfologici-somatici con le deviazioni in eccesso ed in difetto e con i loro vari disquilibri si volgeranno verso una caratteristica motoria proporzionata con le loro possibilità e deviata in rapporto alle varie disarmonie: così il macrosplancnico, tarchiato e grosso, mai potrà possedere una motilità agile e celere, mentre il microsplancnico, morfologicamente debole ed esile non possederà il dinamismo costante di un tipo normale.

Continuando nello studio dei rapporti fra le due dottrine si constaterà quanto si compensino a vicenda e quanto l'una sia legata all'altra.

La legge morfologica trova la ragione della speciale morbilità nella speciale morfologia dell'individuo; ma questa speciale morbilità è solo presupposta possibile, non in atto, è solo potenziale, non attivamente funzionante; l'individuo che appartiene ad una determinata combinazione dimostra solo di essere predisposto, più di un altro, verso la malattia o gruppo patologico, di cui riveste la costituzione morfologica, La legge morfologica è un po' come l'anatomia della morbilità, e come tale ne descrive solo la forma.

Secondo la dottrina costituzionale motoria la speciale morbilità di ciascun individuo vien espressa da quella fisionomia inoccultabile che è il portamento il quale ha la sua causa nelle deviazioni psico-motorie portate da un particolare stato patologico; quì non si ha solo la espressione d'una possibilità patologica, ma l'attività vera e propria d'una malattia, la quale attraverso a variazioni motorie bene caratterizzate e praticamente dimostrabili fa risaltare le sue note fisiopatologiche, che di caso in caso costituiscono tipi altrettanto bene definiti e definibili. La dottrina costituzionale motoria è come la fisiologia, che studia la funzione e ne interpreta il meccanismo; come la fisiologia è strettamente legata all'anatomia, tanto che non si può bene studiare l'esatto funzionamento d'un organo senza averne prima esaminata la precisa morfologia, così diviene logica un'altrettanto stretta unione fra le due dottrine.

Nonostante questa intimità di legami si possono riscontrare delle divergenze come per es. un ectipo morfologico può essere trovato sano all'esame clinico mentre invece un normotipo morfologico può appartenere ad un gruppo motorio patologico e quindi affetto da una particolare forma morbosa. Queste però sono divergenze facilmente chiaribili e, come tali, risultano anche solo apparenti; infatti, quando si considera che la legge morfologica pone innanzi un individuo d'una determinata costituzione e per questa costituzione solo maggiormente predisposto verso un tipo morboso, mentre la dottrina motoria descrive l'effetto stesso d'una causa bene specificata, diventano chiari gli eventuali contrasti sul terreno pratico; perchè una maggiore predisposizione verso una data malattia, non significa che l'individuo debba necessariamente ammalarsi di quel morbo per il quale è predisposto, mentre una qualunque forma patologica può colpire anche una persona morfologicamente perfetta e quando il male esiste in un individuo, si constateranno sempre le tipiche variazioni del portamento che lo caratterizzano.

I contrasti però non infirmano il valore pratico delle due dottrine, ma dimostrano solo che le medesime si compensano a vicenda e che lo studio della motilità porta un notevole contributo alla clinica costituzionale in quanto le qualità somatiche e morfologiche d'un individuo vengono analizzate nel loro dinamismo e nella loro espressione attiva mentre l'interessato è preda d'uno specificato tipo patologico.

2. — *Meccanismo secondo cui i fattori fisiopatologici determinano le variazioni motorie del portamento.*

Nel primo studio ho sorvolato su questo punto, parlando di influenza sullo spirito, di meccanismi variabilissimi e dicevo che la variazione del portamento può essere dovuta a stati irritativi e depressivi per la preoccupazione e la instabilità d'umore, che il decorso del male conduce con sè e determinata da alterazioni dei centri psicomotori con origine:

a) diretta sulle malattie del sistema nervoso;

b) umorale negli altri stati patologici;

c) e per entrambi i gruppi sotto il gioco

importante delle condizioni psichiche sempre deviate in ogni malattia e che si riassumono nella parola suggestione.

Quindi le variazioni motorie in patologia sono dovute a un doppio meccanismo:

a) Materiale: per il perturbamento delle condizioni di salute derivanti dalla malattia stessa;

b) Psichico: per le oscillazioni e ripiegamenti dell'animo conseguenti allo stato patologico.

È chiaro il meccanismo materiale originante la variazione del portamento, perchè ogni malattia pesa sul fisico dell'individuo, causandone una debilitazione con stati febbrili continuati, con anemie prolungate, con condizioni cachetizzanti e procurando fenomeni di erezione nervosa o di depressione. Ma il meccanismo materiale determinerà un quadro generico della variazione motoria suddivisibile in pochi gruppi comprendenti un grande numero di tipi patologici assomigliantisi negli effetti e quindi di poca importanza pratica. I risultati del meccanismo materiale serviranno piuttosto da stimolo determinante il fenomeno psichico; il quale diventerà il riflesso della reattività individuale estremamente caratteristica e variabile secondo la persona interessata e secondo la qualità del male.

Ho detto che i fatti psichici di reazione, azionatori del meccanismo spirituale, si riassumono nella parola suggestione, cui aggiungo l'autosuggestione, le quali, portate nel campo fisiopatologico, sono il prodotto della interpretazione e della valutazione più o meno esagerate e sbagliate date ad avvenimenti del nostro organismo.

Siccome non esistono suggestione e autosuggestione senza uno stato emotivo antecedente che le promuova, così si deve concludere che esse sono lo sbocco cui giunge l'individuo umano sotto lo stimolo, sia pur lieve, ma costante. d'un ripetersi d'emozioni, le quali, sommandosi, finiscono col costituire una vera e propria costituzione emotiva; questa si mostra all'osservatore con variazioni del portamento caratterizzate da segni (Laumonier).

Fisici: aumento dei riflessi tendinei, cutanei e pupillari, l'iperestesia sensoriale con reazioni motrici vivaci, estese e prolungate (mimica e voce), lo squilibrio motorio, i tremori delle estremità, l'impotenza motrice transitoria ecc....

Psichici: l'impressionabilità, l'inquietudine, l'instabilità, l'ansietà, l'impulsività sotto forma di stati continuati e di parossismi alternati o associati a costituire un substrato permanente e un terreno sul quale si sviluppano le sindromi emotive; la timidità, gli scrupoli; nei casi gravi la malinconia ansiosa e i deliri di ipocondria ecc....

Passata la primissima impressione portata dalla malattia e traducentesi in stupore o dolorosa sorpresa, andrà lentamente o velocemente stabilendosi una particolare stimolazione emotiva speciale per ogni morbo o dovuta alla differente sintomatologia soggettiva, al tipico decorso d'ogni stato patologico, ai regimi di vita e dietetici imposti per ogni caso. La stimolazione emottiva sarà necessariamente continua per tutta la durata del male costituendo nell'individuo interessato quello stato e costituzione emozionale, dei quali ho fatto accenno più indietro e che trasformano il malato in un suggestionato; avverrà così un mutamento radicale nella esistenza psichica e fisica del malato, per il quale non sarà più la sua sola reale personalità che parlerà e agirà, ma quel nuovo io, più o meno incosciente, formatosi dallo stato patologico; la malattia stessa vivrà nel contegno psico-motorio.

Ed ora si deve trarre una logica conclusione: essendo per ogni malattia differenti i sintomi, il decorso, il regime da osservarsi, è naturale che altrettanto diverse debbano essere le stimolazioni emotive e variabili quindi le reazioni riflesse del portamento il quale diventerà come lo specchio fedele del male sofferto; così avremo altrettanti portamenti secondo che la reattività si svilupperà su un terreno ansioso, di paura, di angoscia, di repulsione, di indolenza, di impulsività ecc. Ecco adunque che, non solo sarà possibile distinguere i tipi motori in grandi gruppi con definizioni a linee generali, ma anche penetrando la singolare psicologia individuale, si potranno descrivere i vari portamenti secondo gli schemi esatti d'una netta sintomatologia differenziale.

Fu appunto, studiando le particolarità reattivo-emotive per ogni singolo stato patologico, che mi divenne possibile un'esatta descrizione ben differenziata, quale andrò esponendo.

3. — *Caratteristiche del portamento costituenti la sintomatologia differenziale.*

1) Dinamico e statico.

Secondo la definizione riportata nel primo studio, rappresentano il normotipo motorio; ma in pratica, anche se si tratta di individui con caratteri morfologico-somatici perfetti, troviamo tipi che si avvicinano più o meno all'agitato e al tardo, perchè esistono certamente persone perfettamente sane, ma quasi nessuna ve n'è di fisiologicamente perfetta.

L'esattezza ed il valore della dottrina motoria si dimostrano appunto nel sapere penetrare in qualche irregolarità anche nei tipi

clinicamente sani o in quelli compresi nella normalità morfologico-somatica, i quali risulteranno d'essere malati della vertiginosa vita attuale e vittime prese nello svolgersi sussultante del progresso odierno. Risalendo l'esame clinico potremo constatare che si tratta per lo più di lievi disendocrinie e di deviazioni nervose assai sfumate, non patologiche, ma logicamente neppure considerabili fisiologiche.

In pratica ho osservato che:

a) il dinamico ha spesso alcuni spunti di iperattività motoria e mimica riferibili a eretismo nervoso da un terreno ipertiroideo o ipersessuale. Psicologicamente sono individui che prendono la vita con impeto e con entusiasmo e rappresentano il prototipo moderno e giovane.

b) lo statico dimostra passeggeri aspetti di indolenza motoria e di indifferenza mimica; negli individui con queste caratteristiche ho trovato uno sfondo neurastenoide con spunti di malinconia. Psicologicamente sono i calcolatori della vita, i camminatori della via di mezzo, sono coloro che sanno sempre scegliere la cosidetta giusta misura.

Concludendo per ambedue: sono i detti « pseudoammalati » del nostro ambulatorio, affetti per lo più da funzionalismi cardiaci, per il dinamico, gastrointestinali per lo statico.

2) Agitato.

Corrisponde al microsplancnico, con note motorie incostanti di agilità e celerità, con portamento agitato, non riflessivo, fantasioso nella coloritura dei concetti, esagerato rispetto lo scopo da raggiungere.

Ecco le malattie che secondo le mie osservazioni ho trovato appartenenti a questo gruppo.

A) *Malattie febbrili acute.*

Agitazione distratta fino ad essere addirittura assente. Questo comportamento è logico, presuppone il delirio o un parziale stato delirante, quali si hanno sempre nelle malattie febbrili acute. Ho osservato però che l'agitazione distratta del polmonitico può essere almeno in parte ricondotta nei limiti della coscienza, mentre quella assente del tifoso rimane sempre tale.

B) *Ipertiroidismo.*

Agitazione con immaginosità fantastica ed esagerata, che ingrandiscono sempre l'importanza dei concetti espressi colorandoli a dismisura; mimica iperbolica portata alla massima estrinsecazione nei poli opposti della gioia e del dolore; chiara incapacità di giusta misura.

Questa malattia ci fornisce davvero il capolista del tipo agitato eziopatogeneticamente spiegato dalle funzioni della tiroide.

C) *Impotenza sessuale psichica.*

Agitazione immaginosa e fantastica, ma incostante, in modo che a periodi vicinissimi l'eretismo motorio e mimico ha improvvisi arresti di assoluta indifferenza.

Questo gruppo va preso unito al precedente e nei casi puri se ne differenzia per gli arresti sopradescritti, i quali, secondo le mie osservazioni, rappresentano uno stato di preoccupazione e interno tormento dovuti al fatto che, specialmente nel sesso maschile, è grandemente sentita la irregolare funzionalità sessuale.

D) *Precocità sessuale e permanenza della funzione oltre l'età della decadenza fisiologica.*

Agitazione fantasiosa e distratta: la mimica motoria non accompagna che con fatica il concetto espresso. Osservando gli individui di questo gruppo, si ha l'impressione che essi seguano costantemente un'immagine interna, la quale per lo più è sessuale; infatti l'appetito sessuale conduce alla formazione di figurazioni promoventi il desiderio, donde la distrazione e l'incoordinazione.

E) *Anemia e linfatismo.*

Agitazione incoordinata e irrequieta, con portamento che non è ipermotorio-espressivo, ma solo ipermotorio, sembrante mosso da incapacità di moderare la mimica ed i gesti, piuttosto che da una forza intellettuale.

Quindi al contrario dell'ipertiroideo, in questo gruppo la motilità non è intelligente, nè integrativa del concetto espresso, ma quì il portamento ed il discorso battono due strade che non si sommano mai.

Infatti gli anemici ed i linfatici sono quasi sempre di scarsa intelligenza ed anzi si accompagnano spesso all'adenoidismo, il quale danneggia moltissimo le facoltà intellettuali.

F) *Tbc. nella fase iniziale o in quella più acuta.*

Agitazione irritata con motorietà mimica affettata; la notevole agitazione del portamento dà l'impressione di una protesta e d'una continua irritazione dell'animo, mentre la motorietà mimica, sempre esagerata, non è spontanea, ma sembra fatta apposta per nascondere una, esistente, reale depressione interna.

A questo comportamento ho trovato questa spiegazione: i malati di tubercolosi tendono a mascherare il loro stato patologico — ostentazione ed affettazione —; mentre lo spirito si ribella contro il medesimo estrinsecandosi con l'agitazione e irritazione del portamento.

G) *Malattie del cuore e della circolazione esclusa l'arteriosclerosi dell'adulto attempato e quella senile.*

Agitazione ansiosa e angosciosa; il portamento è assai caratteristico essendo ipermotorio in modo tormentoso, nel quale si legge di volta in volta paura, terrore, curiosità ansiosa.

Gli ammalati di questo gruppo mi hanno sempre data l'impressione di volere interpretare lo stato loro presente e di voler precorrere il futuro; studiando le ragioni di questo contegno, ho creduto di trovarle nel decorso stesso del male, il quale nelle crisi, anginotiche o asmatiche è veramente angoscioso e ansioso, dando sensazione di « morte vicina » al paziente; quindi questi anche durante i periodi di sosta e di benessere, vive sotto un incubo e tormento.

H) *Psicosi maniaco-esaltatorie.*

Agitazione scomposta e notevolmente coreografica; le caratteristiche di questo gruppo non sono facilmente descrivibili, ma la loro esagerazione è bene comprensibile perchè parte da una importante deviazione cerebrale; il portamento quì si distingue per la assoluta irregolarità ed incoerenza e per la inutile esuberanza.

I) *Mascolinismo.*

Agitazione decisa ed incisiva con spiccata durezza; quì ha valore sopratutto il netto contrasto col sesso ed infatti la incisività e la durezza mimico-motoria sono qualità del sesso maschile.

3) Tardo.

Corrisponde sia alla prima che alla terza combinazione di De Giovanni: la motilità è tarda ed impacciata, con portamento mancante di disinvoltura; mentre il gesto e la mimica non colorano mai a sufficienza il concetto espresso; molto spesso in questo gruppo si trovano individui che sembrano seguire ciò che pensano e non ciò che dicono.

È la categoria più ricca di rappresentanti, che in base alle mie osservazioni ho distinti così:

a) Ipotiroidismo.

Tardezza incolore con portamento indifferente verso l'ambiente e talora con assunzione di aspetti cretinoidi; la mimica espressiva manca o è priva di intelligenza, mentre tutta la motilità sembra come automatizzata. Questo contegno è spiegato dalla tipica funzione della tiroide.

b) Addisonismo.

Tardezza come se l'interessato fosse stanco; infatti il portamento esprime stanchezza fisica invincibile e continua. Gli individui di questo gruppo mi dettero l'impressione come di aver or ora compiuto uno sforzo muscolare notevole con il conseguente bisogno di riposo.

c) Ipogenitalismo.

Non intendo quì parlare dell'ipofunzionalismo sessuale già descritto nel tipo agitato, ma dell'infantilismo e dell'involutismo precoce.

Tardezza indolente, con portamento mancante di brio e di bellezza mimico-motoria per l'infantile; gli individui di questo gruppo sono privi di quella poesia nuova e caratteristica di chi ha incontrato il normale sviluppo del sesso.

L'involuto precoce è tardo, indolente, indifferente, con portamento scialbo, liscio, sempre di un medesimo grado di forza intellettuale e senza sussulti; la mimica generale perde le caratteristiche del sesso senza però assumere nettamente quelle dell'altro.

Il contegno è spiegato dalla funzione sessuale, la quale, intesa non come potenza, ma come secrezione interna, porta un notevole contributo di energia, vivacità fisiche e psichiche.

d) T. b. c. cronica e torpida.

In questo gruppo comprendo quei casi in cui è sorpassata la fase iniziale con le impressioni dovute alla prima scossa morale ed il malato è entrato nel periodo di latenza, di quiescenza, di guarigione clinica o di inguaribilità.

Ho osservato che anche i guariti non dimenticano mai il male sofferto e se ne fanno un ispiegabile corredo psicologico, che pongono a base della loro vita fisica e spirituale.

Tardezza accidiosa con ostentata espressione di romanticismo nel sesso femminile; dove la malattia diventa un'aureola; con espressione accorata, rassegnata e talvolta disperata nel sesso maschile, in cui il male costituisce un continuo tormento ed è una catena che tiene immobilizzate tutte le possibilità.

La donna tubercolosa è malinconica, ma ha un portamento, almeno spiritualmente, bello; l'uomo tubercoloso è malinconico, ma il portamento è irritato con evidenti espressioni mimiche di scontentezza e quindi è moralmente brutto.

Psicologicamente si spiega così: la donna si rassegna e nella rassegnazione stessa si riposa, mentre l'uomo, più attivo, si ribella e quindi si dispera.

e) Tumori maligni e malattie croniche inguaribili, esclusa la tubercolosi.

Tardezza stanca e svogliata, con espressione mimica pensosa, stranamente preoccupata; quì il contegno motorio-mimico è proporzionato all'indebolimento portato dal male, al senso di inguaribilità notato nel continuo peg-

giorarmento delle condizioni generali conducente con sè una notevole condizione di depressione nervosa. Anche nei malati tenuti ad arte nella ignoranza del loro reale stato ho osservato come trasparire dal portamento il presagio dell'irrimediabilità e la preparazione quasi rassegnata nei riguardi della fine.

f) Algie in generale.

Tardezza voluta e coatta. Qui, specialmente nelle algie degli organi del movimento, la limitazione motoria è determinata dalla volontà e sotto il dominio del timore che si risveglino i non desiderati dolori; nelle algie di altro tipo il portamento è tardo con apprensione. Chi osserva gli individui di questo gruppo ha l'impressione di vederli costantemente in ascolto ed infatti è un « ascolto » tutto psichico esprimente attesa del male e paura di soffrirlo.

g) Linfatismo florido.

Tardezza pacifica e psichicamente immota: il portamento assomiglia un po' a quello del malato cronico inguaribile, ma di questo non ha nè l'apprensione nè la preoccupazione, nè l'aspetto dolorosamente rassegnato, venendo così dimostrato il rapporto con la non gravità del male.

Gli individui di questo gruppo mancano di mimica vera e propria o, esistendo, questa è senza espressione intelligente; in questo si avvicinano all'ipotiroideo, ma senza averne l'aspetto cretinoide.

h) Le forme non gravi dell'alcoolismo e dell'arteriosclerosi.

Tardezza distratta, indifferente, sonnolente: portamento caratteristico di chi è appena svegliato da un lungo e profondo sonno. L'aspetto di questi individui concorda con la torpidezza dei centri psicomotori dovuta al loro vizio o alla loro malattia.

i) Malattie nervose.

Tardezza studiata, circospetta, autocontrollata; il portamento manca di spontaneità, la mimica è stereotipata, i gesti, tenuti sotto il dominio della volontà, hanno un frasario sempre uguale, monotono.

Gli individui di questo gruppo nella loro mimica e motorietà danno l'impressione di recitare una parte imparata a memoria e di essere nella impossibilità di mutarla.

Questo contegno è spiegato dalla psicologia di questi malati, i quali si vergognano di mostrare la loro deficienza funzionale (paralisi, atassia, tremore ecc...) che cercano di correggere e che tengono nascosta.

l) Neurastenia.

Tardezza abulica, annoiata, denotante stanchezza morale; gli individui di questo gruppo sembrano come allucinati e ipnotizzati. Il portamento è come quello di chi non vive della propria volontà.

m) Isterismo.

Tardezza teatrale ora malinconica, ora mistica, ora romantica; portamento orientato ed affettato.

Gli individui di questo gruppo sembrano in bella posa per farsi una fotografia e sono facilmente riconoscibili.

4) Pesante.

Corrisponde alla III combinazione, con motilità mimica e portamento spento e senza personalità. Qui si osserva: la senilità decrepita, la demenza tardiva che si confonde con l'arteriosclerosi grave e con l'alcoolismo estremo, l'obesità e i predisposti all'apoplessia.

In questo gruppo trovo inutile fare dettagli.

RIASSUNTO.

L'A. stabilisce che i rapporti della dottrina motoria con la legge morfologica sono di compensazione — dice che le variazioni motorie sono determinate da uno speciale stato emozionale continuato identificantesi nella suggestione ed autosuggestione e dovuto al turbamento quotidiano che la malattia, con i sintomi, decorso e forzato regime porta con sè. Questo turbamento non è altro che uno stimolo che si riflette in forma di variazione del portamento tale da rendere possibile una perfetta differenziazione dei vari tipi, come è presentato dall'A.

S. Bellino, 19 agosto 1935-XIII.

BIBLIOGRAFIA.

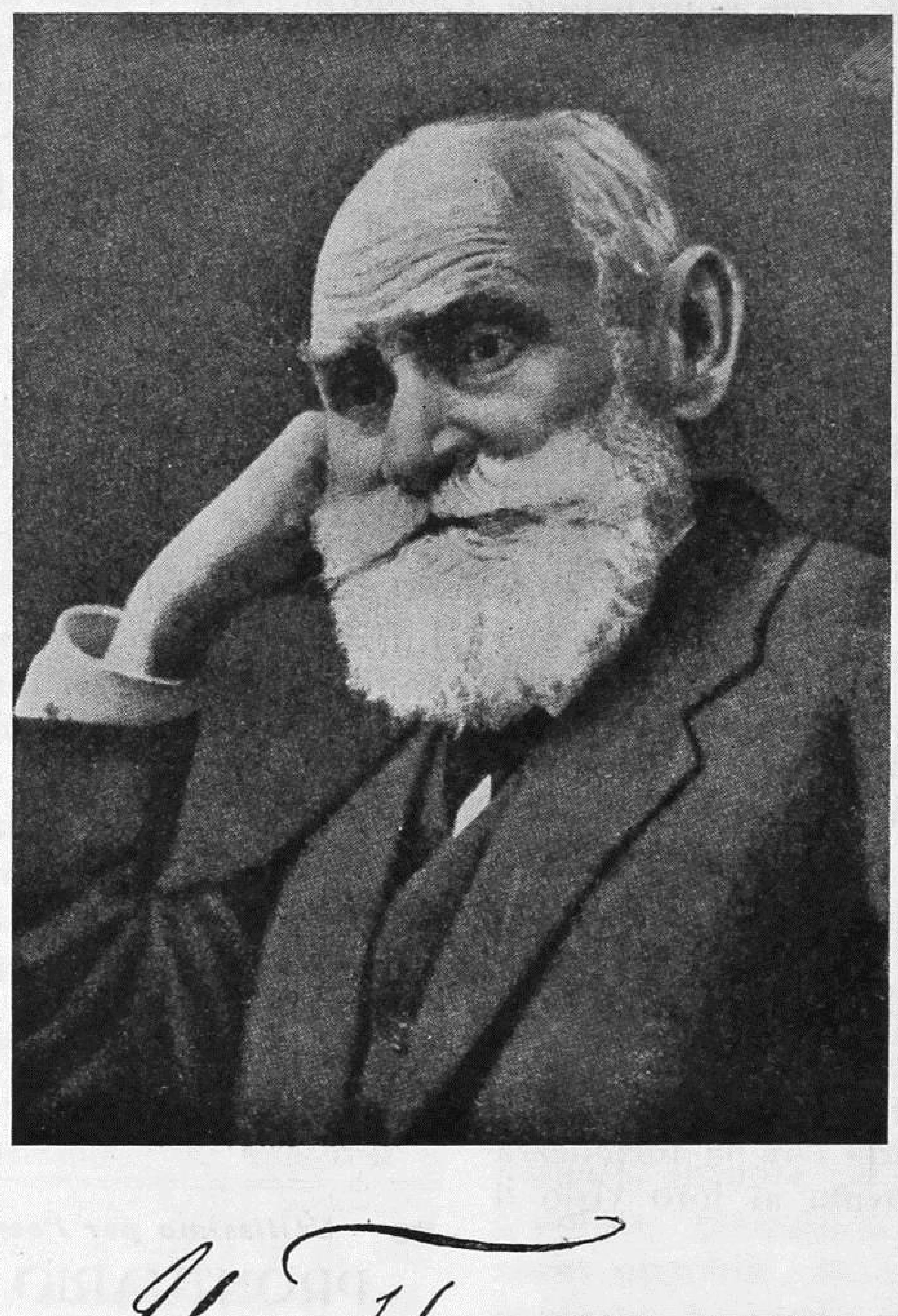
F. LAUMONIER. Rassegna Clinico-Scientifica, 1932, n. 2, pag. 55.

NOTE BIOGRAFICHE.

J. P. PAWLOW

Con J. P. PAWLOW si è spenta una luce di pensiero pari alle più grandi che illuminarono la Biologia. Il vegliardo che pareva incrollabile, poderoso e tranquillo come un vecchio pilota dominatore di tempeste, lo conobbi a Strasburgo, nell'Istituto di Chimica fisiologica, presentatomi dal Maestro mio, indimenticabile sempre, F. Hofmeister. Era il tempo in cui Egli e la Sua Scuola innovava ed ingrandiva le nostre conoscenze sui processi digestivi, divenuti, ormai, la base di un corpo di dottrina, in cui il sistema nervoso domina sovrano tutta l'opera delle secrezioni digerenti.

Fra l'altro, servendosi del « *piccolo stomaco* », potette non solo studiare la azione delle diverse influenze sperimentali sulla secrezione gastrica, ma potette svelare anche che le proprietà del succo gastrico differiscono secondo la natura dell'alimento che ne provoca la secrezione, che l'eccitazione psichica della secrezione è precoce, mentre l'eccitazione chimica è tardiva. La celebre esperienza sul pasto fittizio circa l'eccitazione psichica della secrezione completava le sue classiche ricerche.



1849 - 1936

Secrezione psichica già intravista da Ch. Richet, su *Marcelin* fino dal 1878, in quanto che « ... *en lui faisant mâcher du sucre et des bombons, un peu du suc gastrique s'éculait par l'estomac. Cette action réflexe allant de la bouche aux nerfs secréteurs du suc gastrique est un réflexe remarquable...; je constatai aussi un fait très important, mais dont alors n'ai malheureusement pas reconnu l'importance. C'est un effet trop souvent ce qui se produit dans nos recherches. Nous ne voyons ce que nous cherchons à voir! Avant moi Longet l'avait vaguement indiqué. Pawlow a fait là-dessus de très belles expériences. Il a bien démontré l'existence de ces réflexes psychiques. La vue des aliments savoureux fait venir, come on dit, l'eau à la bouche, mais elle fait aussi affluer le suc gastrique dans l'estomac* ». (CH. RICHET, *Souvenirs d'un physiologiste*. Paris, Peyronnet etc., 1933, p. 23).

Nel nostro incontro a Strasburgo egli mi spronò, come cultore della Farmacologia sperimentale, ad applicare i suoi metodi di indagine, onde risolvere problemi della nostra speciale disciplina.

Filiazione diretta di quell'incitamento autorevole, appena ritornato a Roma, nell'Istituto di Farmacologia, furono le indagini sperimentali:

a) A. BONANNI, *Sull'eliminazione di alcuni farmaci per la mucosa gastrica*. Arch. di Farmacol. sper. e Scienze affini, 1904.

b) A. BONANNI, *Influenza degli amari sulla secrezione gastrica*, Arch. di Farmacol. sper. e Scienze affini, 1904. (Ai medesimi risultati venne N. D. STRASSCHESKO nell'Istituto di Pawlow: (*Wirkung der Bittermittel auf die Secretion der Magendrusen*. Russij Wratsch., 12, 1905).

c) P. CASCIANI, *Influenza delle soluzioni clorurato-sodiche ipotoniche sulla funzione gastrica*. Archivio di Farmacol.. sper. e Scienze affini, 1906 (ricerca eseguita sotto le mie direttive) e le posteriori di P. TESTONI, *Sul meccanismo del vomito da cloroformio*. Arch. internat. de Pharmacodyn. et de Térap., 1931; di A. BONANNI, *Vomito da chinina*. Arch. internat. de Pharmacodyn. et de Thérap., 1933.

Da quell'epoca la relazione intellettuale con il Pawlow rimase ininterrotta e con vivo piacere lo potetti risalutare, in pieno vigore di vita, a Roma, durante il Congresso internazionale di fisiologia 1932. A. X.

Ma se le conoscenze sui processi digestivi avevano assicurato larga fama al Pawlow, la scoperta dei « *riflessi condizionati* » richiamò su Lui l'ammirazione di tutto il mondo.

Tale scoperta e la metodologia aprirono, in vero, la via all'investigazione delle funzioni della corteccia cerebrale, e sono fatti di una importanza capitale. Si pensi che fino alle nuove indagini di Pawlow e della Scuola, affermò E. Gley « ... *lo studio della fisiologia della corteccia cerebrale era stagnante* ». Nessun progresso infatti. Mercè le ricerche di Fritsch e di Hitzig, due metodi divennero classici in Fisiologia, l'*eccitazione* e la *sezione*, a mezzo dei quali si acquistarono, senza dubbio, molte conoscenze. Rimanevano esse, tuttavia, mute *sull'attività nervosa superiore e sulle leggi di questa attività*.

Le nozioni dell'inibizione dei riflessi condizionati, dell'irradiazione e della concentrazione dell'inibizione, del sonno come inibitore aprirono ed aprono ai biologi in genere, ai farmacologi in specie, larghi orizzonti.

Le indagini di P. Di Mattei, fino dal 1928, *Su di un riflesso salivare condizionato per iniezioni ripetute di morfina* (Boll. Soc. it. di Biolog. sperim., vol. III), eseguite nell'Istituto di Farmacologia da me diretto, ne danno, fra le altre eseguite altrove sotto l'influenza della *caffeina*, dell'*alcool* ecc., la prova palpitante.

Ed è perciò merito grande di Pawlow di averci fatto entrare, con le nuove esperienze fisiologiche, nello studio delicato del funzionamento della corteccia cerebrale, studio che getterà sprazzi di luce anche alle indagini ed alle spiegazioni dei fenomeni patologici e ne deriveranno indicazioni per una terapia precisa.

Già Egli ha dimostrato e sostenuto che i *bromuri* agiscono più sul rinforzare i processi inibitori che nel diminuire l'*eccitabilità nervosa*, come dalla generalità degli studiosi si è asserito.

Giustamente scrisse Ch. Richet « ... *Le mystérieux domaine que l'on croyant inabordable s'est ouvert* ».

La fama mondiale di Pawlow è conseguenza diretta, in speciale modo, di questa marcia in avanti nello studio del sistema nervoso, massime com'è ora integrato sia dalle ricerche degli psicologi americani sui tempi di reazione e di altri processi psichici elementari, sia dallo studio dell'eccitabilità dei nervi e della nozione della cronassia, cioè a dire della costante del tempo di eccitabilità, dovuta a Lapique.

Pawlow è un iniziatore, un condottiero e con l'onestà di tutti i grandi spiriti ha affermato, più volte, che alla sua opera « ... *tous mes collaborateurs ont coopéré, animés par la même idée directrice. J'éstime au plus haut prix le concours qu'ils m'ont prêté* ».

Gloria, quindi, a Pawlow, premio Nobel fino dal 1904, per la sua opera immortale, suscitatrice, in tutti i Paesi, di ricerche di alto interesse.

Attilio Bonanni.

SUNTI E RASSEGNE

ONCOLOGIA.

Contributo alla tecnica della diagnosi citolitica di tumori maligni.

(K. Bauer. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 15 novembre 1935).

Nel 1925 Freund e Kaminer notificavano un nuovo procedimento di diagnosi di laboratorio dei tumori maligni. Tale procedimento si basa sul fatto che il siero di cancerosi possiede una attività protettrice verso le cellule di tumori maligni, inquanto che inibisce la citolisi di questi in misura molto più intensa che non il siero di soggetti normali. Nella prova viene usata la sospensione di elementi tumorali ricavati mediante la triturazione, trattamento con fosfato acido di sodio e successiva filtrazione di una massa tumorale. Il numero degli « elementi tumorali » viene contato prima e dopo il contatto per 12 ore col siero sospetto; se la proporzione di tali elementi sfuggiti alla citolisi supera i 70 %, l'esito della prova è da considerarsi quale positivo.

Osservando gli strisci colorati degli « elementi tumorali » preparati secondo il metodo di Freund-Kaminer, l'A. ha notato che si tratta non già di elementi cellulari conservati, ma piuttosto di vari detriti, nei quali solo a volte poteva essere distinto il nucleo caratteristico; con ciò non sarebbe infirmato nè il valore teorico, nè tanto meno pratico del nuovo metodo diagnostico, col quale viene messa in evidenza la natura generale e non locale dell'affezione cancerosa, che si rispecchia appunto nelle nuove proprietà del siero degli ammalati.

L'A. ha voluto vedere però se le proprietà « protettive » del siero si estendono oltre che all'elemento tumorale anche alle cellule di altri parenchimi, apparentemente normali, dell'organismo canceroso. Per le sue esperienze egli ha scelto il tessuto epatico di cui le cellule sono facilmente isolabili e riconoscibili.

Precedendo quindi collo stesso metodo di Freund-Kaminer, egli ha potuto costatare che le cellule epatiche di un individuo morto per neoplasma, godono nella stessa misura delle cellule tumorali dell'azione protettiva esplicata dal siero dei cancerosi (mentre ciò si verifica in misura assai più limitata per le cellule epatiche di individuo non canceroso) tanto che il numero delle cellule epatiche sfuggite alla citolisi dopo trattamento con siero di alcuni infermi affetti da carcinomi a sede varia, oscillava fra 74-89 dando cifre quasi identiche a quelle osservate su elementi tumorali.

L'importanza delle osservazioni dell'A. non sta soltanto nella possibilità di impiegare nella prova citolitica delle cellule ben conservate e

facilmente riconoscibili; le ricerche dell'A. dimostrano chiaramente che non solo nel siero ma anche in tessuti apparentemente indenni degli infermi sono dimostrabili le manifestazioni della affezione cancerosa, la quale evidentemente conferisce l'impronta caratteristica all'organismo in toto. S. MINZ.

Sul significato clinico delle lesioni precancerose.

(H. JUNGHAUNS. *Mediz. Welt*, 7 sett. 1935).

Nella ricerca dell'etiologia dei tumori maligni ripetute osservazioni hanno dimostrato come questi prendono spesso inizio da alcuni processi patologici proliferativi dell'organismo; la crescente statistica di osservazioni del genere ha portato a definire quali lesioni precancerose tutta una serie di alterazioni morbose che solo in scarsa percentuale danno luogo allo sviluppo del neoplasma; tanto che non si esitò talvolta a classificare nella categoria « precancerosa » le ulceri gastriche, i calli di frattura ecc.

Si è cercato a trovare basi più solide nell'osservazione istologica di lesioni sospette; grandi progressi sono stati segnati da quando la produzione sperimentale di neoplasmi negli animali (mediante agenti irritanti) ha permesso di seguire passo per passo lo sviluppo della formazione tumorale. Ma anche qui non mancarono delusioni; difatti lo stesso quadro istologico in animali diversi aveva esito diverso: mentre in uno la lesione dava luogo al neoplasma, nell'altro scompariva spontaneamente.

L'importanza clinica e profilattica del problema è intuitiva. Essa è stata praticamente risolta per una serie di lesioni cutanee (ipercheratosi senile, leucoplasia papillomatosa ecc.); in alcuni casi come p. es. nel morbo di Paget o nella malattia di Browen, non si è potuto finora assodare, se invece di una lesione precancerosa, non si tratti già di un processo tumorale a lento decorso. Ma, lì dove la risoluzione della questione sarebbe ancora più impellente cioè nel campo della chirurgia interna, il problema rimane aperto. L'A. fra altro descrive una serie di caratteristiche in parte da lui stesso osservate, che permettono di stabilire la tendenza « maligna » dei tumori poliposi dell'intestino, specie nei casi dei blastomi dei villi intestinali (cellule disposte a palizzata, non contenenti muco, con nucleo intensamente colorabile); tali tumori possono difatti presentare il decorso maligno dopo diecine di anni di esistenza.

In linea generale l'A. è costretto a concludere che nè i caratteri clinici, nè il quadro istologico permettono una sicura diagnosi di lesione precancerosa. L'evoluzione di un'alterazione patologica dalla quale talvolta prende inizio il blastoma maligno non è evidentemente solo la risultante dei caratteri insiti in essa, ma dipende da fattori inerenti a tutto l'organismo; recenti studi hanno dimostrato l'esistenza di tutta una serie di reazioni sierologiche che depongono per l'esistenza di un tumore maligno. Ora, è probabilmente sulla stessa via che si giungerà all'apprezzamento di uno stato « precanceroso » dell'organismo, nel quale le lesioni sospette, danno realmente origine alla neoplasia maligna; e accanto alla valutazione della lesione locale si darà il dovuto significato alle reazioni umorali dell'organismo che dimostrano la « diatesi cancerosa ». S. MINZ.

I tumori adiposi della mammella.

(S. G. MENVILLE. *Americ. J. Cancer*, XXIX, 737, 1935).

Su 3000 casi di tumori della mammella osservati nel laboratorio di patologia chirurgica del Johns Hopkins 58 soltanto erano tumori grassosi. 24 erano dei *lipomi*. Su di essi vi è poco da dire. Essi vanno divisi in intra ed extra-ghiandolari, l'età preferita è sui 45 anni pure andando dagli 8 ai 64. Nel 4 % dei casi erano aderenti alla pelle.

Mediante la transilluminazione possono venire facilmente differenziati da tumori compatti.

25 casi di tumori della mammella erano dovuti a *necrosi grassa*. Più di un quarto di essi erano stati diagnosticati come tumori maligni. In quasi tutti i casi si tratta di grosse mammelle pesanti, elemento favorente forse, insieme a traumi, l'insorgenza di ischemie locali. Si tratta di scissione di tessuto grasso in acidi grassi e glicerina, però non si tratta di una azione enzimatica, si tratta piuttosto di una autolisi sterile. Alla fase colliquefativa rappresentata dalla scissione del grasso segue quella riparativa caratterizzata da invasione di cellule fibrose, c. giganti ecc. L'età preferita sono i 45 anni, la durata media dei sintomi 3 anni. In più di un 1/4 di casi il tumore aderiva alla pelle, mentre altri AA. dicono che il tumore aderisce alla pelle nel 70 % dei casi.

Istologicamente il quadro è diverso a seconda della fase di sviluppo della malattia. In una prima fase si ha predominanza dei fatti degenerativi e di concomitante infiltrazione macro- e microcellulare. Nella seconda fase si ha proliferazione di tessuto connettivo. Tale proliferazione è la causa principale della frequente retrazione della cute. Talora si à degenerazione cistica. Un esito della necrosi grassa della mammella può essere la degenerazione mixomatosa.

Un'altra non comune affezione della mammella è la degenerazione xantomatosa. Gli AA. non parlano di xantoma andando il termine di xantoma riservato ai tumori colesterinici delle palpebre e delle articolazioni formati esclusivamente da cellule xantomatose. Nel caso invece di tumori mammari della mammella si tratta di focolai di cellule xantomatose con abbondanti depositi di colesterina, cioè di quella for-

ma a cui Aschoff riserva il nome di degenerazione mixomatosa. Si tratta di una affezione molto rara nella mammella, interessante anche perchè è possibile scambiarla con un tumore maligno dando spesso luogo a retrazione del capezzolo. Per evitare tale errore comune come risulta da questa incisione a tutti i tumori grassosi della mammella, l'A. raccomanda la transilluminazione. A. CALÒ.

DIETETICA.

Errori nelle diete.

(CH. FIESSINGER. *Journal des praticiens*, 25 gennaio 1936).

I regimi dietetici nelle malattie acute sono ancora quelli fissati da Ippocrate: i cambiamenti che si è cercato di introdurre hanno prodotto dei danni. Così non è per le malattie croniche. Il carattere di esse è la lunga durata, tramezzata da periodi di riposo del male durante i quali la dieta deve lasciare la sua severità di fronte al nemico che disarma.

Le malattie dello stomaco e dell'intestino, della nutrizione, del cuore, del polmone, dei reni, del sistema nervoso sottoposte a norme di alimentazione troppo strette si ribellano e talora anche con energia.

Malattie dello stomaco e dell'intestino: Il simpatico, padrone di molti di questi disturbi, si stanca facilmente di una dieta uniforme.

Vi sono dei dolori di stomaco, dei sintomi di enterite muco-membranosa alla base dei quali stanno piuttosto delle cause morali che non patologiche. Temporaneamente potrà essere ordinato un regime alimentare dal quale sono bandite le carni e gli alimenti irritanti. Se il malato non trova giovamento è opportuno variare. Tuttavia occorre esser cauti in qualche caso: una malattia organica (es. l'ulcera gastrica) può dare dei sintomi erroneamente interpretati come disturbi nervosi e ci condurrebbe a permettere di mangiare una bistecca ad un p. con una lesione pilorica. L'esame radiologico sarà di grande aiuto in questi casi. Ma anche nell'ulcera dello stomaco, il regime latteo assoluto non sarà troppo lungamente continuato: una volta calmati i dolori si concederanno gradatamente delle zuppe magre, dei purées, delle frutta cotte, delle gelatine di frutta. Nel caso che i dolori si ripresentassero si tornerà alla dieta lattea.

Malattie della nutrizione: Nella cura della gotta i medici inglesi danno maggiore importanza alla quantità che non alla qualità del nutrimento. In Francia le carni sono assolutamente proscritte; invece piccole dosi di vini ordinari non sono ritenute nocive. Comunque il pratico dovrà evitare che nel gottoso si provochi la nausea per la monotonia della cucina, il che accadrà subito essendo questa specie di pazienti molto refrattari all'obbedienza ed amanti delle droghe.

L'obeso è più docile: egli non perde la pazienza in quanto che apprezza l'efficacia del regime consigliatogli nei riguardi della perdita del peso. Tuttavia gli si permetteranno delle uova scaldate, delle carni cotte sulla graticola, dei legumi verdi, delle frutta, del vino bianco annacquato durante i pasti.

La perdita di una diecina di chili è sufficiente a far scomparire i disturbi legati all'obesità: insistere nel dimagramento è pericoloso.

Le donne non sono mai contente e molte di esse hanno rovinato la loro salute per assottigliare le loro forme in obbedienza ai dettami della moda.

Anche per il diabetico l'essenziale è di non consumare una quantità eccessiva di alimenti. Alcuni diabetici grassi vedono spesso sparire il loro zucchero dopo una cura di regime latteo.

Malattie di cuore: È solo nei casi di scompenso cardiaco o di indebolimento del miocardio che deve essere ordinato un rigoroso regime latteo. Poi, una volta migliorate le condizioni, sarà permesso un nutrimento a base di legumi, paste, zuppe magre, uva, gelatine, uova, vino annacquato. La carne non è indicata inquantochè produce nei cardiaci uno stato di oppressione, attribuita da alcuni a disturbi tossici.

Malattie dei polmone: Bisogna nutrire senza affaticare lo stomaco; il dogma della iperalimentazione è caduto. Nei periodi febbrili si adotterà una mezza dieta e si ricorrerà al regime latteo assoluto solo in caso di complicazioni polmonari o renali acute.

Malattie dei reni: La dieta dei nefritici cronici è regolata dal tasso di urea sanguigna. Occorre però ricordare che l'azotemia è, salvo negli ultimi periodi, un sintoma molto variabile; perciò non è conveniente costringere a un digiuno troppo prolungato un p. il cui filtro renale è solo temporaneamente alterato.

L'ipertensione arteriosa è un monito per la limitazione della quantità degli alimenti e delle bevande; ma se non vi è iperazotemia si potrà permettere una piccola quantità di carne a pranzo.

Malattie dei sistema nervoso: Un malato che ha avuto un ictus deve nutrirsi moderatamente: ed in generale egli obbedisce, contrariamente all'iperteso renale, il quale non sentendosi malato è più ribelle alle limitazioni alimentari.

Il regime latteo è indicato all'inizio della corea e nei periodi di agitazione delle altre malattie nervose, ma solo temporaneamente.

VICENTINI.

La carenza quantitativa.

(P. GODARD. *Nutrition*, vol. V., n. 4).

L'A. richiama l'attenzione sopra questa sindrome che viene assumendo una certa importanza in patologia digestiva ed a cui egli dà anche il nome di *mania di restrizione*, indi-

candone così con le due denominazioni i caratteri essenziali, psichico ed alimentare.

Di fronte alla prescrizione di un regime dietetico, i malati si comportano in due modi differenti. Gli uni, ottimisti o negligenti, non eseguiscono mai alla lettera il regime prescritto e se la cavano più o meno bene. Gli altri lo seguono invece alla lettera in modo esagerato; sono gli scrupolosi, i metodici, gli ansiosi; malati ammirevoli, ma terribili. Prescritta una volta una data esclusione, la continuano per anni, con il carattere di una vera monomania, risultandone l'abbassamento della razione alimentare ed il dimagrimento progressivo.

Si tratta di individui, che non hanno mai avuto una malattia seria del sistema digerente. In una data occasione essi avvertono dei disturbi che, se si ripetono, determinano uno stato di apprensione, per cui l'individuo incomincia ad escludere certi dati alimenti. Poi al presentarsi di qualche altro disturbo, nuove esclusioni, finchè si decide a consultare il medico che finisce col prescrivere un regime ancor più severo, spesso reclamato dal paziente stesso. La carenza alimentare riceve allora la consacrazione scientifica, tanto più che il paziente non riprenderà mai gli alimenti esclusi. Si installano il dimagrimento, la stanchezza, l'insonnia. Nuove soppressioni, mentre i malesseri si fanno permanenti e seri: aerofagia, disturbi di secrezione, stasi, fermentazioni, una vera insufficienza gastro-intestinale che si viene stabilendo in un periodo, che è sempre assai lungo.

Varî sono i *tipi psichici* che cadono in questa forma: 1) Si tratta il più spesso di *astenici*, esauriti da cause diverse, oppure dei timidi, degli emotivi spaventati da diagnosi affrettate di ulcera, di colite. 2) Vengono in sèguito i *pitiatici*, specialmente donne, che arrivano fino al noto quadro di anoressia mentale. 3) I *monomaniaci* puri, per una ragione o per l'altra, si ostinano a seguire un dato regime e nulla li scuote dalla loro mania. 4) Da ultimo, i *vecchi* che, per eliminare lo sforzo di nutrirsi, non si alimentano più, i *presenili*, depressi e melanconici, nonchè i *bambini*, per colpa di mamme nevrotiche e preoccupate che escludono gli alimenti da loro ritenuti indigesti.

In qualche caso, la carenza riguarderà essenzialmente un dato elemento come, per es., quella in vitamine (del regime detto bianco) in sali minerali, in cellulosa (conseguente costipazione), in liquidi (intossicazioni croniche, litiasi, costipazione). Ma in generale, la soppressione di uno di questi elementi si accompagna a quella di altri, sicchè la carenza è sopratutto quantitativa.

Qualsiasi soppressione di alimenti finisce, presto o tardi, a diventare anche una restrizione calorica, in quanto che difficilmente gli alimenti soppressi si sostituiscono nel loro valore calorico, sicchè ogni regime stretto si accompagna generalmente ad un abbassamento della razione alimentare.

Ed è soprattutto la costituzione in certo modo monomaniaca dell'individuo che determina la formazione del circolo vizioso, in condizioni assai simili a quelle delle tossicomanie, per cui la monomania s'impone all'ambiente del malato, si oppone ai tentativi di rieducazione, tirannizza lo stesso medico.

Vi sono poi dei casi misti, in cui questa carenza alimentare è secondaria ad una malattia organica (colite cronica, dissenteria, metriti, iper- ed ipocloridrici, ecc.) che essa complica notevolmente.

Nella *terapia*, è specialmente sull'elemento psicologico che si deve agire. Dopo un esame accurato del paziente, allo scopo di vedere se vi sono realmente delle malattie organiche, cosa essenziale è l'isolamento del malato stesso dall'ambiente familiare che è un complice od un testimonio impotente della malattia. Si prescriverà il riposo assoluto con sovralimentazione massiva o progressiva, compito spesso assai difficile, che comporta non poche lotte e suggestioni.

La cura riesce bene negli astenici esauriti, in cui non è raro di ottenere degli aumenti di peso di 1-2 kg. per settimana; successi sorprendenti si hanno talora con gli isterici. Più rari sono invece nei maniaci, che vanno più che altro ingannati facendo finta di piegarsi al loro sistema. Rari sono i buoni risultati nei senili, in cui il tentativo di sovralimentazione è spesso seguito da disturbi gastro-intestinali; ma non bisogna scoraggiarsi subito. Nei bambini e ragazzi, se si può ottenere l'allontanamento dalla famiglia, con la vita all'aria libera, gli sport, ecc. la cura è facile; si deve però agire prima della pubertà, poichè in seguito la riuscita è assai difficile.

Si aggiungeranno delle distrazioni bene scelte e delle abili suggestioni, magari anche farmaceutiche.

La cura dura da qualche settimana a qualche mese ed è bene prevenirne il malato per evitare sfiducie o scoramenti. *fil.*

MISCELLANEA.

Il reperto monocitario del liquor nelle meningiti acute.

(J. Challier, P. Etienne-Martin. *Presse Méd.*, 16 novembre 1935).

Secondo il rilievo degli AA., a malgrado la frequente per non dire costante presenza degli elementi monocitari nel L.C.R. dei meningitici, tale reperto, salvo qualche rara eccezione, non è stato nè segnalato nè tanto meno studiato nella letteratura. I dati che vengono ora pubblicati dagli AA. si riferiscono allo studio citologico eseguito sul centrifugato del liquor in numerosi casi di meningiti acute (cerebro-spinale, tifica, parotitica, linfocitaria ecc.) e subacuta (tubercolare). L'osservazione veniva

eseguita su strisci colorati secondo il May-Gruenwald-Giemsa.

L'elemento mononucleato osservato viene dagli AA. qualificato quale appartenente alla serie monocitaria in base ai suoi caratteri morfologici che peraltro possono oscillare entro certi limiti; il nucleo che talvolta presenta anche dei nucleoli (fino a due) e dei vacuoli contiene della cromatina di cui il disegno è abbastanza delicato; il nucleo stesso è ovalare, qualche volta reniforme; talvolta si osservano anche dei nuclei lobati; tal'altra il nucleo in parte è sfrangiato. Il protoplasma è nettamente basofilo, di colorito variabile da rosa pallido a blu scuro, ma per lo più è grigio-bluastro; esso contiene frequentemente granulazioni azzurrofile, per lo più ammassate, in numero che varia da 3-30; si osserva talora anche la presenza di vacuoli più o meno numerosi nel protoplasma. La grandezza di tutta la cellula oscilla fra 10 e 30 micron; i suoi contorni sono per lo più ben delimitati. Mentre alcune delle cellule mononucleari ricordano il monocito tipico, altre si avvicinano alle cosidette cellule endotelioidi.

Gli AA. insistono sulla costante presenza degli elementi monocitari in tutti i processi meningei, sia infettivi che tossici; difatti essi si riscontrano anche nella meningite uremica e nell'emorragia meningea e rappresenterebbero un elemento di difesa che agisce anche per fagocitosi; è degno di nota che in alcuni monociti sono stati notati frammenti di emazie e di polinucleati. Il polimorfismo del monocito sarebbe dovuto oltrecchè alla attività specifica anche a fenomeni di degenerazione, di cui l'esponente è la vacuolizzazione e la disgregazione della cellula osservate in qualche processo meningeo che si avviava alla guarigione (meningite cerebro-spinale).

Sarebbe forse prematuro di parlare della monocitosi meningea quale dato di diagnosi differenziale; comunque sin d'ora va notato come possono essere distinte le meningiti a predominanza polinucleare (tra le quali quella epidemica), linfocitaria (tubercolare) e quelle in cui prevalgono i monociti; fra queste ultime gli AA. citano oltrecchè la meningite monocitaria pura (analogamente a quella linfocitaria) anche la meningite tifica, paratifica, poliomielitica, uremica ecc. Va però notato che la proporzione degli elementi figurati nel liquor può variare da un giorno all'altro. Un altro fenomeno degno di nota è rappresentato dal reperto di grandi cellule plurinucleate del tipo monocitario nelle infezioni meningee che si accompagnano a lesioni del parenchima cerebrale.

Gli AA. concludono rilevando che l'elemento monocitario nel liquor deve costituire un argomento di ulteriore studio, anche sperimentale; soltanto da questo potranno scaturire gli eventuali dati sul significato diagnostico e prognostico dei rappresentanti della serie monocitaria nel L.C.R. S. Minz.

Emoangiomatosi familiare di Rendu-Osler e cirrosi epatica.

(A. v. Bogaert e J. H. Scherer. *Ann. de Méd.*, ottobre 1935).

Negli ultimi anni si è cercato di allargare il quadro dell'emoangiomatosi familiare di Rendu-Osler, cercando di fare rientrare in esso ogni sorta di affezioni aventi in comune la presenza di emorragie. Si è creato così una certa confusione, favorita dalla assenza di documenti anatomo-clinici convincenti. Uno degli scopi che gli AA. si propongono nel loro lavoro è di delimitare il quadro della malattia di Rendu-Osler non dal punto di vista ematologico ma da un punto di vista anatomo-clinico più generale.

In senso stretto la malattia di Rendu-Osler realizza un quadro clinico ed eredo-patologico assai preciso. Essa costituisce una malattia di cui l'eredità è il più spesso dominante e che si estrinseca con la presenza di emorragie durante l'infanzia, al momento della pubertà o più tardi e in seguito solo con la comparsa di teleangiectasie cutanee limitate. I dati ematologici non spiegano mai le emorragie. Queste si producono di preferenza a livello della mucosa nasale.

A questi sintomi dominanti della malattia si aggiunge, in un certo numero di osservazioni, una spleno-epatomegalia sull'origine della quale le opinioni sono divergenti. Gli uni considerano la splenomegalia come l'espressione di una reazione del sistema ematopoietico rispetto alle emorragie troppo severe. Gli altri la considerano come una malattia correlativa; altri come il vero punto di partenza di tutta la sintomatologia.

Gli AA. hanno potuto, studiando una famiglia, analizzare dal punto di vista anatomo-patologico gli organi di un caso tipico di malattia di Rendu-Osler con spleno-epatomegalia, constatando la presenza di una cirrosi tipica di Laennec. È questo il primo caso in cui questa combinazione ha potuto esser messa in evidenza con certezza.

Qual'è il significato della cirrosi epatica nel corso dell'emoangiomatosi familiare?

L'ipotesi secondo la quale l'affezione epatica sarebbe la causa delle manifestazioni cutanee e delle emorragie merita qualche rilievo. La tendenza emorragica nel corso dell'ittero, le emorragie nel corso delle cirrosi epatiche anche senza ittero sono ben conosciute. Esse non possono essere spiegate con la sola stasi portale perchè si verificano in territori vascolari molto lontani dall'ostacolo: a livello della gengiva, della mucosa nasale. Problema molto importante dal punto di vista fisio-patologico è quello della comparsa di dilatazioni vascolari localizzate nel corso (e forse in ragione) di una malattia epatica, problema che non sembra sia stato studiato finora. Esse sfuggono facilmente all'attenzione, ma il fatto non

è per questa meno vero. Nel caso degli AA. le prime teleangiectasie si manifestarono al momento in cui apparirono i sintomi addominali che si potevano, con la più grande probabilità, attribuire alla fase iniziale della cirrosi epatica. Esse poi comparvero in massa nelle ultime settimane di vita del malato e questo fatto potrebbe ugualmente essere invocato in favore di un meccanismo epatogeno. Ma ciò che limita il valore di una spiegazione così banale è il carattere ereditario di queste manifestazioni cutanee nel caso in esame che apparteneva senza alcun dubbio alla malattia di Rendu-Osler, affezione che noi sappiamo esistere certamente al di fuori di una affezione epatica.

L'altra ipotesi è quella di una coincidenza o di una interdipendenza eredo-biologica delle due malattie. Oltre al caso degli AA., vi sono due lavori recenti che dimostrano la frequenza relativa di un'affezione organica grave del fegato nella emoangiomatosi familiare. Nel caso degli AA. la madre del malato, di 73 anni, soffre di emoangiomatosi tipica e presenta sintomi certi di cirrosi. Ora, l'incidenza di due cirrosi epatiche a evoluzione cronica quasi sicuramente della stsesa natura nella madre e nel figlio in una famiglia affetta da angiomatosi emorragica, l'incidenza clinica varie volte osservata di splenoepatomegalia in questa malattia, la dimostrazione in tre casi pubblicati nella letteratura di una affezione organica grave del fegato sui 6 o 7 casi di angiomatosi familiare controllati all'autopsia, evocano l'idea di un legame costituzionale fra questi diversi fatti. Non è possibile pronunciarsi su una relazione patogenetica di questi fenomeni, ma si può escludere con certezza l'ipotesi di modificazioni epatiche consecutive ad emorragie. D'altra parte la successione cronologica delle emorragie e dei sintomi epatici non permette di considerare questi ultimi come la causa dei primi. Per gli AA. la relazione delle due serie è molto più complessa. Essi richiamano la nozione, introdotta da Rössle di cirrosi « Angioematotossica ». Rössle considera che l'apparecchio reticolo-endoteliale del fegato non è che una parte di un più grande sistema e che per conseguenza eccezionale vede passare nella circolazione dei veleni elettivamente epatotropi. Questa idea potrebbe fornire la chiave della interpretazione delle relazioni fisiopatologiche in discussione. Una sola e stessa azione tossica potrebbe provocare la lesione epatica e quella dei vasi cutanei e degli altri organi e le differenze nella successione cronologica dei fenomeni o l'assenza di uno di essi (malattia di Rendu-Osler senza modificazioni del fegato, modificazione molto tardiva degli emoangiomi) dipenderebbero da circostanze accessorie, per esempio, da fattori costituzionali.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. ZAMBRANO. *La sifilide congenita del sistema nervoso.* Editrice Arti Grafiche, Casa « La Nuovissima », Napoli, Prezzo L. 40.

La sifilide congenita colpisce il sistema nervoso del bambino nella stessa proporzione che la sifilide acquisita colpisce il sistema nervoso dell'adulto. Ma per ovvie ragioni le manifestazioni cliniche per quanto sostanzialmente analoghe possono essere diverse.

Lo Zambrano fa una rassegna delle conseguenze neuropsichiche della sifilide congenita.

La trattazione aggiornata di tutto quanto la patologia, la terapia e la profilassi hanno fornito negli ultimi tempi è esauriente.

È un lavoro ben condotto, utilissimo per gli studiosi e sopra tutto per i pratici.

Non è superfluo aggiungere che è scritto in buon italiano ed ha un pregio, che purtroppo non possono vantare molte pubblicazioni mediche italiane: la concisione congiunta alla chiarezza. DR.

E. LEBLANC. *Synthèse des voies de conduction des centres nerveux.* Editore F. Alcan, Parigi, Prezzo Fr. 50.

La struttura dei centri nervosi, sopratutto per quel che concerne l'origine ed il decorso delle vie di conduzione, risulta sempre più complessa a misura che le nostre conoscenze al riguardo ricevono nuovi apporti.

Il Leblanc si è proposto di fissare con intenti didattici il complesso architettonico nervoso al lume delle precisazioni che sono state finora fornite dall'anatomia, dalla fisiologia e dalla clinica. Egli è riuscito nel suo intento con la compilazione di schemi che rimanendo aderenti alla realtà, rendono chiare e fissabili nella memoria i complicati, e spesso complicatissimi, tragitti di fasci di congiunzione nell'interno dei centri nervosi. DR.

LAURENS G. *Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.* Vol. di pag. 1075 con 794 figure, 3° ediz., Paris 1936, Masson édit. Prezzo fr. 150.

La terza edizione di questo classico trattato di chirurgia della specialità si presenta notevolmente trasformata ed accresciuta con la collaborazione di M. Aubry. La materia è stata notevolmente rimaneggiata creando nuovi capitoli per argomenti che negli ultimi dieci anni hanno assunto un'importanza ed un interesse crescente; ad esempio le petrositi, i tumori della tonsilla, dell'ipofaringe, del nasofaringe. Anche gli argomenti classici (complicazioni endocraniche delle otiti, emorragie tonsillari, chirurgia della laringe e dell'orecchio) hanno trovato una più ampia e razionale trattazione. L'opera risulta completamente aggiornata e la chiara e ricca monografia contribuisce in maniera notevole ad accrescere il suo interesse e la sua utilità. M. SILVAGNI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA

Di una sindrome acuta gastro-intestinale, con partecipazione delle vie biliari, interrotta da terapia anti-influenzale aspecifica.

Dott. DARIO VITTURELLI - Trieste.

Voglio riferire brevemente su questo caso, data in modo particolare, la stranezza dell'effetto di un dato rimedio terapeutico, effetto non raggiunto invece da una terapia che in primo tempo si sarebbe dovuta dimostrare più opportuna.

Una signora, T. G., quarantenne, nella cui anamnesi remota risulta un tifo, si ammala improvvisamente con una sindrome acuta gastrica; chiamato d'urgenza mi sincero che i sintomi almeno per i profani, sono veramente allarmanti, i dolori colici violentissimi all'epigastrio, vomiti, da prima degli ingesti, poi acquosi, stato di grave malessere.

All'esame in una donna robusta, piuttosto corpulenta, ma del resto con reperto somatico normale, riscontro una sensibilità notevolissima all'epigastrio, sensibilità che è profonda, ma pure cutanea. Essa si estende inoltre verso l'ipocondrio destro.

Lieve rialzo subfebbrile. Nei giorni seguenti lenta diminuzione dei sintomi acuti; cessazione del vomito con persistenza però della nausea, con lingua impaniata, tendente alla secchezza, con bocca cattiva. Polso sempre valido, regolare. Nei giorni seguenti la sensibilità dell'epigastrio è scemata, appare invece notevolmente sensibile l'ipocondrio destro, specie il punto cistico. Il punto di Boas destro è sensibilissimo. Non ittero. Nelle urine nulla di particolare. In compenso rialzi febbrili che arrivano fino a 39°. È difficile stabilire un vero ingrossamento epatico, data la sensibilità della parte. Alla percussione non appare ingrandito. Subentrano pure scariche diarroiche, mucose. In più indebolimento della muscolatura, senso di abbattimento con sudorazione. Propendo a pensare ad una forma di gastro duodenite acuta, con propagazione alle vie biliari, e così pure alle parti basse delle vie digerenti. Riguardo alla dietetica, prescrivo una conveniente dieta liquida. Però l'ammalata sopporta molto male qualunque cibo. Così pure persiste la sensibilità della parte, che è però, come detto, anche cutanea (già il peso delle coperte le dà noia). La somministrazione di una mistura di salicilato di sodio — urotropina — e citrato di sodio, nell'idea che si tratti di un'infezione propagata alle vie biliari, come pure i disinfettanti intestinali biologici, non sortono l'effetto desiderato.

Decido di praticare iniezioni di Cilotropina Schering.

Il marito della malata mi chiese allora se non avessi nulla in contrario di praticare delle iniezioni di Omnadina « Kalle » dato che gli erano rimaste delle fiale da me prescrittegli altre volte per combattere gli stati influenzali nei suoi famigliari.

L'idea d'usare un rimedio antinfettivo aspecifico (per conto mio particolarmente efficace nell'influenza, come ebbi già a comunicare qualche anno fa all'Associazione Medica Triestina, comunicazione pubblicata nel Bollettino) non mi dispiacque, tanto più che una mistura di salicilato sodico e urotropina « per os » si era dimostrata inefficace. (La Cilotropina ha la stessa composizione). Fu così che ebbi la grata sorpresa di veder scomparire già dopo la prima iniezione e come per incanto tutti i sintomi. Praticai per precauzione ancora due iniezioni. L'effetto è stato sorprendente, dato che dopo una settimana di stato settico abbastanza grave a nulla erano serviti i soliti rimedi « per os ». Si noti che già ero intenzionato di fare gli esami per febbre tifoidea.

Epicriticamente il caso mi si schiarì più che altro « ex iuvantibus ». L'« Omnadina », rimedio eminentemente antiinfluenzale, ebbe a sortire l'effetto desiderato sulla sindrome dolorosa e febbrile delle vie digestive, come anche sul fattore nutritivo reumatico che pure in questo caso era in gioco, data la sensibilità anche cutanea della parte colpita, dati i dolori reumatoidi violenti e data quasi la negatività dell'anamnesi riguardo agli ingesti.

RIASSUNTO.

L'A. descrive brevemente un caso di sindrome acuta febbrile gastro-duodeno intestinale con partecipazione, almeno apparente, delle vie biliari, in cui si sarebbe creduto trattarsi di forma « ab ingestis » e che invece si rivelò « ex iuvantibus » (in seguito ad iniezioni di « Omnadina ») per una forma influenzale. Una unica iniezione di « Omnadina » troncò tutta la sintomatologia, per la quale non era giovata la solita terapia, protratta per otto giorni.

CASISTICA E TERAPIA.

Linfangite e linfoadenite acuta.

La causa attuale della *linfangite* non è chiara, dice Harol C. Edwards (*The practitioner.*, n. 813, marzo 1936); infatti se la linfoadenite è certo dovuta a una azione embolica, tanto che la lesione delle vie linfatiche intermedie potrebbe mancare, l'infiammazione di queste vie non può essere dovuta che a moltiplicazione di germi *in sito* (pareti dei vasi linfatici) oppure ad azione di esotossine che si formino nella sede della lesione primaria. Il primo caso sembra il più comune come dimostra la frequenza con la quale si formano ascessi lungo il decorso linfangitico. Il chirurgo, che non si occupa della linfangite, deve invece aprire questi ascessi appena possibile. La pratica di incisioni circolari attraverso i tessuti superficiali e l'aponeurosi allo scopo di im-

pedire l'ulteriore diffusione con il recidere i vasi deve essere considerata inutile e basata su concetti di falsa patologia.

La *linfoadenite* localmente richiede le stesse norme chirurgiche predette. Tanto nella linfangite come nella linfoadenite è essenziale la cura della lesione primaria e il rinforzare le difese generali. L'A. ha visto alla clinica Böhler di Vienna curare delle ferite accompagnate da linfangite con il racchiudere l'arto in striscie strette di cerotto, in un caso vi fu caduta della febbre per crisi in meno di 48 ore senza alcuna altra cura. Tuttavia non raccomanda il metodo come abitudinario. Se non ci sono ferite aperte sono utili gli impacchi molto caldi.

Il *trattamento generale* è di grande importanza. Si curi sopratutto la sufficiente introduzione di liquidi e il sonno per il quale può essere necessario ricorrere alla morfina (!). La iniezione endovenosa di liquidi antisettici come il mercurocromo è inefficace. La sieroterapia è indicata se vi è forte tossiemia. Egli nei casi gravi inietta 30 cc. di siero antiscarlattinoso e poco dopo 30 cc. di siero antistreptococcico polivalente; se non ottiene alcun miglioramento non insiste su questa cura.

L. TONELLI.

Sopra il lipogranuloma benigno sottocutaneo da diatermia, traumatismo o iniezioni medicamentose.

Craciun e Fagarasano (*Annales d'Anatomie Pathologique*, novembre 1935, Tomo 12, n. 8, pag. 909) riferiscono sopra tre casi di lipogranulomatosi sottocutanea. Di questi due sono da riportarsi alle cause già note e cioè, uno è in rapporto con un trauma, l'altro ha fatto seguito a un trattamento di iniezioni oleose nella natica.

Nel terzo caso, invece, viene descritto un meccanismo patogenetico a cui si accompagnano anche delle differenze istologiche in rapporto alle lesioni lipogranulomatose già conosciute. Tale meccanismo patogenetico è dato da applicazioni diatermiche eseguite cinque anni prima in occasione di una colite.

Sembrerebbe logico supporre che, esclusa qualunque causa traumatica, la diatermia provochi una distruzione del grasso con conseguente proliferazione connettivale che porta alla formazione di noduli. Dal punto di vista istologico il caso in esame si differenziava dagli altri casi descritti sopratutto per l'assenza di liponecrosi e di emorragie nell'interno del lipogranuloma.

M. PEREZ.

Un caso di emofilia curato con il veleno di vipera di Russel.

G. Baker e P. Gibson (*The Lancet*, 22 febbraio 1936) trattano di un ragazzo di 11 anni, in buono stato generale, che fu ricoverato in ospedale perchè da 10 giorni perdeva sangue da una gengiva al disopra di un incisivo. Aveva un fratello emofiliaco e due sorelle in buona salute. All'ammissione egli era pallido e collassato: aveva una sepsi generale della bocca con carie dentaria diffusa. L'esame del sangue diede: emazie 4.020.000 emoglobina 45 %, piastrine 500.000, tempo di emorragia 3 minuti 1/2, tempo di coagulazione 7 1/2 minuti. Poichè l'emorragia non tendeva a migliorare, si credette opportuno estrarre i denti: non si ebbe emorragia grave per circa 8 ore, ma in seguito cominciò un sanguinamento che non cedeva a nessun medicamento. La trasfusione di 200 cc. di sangue riuscì difficile dato lo stato delle vene del paziente. Dopo 3 giorni dall'estrazione dei denti, continuando l'emorragia, si pensò di usare del veleno di vipera, alla diluizione di 1 a 10000, applicato localmente con della garza. Non appena applicato il veleno l'emorragia si arrestò è si formò un coagulo duro elastico. La ferita guarì in seguito bene per granulazione. In un secondo intervento sullo stesso soggetto per l'estrazione di un canino, lo stesso metodo diede identico risultato. Da notare che non si ebbe alcun effetto dannoso per l'applicazione del veleno stesso. Si tratta dunque di un metodo che può avere notevoli applicazioni nella pratica.

G. LA CAVA.

Il valore del solfo colloidale nella cura della artrite cronica.

Il solfo, in una forma o nell'altra, è stato usato come agente terapeutico sin dai tempi più antichi. Solo recentemente però è stato messo in evidenza il suo valore nella cura delle artriti croniche. In questo lavoro gli AA. si sono ripromessi non solo di valutare i risultati clinici della terapia con solfo colloidale ed i suoi effetti su alcune reazioni cellulari ed immunitarie del sangue, ma anche di accertare l'effetto di questo tipo di terapia sul contenuto in cistina delle unghie e stabilire inoltre se la determinazione della cistina ha un qualche valore come criterio di selezione dei casi adatti per la solfoterapia.

Dall'insieme delle ricerche praticate su numerosi malati senza alcuna selezione B. Rawls, I. Gruskin, A. Ressa (*The Am. Journ. of Med. Sciences*) credono di poter concludere anzitutto che dosi anche notevoli (10 a 30 mg. due volte per settimana) di solfo colloidale sono generalmente ben tollerate. Con dosi più forti tuttavia acluni pazienti ebbero a manifestare sintomi di intossicazione, come stanchezza, secchezza delle fauci, cefalea, aumentato dolore, rigidità o gonfiore delle articolazioni, sintomi però che sparivano entro 5 giorni e che non assunsero mai aspetto di gravità.

Quando il contenuto in cistina delle unghie era al disotto del normale, esso aumentava in seguito alla solfoterapia.

La percentuale e il grado di miglioramento clinico era maggiore in quei pazienti con un contenuto subnormale in cistina che in quelli con contenuto normale.

La terapia con solfo non aveva alcun effetto sulla conta dei globuli rossi e bianchi mentre nei casi che mostravano miglioramento clinico, si aveva una diminuzione delle cifre di sedimentazione e delle cellule non filamentose.

Gli AA. credono in base a questi risultati di poter sostenere che la solfoterapia è un metodo di cura di notevole valore in alcuni speciali tipi di artrite. G. LA CAVA.

SEMEIOTICA

Di alcuni nuovi segni per la diagnosi di versamenti liberi della pleura.

L. D'Amato (*Riforma Medica*, n. 40, 5 ottobre, 1935) dice che nei versamenti pleurici facilmente si mette in evidenza sulla colonna vertebrale prossimiore una zona ottusa; ha notato invece che facendo decombere l'ammalato dal lato opposto a quello in cui vi era il versamento l'ottusità vertebrale scompare del tutto. La ragione del fenomeno è che il liquido passa dal seno costo mediastinico posteriore a quello anteriore per una diminuzione di pressione; ed il liquido quindi viene a circondare ad anello l'aia cardiaca la cui ottusità quindi aumenta di ampiezza. Tale fenomeno è stato controllato anche radiologicamente. L'A. riferisce che questo segno è importante per differenziare la ottusità dei versamenti pleurici liberi da altre ottusità dipendenti da affezioni del polmone o sottodiaframmatiche.

A. GRASSI.

MEDICINA SCIENTIFICA

La protidemia degli ipertesi.

Già molti lavori hanno dimostrato l'esistenza quasi costante di modificazioni del tasso delle albumine nella ipertensione. Codounis trovò in tutti gli ipertesi una iperprotidemia o un equilibrio proteico al limite superiore della normale.

Dumas, Gardere e Badinaud hanno trovato ipoalbuminemia nella ipotensione (tubercolosi, cachessia in cardiopazienti) e iperalbuminemia nella ipertensione. Giraud-Costa e Vidal iperprotidemia fino a 94 grm. per litro, ecc.

Carrière, Huriez e Leperre (*Paris Méd.*, n. 6, febbraio 1936) confermano la iperprotidemia negli ipertesi avendola trovata in tutti i casi di ipertensione permanente non scompensata. Ma ritengono più interessante ancora lo studio delle singole varietà delle albumine. Essi han costatato *iperserinemia* ed elevazione consecutiva del quoziente albuminoso. Non pensano che questi fatti siano attribuibili a lesioni renali per lo più assenti, ma bensì a turbe della nutrizione forse per disfunzione endocrina ed epatica.

Questi fatti potrebbero portare qualche luce sull'oscura patogenesi della ipertensione.

L. TONELLI.

VARIA

Il sistematico abuso etiopico dei segni della C. R.

Da una corrispondenza al « Corriere della Sera » del 13 marzo riportiamo:

« Durante un volo di ricognizione d'un nostro apparecchio nella zona del Lago Ascianghi l'attenzione dell'equipaggio veniva colpita dalla presenza, nella vastissima pianura di Quoram, d'un grosso ospedale da campo formato da molte tende disposte attorno a una croce rossa tracciata con vastissimi teli sul terreno. Dopo poche ore un altro apparecchio in volo sulla regione si accorgeva che l'ospedale si era trasformato poichè intorno alla croce rossa erano anche una colonna di dodici autocarri carichi di materiale e una folla di soldati. L'equipaggio del nostro apparecchio si limitò anche stavolta a osservare la zona eseguendo alcune fotografie.

Il mattino seguente due nostri apparecchi si portavano ancora sulla piana di Quoram constatando che il curioso ospedale aveva subìto una nuova metamorfosi estendendosi e avendo tutti gli aspetti di una base avanzata delle truppe etiopiche. Un apparecchio per rendersi conto di questa terza trasformazione si abbassava, ma non aveva ancora superato la metà del campo nemico che un proiettile di cannoncino Oerlikon colpiva in pieno il timone di profondità producendo una larga falla anche nella tela della fusoliera e costringendo l'equipaggio a rientrare alla nostra base aerea più avanzata.

Il secondo apparecchio, che a maggior quota aveva seguito la scena in tutti i suoi particolari, si abbassò a sua volta colpendo il centro dell'accampamento con uno spezzone esplosivo. Immediatamente dalle tende sbucarono non meno di milla armati in divisa kaki, alcuni dei quali, prima di correre a nascondersi, cercarono di colpire l'apparecchio con un nutrito fuoco di fucileria. Era quindi evidente che i simboli della Croce Rossa nascondevano un agguato per i nostri aeroplani e che intorno al preteso ospedaletto si trovavano considerevoli masse di armati nemici, sicchè una squadriglia da bombardamento tornò sulla zona segnalata.

Anche allora i nostri piloti videro soltanto un vasto ospedale da campo con larghe croci rosse spiegate sui prati ma, improvvisamente la squadriglia venne colpita da scariche di mitragliatrici controaeree e sei proiettili colpirono l'apparecchio del sottotenente pilota Vittorio Mussolini. La colonna avversaria, che si era ancora una volta occultata attorno al campo della Croce Rossa, venne colpita e dispersa ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Economia di materiali di medicazione.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica, Divisione VI B, Sezione I) ha diramato ai sigg. Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare in data 11 febbr., n. prot. 20900.7:20186:

Il senatore prof. Devoto, presidente degli Istituti Clinici di perfezionamento di Milano, ha di recente promosso una riunione di personalità competenti nel campo chirurgico ed ospitaliero col precipuo scopo di discutere i provvedimenti da adottare in merito all'uso dei materiali di medicazione e per esaminare le possibilità di ridurne l'impiego al minimo possibile, senza pregiudizio dei pazienti.

È stato rilevato:

che il materiale di medicazione può essere sensibilmente ridotto nella chirurgia settica, ove è sufficiente una medicazione fatta con poca garza, con cerotto e con miscele adesive;

che durante l'atto operativo molta della garza oggi impiegata può essere sostituita da compresse orlate recuperabili colla lavatura e la sterilizzazione;

che potrebbero essere evitate le medicazioni definitive dei traumatizzati alle « guardie mediche » ovunque possa provvedersi subito al trasporto del paziente nel reparto specializzato, anche perchè quelle prime non tornano quasi mai di giovamento al malato;

che in molti casi le bende possono essere sostituite con fascie o tele lavabili;

che tutte le ferite le quali si giovano del trattamento all'aria aperta, debbono essere curate in tal maniera;

che è opportuna l'abolizione del cotone sotto le bende gessate.

Nel campo ostetrico ginecologico è stato suggerito l'uso di detersioni liquide in luogo del cotone imbevuto di disinfettanti ed, in certi casi, la sostituzione di cuscinetti di tessuto di spugna al cotone.

Si è anche rilevata la possibilità di installare impianti di recupero del materiale di medicazione e la eventuale sostituzione del cotone con altri materiali, come il carbone di paglia. È stato preconizzato l'accordo fra le amministrazioni ospitaliere per le richieste collettive al Governo del materiale occorrente (cotone), nonchè l'uso di strumentario e di apparecchi di fabbricazione italiana e di mezzi di detersione (acqua ossigenata) che non portino alla deteriorazione della biancheria.

Si interessa le EE. LL. a voler portare quanto sopra a conoscenza delle Amministrazioni ospedaliere, invitandole a studiare, in stretta collaborazione coi sanitari, tutte le misure possibili di far realizzare una economia di materiale, sempre senza danno degli infermi.

Convenzioni per l'assistenza sanitaria ai Rurali.

Tra la Federazione Fascista delle Casse Malattie dell'Agricoltura e l'Associazione Nazionale Fascista del Pubblico Impiego ed il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici sono state di recente concluse delle convenzioni che risolvono il complesso problema dei servizi sanitari delle Casse malattie dell'Agricoltura.

Esse rappresentano una significativa conquista nel campo assistenziale, perchè tutelando la salute dei lavoratori della terra, cui è rivolta la vigile e costante attenzione del Regime, salvaguardano gli interessi dei medici e ne potenziano altresì la figura, nella nuova veste di ausiliari tecnici, di una istituzione prettamente corporativa.

Le convenzioni vengono ad interessare in special modo i medici condotti, che saranno chiamati a dare l'assistenza sanitaria ad oltre un milione di lavoratori agricoli iscritti alle 52 casse mutue provinciali malattie, per la massima parte costituite fra le due confederazioni dell'agricoltura, in seguito agli accordi di Palazzo Littorio.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Il bilancio dell' Educazione Nazionale.

Nel discorso al Senato del Regno, il ministro De Vecchi di Valcismon ha detto, per quanto riguarda l'insegnamento superiore:

Negli scorsi anni ho sentito attraverso le vostre discussioni sollevare problemi e sottolineare deficienze nel campo degli istituti di istruzione superiore. Ora credo di avere risolti i problemi più urgenti, se non anche gli altri, e di avere posto riparo alle deficienze maggiori. Era da risolvere prima di tutto un problema di autorità e colle due leggi da voi approvate in quest'anno è stato risolto, io penso, in via definitiva.

Nel corso di pochi mesi, dalla grave questione del concentramento degli istituti universitari, alla classificazione non semplice invero nè facile degli insegnamenti, alla disciplina del conferimento degli incarichi, alla antica e pericolosa doglianza per la situazione degli assistenti e degli aiuti, una attività intensa è stata dedicata a trovare soluzioni durature applicando i principî che costituiscono il nostro credo di uomini della Rivoluzione Fascista. Il potere finalmente conferito al ministro di disporre la soppressione, l'istituzione o la fusione di facoltà, scuole ed insegnamenti universitari, nonchè la fusione dei Regi Istituti superiori alle Regie Università, e la revisione degli organici dei professori, hanno permesso di attingere, seguendo una direttiva unica e costante, ad una più proficua attività didattica e scientifica da parte degli istituti superiori.

Molte discipline comuni a vari ordini di studi sono state unificate e coordinate. Alcune facoltà anemiche o non dotate di mezzi sufficienti sono

state rinsanguate in modo da attribuire loro una sana vitalità.

Il principio unitario del quale ho tanto parlato in questi giorni si è mostrato veramente creatore di ordine scientifico e politico e di un sistema economico di alta utilità. Colla abolizione della distinzione in due categorie dei Regi Istituti di istruzione superiore, e costringendoli tutti a trarre le loro risorse dallo Stato, senza un notevole aggravio per l'Erario, è stato capovolto il criterio informatore della distinzione, invero mortificante, finora in vita.

Il sen. Guaccero ha trattato della Clinica per le malattie tropicali e subtropicali dell'Università di Roma, auspicandone un maggiore potenziamento.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

ALESSANDRIA, per Cavatore, Cereseto, Pozzolo Formigaro, Serravalle Scrivia; scad. 31 maggio.

ASCOLI PICENO, per Comunanza del Littorio, Francavilla d'Este; scad. 30 aprile.

CAGLIARI, per Abbasanta, Armungia, Monastir-Ussana, S. Vero Millis; scad. 30 aprile.

CATANIA, per Acireale (condotta rurale), Mascalucia, Vizzini; scad. 1 giugno.

CUNEO, per Niella Belbo, Sommarina Perno, Villanova Solaro, Scarnafigi Rufifia, Sampeyre, Envie; scad. 30 aprile.

FORLÌ, per Savignano sul Rubicone (1ª condotta), Sarsina (1ª condotta); scad. 20 maggio.

FROSINONE, per Piglio, Amaseno, consorzio San Biagio-Saracinisco; scad. 30 aprile.

LECCE, per Cannole, Minervino di Lecce; scad. 30 aprile.

MODENA, per Paullo nel Frignano, Polinago; scad. 30 aprile.

PADOVA, per Campodarsego (2° reparto), Conselve (2° rep.), Polverara, Saonara; scad 30 aprile.

PARMA, per Compiano; scad. 30 aprile.

PISA, per Cascina, Vecchiano (2ª cond.); scad. 30 aprile.

REGGIO CAL., per S. Eufemia d'Aspromonte, Taurianova; scad. 30 aprile.

ROMA, per Castel S. Pietro Romano, Marino (2ª condotta), Moricone, Roiate; scad. 30 aprile.

VERCELLI, per Bianzè (1ª condotta), Desana, Salussola, Mottalciata (consorzio); scad. 15 maggio.

VITERBO, per Corchiano, Bieda (fraz.); scad. 30 aprile.

Il concorso per medici condotti nella provincia di Ancona è prorogato al 31 maggio.

(Per notizie degli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

UDINE, per Forgaria, Lusenera, Previsdomini, Spilimbergo; scad. 30 maggio.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — Cercasi aiuto medico interino per posto che, a suo tempo, sarà messo a concorso. Richiedesi minimo due anni di laurea; un anno di servizio ospedaliero. Scrivere inviando referenze all'Amministrazione del Pio Luogo.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Cercansi medici assistenti età massima anni 35, per servizio nel Reparto Chirurgia. Inviare subito i documenti rito e professionali alla Segreteria dell'Ospedale.

BRESCIA. *Opere Pie Raggruppate Ospedale dei Bambini « Umberto I » e Istituto Rachitici.* — Il concorso ai posti di medico chirurgo assistente presso i reparti chirurgico e medico avrà luogo per soli titoli. Scad. 15 aprile, ore 17.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civile Umberto I.* — Scad. 9 aprile, ore 12; primario radiologo; età limite 40 anni (50 per coloro che si trovino in servizio di ruolo presso altri Ospedali); L. 7000 e 4 quadrienni di L. 500, serv. att. L. 1000, compartecipaz. 50 %. Per le altre condizioni rivolgersi alla Segreteria.

PALMA CAMPANIA (*Napoli*). *Ospedale Civico « Biagio Lauro ».* — Scad. 5 maggio; direttore sanitario e due medici aggiunti; assegno annuo L. 720 a titolo rimborso spese; l'assegno verrà aumentato a L. 3000 non appena le condizioni finanziarie dell'Ente lo consentano; al direttore L. 500 indennità di carica, 50 % incassi ricoverati per proprio conto. Tassa L. 10,10. Per altre condizioni rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

ROMA. *Ministero dell'Educaz. Naz.* — Sono banditi i concorsi alle seguenti cattedre nella Facoltà di medicina e chirurgia: Anatomia umana normale (Parma); Farmacologia (Catania); Fisiologia umana (Sassari); Patologia generale (Cagliari); Patologia speciale medica e metodologia clinica (Catania); Anatomia e istologia patologica (Sassari); Clinica delle malattie nervose e mentali (Messina); Clinica ostetrica e ginecologica (Sassari).

TODI (*Perugia*). *Ospedale Civile.* — Scad. 4 maggio, ore 16; chirurgo primario; L. 11.000 oltre c.-v. e partecipaz. 50 %; 5 quadrienni decimo; età limite 40 anni. Tassa L. 50,20. Rivolgersi alla Congregazione di Carità.

TORINO. *Ospedale Maria Vittoria.* — Concorso, per titoli, ad un posto di primario della sezione di pediatria medica. Il termine per la presentazione delle domande alla Segreteria dell'Ospedale scade alle ore diciasette del giorno 15 agosto 1936-XIV. Il programma di concorso, lo statuto ed il regolamento sono visibili presso la Segreteria di detto Ospedale.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La dott.ssa Gemma Barzilai, di Trieste, ha conseguito nei giorni scorsi la libera docenza in ostetricia e ginecologia superando brillantemente le prove di esame.

La Commissione era composta dai proff. Alfieri, Ferroni e Fornero.

Alla neo-professoressa, già nostra valorosa collaboratrice, rallegramenti vivissimi.

Il dott. Marcello Agostini di Roma, che attualmente trovasi in A. O. essendo stato richiamato in servizio militare col grado di capitano medico, è stato nominato Ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia, con *motu proprio* di S. M. il Re in data 23 gennaio 1936.

La direzione scientifica dell'Istituto Sieroterapico Nazionale di Napoli è stata assunta dal prof. Donato Ottolenghi e quella tecnica dal prof. Ferruccio Ara.

NOTIZIE DIVERSE

Le provvidenze igieniche in Somalia.

Il sen. Castellani, in una conversazione avuta il 12 marzo in Mogadiscio, a bordo della « Gradisca », con i giornalisti italiani e stranieri, ha trattato in modo particolare le misure disposte per prevenire, in un territorio tipicamente equatoriale come il somalo, la diffusione di epidemie. Le statistiche dicono come finora il Corpo sanitario italiano, al quale il Duce ha voluto fornire senza risparmio tutti i mezzi più moderni e perfetti, abbia meravigliosamente ottenuto il suo scopo. In guerra e particolarmente all'Equatore, dove la durezza del clima esaspera la violenza delle malattie, bisognava soprattutto difendere la truppa dalle tipiche forme epidemiche: tifo, colera, dissenteria amebica o batterica e peste. Le nostre valorose truppe hanno potuto sfoggiare quella ferrea salute che è propria della gioventù italiana. Il vaccino tetravalente di Castellani, inoculato ai soldati, li ha ben difesi.

Viene ricordato dai sanitari come nelle guerre coloniali, pure nelle più recenti, dieci soldati siano periti per malattia contro uno per ferite riportate in combattimento. E la statistica dice, per esempio, come, nella guerra boera, di centocinquantamila militari inglesi novantamila siano stati colpiti da tifo e ventimila di questi siano morti. In Somalia sono stati finora registrati due soli casi di tifoide, nessuno dei quali mortale. Di peste e colera nessuna traccia. La dissenteria, che è endemica nei Paesi tropicali, è combattuta con la distillazione e la filtrazione di tutta l'acqua destinata alle truppe e con la prescrizione assoluta di mai abbandonare la fascia addominale. I casi finora registrati sono pochissimi. La malaria è assai diffusa in terre come queste, proprio dove la presenza dei fiumi rende più agevoli le condizioni di vita; essa viene strenuamente combattuta con l'assidua chininizzazione della truppa e con la pronta cura dei casi.

Il prof. Castellani ha concluso la sua esposizione ai giornalisti — dedicata specialmente agli stranieri — documentando come la razionale alimentazione studiata per i soldati del nostro Corpo di spedizione abbia fatto sì che non un caso di scorbuto o di « beriberi » — frequentissimo quest'ultimo e non sconosciuto il primo anche nei Paesi equatoriali — si siano avuti, mentre hanno fatto strage in campagne coloniali anche molto recenti in Africa e in Asia.

L'illustrazione del sen. Castellani è stata seguìta da un esame, guidato dal colonnello medico Gelonesi, agli impianti a bordo della « Gradisca ».

Il ministro Piacentini, capo dell'Ufficio Stampa, a nome di tutti i giornalisti ha espresso ammirazione per lo stupendo lavoro compiuto ed ha elevato il saluto al Re e al Duce.

La " Seconda settimana per la diagnosi precoce della tubercolosi ".

La Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica che l'organizzazione delle manifestazioni nazionali antitubercolari dell'anno XIV va gradatamente sviluppandosi in tutti i Comuni del Regno. Completamente definita nei particolari è la preparazione della « Seconda settimana per la diagnosi precoce », che si svolgerà dal 29 marzo al 4 aprile, la organizzazione della quale è affidata — per disposizione del Ministero dell'Interno — ai delegati regionali ed ai fiduciari provinciali della Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi in collaborazione con i Consorzi provinciali antitubercolari del Regno.

Questa propaganda sarà assai sviluppata nella « Settimana » con la preziosa collaborazione di tisiologi, clinici, pediatri, radiologi, igienisti, con l'efficiente ausilio delle organizzazioni politiche e sindacali.

Nei capoluoghi di provincia saranno svolti cicli organici di conferenze ai medici, alla classe insegnante, al clero, alle delegate dei Fasci femminili: a quanti insomma potranno poi continuare, ciascuno nell'ambito del proprio ufficio, questa propaganda che a mano a mano dovrà assumere un preciso carattere di continuità perchè possa raggiungere gli scopi ad essa assegnati.

La Federazione ha pubblicato un volume sulla « diagnosi precoce » nel quale sono state riportate conferenze e lezioni tenute lo scorso anno da illustri Maestri. Il volume sarà distribuito gratuitamente a tutti i medici condotti d'Italia ed a quanti ne faranno richiesta direttamente alla Federazione, via Nazionale 200, Roma.

(*Per l'occasione la nostra Amministrazione ha pubblicato una eccellente monografia di* P. TIMPANO, *della quale nello scorso numero abbiamo riportato la prefazione dettata dal prof.* G. RONZONI).

Successo della V Campagna contro la tubercolosi.

Nella sede della Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, alla quale, come è noto, è affidata l'organizzazione nazionale delle manifestazioni, si è riunita la Commissione giudicatrice dei meriti acquisiti dai Consorzi provinciali antitubercolari del Regno nella V Campagna nazionale dell'Anno XIII.

Dall'esame delle documentate relazioni presentate dai singoli Consorzi e dall'ampia e dettagliata esposizione fatta dal segretario generale prof. Bocchetti, la Commissione ha rilevato che in tutte le provincie la organizzazione e lo svolgimento delle varie manifestazioni sono stati condotti con quel fervido entusiasmo realizzatore che è stato fattore determinante dei successi conseguiti negli anni precedenti.

Le somme lorde raccolte complessivamente, nelle 94 provincie del Regno, ascendono esattamente a L. 16.727.097,40, superando cioè di oltre due milioni la cifra dei proventi della campagna 1934-XII.

Un indice del crescente consenso è dato dal progressivo, costante aumento degli introiti delle campagne nazionali antitubercolari: dai sette milioni raccolti nella I Campagna del 1931, si passa ad 11 nella II, a 13 nella III, a 14 e mezzo nella IV, a circa 17 nella V dello scorso anno.

E ciò nonostante il sorgere di notevoli difficoltà d'ordine estrinseco, in conseguenza delle quali di anno in anno si riducono fino quasi ad annullarsi i contributi, una volta cospicui, d'Associazioni, Enti ed Istituti varî.

I 46 Consorzi che più si sono distinti lo scorso anno in questa nobile gara e che, nella cerimonia inaugurale dell'imminente VI Campagna, riceveranno il premio meritato, sono i seguenti:

Zara, Imperia, Parma, i quali in rapporto agli abitanti delle rispettive provincie, hanno diffuso il maggior numero di libretti di francobolli antitubercolari. Seguono: Lucca, che è in testa alla graduatoria dei più alti proventi lordi raccolti, con L. 8,03 per abitante; Terni, L. 1,88; Ascoli Piceno, L. 1,65; La Spezia, L. 1,24; Macerata, L. 1,20; Fiume, L. 1,11; Firenze, L. 1,02; ecc.

Fissata la graduatoria, la Commissione giudicatrice ha inviato un fervido saluto augurale al presidente della Federazione S. E. Raffaele Paolucci, volontario in A. O. Ha poi esaminato ed approvato i criteri informativi della organizzazione delle manifestazioni ed ha infine votato all'unanimità un plauso all'opera della Federazione e del segretario generale prof. Bocchetti.

Corsi di malariologia per laureati in medicina.

L'Istituto di Malariologia, diretto dal prof. G. Bastianelli, terrà dal 6 luglio al 15 agosto 1936 un corso per medici italiani; l'insegnamento comprende lezioni, dimostrazioni pratiche ed esercitazioni, escursioni a località malariche e ad alcune bonifiche.

Per essere ammessi gli aspiranti devono presentare 15 giorni prima dell'inizio del corso:

una domanda in carta bollata da tre lire diretta al direttore dell'Istituto;

i titoli di studio (laurea o certificati che attestino gli studi compiuti) e i documenti che l'allievo ritenga utile produrre per dimostrare la sua cultura.

Il numero degli allievi da ammettere sarà limitato dalla Direzione.

La tassa di iscrizione è di L. 100 più una quota di L. 100 per le gite di istruzione. Le spese di viaggio, vitto e alloggio nelle gite di istruzione sono sostenute dall'Istituto.

È obbligatoria la frequenza.

Alla fine del periodo di insegnamento gli allievi possono ottenere il certificato di frequenza o il diploma di esame.

Il diploma è dato a coloro che superano l'esame che consiste in una prova orale.

Un corso per medici stranieri sarà tenuto dal 1° luglio al 31 agosto; tassa L. 1300, con diritto agli esercizi pratici, alle escursioni e ai viaggi.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto, Policlinico « Umberto I », Roma.

Corso d'igiene scolastica.

Anche quest'anno si terrà nel mese di maggio, presso l'Istituto di Igiene della R. Università di Genova, viale Benedetto XV, un corso mensile per i medici, di coltura in igiene scolastica.

Le domande si devono presentare alla Segreteria della R. Università (via Balbi 5).

Al corso non sarà ammesso che un numero limitato di frequentanti, designati in base alla data di invio della domanda, fra coloro che si presenteranno a detto Istituto alle ore 11 del 1° maggio, giorno di inizio del corso stesso.

8° Convegno nazionale dei psicologi italiani.

Si terrà a Roma dal 3 al 5 aprile.

Tra le relazioni sono le seguenti: G. Scanga, « L'orientamento professionale in Italia. Realizzazioni e programmi »; A. Venturi, A. Filippini, R. Toscani, A. Todisco « La psicotecnica »; A. Gemelli e M. Ponzo, « I processi di adattamento nella vita psichica »; A. Gemelli, « Il compito del psicologo nello studio del delinquente »; F. Banissoni, « La psicologia applicata alla assistenza sociale e la psicologia applicata all'educazione fisica ».

Relatore generale del Convegno sarà il prof. Cesare Colucci, presidente della Società Italiana di Psicologia.

Sono preannunciate un centinaio di comunicazioni.

Il Convegno s'inizierà con la commemorazione del prof. Sante De Sanctis, tenuta dal prof. Mario Ponzo, anche per incarico della R. Accademia Medica di Roma e con l'inaugurazione di un busto dedicato alla memoria del prof. De Sanctis nella sede del Convegno: il nuovo Istituto di Psicologia alla Città Universitaria di Roma, uno dei più grandi d'Europa.

Adesioni, domande di informazioni sono da inviare al segretario del Convegno, prof. F. Banissoni, via del Babuino 107, Roma.

Quota d'iscrizione con diritto al volume degli Atti L. 25. Sono in corso le pratiche per le riduzioni ferroviarie.

Il Convegno si chiuderà con un'escursione facoltativa a Sabaudia e Littoria.

Altri congressi e convegni prossimi.

Poco prima dell'inizio delle Olimpiadi, avrà luogo nel luglio di quest'anno a Bielefeld-Hannover il 3° Congresso Internazionale per le Scuole all'aperto al quale per il tramite diplomatico è stato ufficialmente invitato a partecipare anche il Governo Italiano.

La Reale Società Italiana di Igiene (che è pure sezione nazionale italiana dell'Associazione internazionale per le scuole all'aperto) ha deciso di raccogliere l'adesione degli igienisti e dei tecnici rappresentanti le amministrazioni provinciali e podestarili nonchè dei cultori delle discipline pedagogiche che in Italia si occupano del problema scolastico.

Scrivere alla Società, in Milano, via Statuto 5, richiedendo il programma dei lavori, l'elenco dei temi posti in discussione, i moduli di adesione e tutto quanto è inerente alle facilitazioni di viaggio, di passaporto, di valuta ecc.

Le Assise franco-italiane di medicina generale si terranno a Nizza dal 4 al 6 aprile, sotto la presidenza dei proff. B. Cunéo e L. Zoja; segretari generali i dottori Godlewski e C. Gerbi. Tema in discussione: « Sequele remote delle appendiciti croniche operate ». Sono in programma sontuosi festeggiamenti ed è prevista una crociera in Corsica. Rivolgersi al dott. C. Gerbi, R. Clinica Medica, via F. Sforza 35, Milano.

Il 49° Congresso della Società parigina d'oftalmologia si terrà a Parigi dall'11 al 14 maggio. Tema: « La radiografia in oftalmologia ». Segretario generale: Dr. René Onfray, avenue de la Motte-Piquet 6, Paris VIIe.

La XV riunione del Gruppo Ligure-Lombardo-Piemontese della Società Italiana di Radiologia Medica avrà luogo il 26 aprile alle ore 10, in Vercelli (Ospedale Maggiore). I titoli delle comunicazioni (preferibilmente di casistica) devono essere inviati al presidente della riunione, prof. L. Armani (Ospedale Maggiore, Vercelli), al più presto possibile. Sarà a disposizione un apparecchio di proiezione epidiascopico. Per maggiori informazioni, rivolgersi al presidente della riunione.

La 2ª riunione degli oto-rino-laringologi austriaci si terrà il 12 e il 13 giugno a Graz. Temi: Terapia conservativa e operativa delle suppurazioni dei seni frontali; Terapia conservativa e operativa delle stenosi laringee; Disturbi del ricambio e malattie dell'orecchio; Trattamento operativo delle infiammazioni suppurative dell'orecchio medio.

Per informazioni rivolgersi al Dr. Ernst Urbantschitsch, Schottenring 24, Wien I, Austria.

Alle Giornate mediche di Bruxelles il sen. Aldo Castellani presenterà una relazione sui miceti e le micetosi.

Sezione Laziale della Federazione antitubercolare.

La Sezione Laziale della Federazione Naz. Fascista per la lotta contro la Tubercolosi si adunò il 3 febbraio, sotto la presidenza dell'on. prof. E. Morelli, il quale fece un rapido quadro dello stato attuale dell'assicurazione contro la tubercolosi, prospettò il problema della diagnosi precoce e tracciò il programma dei lavori. Il delegato regionale, prof. A. Omodei Zorini, lesse una relazione sull'attività della Sezione nel 1935. Si passò poi alla nomina del Consiglio direttivo della Sezione; vennero confermati: presidente: on. prof. E. Morelli; fiduciario regionale: prof. A. Omodei Zorini; membri: proff. C. Frugoni, G. Mendes, R. Alessandri, A. Signorelli; fiduciari provinciali: C. Benedetti (Roma), V. Lamma (Frosinone), V. De Santis (Rieti); per la provincia di Littoria si è nominato il dott. G. Donato.

Seguirono le comunicazioni, fatte da: G. Luzzatto-Fegiz, R. Motta (due comunicaz.), G. Scoz, R. Rimini, C. Marino Zuco.

I medici superstiti di Adua.

Come i quotidiani ne hanno dato ampie notizie, in occasione della presa di Adua è stata solennemente commemorata, all'Altare della Patria, la tragica battaglia del 1896; erano presenti il Re, il Duce, le alte gerarchie del Partito, le alte autorità dello Stato, i gloriosi reduci.

Tra questi sono viventi sei medici: i generali medici Luigi Mauri da Firenze, Giuseppe Madia da Napoli ed Enrico Cottafava da Bologna; i colonnelli medici Nicola D'Amato da Sulmona, Arturo De Marsanich e Giulio Nardini da Pistoia. Vada loro il commosso saluto della famiglia medica.

Episodi di eroismo.

Da una corrispondenza di A. M. Perbellini al « Messaggero » del 21 marzo, sulla seconda battaglia del Tembien, riportiamo:

Che dire della Sanità? Il portaferiti Fermo Marinoni di Tranzano (Brescia) abbandonò la barella per correre a difendere una mitragliatrice in pericolo con la quale aprì il fuoco. Una pallottola alla bocca lo uccise. Un altro portaferiti, la camicia nera scelta, Guglielmo Adrodegari, di Chiari, si offre volontario di portare un ordine sulla linea di fuoco ma una pallottola lo abbatte al suolo. Il comandante della sua divisione lo raccoglie, lo medica, gli dice « che non è niente ». La camicia nera risponde: « Grazie, signor Comandante. Non si dia pena. So bene di morire. Non per niente sono infermiere. Ma sono contento lo stesso. Così non diranno più che la « vasellina » è imboscata! ».

Generosa offerta dell'Istituto Rizzoli.

L'amministrazione dell'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna, desiderando cooperare allo sforzo che il Governo Fascista sta compiendo per affermare il diritto dell'Italia in Africa Orientale, ha deliberato di porre gratuitamente a disposizione dei feriti in guerra tutta l'attrezzatura sanitaria e tecnica dell'Istituto per le cure ambulatorie, di provvedere loro, attraverso la officina annessa all'Istituto, gli apparecchi ortopedici con riduzioni dal 10 al 20 per cento e infine di porre a disposizione 35 letti con riduzioni del 50 per cento sulle rette stabilite dalle convenzioni in vigore.

La deliberazione è stata comunicata al Duce che ha espresso il suo compiacimento per la patriottica, generosa iniziativa.

Canapa idrofila italiana.

Una nuova emancipazione del nostro Paese dai mercati esteri si annunzia nel campo dei prodotti sanitari con la produzione della canapa idrofila. Ricerche eseguite a Firenze nel laboratorio per le sperimentazioni sulla cellulosa, diretto dal prof. Palazzo, hanno messo a punto un ingegnoso procedimento, il quale, partendo dalle qualità più scadenti di canapa, permette di isolare le fibre elementari con un grado elevatissimo di idrofilità. In seguito ai risultati ottenuti, è stato disposto che il ritrovato sia segnalato agli organi competenti così da ridurre al minimo possibile l'importazione del cotone idrofilo.

Un po' dovunque.

I giornali hanno recato ampie notizie della grandiosa manifestazione di fede fascista, tenuta dalle forze culturali dell'Italia settentrionale a Milano, il 18 marzo, iniziandosi il 5° mese dell'assedio economico; presero parte attiva ai lavori i proff. Foà e Gemelli. Furono votati un indirizzo al Duce e un saluto al Re.

La Società belga di cardiologia si è adunata, unitamente alla Società olandese di cardiologia, l'8 marzo, a Bruxelles, nei locali della Fondazione universitaria; venne preso in esame il tema: « La patologia delle orecchiette ».

Il prof. G. Boeri ha tenuto, nell'Ospedale Militare di Napoli, per invito della Direzione di Sanità Militare del Corpo d'Armata, una conferenza sull'amebiasi, con speciale riguardo alla profilassi ed alla cura.

L'ing. Achille Gaggia, che aveva già messo a disposizione la somma di L. 1.250.000 per la costruzione del sanatorio di Feltre, ha ora, per onorare la memoria della moglie Maria Grazia Lante, offerto la somma di un milione per la costruzione del nuovo ospedale di quella città.

Il reparto Maternità e Ginecologia dell'Ospedale provinciale San Carlo di Potenza si trasferirà prossimamente nella nuova sezione Santa Maria. In sostituzione del dott. Girolamo Sbordone, volontario in A. O., è stato chiamato alla direzione del gabinetto oculistico dello stesso Istituto, il dott. Antonio Sbordone, l. d. di clinica oculistica nella R Università di Napoli.

Alla Reale Accademia d'Italia si è assegnato uno speciale contributo annuo di L. 50.000 sugli esercizi finanziari dal 1935-36 al 1939-40 e di lire 25.000 sugli esercizi finanziari successivi, per l'esecuzione di lavori bibliografici.

Le diarie negli ospedali di Parigi sono state fissate come segue pel 1936: servizi di medicina fr. 36,68; servizi di chirurgia e di ostetricia 38,49;

per le assicurazioni sociali rispettiv. fr. 35,68 e 37,48, e in più fr. 4 a « forfait » per gli onorari medici; per gl'infortunati sul lavoro fr. 47,68 e 50,03.

Per limitare la pletora medica in Austria, si è deliberato che gli studenti riprovati in una materia, non potranno ripetere gli esami più di tre volte; quelli riprovati in due o tre materie, non più di due volte; quelli riprovati in quattro materie sono esclusi dagli studi e non potranno più esercitare in Austria, anche se conseguono il diploma in un paese straniero.

Il periodico « La Voz » di Buenos Aires pubblica un numero straordinario in onore del dott. A. H. Roffo; il numero reca i discorsi pronunziati in occasione della cerimonia celebrativa dei 25 anni di pratica del noto oncologo.

La « Oel und Kölhe » di Berlino afferma che l'industria chimica italiana ha fatto passi enormi e non v'ha dubbio che ormai non è lontana la soluzione del vasto compito impostosi per l'utilizzazione di tutte le risorse nazionali.

Il Comitato nazionale dell'Associazione « Pro leprosis » — presieduta dal sen. De Capitano e fondata nel 1924 per aiutare i nostri eroici missionari che si sacrificano nella dura e micidiale lotta combattuta tra i lebbrosi — ha inviato all'Alto Commissario dell'Africa Orientale Maresciallo Badoglio, una forte quantità di un medicamento italiano, affinchè lo si usi a vantaggio degli indigeni lebbrosi.

S. E. il Capo del Governo, venuto a conoscenza della grave disgrazia occorsa al dott. Aldo Stanzani, aiuto nell'Istituto di chimica farmaceutica della R. Università di Modena, per l'esplosione di un reattivo che egli stava preparando, ha fatto pervenire all'infortunato, per tramite del Prefetto, la somma di L. 20.000 in segno della sua personale simpatia.

Il sottosegretario agli Esteri, on. Suvich, ha inviato a Ginevra in data 17 marzo una nota, che è stata trasmessa al segretario generale, per protestare nuovamente contro la violazione ripetuta e flagrante delle convenzioni di Ginevra sulla Croce Rossa e per smentire un preteso bombardamento dell'ambulanza britannica.

Si ha da Gibuti che la Commissione sanitaria olandese aveva diretto verso Quoram, due posti di medicazione; ad un certo punto della strada fra Ualdia e Cobbò una banda di predoni ha assalito la carovana olandese e ferito il capo della missione, dott. Van Schellven.

Dopo queste ed altre gesta del genere, corre voce che tutte le missioni sedicenti sanitarie o della Croce Rossa che si erano recate in Etiopia se ne andranno presto, seguendo l'esempio della delegazione della Croce Rossa Svedese e di un gruppo della Missione sanitaria egiziana.

In Eritrea è morto il 10 corr., in seguito a malattia dovuta a infortunio per cause di servizio, il sottotenente medico dott. FERRANTE ORIANI, da Thiene (Vicenza), capo reparto chirurgico presso l'ospedale da campo 446.

Figlio del dott. Giovanni Oriani, medico capo delle Casse mutue dell'industria, aveva solo 37 anni.

Combattente e decorato al merito nella guerra italo-austriaca come ufficiale degli alpini, passò successivamente nel corpo sanitario e allo scoppio delle ostilità, seguendo l'impulso generoso del suo cuore e le belle tradizioni volontaristiche di famiglia, ottenne di recarsi in Africa Orientale dove gli fu assegnato il reparto chirurgico nell'Ospedale da campo 445 a Senafè. Il 20 febbraio scorso, ritornando in motocicletta da Adi Caièh, dove era stato chiamato d'urgenza a prestare la sua opera nell'Ospedale 426, il dott. Oriani rimase vittima di un grave incidente stradale, che, per sopravvenute complicazioni, lo condusse alla morte.

Alla desolata famiglia, che ha un secondo figlio in Africa Orientale volontario nel Battaglione universitario « Curtatone e Montanara », alla moglie e al tenero figlio vanno le espressioni della nostra solidarietà nel dolore.

M. P.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 6 Aprile 1936 - XIV Num. 14

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6: della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretto dal Prof. N. LEOTTA.

Cura rapida dell'Herpes zoster intercostale.

(Alcoolizzazione dei nervi).

Dott. G. BUTTAFARRI, assistente.

Come si sa, l'Herpes zoster è una malattia che interessa contemporaneamente la pelle ed il sistema nervoso, dermotropa e neurotropa, e, secondo il caso, possono predominare le lesioni cutanee o quelle nervose. La sua patogenesi è ancora oscura, in quanto i pareri discordi dei vari AA., non permettono conclusioni sicure. La maggior parte degli autori, con ogni verosimiglianza, ritengono che l'Herpes zoster sia, una malattia infettiva determinata da un virus speciale che si localizza con predilezione in uno o più gangli spinali e che l'efflorescenza cutanea rappresenta un disturbo trofico consecutivo. Salvo rarissime eccezioni, la zona non è una malattia grave; più inquietanti sono i dolori nevralgici che, lievi e di breve durata nei giovani, possono negli adulti e specialmente nei vecchi, raggiungere un grado elevato, da sottomettere i pazienti ad un vero martirio, che può prolungarsi per molte settimane.

Il trattamento di questa affezione, fino a pochi anni addietro, è stato assolutamente sintomatico, e si limitava alla somministrazione di calmanti, per il dolore, ad anestetici locali, all'uso della radioterapia, diatermia, alta frequenza, actinoterapia ultravioletta ed ultra rosso. Non sempre però i dolori risentivano, a dire il vero, il beneficio di tale cura, perchè in taluni casi specialmente, i dolori nevralgici consecutivi alla zona, erano tenaci e ribelli. Tanto che si è tentato fin'anco di ricorrere alla terapia chirurgica, praticando la resezione delle radici dei nervi, dai gangli, delle fibre del simpatico, e spesso senza alcun risultato.

La cura terapeutica razionale venne iniziata da Spillmann nel 1923 con l'auto-emoterapia. Il sangue prelevato dalla vena dello stesso ammalato veniva iniettato alla dose di 10 a 20 cc. nelle masse glutee. Questo metodo, sperimen-

tato da vari AA. non ha dato dei risultati concordi. Kenedy e Neuwirth, hanno usato l'autoemoterapia in dieci casi di zoster a localizzazione varia, ed hanno riscontrato che, malgrado l'autoemoterapia, non solo lo sviluppo dei focolai ebbe un andamento comune ma anche il dolore venne poco influenzato dalla cura.

Maderno, Scudero, Collosi, invece, in infermi trattati con tale metodo di cura, hanno ottenuto dei risultati assai brillanti, tanto sulla sindrome dolorosa, quanto sul quadro oggettivo della dermatosi.

Un altro metodo terapeutico è stato indicato successivamente dal Milian. In 8 casi di Herpes zoster, ha usato delle iniezioni endovenose di neo-arseno benzolo alle dose di 15-30 e 45 centigrammi. Già dopo 3-4 ore dalla prima iniezione, il Milian, ha potuto constatare la diminuzione o la scomparsa dei dolori ed in pochi giorni la guarigione dell'eritema zosteriana. I risultati del Milian sono stati confermati nel 1930 da Hoedemakers, Berrewaert ed in Italia da Catola, che in tre casi di Herpes zoster, ha ottenuto la guarigione con 1-2 iniezioni di Neo-Ici.

Tarchiani ha curato con la iniezione di 30 centg. di Myo-Salvarsan due casi di zona, ed i dolori scomparvero dopo qualche ora, la guarigione sopravveniva dopo 4 giorni.

Serra ha curato 15 casi di herpes zoster, dei quali 11 in individui non certamente luetici; 2 dubbi, e 2 luetici certamente, con 1-2 iniezioni di Neo-Salvarsan a dosi minime per via endovenosa od endomuscolare, ottenendo 11 guarigioni rapide in 9 giorni, e remissioni dei dolori nevralgici e cutanei in poche ore, in due casi ebbe esacerbazione della sintomatologia soggettiva dopo la prima iniezione, con febbre, alla quale presto seguì un andamento rapido e benigno della malattia, in due il risultato fu incerto.

Sciuti, in 7 casi di Herpes zoster, ha ottenuto eccellenti risultati adoperando l'acetilarsan, che essendo di facile maneggio ed innocuo, può essere da chiunque adoperato senza bisogno di ricorrere, per curare una affezione benigna, ad un mezzo terapeutico non del tutto inoffensivo, qual'è il neo-arsenobenzolo.

L'arsenico, però, non sempre è riuscito efficace, e lo stesso Milian, riporta qualche caso, in cui non solo la cura arseno-benzolica riuscì inefficace, ma i dolori si aggravarono alquanto, scomparendo in seguito a due iniezioni endovenose di cianuro di mercurio.

Peluso ha ottenuto buoni risultati nella cura dello zoster con iniezioni di bismuto colloidale, e ne deduce che l'agente patogeno della zona debba appartenere alla famiglia delle spirochete.

La probabile natura infettiva della malattia, ha fatto sì, che alcuni AA. hanno pensato di curare lo zoster, con vaccini ed infatti Craps, su 72 casi di zona trattati con la vaccinazione antistafilococcica, ritiene che la durata dell'affezione, l'intensità dei dolori, sono molto meglio ridotti che con gli altri rimedi.

Camescasse, ritiene però, che quando il virus dello zoster è dermatropo, l'azione del vaccino antistafilococcico riesce curativo, quando è neurotropo (nevralgie e parestesie ribelli) il vaccino non ha azione.

Numerosi altri trattamenti, sono stati proposti in questi ultimi anni come cura dell'herpes zoster, che da un punto di vista pratico, come da un punto di vista terapeutico generale, meritano d'attirare l'attenzione.

Ruggles ha ottenuto buoni risultati, con iniezioni endovenose di joduro di sodio al 20 % praticandole ogni 2-3 giorni.

Vadel osservò che l'estratto pituitario, possiede un'azione sedativa del dolore dello zoster, che cessa dopo poche ore dall'iniezione, e l'eruzione guarisce in pochi giorni.

Quiquandon con iniezioni endovenose, di una soluzione glucosata di salicitato di soda a 5/100, a dose di 1 gr. il primo giorno, e poi 2 grammi ogni due giorni, ha ottenuto la scomparsa del dolore subito dopo la terza iniezione.

Langlet ha usato il salicitato di sodio, associato al solfato di chinino per os.

Ganzinotty raccomanda l'iodoseptine per iniezioni, per un periodo da tre a 6 giorni.

Levy, ha utilizzato le iniezioni endovenose quotidiane di tripanblau all'1 %, ed ha ottenuto la cicatrizzazione rapida delle vescicole.

Piotrowski consiglia le iniezioni intravenose di una soluzione di gluconato di calcio al 20 per cento.

Sezary, Miget, Facquet hanno trattato sei casi di zona, con le iniezioni intramuscolari d'olio solforato (2 cc. di una sospensione all'1 %). In cinque casi i dolori hanno ceduto sia dopo due ore dall'iniezione, sia da dodici a tredici ore dopo. In un caso il dolore sordo e tardivo si è solamente migliorato.

Valerio ha usato con successo l'auto-uroterapia, e pensa che i buoni risultati sono dovuti agli ormoni contenuti nelle urine.

Freude consiglia recentemente, come metodo di scelta, l'iniezione paravertebrale di elevate dosi di salicilato o di morfina. Con questo metodo, — dice l'A., — si ottengono risultati particolarmente brillanti, se si riesce a

stabilire con esattezza il nervo da cui prende origine l'affezione. Quando invece, sono interessati parecchi nervi dorsali, l'esatta localizzazione del focolaio principale del dolore, non riesce chiara e di conseguenza l'effetto della iniezione paravertebrale malsicura.

Questa lunga, ed ancora incompleta enumerazione di trattamenti, proposti per l'Herpes zoster, dimostra come oggi giorno, noi siamo talvolta disarmati, contro i dolori atroci, provocati dalla malattia in parola. La possibilità di determinare, mediante l'alcoolizzazione l'anestesia duratura del nervo interessato, mi ha indotto ad usare tale metodo, nelle forme di zoster intercostale, che, per la sua sede, del resto più frequente, la temporanea paresi della parete toracica, determinata dall'alcoolizzazione, non apporta disturbi all'infermo, anzi, direi, un notevole sollievo per la sua affezione. La tecnica dell'alcoolizzazione, da me adoperata, è stata quella usata dal mio Maestro, nella cura della tubercolosi polmonare. « Identificata la costola soprastante lo spazio ove si vuole fare l'iniezione di alcool, a 4 centimetri all'esterno dell'apofisi spinosa vertebrale, cioè dal piano mediano verticale, s'infigge (un comune ago sottile da 5 cc.) fino a sentire il margine inferiore della costola. Abbassando il padiglione si fa seguire alla punta dell'ago il contorno inferiore della costola. Quando la punta ha oltrepassato di qualche mm. il punto più basso del contorno costale inferiore, il che è facile riconoscere, perchè allora la punta dell'ago che segue l'osso comincia ad innalzarsi, si è nel punto voluto, dentro il triangolo costo-pleurico. Ci si assicura ancora una volta del contatto tra punta dell'ago e costola, è, mantenendo l'ago sempre in contatto con l'osso si passa all'iniezione.

Prima si iniettano 2 cc. di una soluzione di novocaina al 5 % o altra soluzione pressochè simile, a titolo piuttosto forte, e poi, dopo 30 secondi, cambiando siringa ma lasciando l'ago in posto, con la punta sempre a contatto con l'osso s'iniettano due cc. di alcool a 95°: lentamente in maniera da infiltrare il cellulare del triangolo costo-pleurico, ove sta il nervo. Un po' di dolore insorge solo nell'ultimo tempo dell'iniezione, ma dura qualche secondo e poi cessa del tutto ».

La tecnica è semplice, l'iniezione innocua, ed i malati sopportano ottimamente, i vantaggi enormi come appare dalle storie cliniche appresso riportate.

CASO I. — C. M., di anni 54, da Palermo.

Circa due mesi prima di presentarsi alla nostra osservazione, all'emitorace destro, in corrispondenza del 7° ed 8° spazio intercostale, notò la presenza di vescichette a contenuto sieroso accompagnate da vivo dolore irradiantesi a tutto l'emitorace. Ebbe praticata una serie di 10 iniezioni di autosangue di 15 cc. senza ricavarne alcun beneficio. Venuta alla nostra osservazione sono state praticate l'alcoolizzazione del 7° ed 8° nervo intercostale. L'inferma trascorsi pochi minuti dall'azione ha risentito l'immediato beneficio con la scomparsa del dolore che tanto la disturbava. Le vescichette nel periodo di tre giorni si sono modificate ed essiccate.

CASO II. — R. S., di anni 36, da Palermo.

Circa 10 giorni prima di presentarsi alla nostra osservazione durante la notte fu colpita da violenti dolori all'emitorace d. che s'irradiavano all'addome; trascorsi due giorni persistendo sempre il dolore, in corrispondenza del X spazio intercostale notò la comparsa di gruppetti di vescicole a contenuto sieroso.

Venuta alla nostra osservazione e fatta diagnosi di Herpes zoster intercostale venne praticata l'alcoolizzazione del X nervo intercostale. Il dolore è totalmente scomparso subito dopo l'iniezione. Le vescichette entro i quattro giorni successivi all'iniezione sono regredite, lasciando a loro posto soltanto una lieve zona di arrossamento.

CASO III. — A. P., di anni 50, da Palermo.

Un mese prima di presentarsi alla nostra osservazione, improvvisamente, fu colta da vivo dolore all'emitorace sin. che s'irradiava all'addome. Il giorno dopo, notò la comparsa di un gruppetto di vescicole a contenuto sieroso in corrispondenza del IX e X spazio intercostale.

Ebbe praticate due iniezioni di Neo-Ici, ma essendosi esacerbati i dolori, l'inferma si è rifiutata di continuare. Venuta alla nostra osservazione è stata praticata l'alcoolizzazione del IX e X nervo intercostale. Il dolore è scomparso subito dopo l'iniezione; le vescicole sono regredite entro quattro giorni dall'iniezione.

CASO IV. — G. B., di anni 29, da Carini.

Circa sei giorni prima di presentarsi alla nostra osservazione, notò all'emitorace sin., in corrispondenza del VI spazio intercostale, la eruzione di vescicole a contenuto sieroso accompagnato da dolore trafittivo e bruciore. Fatta diagnosi di Herpes zoster ebbe praticata l'alcoolizzazione del VI nervo intercostale con scomparsa della sintomatologia dolorifica pochi minuti dopo dall'iniezione, ed essicamento della manifestazione cutanea nei tre giorni successivi.

CASO V. — M. F., di anni 60, da Palermo.

Circa sei giorni prima di presentarsi alla nostra osservazione, fu colto da vivo dolore trafittivo, accompagnato da intenso bruciore in corrispondenza del V e VI spazio intercostale d. Quasi contemporaneamente notò la comparsa di gruppetti di vescicole a contenuto sieroso. Fatta diagnosi di Herpes zoster ebbe praticata l'alcoolizzazione del V e VI nervo intercostale con completa scomparsa della sintomatologia dolorifica e scomparsa della manifestazione cutanea nei quattro giorni successivi.

CASO VI. — C. C., di anni 46, da Palermo.

Circa tre mesi prima di presentarsi alla nostra osservazione, fu colto da dolore ed intenso bruciore che l'irradiava all'addome, in corrispondenza del decimo ed undicesimo spazio intercostale di destra. Successivamente notò pure la comparsa di vescicole a contenuto sieroso. Ebbe praticate tre

iniezioni di gluconato di calcio ed indi una serie di otto iniezioni di autosangue. Riferisce di avere ricavato parziale beneficio di tale cura, essendosi appena attenuato il dolore. Persistendo l'affezione, venuta alla nostra osservazione, ebbe praticata l'alcoolizzazione del X ed XI nervo con immediato beneficio della sintomatologia nevralgica e regressione della manifestazione cutanea nei quattro giorni successivi dal trattamento.

Da quanto ho precedentemente esposto, appare evidente come i risultati ottenuti nei casi di zoster da me trattati, con l'alcoolizzazione dei nervi, si possono considerare brillanti. Già, dopo pochi minuti dall'alcoolizzazione del nervo, il dolore, che rappresenta la maggiore sofferenza, da togliere talvolta ogni quiete e d'impedire il sonno agli ammalati, è totalmente scomparso, determinando nei pazienti la sensazione immediata della guarigione della loro benigna infermità. Anche la manifestazione cutanea della dermatosi, risente la benefica azione dell'alcoolizzazione, in quanto in pochissimi giorni, tre o quattro, rapidamente le vescicole si affiosciano, si avvizziscono, trasformandosi in croste siero-ematiche, le quali non tardano a staccarsi, per una rapida riparazione della cute sottostante.

Nessun dubbio quindi, che la rapida azione depone in maniera suadente per l'uso di tale metodo terapeutico, maggiormente se, come si può constatare dal caso I, II, VI, gli altri metodi usati possono essere insufficienti per la guarigione.

La semplicità di tecnica, l'innocuità del mezzo terapeutico, la rapidità di azione, sono i fattori di una larga applicazione del metodo stesso.

RIASSUNTO.

L'A. dopo una rapida disamina sui vari mezzi terapeutici usati nella cura dell'Herpes zoster, descrive un semplice mezzo di cura dello zoster intercostale consistente nell'alcoolizzazione dei nervi, che sperimentato in sei casi, si è dimostrato efficacissimo, tanto per la nevralgia, quanto per la manifestazione cutanea della dermatosi che l'accompagna.

BIBLIOGRAFIA.

CAMESCASSE. Soc. de Thérapeutique, 1932, n. 1.
FREUDE. Rif. Medica, 1931, n. 51.
ID. Rivista Sanitaria Siciliana, n. 1.
LEOTTA. Lotta contro la tubercolosi, 1933, n. 2.
MADERNA. Riforma Medica, 1925, n. 49.
MILIAN. Paris Médical, 1929.
PELUSO. Riv. di Terapia Pratica, 1932.
RUGGLES. Archiv. of Dermat. and Syphilology, 1931,
SCUDERO. Rivista Sanitaria Siciliana, n. 22, 1931.
ID. Policlinico, Sez. Pratica, 1928.
SCIUTI. Ospedale Psichiatrico, n. 3, 1933.
SÉZARY. Presse Médicale, n. 43, 1935.
TARCHIANI. Riforma Medica, 1929.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA.
OSPEDALE S. SPIRITO - REPARTO CHIRURGICO.
Primario: Prof. GUIDO EGIDI.

Gli aspetti dell'emopoiesi in un caso di gastrectomia totale per ulcus.

Dott. O. MAZZARELLA, assistente.

La vecchia ipotesi — suggerita dalla clinica e dall'anatomia patologica — che nella patogenesi dell'anemia perniciosa (a. p.) giochi un ruolo fondamentale un'alterazione della parete gastrica, ha avuto, piuttosto recentemente, valido appoggio dagli studi del Castle.

Fin dal 1870 Samuel Fenwick attribuiva al fattore gastrico importanza patogenetica nell'a. p.; Grawitz, Martius, Hutchinson, Hurst ed altri tornarono in seguito su tale concetto che è entrato nel campo sperimentale e pratico colla dimostrazione, fatta dal Castle, di una sostanza del succo gastrico (fattore intrinseco, emopoietina), diversa dall'HCL e dalla pepsina, che, con azione di probabile natura enzimatica sulle proteine dell'alimentazione carnea (fattore estrinseco), genera un principio attivo contro l'a. p. In seguito, Isaac, Sturgis, ecc. trovarono curative la somministrazione per os di stomaco disseccato di maiale (ventricolina) e Morris, Schiff, Burger e Shermann dal succo gastrigo normale prepararono l'« addisina » attiva per la sola via parenterale.

In tale ordine d'idee, indagini sono state svolte per studiare gli effetti sull'emopoiesi della resezione gastrica praticata in via sperimentale o per necessità d'ordine chirurgico: i risultati si possono riassumere brevemente.

Le ricerche eseguite da Ivy e collaboratori, Gutzeit, Aron e Bauer, Mullenix su cani gastrectomizzati hanno rilevato un insorgere, piuttosto frequente, di anemia ipocromica di varia gravità oppure un diminuito potere di riparare le perdite di sangue provocate; Mann nelle stesse condizioni sperimentali ha però avuto risultati del tutto negativi. Maison e collaboratori e Bence, sperimentando rispettivamente su ratti bianchi e maiali gastrectomizzati, hanno riscontrato un'anemia ipocromica microcitaria. Nell'uomo, la resezione gastrica parziale secondo Fasiani e Chiatellino porterebbe con una certa frequenza — specie nelle donne e nella operazione di Reichel Polya — ad uno stato di anemia ipocromica microcitaria, raffrontabile, anche clinicamente, alle anemie ipocromiche achiliche. Tuttavia, sono stati descritti rari casi di anemie a tipo pernicioso insorte dopo resezione gastriche parziali e persino dopo gastroenterostomie.

La gastrectomia totale, alla stregua dei nuovi concetti patogenetici, dovrebbe realizzare un vero *experimentum crucis*. Dei 155 casi di asportazione veramente totale dello stomaco, raccolti in tutta la letteratura da Fasiani a Chiatellino solo 29 sopravvissero oltre i due anni, di questi 12 presentarono a. a tipo p. Tali fatti, pur essendo suggestivi per una patogenesi per così dire gastrica dell'a. p., non sono tuttavia univoci; d'altronde, essi si basano su un limitato numero di gastrectomie totali, pertanto mi è parso non privo d'interesse studiare lo stato dell'emopoiesi in una donna a cui fu praticata dal prof. Egidi una gastrectomia totale per ulcera semplice.

C. P. 51 a. lavandaia, entra in ospedale l'11 dicembre 1933. Nulla nel gentilizio. Mestruata a 18 a. Sposata poco dopo con uomo sano da cui ebbe 10 gravidanze: 4 abortive: un figlio morto in tenera età per malattia imprecisabile. Menopausa a 48 a. Infezione malarica a 18 a. durata un anno e mezzo.

Da 8-9 anni soffre poco dopo i pasti di dolori epigastrici irradiantisi all'ipocondrio d. e al dorso, con pirosi e acidità; mai melena nè ematemesi. In tale periodo è dimagrita notevolmente. Da qualche anno, tosse con scarso espettorato. Non febbre. Alvo e minzione regolari.

E. O. Condizioni generali discrete, sensorio vigile, decubito preferito destro, stato di nutrizione e sanguificazione cattivo, cute e mucose visibili pallide; scarso pannicolo adiposo; micropoliadenia periferica; normale l'apparecchio locomotore; polso ritmico, di frequenza e tensione medie; respiro regolare; temperatura normale. Lingua detersa, umida; faringe e tonsille lievemente iperemiche. Torace: scarno; murmure indebolito agli apici. App. circolatorio: nulla di notevole. Addome trattabile, discretamente dolente all'epigastrio e agli ipocondri; non si palpano gli organi ipocondriaci. Nulla a carico dei sistemi nervoso e urogenitale.

Durante la degenza, qualche lieve rialzo termico serotino nei giorni precedenti l'atto operativo. Gli esami collaterali dettero i seguenti risultati: espettorato ripetutamente Koch negativo; R. W. negativa; nulla di anormale nelle urine; radiografia del torace: aumento diffuso della trama polmonare; l'esame radiologico dello stomaco mostra una nicchia da ulcus sulla piccola curvatura. Operazione (prof. Egidi) 21-XII-1933: anestesia locale novocainica; taglio mediano sopraombelicale; gastrectomia totale; anastomosi termino-laterale esofago-digiunale; splenectomia per ragioni tecniche. Reperto: grossa ulcera callosa della piccola curvatura.

Decorso post-operatorio ottimo. La p. viene trasferita in un reparto di medicina dove gli esami dello sputo furono ancora negativi per il b. di Koch. Viene dimessa il 18-III-1934. Rientra il 27-VI-1934 raccontando che da qualche giorno soffre di dolori all'ipocondrio d. con irradiazione alla spalla dello stesso lato; obbiettivamente: dolente il punto cistico; fegato nei limiti; temperatura subfebbrile; espettorato Koch negativo. Scomparsi i disturbi viene dimessa il 18-VII-1934. A distanza di circa un anno e mezzo rivedo il p.: lo stato di salute è soddisfacente; la lingua e il sistema nervoso non presentano nulla di anormale; gli esami ematologici praticati a più riprese danno i seguenti risultati:

Tabella I.

Data	G. R. (in milioni)	Hb. (Sahli)	V. G	G. B. (in migliaia)	Form. leucocitaria N.	B.	E.	L.	M.	Piastrine (in migliaia) (met. di Fonio)	Osservazioni
30-V-35	4,475	94	1	16,3	60	—	2	27	11		
2-VII-35	3,92	57,7	0,73	14,7	66	1	3	27	3	348	
22-VII-35	3,5	68,2	0,97	11,6	59	—	3	36	2	399	Dopo 6 fiale di Splenocrinolo.
6-VIII-35	3,86 s. venoso	72,3 s. venoso	0,94	9,55 s venoso	45	2	3	45	5	276	Dopo altre 6 fiale di Splenocrinolo.
25-X-35	3,61	61,5	0,86	10,5	42	1	11	37	9	276	Dopo Taurocolo.
8-XI-35	3,59	65,2	0,92	16	47	1	6	43	3	485	Dopo 3 fiale di Istofano.
26-XI-35	3,843	63,4	0,83	16,2	28	—	2	60	10	422	Dopo altre 3 fiale di Istofano.

Esami morfologici. — Sangue: serie eritrocitica perfettamente normale; scarso numero di elementi poco immaturi della serie granulocitica.

Midollo osseo (1) (24-XI-1935): gran quantità di emazie normali; scarso numero di granulociti neutrofili; rari linfociti. Molte emazie policromatofile; molti nuclei isolati della serie rossa; vari eritroblasti e proeritroblasti; vari emocitoblasti ed emoistioblasti; non megaloblasti nè megalociti; qualche cellula a tipo endoteliale a nucleo spongioide senza nucleoli a protoplasma molto abbondante.

Reticolociti (8-XI-1935): 0,7 %.

---

(1) Prelevato dall'epifisi sup. tibiale col trapanino dell'Egidi.

Resistenza globulare (sec. Viola) R_3 0,46; R_2 0,42; R_1 0,38.

Reazione di H. v. d. Bergh: diretta pronta negativa, diretta ritardata negativa, indiretta debolissima.

Colesterinemia (a digiuno) 1,30 %.

Tempi di emorragia e di coagulazione lievemente diminuiti. Segno del laccio negativo.

***

Nell'interpretazione dei suesposti dati è da tener conto dell'assenza della milza. La splenectomia, infatti, induce leucocitosi (Soler) che non sarebbe permanente (Peracchia): per il Soler la leucocitosi viene riferita alla mancanza dell'organo che fisiologicamente rappresenterebbe un deposito di globuli bianchi; il Viale pensa invece ad una funzione inibitoria della milza sulla leucogenesi trovando che gli estratti alcoolici di tale organo inducono una certa leucopenia. Dalla tab. n. 1 risulta una discreta leucocitosi che si riduce con la somministrazione di splenocrinolo: questi dati si accordano con i concetti suddetti ed è legittimo interpretarli in funzione della splenectomia.

Anche il modico aumento delle piastrine si può riportare all'assenza della funzione piastrinolitica che, per numerosi ricercatori, sarebbe esercitata normalmente dalla milza: ancora alla splenectomia son da riportare l'eosinofilia che a volte si è manifestata e forse la bassa colesterinemia. Ma quel che più interessa è che non esiste nel caso nostro nessun segno di a. a tipo pernicioso nè clinico nè ematologico. Pur non valorizzando le modificazioni che a carico dei leucociti e delle piastrine si sono avute in senso inverso a quello che ordinariamente si riscontra nell'a. p., in quanto giustificabili — come si è detto — dalla splenectomia, la diagnosi di tale a. è inammissibile sia per il V. G. inferiore all'unità — per quanto sono stati descritti dei casi con tale reperto come ricordano Rowlands e Simpson — sia sopratutto per il quadro morfologico del sangue: anche ammettendo che nell'a. p. postoperatoria vera le forme immature della serie eritrocitica si riscontrino in misura ridotta e i megaloblasti raramente, i megalociti non dovrebbero mai mancare mentre nel midollo osseo dovrebbero essere manifesti i segni del ritorno all'attività embrionale preepatica dell'emopoiesi. Per assicurarci contro possibili interferenze per effetto della splenectomia nei confronti della serie eritrocitica, si sono somministrati estratti splenici che sono stati inattivi.

Nè si può parlare di a. achilica a tipo microcitario bensì di un semplice e modico grado di a. ipocromica secondaria.

E' questo perciò un caso di gastrectomia totale in cui a distanza di due anni non si è prodotta nessuna alterazione perniciosa della emopoiesi.

Dai casi di a. p. postoperatoria riportati, il periodo di latenza, il tempo cioè tra l'atto operatorio e l'insorgenza dell'a., varia entro limiti ampi: così nei casi di Ungley e di Dennig — in cui trattavasi sicuramente di a. p. insorta dopo gastrectomia totale — fu rispettivamente di 5 mesi e di 9 anni. E' presumibile che spesso tali periodi di latenza vengano erroneamente valutati più lunghi di quello che realmente non siano, perchè le indagini si istituiscono con ritardo rispetto all'inizio della malattia. D'altro canto, l'esame del midollo osseo, praticato sistematicamente, dovrebbe dare i primi ragguagli sulla degenerazione dell'emopoiesi con un reperto che forse precede di molto la manifestazione clinica ed ematologica dell'a. Siffatte considerazioni ci rafforzano nell'impressione che il presente caso non evolverà verso una m. di Biermer.

Come è stato già detto, dei 29 casi sopravvissuti oltre i due anni solo 12 avrebbero presentato a. a tipo pernicioso, cioè quasi il 45 %. Dall'esame delle descrizioni fatte dagli AA., ci siamo convinti che tale proporzione è esagerata poichè si è posta diagnosi di tale malattia anche in assenza di megaloblastosi. Nei 5 casi di presunta a. p. in seguito a gastrectomia totale riportati da Rowlands e Simpson solo in uno — caso di Dennig — vi era megaloblastosi, reperto che dalla Scuola del Ferrata è giudicato indispensabile per la diagnosi di m. di Biermer. L'Esposito così si esprime: « non esiste a. p. senza megaloblastosi: conviene insistere in quest'affermazione, perchè non è lieve la tendenza a scorgere a. p. anche in quadri morbosi dove di alterazione a tipo megaloblastico del sistema emopoietico non si osserva la minima traccia ».

Questo rilievo riduce quindi il valore dei dati forniti dalla chirurgia a sostegno dell'origine gastrica dell'a. p.: essi tuttavia sono tali da non trascurarsi ed è legittimo, allo stato presente delle nostre conoscenze, riassumere nelle seguenti proposizioni i termini della questione: nell'uomo, l'esperienza tratta dalla chirurgia dello stomaco conferma l'importanza di tale organo nei confronti dell'emopoiesi, però, in accordo alle indagini sperimentali condotte sugli animali, nel complesso patogenetico dell'a. p., la soppressione dello stomaco o delle sue funzioni è fattore importante ma non indispensabile.

Se pertanto alla gastrectomia totale a volte segue e a volte no uno stato pernicioso dell'emopoiesi, è presumibile che una componente costituzionale possa condizionare a livello del midollo osseo l'insorgere dell'a. p.

***

La Scuola di Ciaccio attribuisce grande valore alla secrezione gastrica — specie all'HCl — nel meccanismo dei vari fenomeni che normalmente si svolgono in dipendenza della digestione, come la leucocitosi, l'iperglicemia, la idremia, ecc.; seconda la detta Scuola l'emoclasia digestiva (leucopenia, inversione della form. leuc., caduta della pressione, ecc.) messe in evidenza da Widal, Abrami e Jancovesco, invece che ad una insufficenza epatica come vogliono i suddetti AA., sarebbe in rapporto ad una insufficenza gastrica. Anche l'eritropenia digestiva oltre che all'ingrossamento transitorio della milza, durante la digestione, sarebbe l'effetto di una eritrolisi digestiva sempre in rapporto con l'HCl secreto dallo stomaco.

In questo caso, l'assenza dello stomaco e della milza non fa precisare quanta parte spetti all'uno più che all'altro organo nel meccanismo dell'eritropenia digestiva; ma — in accordo alla Scuola di Ciaccio — non impedisce di riportare alla sola gastrectomia la mancata leucoreazione digestiva, poichè è noto dagli studi del Viale come la milza in tale fenomeno sia fuori causa.

TABELLA II.

Data	G. R. (milioni)	Hb. (Sahli)	V. G.	G. B.	Form. leucocitaria N.	B.	E.	L.	M.	Piastrine migliaia (secondo Fonio)	Glicemia gr. ‰	Pressione art. Mx.	Mn.	Osservazioni
7-VIII-35	4,61	73,8	0,8	11	46	1	8	34	11		0,95	120	60	A digiuno
	3,94	63,7	0,8	10,2	72	2	1	20	5		1,30	115	60	Dopo 40' dall'ingestione di 150 cc. di latte zuccherato.
8-XI-35	3,59	65,2	0,92	16	47	1	6	43	3	485		140	75	A digiuno
	3,925	68	0,90	16	73	—	2	20	5	416		120	70	Dopo 30'-40' dall'ingestione di 150 cc. di latte zuccherato.
26-XI-35	3,84	63.4	0,83	16,2	28	—	2	60	10	422	0,82	130	80	A digiuno
	3,88	65	0,85	14	73	—	1	14	2	490	1,24	125	70	Dopo 25'-45' dall'ingestione di 150 cc. di latte zuccherato
18-XII-35	3,62	66	0,91	14,4	45	—	2	43	10	492	0,50	120	80	A digiuno
	3,89	68	0,90	11,2	66		1	30	3	480	0,90	115	70	Dopo 25'-45' dall'ingestione di 150 cc. di latte zuccherato.

In quest'ordine d'idee il caso presente offriva condizioni favorevoli per ricerche di conferma: i risultati sono riassunti nella tab n. 2.

Da cui si rilevano:

I. Segni di emoclasia digestiva: leucopenia relativa, inversione della form. leuc., lieve caduta della pressione;

II. Assenza di eritropenia digestiva;

III. Comportamento regolare della glicemia.

RIASSUNTO.

Dallo studio ematologico di un caso di gastrectomia totale non risulta, a distanza di due anni, nessuna modificazione perniciosa dell'emopoiesi. Viene in gran parte riconfermata l'importanza dello stomaco nel meccanismo dei fenomeni che normalmente si svolgono in dipendenza della digestione.

BIBLIOGRAFIA.

DENNIG. Münch. Med. Woch., 633, 1929.

IVY, MORGAN e FARRELL. *Gli effetti della gastrectomia totale, ecc.* Surgery, Gyn. and Obst., novembre 1931.

R. GUTZEIT. *Anemie gravi consecutive alla gastrectomia totale.* Klin. Woch., n. 9, 27 febbraio 1932.

R. A. ROWLANDS e S. LEVY SIMPSON. *Anemia addisoniana in seguito a gastrectomia e gastrodigiunostomia.* The Lancet, pag. 1202, 3 dicembre 1932.

VAUGHAN. *Anemie consecutive ad operazioni sullo stomaco.* The Lancet, 10 dicembre 1932.

C. UNGLEY. *Anemia perniciosa consecutiva a gastrectomia e splenectomia.* The Lancet, 31 dicembre 1932.

G. M. FASIANI e A. CHIATELLINO. *Sindromi anemiche negli operati di stomaco.* Presse Méd., n. 103, 26 dicembre 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE MAGGIORE DI S. GIOVANNI BATTISTA E DELLA CITTÀ DI TORINO

SEZIONE CHIRURGICA

diretta dal Prof. A. BERTOCCHI.

Sul prolasso dell'ansa efferente di ano iliaco definitivo sinistro

per il dott. G. M. ANTONIOLI, assist. e docente.

La colostomia iliaca definitiva costituisce una operazione tipica e bene regolata nei suoi tempi e nelle sue modalità tecniche. Pur tuttavia non sono rare le complicanze di questo intervento, sia immediate, sia tardive: esse furono descritte e raccolte in una Thèse de Paris del 1902 da Géraud. Da allora la letteratura ha illustrato, di tempo in tempo, le più diverse forme di queste complicanze.

Tra le complicanze immediate della colostomia iliaca si possono riscontrare lesioni riferibili alla parete addominale (ascessi, flemmoni della parete), al peritoneo (peritoniti circoscritte, fibrose o adesive) e all'ansa intestinale (stenosi, prolasso).

Tra le complicanze tardive si hanno soprattutto le stenosi di uno o dei due orifici della stomìa e il prolasso di una o delle due anse abboccate.

Il prolasso di colon dal capo afferente dell'ano iliaco sinistro costituisce una eventualità non rara. Esso può essere mucoso quando interessa la eversione della sola mucosa intestinale, totale quando interessa tutte le tuniche dell'intestino, e invaginato.

Il meccanismo patogenetico è stato variamente interpretato dai diversi Autori e attribuito, dagli uni alla abnorme ampiezza dell'orificio della stomìa, lasciata dal chirurgo, da altri alla debolezza delle pareti addominali, da altri alla abnorme lunghezza e mobilità dell'ansa colica abboccata, sia per anormale lunghezza del meso (dolicocolon), sia per rilassamento dei suoi mezzi di fissazione, da altri ancora alla esagerata peristalsi dell'ansa.

Anche la stitichezza ostinata e il ristagno di feci indurite, determinando una accentuazione della peristalsi, può favorire se non determinare il prolasso, analogamente a quanto avviene per la fuoriuscita dell'intestino crasso dall'ano naturale, la quale può raggiungere un grado tale da giustificare a volte gravi interventi come colectomie parziali. È probabile che non tutti i casi riconoscano la stessa origine, potendosi associare le diverse cause, e che altri fattori possano entrare in giuoco, quali la presenza di uno sperone più o meno lungo di mesocolon tra le due anse abboccate alla cute e la eventuale ipertrofia secondaria dello sperone stesso: ciò pur ammettendo che il dolicocolon o il rilasciamento acquisito dei mezzi di fissazione dell'ansa, siano tra le cause principali del prolasso dall'ano iliaco.

Rarissima è invece, la osservazione di fuoruscita dal capo efferente dell'ano iliaco sinistro, di un ampio segmento di colon distale.

Nella letteratura da me consultata, ho trovato descritte altre complicazioni (Kaufmann, Goinard), ma nessun caso che avesse le caratteristiche di quello che sto per illustrare.

Kaufmann riferisce alla Société Anatomique de Paris (4 dicembre 1930) su due osservazioni personali di prolasso del cieco a traverso un ano cecale, con successivo strozzamento dell'ansa prolassata e ne discute la patogenesi ricollegandola ad altre cinque osservazioni raccolte nella letteratura.

Egli segnala un fatto riscontrato in tre dei casi suddetti: tra l'ano iliaco destro e la stenosi del colon sinistro, si era sviluppato un voluminoso megacolon acquisito retrostenotico, che determinava probabilmente una pressione retrograda verso il cieco ed aveva favorito, se non determinato, l'apparizione del prolasso.

M. E. Goinard riferisce (*Société de Chirurgie d'Alger*, giugno 1929), l'osservazione di una donna di 53 anni alla quale egli aveva praticato un ano iliaco sinistro, in vista di una successiva amputazione del retto per cancro. L'ano non funzionò: degli accidenti di occlusione acuta necessitarono una laparotomia d'urgenza, che mostrò una distensione enorme del sigma e una occlusione da compressione del capo afferente dell'ano per parte dell'ansa sigmoide distesa.

Nel prolasso retrogrado del colon distale dal capo efferente di ano iliaco definitivo sinistro debbono intervenire, a mio avviso, oltre che condizioni anatomiche di abnorme lunghezza e mobilità dell'ansa (dolicocolon pelvico), anche condizioni determinanti una antiperistalsi intensa dell'ansa stessa.

A questo proposito è opportuno ricordare il contributo recente dato dalla radiologia allo studio dei movimenti del colon.

Indagini radiologiche fatte da Cannon, da Case, da Lignac (*Presse Médicale*, 13 maggio 1918, e 30 gennaio 1919) hanno mostrato con quale facilità il contenuto del tubo digestivo refluisca nel senso ano-bocca, e come questa peristalsi retrograda intervenga frequentemente nel decorso di lesioni patologiche diverse.

Del resto, prima ancora che la osservazione radiologica avesse permesso di rilevare sul vivente i movimenti antiperistaltici del colon, già alcuni fatti clinici quali la espulsione da una fistola cecale di sostanze introdotte nella seconda metà del colon, dimostravano la esistenza di onde antiperistaltiche.

Radiologicamente i suddetti AA. poterono osservare, in casi di malati operati di esclusione parziale del colon destro mediante ileotrasversostomia o ileo-sigmoidostomia, il reflusso del contenuto intestinale verso l'ascendente e il cieco e il suo accumulo in esso. Le onde antiperistaltiche si originano da un punto che può stabilirsi nella sede più diversa, e che forma una specie di anello di costrizione tonica, ben individuabile radiologicamente, da cui le onde si dirigono ritmicamente in senso prossimale.

Contrariamente alle osservazioni di Cannon, che aveva riscontrato movimenti antiperistaltici evidenti solamente nel colon destro, Case li osservò anche nel colon sinistro, e particolarmente evidenti negli operati di ileo-sigmoidostomia, nei quali il riempimento retrogrado del tratto di colon escluso si faceva per mezzo di onde successive, che spingevano il contenuto fino all'angolo splenico, poi fino al trasverso e poi fino al ceco.

Sopratutto interessante mi pare però il fatto che i movimenti antiperistaltici più esagerati e più intensi furono riscontrati nei casi di stenosi colica bassa; e ciò con tale costanza ed intensità di reperto che, secondo il Case, la constatazione di movimenti retrogradi esagerati del colon sinistro sarebbe indice di una grave stenosi sigmoidea o rettale, sia essa di natura infiammatoria o neoplastica.

Il caso occorso alla nostra osservazione e che descrivo per gentile concessione del mio Primario Prof. Bertocchi, mi pare assai interessante, oltre che per la sua rarità clinica, anche perchè si riallaccia nella sua patogenesi a queste considerazioni di fisiopatologia dell'intestino crasso.

Si trattava di un giovane uomo, d'anni 30, falegname, coniugato. Anamnesi famigliare e personale remota negativa. Ileotifo a 18 anni. Sposò a 23 anni, donna sana. Nega infezioni veneree.

I primi disturbi che portarono all'attuale infermità, risalgono a 12 anni or sono, epoca in cui fu sottoposto ad atto operativo in Francia, per fistole rettali, che, a detta del malato, sarebbero recidivate dopo alcuni mesi, e per cui sarebbe stato rioperato, ottenendo guarigione duratura.

Circa 3 anni dopo, egli asserisce di essere stato diagnosticato affetto da stenosi rettale, progredendo la quale, malgrado le numerose cure a cui fu sottoposto, si rese necessaria la derivazione totale delle feci a traverso un ano iliaco definitivo sinistro, che venne praticato, sempre in Francia, nel novembre 1924.

Il nuovo ano funzionò con regolarità, essendo relativamente continente, e con emissione di una scarica sola giornaliera di feci dure e ben formate.

Senonchè dopo 4 anni di relativo benessere, durante i quali il paziente aveva potuto riprendere le sue occupazioni, egli osservò che durante il giorno si andava stabilendo un leggero prolasso di mucosa dal capo efferente dell'ano iliaco, prolasso che si riduceva spontaneamente durante la notte: e ciò senza che fosse insorta alcuna modificazione nel regolare decorso delle sue funzioni digestive e della defecazione.

Il prolasso si andò facendo gradatamente via via più accentuato sempre limitato all'ansa efferente.

Nel 1930, fu sottoposto in Italia, ad un tentativo di asportazione per via sacrale, del tratto di retto malato, nella speranza di poter mobilizzare ed abboccare ad un ano sacrale la parte sovrastante e chiudere secondariamente l'ano iliaco: tentativo che non riuscì per la intensa massa infiammatoria di perirettite che bloccava saldamente il retto con le pareti e gli organi del bacino.

Da un anno circa, il prolasso si è fatto irriducibile ed è cresciuto ancora lentamente fino a raggiungere attualmente la lunghezza di 24 centimetri.

Per tale infermità, che peraltro non causa al paziente disturbi speciali, ad eccezione di secrezioni sieroematiche che insudiciano la biancheria in corrispondenza del cilindro intestinale evaginato, ricorre al ricovero in Sezione.

Dall'esame obbiettivo si nota trattarsi di individuo di costituzione robusta, di aspetto florido, ben nutrito. Nulla di patologico al capo e al torace. Addome pianeggiante, simmetrico, ben palpabile, indolente in tutti i quadranti.

Nel quadrante inferiore sinistro si nota la presenza di un ano iliaco definitivo, il cui capo superiore è piccolo, rotondeggiante, costituito da un cercine di mucosa che sopravanza di pochi millimetri la superficie cutanea e si continua direttamente con la cute circostante, mentre dal capo inferiore pende un voluminoso cilindro colico, che misura ad individuo coricato, la lunghezza di 24 centimetri, e il diametro di centimetri 6 nei suoi due terzi prossimali, di cm. 4 nel suo terzo distale (vedi fotografia 1ª).

La superficie del cilindro è costituita da mucosa intestinale, di colorito rosso vivo, tumida, ricoperta da un sottile strato di muco: non mostra segni di alterazioni trofiche, nè ulcerazioni: secerne una mucosità giallastra, qua e là lievemente tinta di sangue.

L'ansa prolassata si continua alla sua base direttamente colla cute, senza la presenza di solchi circolari.

Il piano muscolare della parete addominale cir-

costante è resistente, valido. La cute attorno è di aspetto normale. Il prolasso non è neppure parzialmente riducibile, per probabili aderenze infiammatorie dei due cilindri che lo costituiscono.

Alla regione anale, si vedono le cicatrici dei precedenti atti operativi. L'esplorazione rettale fa

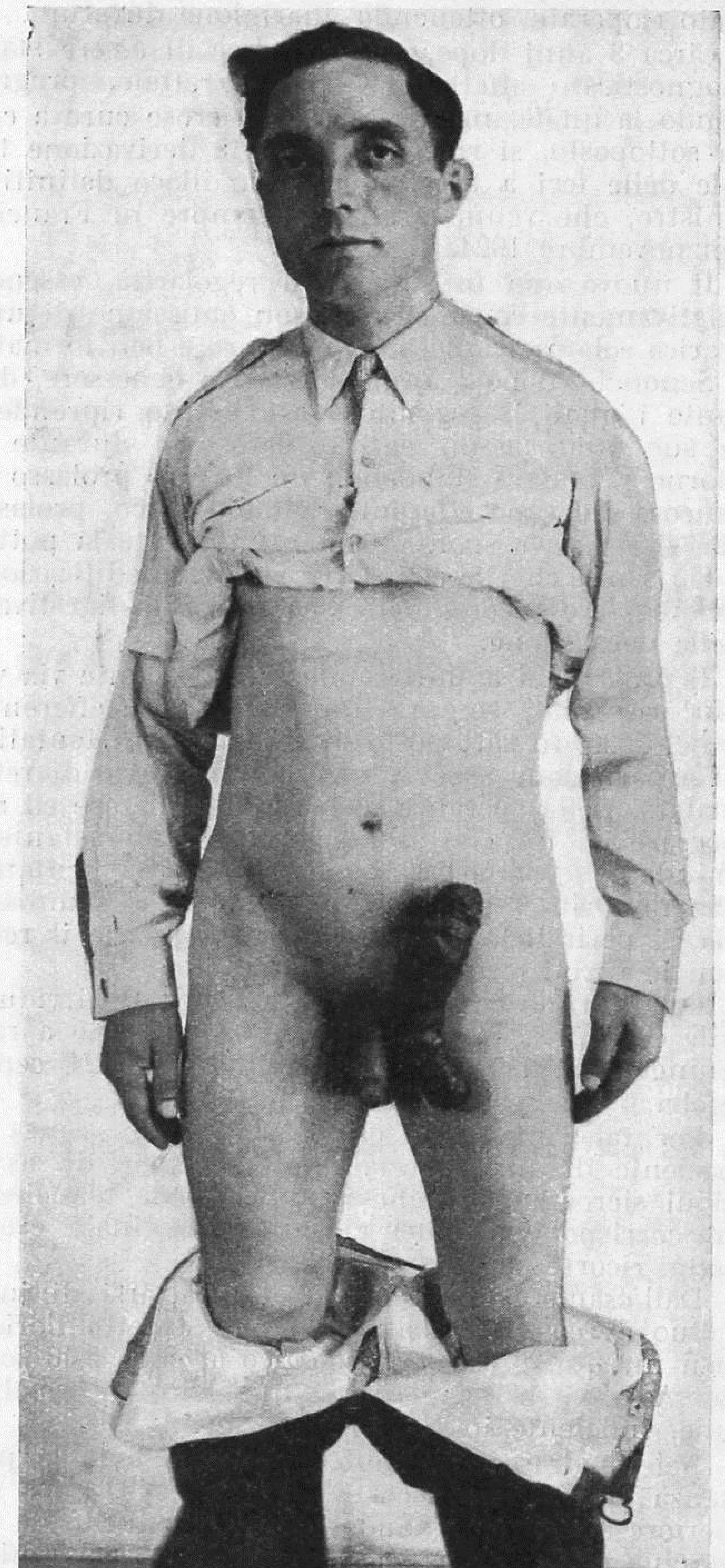


FIG. 1.

rilevare, a circa 4 cm. dall'ano, una stenosi fibrosa, di alto grado, nella quale non si riesce ad impegnare neppure la punta del dito, e di cui non si può delimitare la lunghezza, non sanguinante. Il p. asserisce che, mentre fino ad un anno fa, fuorusciva dall'apertura anale naturale una abbondante secrezione di aspetto muco-purulento, essa si è fatta via via più scarsa, e da parecchi mesi è cessata completamente: essa fuoriesce invece, dal lume posto all'estremo del cilindro prolassato.

Interessanti appaiono nella storia descritta, alcuni dati, e cioè: la procidenza dell'ansa efferente cominciò dopo 4 anni dalla formazione dell'ano iliaco, e raggiunse, nel periodo di 2 anni, la lunghezza di 24 cm., essendosi inoltre fatta da circa un anno, irriducibile; tale imponente lesione non causava alcun particolare disturbo al paziente, se si eccettua l'imbrattamento della biancheria e le inevitabili piccole emorragie dovute al soffregamento dell'ansa contro le vesti; nessuna alterazione concomitante del capo afferente che restava relativamente continente, nè alcuna variazione nella regolarità della defecazione; particolare molto importante, la stenosi rettale si era fatta in questi ultimi tempi, pressochè totale, e tutta la secrezione mucosa del sigma escluso avveniva per via retrograda, verosimilmente a traverso un progressivo accentuarsi dell'antiperistalsi.

È lecito pensare che a determinare questa tardiva fuoruscita dell'ansa sia intervenuto il progressivo aggravarsi della stenosi, che non permetteva più neppure il passaggio delle mucosità dell'ansa esclusa, e che determinò un progressivo accentuarsi dell'antiperistalsi nel colon pelvico abnormemente lungo e mobile.

Anatomia patologica. — L'anatomia patologica della lesione descritta non offre caratteri particolari.

L'intestino può prolabire a traverso un ano artificiale come a traverso l'ano normale. Le varietà di prolasso sono le stesse nei due casi: prolasso mucoso, prolasso completo, prolasso invaginato. Inoltre noi abbiamo nell'ano artificiale iliaco due segmenti di intestino addossati. La complicanza può interessare sia l'uno che l'altro segmento, o tutti e due insieme.

Il prolasso dell'ansa superiore è di gran lunga il più frequente. Assai più raro è quello dell'ansa inferiore, la quale non funzionando più, tende in genere ad atrofizzarsi, diminuendo di calibro in alcuni mesi, fino a non presentare più che un lume insignificante e qualche volta perfino completamente obliterato.

Rarissimo è il prolasso di tutte due le anse.

Qualunque sia la varietà di prolasso, la costituzione dei due cilindri non offre nulla di particolare. I due cilindri scivolano facilmente l'uno sull'altro finchè delle aderenze infiammatorie non li saldano insieme.

Il prolasso delle due anse è dovuto alla fuoruscita della parete mesenterica dell'intestino.

che forma lo sperone, spesso per una ipertrofia secondaria dello sperone stesso, e alla evaginazione consecutiva, a dito di guanto, delle due anse intestinali. L'eversione costituita prende la forma di un T con un orificio a ciascuna delle estremità della branca orizzontale, la branca verticale avendo per asse il meso.

Il tumore è rosso in generale, violaceo nel caso di disturbi circolatori, potendo presentare delle piccole ulcerazioni o delle piccole cisti ghiandolari.

È esposto a tutti gli accidenti dei prolassi intestinali (irreducibilità per costrizione e stasi venosa o per aderenze, strangolamento, ulcerazioni gangrenose, peritonite da perforazione).

Nel prolasso completo si può osservare anche l'edrocele, come in un caso del Prof. Gosset, descritto da Géraud, in cui l'ansa intestinale era contenuta in un sacco formato dall'intestino ripiegato e aveva dato luogo a fenomeni di strangolamento.

Fra le cause del prolasso vengono citate:

1) l'anormale ampiezza dell'orificio esterno della colostomia;

2) la notevole lunghezza del mesocolon (Allingham, Gangolphe, Le Dentu);

3) la debolezza della parete addominale (Bérard e Chalier);

4) la peristalsi esagerata, normale o retrograda, a seconda del segmento interessato e del tipo di prolasso.

Cura. — Quale condotta terapeutica era opportuno adottare nel caso descritto?

Si sono applicati al trattamento dei prolassi dell'ano artificiale i metodi preconizzati per la guarigione del prolasso dell'ano naturale e del retto.

Nel caso nostro, il persistere della grave stenosi rettale, inestirpabile chirurgicamente, faceva escludere, a priori, qualunque tentativo di chiusura dell'ano sinistro, sia col metodo extraperitoneale in due tempi, sia con uno dei molti metodi intraperitoneali. La forma e il grado del prolasso facevano pure scartare non solo le misure più semplici adatte solo per i prolassi di mucosa, e analoghe a quanto si pratica per i prolassi rettali (cauterizzazione con punte di fuoco o con sostanze chimiche, cerchiaggio metallico alla Thiersch), ma anche gli interventi più complessi, quali la escissione ovalariforme di lembi di mucosa secondo Duret, o la resezione totale della mucosa secondo Delorme.

D'altro canto, la riduzione dell'ansa e la sua contenzione (colopessia) appariva, oltre che tecnicamente molto difficile per le aderenze che fissavano i due cilindri costituenti il prolasso, anche un intervento troppo grave per la relativa benignità della lesione, e tale inoltre da non mettere al riparo da eventuali recidive.

Infatti, tutti i numerosi metodi conservativi endoaddominali di fissazione parietale del colon nei prolassi, quali la colopessia alla Ludloff o la colopexotomia alla Jeannel, a traverso tutte le numerose varianti di tecnica, hanno dato frequenti recidive: e ciò perchè le aderenze provocate operatoriamente nell'ansa intestinale possono, dopo un certo tempo, rilasciarsi ed allungarsi.

I metodi di exeresi sono stati difesi da Dupuytren, che distruggeva il prolasso con il suo enterotomo, da Blandin che legava l'intestino attorno ad una cannula rigida destinata ad assicurare l'evacuazione intestinale durante il tempo necessario alla mortificazione della sua parete.

Attualmente si preferisce la resezione col bistouri, con emostasi preventiva mediante pinzamento, come nel processo di Ségond per il prolasso del retto, o senza emostasi preventiva, legando i vasi man mano, secondo la tecnica di Mikulicz.

Tale resezione totale del prolasso, analogamente a quanto Mikulicz, Nélaton, Nicoladoni, Billhroth, e più recentemente Delbet fecero per i voluminosi prolassi del retto, fu quella da noi prescelta per la sua relativa semplicità e benignità.

È bensì vero che tale intervento, nei casi di prolasso rettale, diede agli AA. suddetti delle percentuali di guarigione non molto lusinghiere (10-12 % di mortalità, 14 % di postumi stenosanti, e 6 % di recidive).

Ma occorre notare che altri fattori entrano nella patogenesi del prolasso rettale, ad impedire le recidive del quale non basta la semplice asportazione del tratto prolassato, ma è molto importante provocare la riduzione o addirittura la obliterazione dello sfondato del Douglas.

L'operazione fu così condotta: (Prof. Bertocchi 28 giugno 1932) Anestesia peridurale lateralizzata, mediante iniezione di 40 cmc. di soluzione cloroformizzata di novocaina allo 0,6 %. L'anestesia agisce in modo perfetto.

Con due robuste pinze entorostate, si chiude il segmento colico prolassato, alla sua base. All'altezza del piano cutaneo, si incide a strati il cilindro esterno che si è trascinato con sè lo sperone anale in modo che coll'incisione si entra nella cavità addominale libera. Tamponamento dell'apertura e sezione del cilindro interno.

Tra i due cilindri esistono lasse aderenze sierose in corrispondenza della emicirconferenza anteriore, mentre nella emicirconferenza posteriore si trova il meso che viene sezionato previa emostasi.

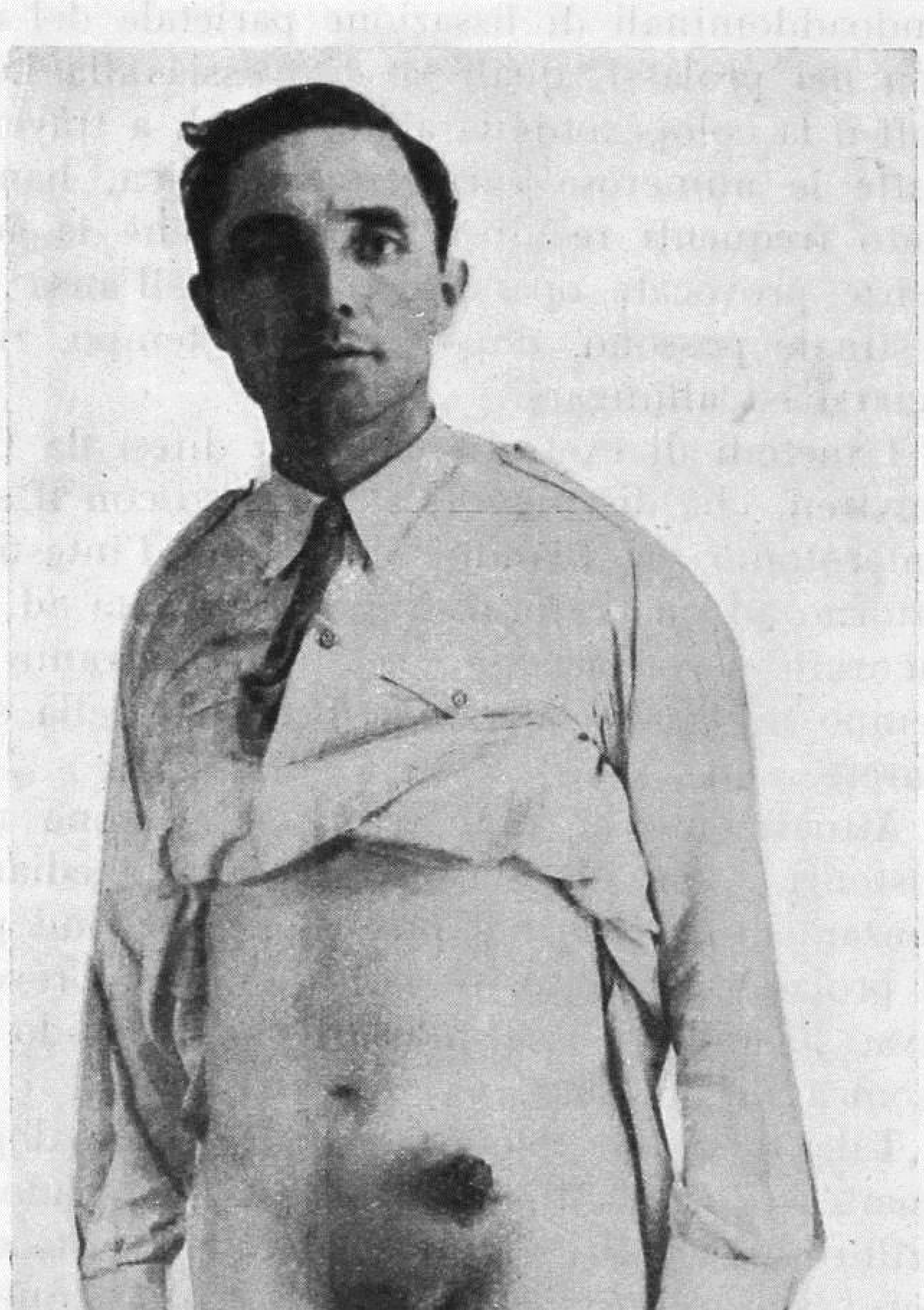


FIG. 2.

Rifacimento dello sperone tra i due monconi afferente ed efferente e sutura di quest'ultimo alla cute.

Decorso postoperatorio regolare.

La guarigione avvenne in modo perfetto, come si rileva dalla fotografia seconda, e permane tuttora.

CONCLUSIONI.

Il caso descritto si presenta interessante per i quesiti che si riallacciano al suo meccanismo patogenetico, oltre che per la sua rarità clinica.

Per quanto riguarda la patogenesi, l'osservazione dimostra come, in un'ansa colica esclusa e pressochè completamente obliterata al suo estremo distale, i movimenti antiperistaltici possano accentuarsi al punto da determinare, quando la lunghezza e la mobilità dell'ansa lo permetta, la sua evaginazione progressiva dal capo prossimale.

L'osservazione conferma, per ciò, in modo molto dimostrativo, quanto alcuni AA. avevano radiologicamente descritto nelle stenosi basse del colon.

A facilitare e ad accentuare il prolasso dell'ansa possono contribuire anche la debolezza della parete addominale e l'anormale ampiezza dell'orificio esterno della colostomia.

Il prolasso voluminoso dell'ansa efferente di ano iliaco definitivo, per quanto costituisca una complicanza per se stessa non grave, è esposto a tutti gli accidenti dei prolassi intestinali (irriducibilità per costrizione e stasi venosa o per aderenze tra i due cilindri intestinali, strangolamento, piccole emorragie traumatiche, ulcerazioni gangrenose, peritonite da perforazione).

Nei casi come quello da me descritto, in cui la grave lesione rettale non permetteva un tentativo di chiusura secondaria dell'ano iliaco, la terapia chirurgica non poteva consistere che nella riduzione e fissazione dell'ansa prolabita o nella resezione di tutto il tratto evaginato.

Mentre il primo tentativo appariva ingiustificato per l'irriducibilità dell'ansa, oltrechè per il fatto che costituiva un intervento di maggiore gravità e tale da non mettere al riparo da eventuali recidive, la resezione di tutto il tratto evaginato permise, con un intervento di più lieve entità, di ottenere una guarigione perfetta e duratura della noiosa complicanza.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un interessante caso di prolasso voluminoso di colon distale dal capo efferente di ano iliaco definitivo sinistro e ne discute il meccanismo patogenetico e la condotta terapeutica.

Torino, gennaio 1935.

SUNTI E RASSEGNE.

IPERTENSIONE.

Il colesterolo contenuto nel sangue totale nei pazienti con ipertensione arteriosa.

(A. H. ELLIOT e F. K. NUZUM. *Archives of Internal Medicine*, gennaio 1936).

Le esperienze degli AA. sono state fatte su due gruppi di pazienti. Il primo comprendeva 53 pazienti nei quali la pressione arteriosa superava i 150 mm. di mercurio; in essi era rigorosamente esclusa la presenza di malattie renali infiammatorie.

Il secondo gruppo era costituito da 45 pazienti da servire di controllo. Il dosaggio del colesterolo nel sangue era fatto con il metodo di Bloor, Pelkan e Allen: per esso il contenuto normale è intorno a 200 mg. per cento centimetri cubici di sangue, con oscillazioni tra 100 e 230 mg.

I 43 pazienti con ipertensione dettero un tasso medio di colesterolo nel sangue totale di 167,5 ± 3,0 mg. per cento centimetri cubici. Il valore medio nel gruppo di controllo fu 177,3 ± 4,6 mg. per cento cc. Nessun paziente del primo gruppo aveva un contenuto in colesterolo eccedente i 230 mg. Nel gruppo dei controlli risultò un valore solo di 230 mg. ed uno di 282 mg. Su tredici pazienti con ipertensione arteriosa e con un tasso di colesterolo superiore a 180 mg., solamente uno era con soprappeso, mentre il rimanente erano di peso normale e con sottopeso.

In 25 pazienti ipertesi fu pure determinato il tasso del calcio nel siero con il metodo di Kramer Tisdall modificato da Clark-Collip.

I valori riscontrati non avevano nessun rapporto con l'entità di quelli del colesterolo ed erano tutti contenuti entro i limiti normali.

Tredici dei 53 pazienti con ipertensione presentavano piccoli segni di lesioni arteriose o non ne presentavano affatto. Il tasso medio del colesterolo di questo gruppo risultò 169,7 ± 5,6 mg. per cento cc., con un minimo di 144 ed un massimo di 222 mg. In diciotto pazienti con lesioni arteriosclerotiche il contenuto medio in colesterolo risultò 164,0 ± 4,8 mg. In quaranta pazienti con ipertensione, gli AA. determinarono il metabolismo basale. In un grande numero di essi la cifra era più bassa di —10, ma nessuno presentava segni di ipotiroidismo. Il tasso medio di colesterolo in questo gruppo risultò di 167,2 ± 4,3 mg., mentre fu di 166,5 ± 4,8 nei rimanenti pazienti con metabolismo superiore a —10. Se ne deduce che un tasso di metabolismo basale basso può riscontrarsi in assenza di ipotiroidismo e che in queste circostanze il livello del colesterolo nel sangue non è aumentato.

VICENTINI.

Il fattore costituzionale nell'ipertonia essenziale.

(E. BRAUN e F. SCHELLONG. *Deutsche Medizinische Wochenscrift*, 6 marzo 1936).

S'intende per ipertonia essenziale un aumento patologico della pressione sanguigna senza alterazioni renali. Mentre prima l'ipertensione vasale veniva considerata esclusivamente un sintomo, oggi ha assunto la dignità di un quadro morboso che ha preso il nome d'ipertensione rossa, di natura costituzionale, ereditaria. I sintomi e l'importanza causale dei disordini endocrini, specie da parte dell'ipofisi e delle gonadi, sono molto rilevanti in questa malattia della pressione vasale.

Essa è rara nei giovani e per lo più si manifesta chiaramente solo negli individui anziani, specie all'epoca del climaterio.

Ma a parte questa forma d'ipertonia essenziale rossa ne esiste un'altra nella quale i disturbi endocrini sono ancora più rilevanti, la quale può verificarsi in individui giovani e anziani, ma che nei giovani assume un quadro più spiccato e più caratteristico, tanto da meritare il nome di ipertonia giovanile. Colpisce per lo più individui di 20-25 anni con struttura somatica a tipo astenico, snello-atletico o displastico. Essi soffrono cardiopalmo a seguito di sforzi anche leggeri, cefalee, stati micranosi, dolori al torace e all'indietro al dorso. La pressione vasale è alta con forti sbalzi in seguito ad emozioni ed a strapazzi fisici anche non gravi. Di particolare interesse sono l'eccitabilità vegetativa e il nervosismo, i disturbi psichici, i disordini a carico dei vari organi e sistemi, la stitichezza, l'iperacidità.

Vien fatto di domandarsi se questo complesso sintomatico non sia altro che la fase iniziale della sindrome che negli anziani diventa l'ipertensione rossa, se questa insomma non sarebbe che la conclusione, l'accentuazione di uno stato morboso che già nella giovinezza si era estrinsecato con sintomi più o meno imponenti, o più o meno larvati. Ma può anche essere che si tratti di due condizioni distinte ed indipendenti, l'una legata alla costituzione individuale e l'altra a sopraggiunti disordini endocrini.

E. Braun tempo fa ha fatto ricerche atte a considerare la « persona vitale », ossia quel complesso relativamente definito di funzioni somatiche ed in parte psichiche, che egli chiama impulso vitale, tendenza, suscettibilità agli stimoli e sonno-veglia, ed ha attribuito un compito significativo al più alto organo di governo della vita vegetativa, al cervello medio. Egli ha inoltre cercato di definire la « sindrome vitale », nella quale i disturbi somatovegetativi si confondono con quelli della persona vitale dando il così detto nervosismo costituzionale, nel quale i varî disturbi dell'equilibrio vegetativo e le corrispondenti alte-

razioni psichiche sarebbero dovute in prima linea ad una debolezza e labilità costituzionali della funzione del cervello medio.

Ora le osservazioni comparative fatte su numerosi casi di ipertonia essenziale giovanile, di ipertonia essenziale degli adulti e di morbo di Basedow hanno dimostrato che nella prima sono spiccatamente prevalenti in confronto delle due altre condizioni i disturbi degli impulsi, delle tendenze, dell'eccitabilità e della funzione sonno-veglia, quei disturbi insomma che caratterizzano il nervosismo costituzionale. Ciò sta a provare che nell'ipertonia giovanile si tratta di disturbi ben diversi da quelli dipendenti da disordini endocrini, che prevalgono invece nella forma che colpisce gli adulti.

Si possono quindi distinguere due forme, di ipertonia essenziale, l'una dipendente da alterazione congenita al cervello medio, l'altra da alterazione dell'apparato endocrino. Ma le due condizioni hanno certamente interferenze, e ciò non può meravigliare quando si pensi alle intime relazioni tra apparato neurovegetativo e sistema endocrino. Sta di fatto che negli ipertesi del periodo climaterico si trovano segni sicuri di nervosismo costituzionali quantunque non così spiccati come nella forma giovanile. Ed in quest'ultima si riscontrano anche segni di alterazione delle glandole a secrezione interna.

Le analogie tra ipertonia climaterica e morbo di Basedow sono molto più spiccate di quelle tra ipertonia giovanile e lo stesso morbo di Basedow. Anche in questa si riscontrano disordini di natura endocrina e neurovegetativa, ma i primi prevalgono su i secondi.

In conclusione nel quadro morboso della ipertonia essenziale si possono distinguere due forme: la prima, di origine nervosa centrale, si sviluppa sul terreno costituzionale del nervosismo e si verifica nei giovani ed eccezionalmente negl'individui anziani; la seconda non ha nulla a che fare con il nervosismo costituzionale, ed è dipendente da disturbi endocrini (ipertonia climaterica). In ambedue le forme si possono riscontrare rispettivamente disordini endocrini e neurotici a causa della interdipendenza funzionale fra sistema neurovegetativo ed apparato endocrino.

DR.

DERMATOLOGIA.

Contributo allo studio dell'eziologia dell'eritema essudativo polimorfo.

(S. COSTANTINO. *Il Dermosifilografo*, febbraio 1936).

Clinicamente l'eritema essudativo polimorfo è ben conosciuto, però la sua etiologia resta ancora una incognita. Nella sua genesi è stata volta a volta invocata qualunque causa responsabile di altre affezioni cutanee. Attualmente l'indirizzo etio-patogenetico è orientato per la natura infettiva o tossi-infettiva della dermatosi, manca però ogni accordo sull'agente morboso. Le due ipotesi più accreditate sono pertanto, come pure per l'eritema nodoso, quella di una origine tubercolare e quella di una origine streptococcica. Ma anche così ristretto il campo, le odierne nozioni al riguardo restano molto incerte e mentre la Scuola tedesca pensa ad una malattia infettiva ad individualità propria ma ad agente morboso sconosciuto, la scuola francese ed anche i nostri dermatologi considerano l'eritema essudativo polimorfo come una sindrome a diversi momenti etiopatogenetici.

Un classico caso di questa malattia ha permesso all'A. di portare un contributo all'etiologia di essa valendosi di indagini accurate ed interessanti che qui riassumiamo.

Egli praticò nella paziente delle intradermoreazioni con hemostil, tubercolina, vaccino antistafilococcico ed antistreptococcico, in due distinti momenti della malattia e cioè all'ingresso in Clinica e nell'ultimo giorno di degenza. Le prove furono eseguite in vicinanza della dermatosi ed a distanza. I risultati furono i seguenti: ad avvenuta guarigione della dermatosi le prove intradermiche riuscirono negative; invece in piena attività dell'eruzione cutanea, con antigene stafilococcico e streptococcico, esse diedero esito positivo più intenso a distanza. Ricerche culturali dal sangue e da bolla provocata, fecero ottenere uno streptococco in cultura pura. La siero-agglutinazione eseguita con ceppi autogeni fu positiva ad un tasso di 1/400.

Ricerche negli animali: in seguito ad iniezione di sangue della malata nella vena marginale dell'orecchio di un coniglio, il cui dorso era stato in parte depilato, comparvero alterazioni generali (aumento della temperatura, dispnea, occhio offuscato ecc.), ed un eritema a confini netti nella zona depilata. La retro-cultura confermò i risultati dell'emocultura e della bolla provocata.

L'esame istologico di un elemento eritemato-infiltrativo dette il seguente reperto: assottigliamento dell'epidermide e scomparsa quasi totale degli spazi interpapillari; edema dello strato spinoso con formazione di qualche cavità vescicolosa; scarsa infiltrazione leucocitaria. Nel derma: edema considerevole, rigonfiamento dei fasci connettivali, notevole infiltrazione leucocitaria, specie perivasale. Vasodilatazione marcata.

Pur avendo precisato che nel caso studiato l'agente etiologico era uno streptococco probabilmente a tendenza dermotropa, l'A. non si sente tuttavia autorizzato a trarre delle deduzioni riguardo all'etiologia in genere dell'eritema polimorfo. Però egli si è andato convincendo e per il caso oggetto del lavoro, e

per l'osservazione frequente di altri consimili, che sotto la denominazione di eritema essudativo polimorfo vengono raggruppate e confuse da una parte un processo morboso infettivo, vera entità nosologica ad eziologia incerta, ma non tubercolare, dall'altra parte delle reazioni cutanee ad eziologia la più diversa aventi in comune con la prima solamente la identità della risposta reattiva della cute.

VICENTINI.

Le dermatosi dell'anemia.

(P. CHEVALLIER. *Die Medizinische Welt*, 25 gennaio 1936).

Le dermatosi dell'anemia hanno un grande interesse se tien conto che esse sono molto più frequenti di quel che appare in relazione al fatto che molti stati anemici non vengono riconosciuti.

Al riguardo l'A. ritiene che esistono molte forme di anemie leggere o fruste senza sintomi netti a carico del sangue. Vi sarebbero insomma forme di anemie senza anemia, che si potrebbero chiamare metanemie.

Le metanemie si estrinsicherebbero clinicamente solo con quei sintomi extrasanguigni che sogliono accompagnare le anemie manifeste e che d'altra parte si giovano di tutte quelle cure (fegato, ferro, ecc.) che risultano efficaci nelle anemie. Ciò premesso conviene distinguere le anemie essenziali in quattro gruppi: 1) anemia aplastica quasi sempre tossica; 2) anemia di Biermer; 3) anemia intermediaria maligna; 4) clorosi o anemia achilica ipocromica.

Dal punto di vista dermatologico ha importanza sopratutto la clorosi, che ha la particolarità di giovarsi molto delle cure di ferro, beninteso quando questo sia somministrato ad alte dosi e per un lungo periodo di tempo.

Tra le affezioni cutanee che sogliono accompagnare la clorosi e che anche se isolate guariscono con la cura di ferro sono da menzionare:

Le *ragadi delle dita* che sono spesso molto penose e talvolta molto dolorose. L'epidermide screpolata è sottile e desquamata. L'esito finale può essere una parakeratosi screpolante. La condizione della pelle non è mai quella dell'eczema o di qualsiasi altra malattia banale della pelle. Di solito coesiste uno stato neuropatico.

La *coilochinia* è caratterizzata da un eczema localizzato esclusivamente alle unghie, che diventano piatte e scavate. Lo scavamento può essere molto pronunziato a dare all'unghie l'aspetto di un cucchiaio. È l'affezione cutanea più caratteristica della clorosi.

Le *ragadi degli angoli labiali* sono anche esse una lesione frequente nella clorosi e ricordano le ragadi della lue congenita. Talvolta si accompagnano ad atrofia della mucosa bucco-linguale.

La *glossite liscia* da atrofia della mucosa può verificarsi nell'anemia perniciosa progressiva e nella clorosi e può esistere anche isolatamente o in unione di una gastrite atrofica diffusa come espressione clinica di uno stato metanemico. Essa colpisce quasi tutta la metà anteriore della superficie superiore della lingua. Quando è associata alla clorosi o è l'espressione di una metanemia guarisce con la cura di ferro.

L'atrofia superficiale della mucosa delle guancie è caratterizzata da una leggera opalescenza della mucosa delle guancie, che spesso è anche gonfia e presenta le impronte dei denti. La lingua è spesso molto arrossata, desquamata con evidente rilievo delle papille fungiformi. Le gengive, le labbra e talvolta anche la faringe sono arrossate.

La *desquamazione persistente delle labbra* è stata anche notata nella clorosi.

Tra le *alterazioni delle altre formazioni ectodermiche* sono state registrate la calvizie e la canizie precoce.

Il *prurito vulvare* è stato riscontrato in parecchi casi di clorosi. Ed è stato notato anche che esso può guarire con le cure di ferro.

Le *placche piane cruro-vulvari* ed alcune forme di *eritema intertriginoso* sono state osservate in individui affetti da clorosi o da affezioni metanemiche quali l'acloridria e la gastrite atrofica diffusa.

Non è da escludere una relazione tra la metanemia clorotica con certe *orticarie* accompagnate con atrofia gastrica (tutte le orticarie sono associate a segni di clorosi larvata) nonchè con altre alterazioni cutanee che si giovano della cura del ferro.

DR.

Lesioni cutanee da cosmetici.

(W. KRAUTZ. *Mediz. Klinik*, 14 febb. 1936).

Il diffuso impiego di vari prodotti chimici nella cura artificiale di bellezza ha dato luogo nel corso degli ultimi anni a tutta una serie di rilievi sull'eventuale importanza patogenetica di alcuni cosmetici. Non si può peraltro parlare di alcuni cosmetici nocivi, come del resto non si può affermare senz'altro l'innocuità di altri; si tratta per lo più di fenomeni dovuti all'idiosincrasia verso una data sostanza, idiosincrasia che talvolta compare improvvisamente e trova di solito la sua espressione clinica in comparsa di dermatiti più o meno localizzate o di eczemi; solo in rari casi sono stati osservati fenomeni generali. Nella maggior parte dei casi già la localizzazione stessa (di solito alla faccia o al cuoio capelluto) sta ad indicare la possibile etiologia dell'affezione; va notato però che il paziente stesso solo raramente è propenso a vedere nel cosmetico usato l'origine dell'affezione, sia perchè spesso l'ha già usato a lungo senza alcun danno, sia perchè la sostanza adoperata è dal pubblico ritenuta innocua se non addirittura curativa (come p. es. avviene per

le creme, saponi speciali ecc. raccomandati quali protettivi della pelle).

Nella sua esposizione l'A. passa in rassegna le varie sostanze usate con un determinato scopo nella cosmetica, facendo giustamente notare che l'espressione clinica non permette una classificazione sistematica, essendo la reazione nettamente individuale.

Fra i danni più frequenti provocati dalle cure, talvolta eccessive dei capelli, l'A. ricorda la cosidetta tricoressi nodosa: si tratta di una fragilità dei capelli, che si presentano spesso bipartiti alle estremità e con ingrossamenti irregolari; essa è provocata dall'uso frequente di acque di lavaggio alcaline e rapido essicamento dei capelli con aria calda. Il mezzo di cura logico ed efficace è rappresentato dalla sospensione di tale pratica, lavando i capelli una volta al mese e asciugandoli lentamente.

L'uso di lozioni stimolanti raccomandato per la crescita di capelli a base di arnica, canfora, mentolo, resorcina, ecc. può provocare talora una dermatite di cui i limiti d'estensione superano il cuoio capelluto e invadono la nuca, la fronte e in genere le zone che vengono al contatto col liquido.

Fra gli innumerevoli mezzi usati per tingere i capelli, quelli a base di sostanze inorganiche (sali di vari metalli) possono talora provocare fenomeni tossici generali (avvelenamento da piombo, da pirogallolo ecc.). I prodotti a base di estratti vegetali (di scorza di noci, di zenzero, di henné) sarebbero meno nocivi, però di difficile e delicata applicazione. I più usati sono i coloranti sintetici, per lo più dal gruppo di parafenildiamina; siccome quest'ultima cagiona spesso delle dermatiti, il suo uso è proibito in alcuni paesi (Germania); vengono però adoperati degli altri derivati dello stesso gruppo, solo relativamente innocui; d'altra parte si noti che la maggior parte dei preparati del commercio sono misti pur passando sotto il nome di prodotti vegetali. Ogni eczema o dermatite delle regioni del cuoio capelluto, delle ciglia o della barba o dei baffi deve far nascere il sospetto sull'uso di una tintura. È naturale che anche lo stesso procedimento della colorazione dei capelli può in mani inesperte causare danni non indifferenti, specie durante la fase di decolorazione; lo stesso dicasi dell'« ondulazione permanente » che può portare alla distruzione dei capelli, che per fortuna solo di rado attacca i bulbi piliferi.

Le cure depilatorie così di frequente applicate alle sopracciglia o ai peli cosidetti « superflui » sono per ora tutt'altro che perfezionate; a parte l'estirpazione semplice, difficilmente eseguibile, la diatermia e l'elettrolisi sono di maneggio delicato e possono lasciare delle cicatrici. L'uso di paste depilatorie a base di zolfo che distrugge lo strato corneo del pelo, si ripercuote anche sullo strato corneo della cute, di cui può causare danni rilevanti, prescindendo poi da casi di ipersensibilità verso le sostanze accessorie contenute in tali paste.

Sono ben note le lesioni che può provocare nella congiuntiva anche bulbare l'uso di rimmel. Anche il rossetto per le guancie e le labbra può causare dermiti o eczemi, che sembrano dovute al contenuto di eosina, verso la quale vi può essere un certo grado di idiosincrasia. Talora lesioni cutanee attorno alle labbra possono aver per causa le paste o le acque dentifrici, contenenti olii eterei o sostanze coloranti.

Le creme di bellezza, i saponi medicamentosi, le lozioni per il viso si rendono nocivi più che altro per l'aggiunta di profumi verso i quali può esistere una certa sensibilizzazione; lo stesso dicasi dell'acqua di colonia, fra i danni della quale è stata descritta da Freund una speciale pigmentazione a chiazze; non è stato finora stabilito se è da incolpare l'olio di bergamotto o altri olii eterei e se vi partecipa anche l'azione del sudore o delle irradiazioni solari.

Sono state menzionate anche dermatiti dovute all'uso di pomate contro le efelidi, nei quali il fattore attivo è rappresentato spesso dal chinino, dalla resorcina o da mercuriali — da sostanze cioè verso le quali l'ipersensibilità è tutt'altro che rara.

L'A. ricorda ancora le onicosi e le perionicosi dovute alle vernici delle unghie, le lesioni cutanee, fino ad ulcerazioni del dorso delle mani provocato da sostanze destinate a combattere le verruche.

Le direttive del trattamento in tutti i casi del genere sono relativamente semplici e basate anzitutto sull'identificazione e rimozione dell'agente etiologico. Inoltre, dato che le lesioni ricordate rappresentano più che altro uno stato irritativo, la terapia deve tendere a proteggere semplicemente la parte lesa, si serve quindi sopratutto di paste neutre, a base di lanolina, vaselina, ossido di zinco, senza aggiunte di sostanze medicamentose speciali. Nel trattamento di un eczema si cercherà di allontanare le croste mediante vaselina salicilica; se l'eczema è umido si ricorrerà ad impacchi borici, quindi si applicheranno le pomate suricordate.

La grande diffusione dell'uso di cosmetici dev'essere sempre tenuta presente in molti casi di lesioni cutanee del viso e del cuoio capelluto; l'accurata ricerca anamnestica rivelerà spesso l'importanza etiologica e terapeutica di un cosmetico comunemente ritenuto innocuo.

S. MINZ.

Osservazioni cliniche sulla patogenesi delle pigmentazioni cutanee morbose.

(F. HOFF. *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 24 genn. 1936).

L'origine della pigmentazione anomala che pur rappresenta un sintoma relativamente frequente in tutta una serie di malattie, non può

dirsi ancora sufficientemente chiarita; solo le ricerche recenti, specie quelle riferentisi all'importanza della vitamina *C* (identificata coll'acido ascorbico) in alcune trasformazioni della melanina, permettono di illuminare il problema da un nuovo punto di vista.

È stato di Szent-Györgyi a rilevare che il parenchima surrenale costituisce un deposito importante dell'acido ascorbico e a mettere tale fatto in rapporto alla pigmentazione degli addisoniani, nei quali evidentemente tale deposito viene a mancare. Egli altresì ha dimostrato in vitro che la formazione della melanina (la quale secondo Bloch avviene sotto l'influsso di fermenti ossidanti a spese dei gruppi aromatici della molecola albuminoidea) viene inibita dall'ac. ascorbico, probabilmente in virtù delle proprietà riducenti di esso. Tali rilievi trovano il riscontro clinico nel fatto che la somministrazione della vitamina *C* agli addisoniani, pur modificando di poco il quadro generale della malattia, provoca l'attenuazione della pigmentazione, la quale solo scarsamente viene influenzata da preparati della corteccia surrenale.

Ricerche sperimentali e cliniche di altri AA. relative all'influsso della vit. *C* su pigmentazioni di varia natura, non hanno dato finora risultati concordi. Così, tale influsso non si è reso palese nel riguardo delle pigmentazioni del capezzolo provocate dall'ormone follicolare (Jadassohn); anche il cloasma gravidico non sarebbe secondo Teschner modificato dall'apporto abbondante di succo di limone. Drigalski nega che la vit. *C* possa inibire la pigmentazione cutanea da raggi u. v. D'altra parte, Schade avrebbe rilevato che l'irradiazione dosata provoca una pigmentazione molto più scarsa se all'individuo in esame vengono somministrate notevoli quantità di ac. ascorbico; lo stesso avviene nel riguardo delle parti scoperte sottoposte all'irradiazione solare.

Nella risoluzione del problema la parola spetta anche alla clinica e anzitutto alla clinica della classica avitaminosi *C*: ora, sebbene la pigmentazione non figura fra i sintomi più noti della malattia, l'A. asserisce che essa è tutt'altro che rara, e forse è stata trascurata nelle osservazioni precedenti; egli a sua volta cita due casi di osservazione propria (di cui uno del 1922 documentato da fotografie) dove tale pigmentazione è notevole nelle parti scoperte; vengono ricordati anche casi analoghi della letteratura (Norpoth). In tutti questi casi il trattamento vitaminico ha portato alla guarigione clinica ed alla scomparsa della pigmentazione.

L'A. richiama quindi l'attenzione sui casi, nei quali, pur essendovi regolare apporto della vit. *C*, ne può essere disturbato l'assorbimento per alterazioni del tubo gastro-enterico; a tale proposito egli ricorda la pigmentazione cutanea che caratterizza molti individui affetti da gravi malatte croniche dell'intestino, rilevata ancora da Hoppe-Seyler nella tbc. intestinale e da Morawitz nelle enterocoliti croniche. È nota la pigmentazione della mucosa boccale e della cute che si manifesta frequentemente nelle affezioni pancreatiche accompagnantesi a diarrea ostinata. La tendenza ad una pigmentazione abnorme si riscontra anche nella achilia gastrica e nel carcinoma dello stomaco. Le anomalie della pigmentazione con frequenti vitiligini sono state osservate nell'anemia perniciosa, tanto che qualche A. (Stephan) ha messo tale malattia in rapporto all'insufficienza surrenale. Non è del resto da escludersi che fra l'avitaminosi *C* e l'anemia di Biermer esistano anche dei rapporti di causalità; sta di fatto che un apporto parenterale di vit. *C* favorisce l'azione terapeutica del fegato e del ferro.

Quindi la carenza di vitamina *C* causata dall'insufficiente apporto di questa o da difetto di assorbimento, o che può essere di natura endogena (come nel morbo di Addison, nel quale oltre alla distruzione delle riserve esiste probabilmente anche un'alterazione nel ricambio intermedio di tale vitamina) provoca in un rilevante numero di casi la pigmentazione anomala della cute e delle mucose. Ma, secondo l'A. vi possono essere anche dei casi di iperpigmentazione, nei quali, pur mancando l'evidenza di tale causalità, l'apporto generoso di ac. ascorbico riesce favorevole: l'A. riporta difatti la storia di un'ammalata affetta da un anno di una chiazza di pigmentazione localizzata alla medietà del viso e ribelle a qualsiasi trattamento locale. La somministrazione parenterale di vit. *C* faceva scomparire nello spazio di poche settimane tale cloasma, oltremodo sfavorevole alla estetica della paziente.

Non v'è dubbio che nel determinismo delle pigmentazioni cutanee possono entrare in giuoco influenze anche di altre ghiandole endocrine o quelle vegetative; così il cloasma uterino dipenderebbe dalle gonadi; anche nella sclerodermia (che con tutta probabilità è condizionata da alterazioni del sist. nervoso vegetativo) le pigmentazioni costituiscono un fatto frequente. A tale proposito l'A. cita un caso di sclerodermia in sindrome di insufficienza plurighiandolare con pigmentazioni a tipo addisoniano, nel quale è stata applicata con notevole successo la terapia di preparati corticali e preipofisari associata alla somministrazione di ac. ascorbico.

L'A. conclude rilevando come anche nel campo delle pigmentazioni cutanee è da rilevarsi una connessione intima fra vitamine, ormoni e sist. neurovegetativo. Dalle osservazioni dell'A. diventa evidente come non sempre è possibile rilevare quale sia l'elemento protopatico; d'altra parte il successo terapeutico può arridere anche agendo su uno degli elementi della catena patogenetica.

S. Minz.

MISCELLANEA.

La metalloprevenzione della sifilide.

(C. LEVADITI. *Paris Médical*, 7 marzo 1936).

La metalloprevenzione della sifilide è la resistenza conferita all'organimo recettivo, uomo o animale, dall'iniezione di metalli, quali il bismuto, l'oro ed il mercurio.

Il vantaggio di una profilassi antisifilitica basata su detto principio dipende dal fatto che, contrariamente ai derivati arsenicali, questi metalli, il cui potere virulicida di fronte al microbo della sifilide è considerevole, si eliminano lentamente dall'organismo. Il bismuto e l'oro, specialmente, assicurano una impregnazione metallica la cui efficacia dura lungamente.

È ovvio che la metalloterapia non può essere usata ogni qual volta v'è pericolo di contagio. Essa trova la sua indicazione quando esiste la probabilità di avvenuta infezione, nel qual caso assume il carattere di un trattamento abortivo. Ma va sopratutto praticata per difendere dalla sifilide le prostitute che per il loro mestiere sono esposte ad un contagio quasi certo. Ciò naturalmente ha una grande importanza perchè con tale metodo si viene ad inaridire la principale sorgente di propagazione del male.

Dopo qualche saggio preliminare di Lacapère, Magian fece per il primo il tentativo di prevenzione antisifilitica mediante iniezioni di derivati di arsenico. Il risultato fu nettamente positivo e fu poi confermato da larghe esperienze di L. Fournier e Guénot.

Ma purtroppo l'arsenico si elimina rapidamente e quindi il suo potere preventivo dura poco. È questa la ragione per la quale bisogna ricorrere al bismuto. Le esperienze istituite da Levaditi dimostrarono che il bismuto-tartrato-sodico-potassico preveniva nel coniglio l'infezione da *Spirocheta cuniculi* anche se il medicamento veniva iniettato qualche ora prima dell'iniezione contagiante. In seguito Kolle verificò la realtà del fenomeno nei conigli inoculati con virus sifilitico di passaggio. L. Fournier e Schwartz confermarono nel 1926 l'insieme di queste constatazioni mettendo in rilievo che i sali di bismuto insolubili conferiscono al coniglio un'immunità medicamentosa che può durare da tre a sei mesi.

Ulteriori esperienze di Levaditi, Sanchis-Bayarri, Manin, Lépine, Vaisman, Shoen ed altri hanno precisato le condizioni nelle quali si effettua la metalloprevenzione bismutica, sperimentando sui conigli e sulle scimmie. Fino a quando l'organismo si trova sotto una « pressione » bismutica sufficientemente elevata, e quando il potenziale metallico dei tessuti raggiunge valori determinati è impossibile conferirgli l'infezione sifilitica sperimentale, resta completamente difeso dal contagio.

Levaditi e Lépine trovarono che uno chimpanzé al quale erano stati iniettati gr. 0,358 di bismuto solubile in olio rimaneva refrattario al contagio sifilitico, malgrado fosse stato sottoposto a quattro inoculazioni di virus umano, il 33°, il 69°, il 92° ed il 133° giorno.

Sonnenberg nel 1927 ha iniziato prove di bismutoprevenzione nell'uomo. Si è servito del magistero di bismuto in sospensione oleosa al 10 %. Le iniezioni di un cmc. furono fatte una volta alla settimana a 60 prostitute di Lodz (Polonia) che si prestarono volontariamente. Come testimoni furono considerate 50 prostitute che rifiutarono di sottoporsi alle iniezioni. Tutte risultarono non contaminate dalla sifilide. Delle donne trattate solo due divennero sifilitiche, mentre nelle testimoni si ebbero venti casi di contagio. Le prove sono state proseguite dallo stesso autore polacco su più larga scala e praticando una iniezione ogni quindici giorni anzichè ogni settimana. La dose, che dopo vari tentativi, si è dimostrata la più adatta, ossia capace di dare effetti utili senza danni, è quella di cmc. 2,5 di emulsione bismutica al 10 %. La percentuale di contagio dal 1926 al 1934 è stata in media del 6 %.

La disamina dei casi di avvenuto contagio ha provato che gli insuccessi non intaccano affatto la efficacia del metodo. In effetti è risultato che i contagi avvennero solo quando la quantità di bismuto di cui l'organismo dispone per difendersi contro il virus sifilitico è insufficiente sia perchè l'infezione sopravvenne al principio del trattamento preventivo o perchè il trattamento fu interrotto.

I dati forniti da Sonnenberg dimostrano che il bismuto ha potuto difendere dalla sifilide numerose prostitute anche per nove anni. D'altra parte essi provano che l'organismo umano ha per il bismuto una grande tolleranza: tutte le donne trattate per anni, senza interruzione, sono rimaste sane.

Malgrado qualche insuccesso segnalato da alcuni autori la bismutoprevenzione, quando sia bene adoperata, è un'arma capace di impedire la diffusione della sifilide e forse di sterminare questo flagello. DR.

Alcuni nuovi casi di ellipsocitemia.

(B. BARUDIERI. *Haematologica*, 1936, n. 1).

L'A. che già in una precedente nota ha passato in rivista gli scarsi casi finora conosciuti di ellipsocitemia od ovalocitemia e ne ha riferiti due casi, riporta ora le osservazioni d'altri quattro casi da lui riscontrati a Valpelline (Aosta). Si tratta di quattro componenti di una famiglia: la madre di 34 anni, gozzuta, ma non cretina; tre figlie: una di 14 anni, con tiroide ipertrofica, mixedema, sordastra e balbuziente; una di sette anni in condizioni generali scadenti, non cretina, ma con un certo

grado di labilità nervosa; una di quattro anni, non gozzuta, ma sordastra e muta.

Tutte presentavano nello striscio una discreta percentuale di tipici ellipsociti. Tutte erano affette da anemia ipocromica.

In un primo tempo l'A. suppose che l'ellipsocitemia, riscontrata in questi casi avesse qualche rapporto con il cretinismo o con la disfunzione tiroidea ad esso legata; ma in seguito ad esami negativi molteplici di sangue praticati in altri cretini e gozzuti, egli abbandonò tale ipotesi. Si tratta probabilmente di una forma a carattere ereditario, denominata anche anemia ovalocitica perchè creduta erroneamente legata ad uno stato anemico. L'A. spiega la anemia presente nei suoi casi con le condizioni scadenti dei soggetti e con la sindrome cretinoide da essi presentata. Che gli ellipsociti non siano un aspetto accidentale della poichilocitosi, egli lo deduce dal fatto che gli ellipsociti erano presenti in percentuale notevole anche in due soggetti nei quali la poichilocitosi era assente o quasi.

Nè ritiene possa trattarsi di forme della anemia ipocromica splenomegalica con ellittocitosi-poichilocitosi di Micheli, mancando in tre dei casi su quattro l'intensa poichilocitosi ed anisocitosi caratteristiche.

Tuttavia non è improbabile che tra le forme anemiche splenomegaliche con ellitocitosi e poichilocitosi e le forme di ellitocitosi semplice con poichilocitosi modica o assente esista una base comune consistente nella tendenza comune costituzionale ed ereditaria degli organi emopoietici a produrre emazie ellittiche. L'A. infine ricorda che in qualche caso di anemia splenomegalica del Micheli è stato rilevato il carattere familiare e che d'altra parte in uno dei casi di ellipsocitemia semplice da lui descritta riscontrò qualche microcita, che abbondanti si trovano nella anemia del Micheli. VICENTINI.

DIVAGAZIONI

La febbre tifoide e la produzione letteraria di Giovanni Pascoli.

In un articolo interessante dal lato letterario come da quello medico, il dott. G. Alberti (« L'Italia Letteraria », 15 marzo 1936) lumeggia come un grave tifo, da cui il nostro grande Poeta fu colpito durante la dimora a Messina e che lo costrinse a letto per parecchie settimane, abbia potuto influire sulla produzione artistica.

Scrive il Pascoli:

> L'altr'anno ero malato, ero lontano
> a Messina, col tifo; all'improvviso
> udivo spesso camminar pian piano
> a piedi scalzi; era Maria...

L'acuzie dei sensi diventa infatti maggiore non appena, nel tifo, si sia superato lo stato stuporoso. Si apprezzano allora i minimi rumori; la sensibilità va aumentando con la convalescenza (che dette materia, tra l'altro a Gabriele d'Annunzio per alcuni tra i più bei passi del « Libro delle Vergini ») e con la convalescenza torna il sonno fisiologico:

> Ecco fratello, l'ora in cui discende,
> a te dopo i notturni incubi, il pio
> desiderio del sonno. Lieve stende
> l'ala sua blanda sovra te l'oblio.
> Intanto la fugace alba s'accende.

Dopo il tifo, la « maniera » delle prime *Mirycae* cambia e se è lecito al medico concorrere a spiegare con l'ausilio delle considerazioni biologiche gli atteggiamenti e le predilezioni dei poeti, potrebbe qui avanzarsi il sospetto che la malattia influì (com'è noto il tifo lascia spesso traccia di sè nella sfera affettiva ed emotiva quando non dia luogo a veri e propri disturbi psichici e non lasci come un tremore psichico accanto, talvolta, a un tremore fisico) in qualche modo e in peggio sulla sua fluttuante, ineguale e talora oscura e spasmodica opera poetica. Qualunque sia il giudizio che oggi i più possono dare di lui, è certo che vagola nei suoi scritti una specie di « infantilismo », di « elementarismo » che più s'accentua e più stride, nei contrasti, dopo il tifo. La competenza di un fine osservatore, capace di portare l'esame psicopatologico, fatto con metodo scientifico, su tutto quanto il Pascoli scrisse prima e dopo l'episodio morboso di Messina, potrebbe illuminarci; si spiegherebbero così come i riflessi d'infantilismo si possano sovrapporre a qualche leggero sub-delirio lucido di grandezza: « ho da fare 1500 poesie »...; « questo (gli studi danteschi cioè) non morrà »... e così via.

La critica dirà serenamente se — e il come anche e il perchè — la confidente invocazione alle « sicelides musae » di cantar cose maggiori abbia giovato alla sua fama. Ma una prosa tra le più belle del Pascoli appartiene all'epoca messinese ed è il discorso su Garibaldi (1901).

Altre prose e poesie di ispirazione civile e patriottica sono anche di quegli anni.

Nel 1902, pregato dagli studenti, che vollero, allora, per affermazione d'italianità, celebrare la festa delle matricole a Malta, il P. promise un carme latino che inviò poi da Barga. Questo carme fu inviato agli studenti nella Pasqua del 1902, quando Chamberlain emanava la prima famigerata ordinanza contro la lingua italiana, e i goliardi maltesi vennero a ricambiare entusiasticamente la visita a quelli di Messina. In questo carme sono parole profetiche, che furono ricordate al poeta nel 1912, poco prima di morire, quando la « grande proletaria », com'egli l'aveva chiamata, si era mossa dietro nuovi destini, verso l'Africa.

A. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

G. H. ROGER e L. BINET. *Traité de Physiologie normale et pathologique.* Tome X. *Physiologie nerveuse.* Editore Masson, Prezzo Fr. 250.

Questi due volumi completano la parte nervosa già iniziata con la pubblicazione di un precedente volume e completano anche il grande trattato di fisiologia dovuto alla collaborazione di noti scienziati francesi.

I volumi ora comparsi che formano un insieme di 2000 pagine in lussuosa veste tipografica con nitide figure policrome sono dedicati alla psicofisiologia, al cervelletto, al bulbo, al midollo, al liquido cefalo-rachidiano, ai nervi cranici, al simpatico, agli organi dei sensi.

Quantunque elaborata da varî autori l'opera è ben proporzionata, omogenea. Rappresenta quanto di più completo e di più perfetto possegga la letteratura medica in materia di fisiologia nervosa. DR.

A. PHILIBERT. *Précis de Bactériologie médicale.* III edizione. Un vol. in-16° di 564 pag., con 21 tav. a colori, rilegato. Masson et C.ie, Paris, 1936. Prezzo fr. 65.

Il volume consta di tre parti. Nella prima, l'A. fornisce le nozioni di tecnica batteriologica generale, con le indicazioni per i singoli esami (pus, essudati bucco-faringei, sputi, sangue, ecc.). Nella seconda, studia i microbi patogeni per l'uomo: cocchi, bacilli, funghi, virus citotropi e sconosciuti, ecc. Da ultimo, delle considerazioni generali sull'origine e modo di azione del potere patogeno dei microbi, l'immunità, l'anafilassi, ecc.

Libro molto semplice e schematico che volendo contenere in non molte pagine di testi tutta la vasta materia finisce per trattare assai limitatamente i singoli temi. *fil.*

A. BRACHET. *Traité d'Embriologie des Vertebrés.* Nouvelle édition revue et complétée par A. DALCQ et P. GÉRARD. Un vol. in-8° gr., di pp. VIII-690. Editori: Masson e C.e, Parigi, 1935. Rilegato. Prezzo: fr. 130.

Esauritasi l'edizione del trattato d'embriologia di Brachet, che è stato molto apprezzato, due suoi allievi sono stati incaricati di rivedere e aggiornare il lavoro. Il piano generale resta invariato. In varie sezioni si studiano: le cellule sessuali e la fecondazione; la segmentazione e la formazione della blastula; la gastrulazione e la formazione dell'abbozzo embrionale; la formazione dei foglietti; lo sviluppo delle varie parti dell'embrione.

A. P.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta ordinaria del 6 marzo 1936-XIV.

Presidente: Prof. B. LUNGHETTI.

Una dissertazione di Bernhard Siegfried Albinus dal titolo: De sede et causa coloris Aethiopum et ceterorum hominum.

Prof. G. BRUGI. — Albinus considera le cause per le quali la pelle degli Etiopi appare di colore scuro. Ciò essenzialmente è dovuto alla grande quantità di pigmento che si trova accumulata nel reticolo di Malpighi dell'epidermide.

Prof. G. BRUGI. — *L'impronta del nervo mascellare nella superficie esocranica della grande ala dell'osso sfenoidale.*

Tubercolosi e polmone policistico.

Dott. I. GHIBELLINI. — L'O. riporta un caso di polmone policistico sinistro di probabile natura congenita. Nell'espettorato dell'individuo affetto da tale forma morbosa fu rinvenuto due volte il bacillo di Koch, mentre di poi ricerche insistenti anche con mezzi di arricchimento furono costantemente negative. Dall'esame clinico e radiologico non risultò che l'ammalato fosse anche affetto da tbc. polmonare, ma siccome era un ricoverato in Sanatorio si ritiene potesse trattarsi di individuo infettato da bacillo di Koch e che questo non avesse portato alla malattia o per refrattarietà del terreno o perchè fosse stato eliminato attraverso gl'emuntorii naturali ovvero distrutto dagli elementi difensivi dell'organismo.

Dott. L. MARTINI. — *Sulla separazione dei bromuri dai cloruri a mezzo dell'acido iodico.*

Su un singolare reperto in corso di avvelenamento per soluzione di nitrato di argento in acido nitrico concentrato.

Prof. P. NICCOLINI. — Riferisce su un caso di avvelenamento da nitrato di argento ed acido nitrico in una donna, la quale, in 16ª giornata di degenza emetteva per le vie naturali un tratto tubolare di oltre 25 cm. di lunghezza, costituito dalle tuniche interne dell'esofago, distaccatesi con ogni verosimiglianza in 6ª-7ª giornata, non digerite, perchè parzialmente fissate dall'argento; nella paziente dall'11° giorno è stata possibile la ripresa normale o quasi della alimentazione. In 17ª giornata moriva per grave disfunzione cardiaca, da probabile cointeressamento del vago nella periesofagite reattiva.

Prof. F. SESTINI. — *Sulla terminazione dei dotti ghiandolari nel derma sottocutaneo in cinocefalo.*

Prof. F. SESTINI per lo studente L. DONATELLI. — *Su di una radiazione frontale del chiasma dei nervi ottici negli uccelli.* *Il Segretario.*

In uno dei prossimi numeri pubblicheremo:

MIELOSI ERITREMICA

Lezione clinica del Prof. CESARE FRUGONI

Direttore della Clinica Medica della R. Università di Roma.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sull'ulcera peptica dell'esofago.

W. Roessler (*Deut. Zeit. f. Chir.*, 1935) dice che l'ulcera peptica dell'esofago è nota da un centinaio d'anni ma è stata studiata con attenti particolari solo da 40 anni. L'A. dalla letteratura ha raccolto una settantina di casi a cui ne aggiunge 5 della Clinica di Berlino. Sono ulcere che dal punto di vista anatomopatologico ripetono quelle gastro-duodenali, danno emorragie; possono perforarsi e guarire con fatti tepatici cicatriziali, essere uniche o multiple. Dal punto di vista semeiologico ricordano i casi di cardiospasmo e la diagnosi sotto cui sono spesso state curate negli ospedali.

Però sono da ricordare le frequenti emorragie e il dolore retrosternale basso, giacchè sono generalmente situate sul tratto cardiale dell'esofago. Dal punto di vista etiologico è da ricordare come in molti casi si sono trovati degli isolotti di mucosa gastrica che per le condizioni anormali di posizione e nutrizione andrebbe incontro a processi di ulcerazione. Però in molti casi tali isolotti mancano e allora l'A. invoca l'azione di spasmi e costrizione vasale. La cura consiste nel praticare innanzi tutto una digiunostomia per nutrire i malati che a motivo del vomito continuo vanno incontro alla cachessia poi alla cura dell'ulcera. Nella Clinica di Berlino si è praticata la esofago gastrostomia essendo tutte ulcere basse; in un caso si fece in 2° tempo una resezione del tratto di esofago comprendente l'ulcera. La mortalità è naturalmente alta.

V. GHIRON.

Le gastropatie allergiche.

Paviot e Renè Chevallier in un poderosissimo lavoro (*Le Journal de Méd. de Lyon*, n. 385, 20 gennaio 1936)) compiono una descrizione completa sotto tutti i punti di vista, di questo importante argomento.

Si sa infatti che oggidi si ha una grande tendenza a inquadrare nella allergia molte affezioni, si che sembra che l'allergia estenda ogni giorno il suo dominio. Tra gli altri il campo della anafilassi digestiva è tra quelli che si van più estendendo: meno note, sebbene da più parti già segnalate sono le manifestazioni gastriche della allergia.

Gli AA. dopo avere riportato un notevole numero di osservazioni personali di cui varie con controllo operatorio vengono ad ammettere i fatti seguenti che è bene siano conosciuti e ricordati:

1) Le gastropatie allergiche si manifestano in soggetti sensibilizzati ad un dato antigene e per lo più alimentare. Questo antigene scatena tanto i fatti gastrici quanto gli altri fenomeni di anafilassi generale. Gli interventi chirurgici dimostrano l'assenza di vere lesioni in detti malati, o per lo meno la loro lieve entità.

2) Gli esami radiologici dimostrano delle immagini a volte tipiche per lesioni organiche più gravi, ma che si differenziano per la loro enorme fugacità e variabilità.

3) Gli esami gastroscopici mostrano delle lesioni edematose emorragiche ed erosive della mucosa gastrica variabili e fugaci.

4) Le lesioni emorragiche osservate al gastroscopio sono in tutto sovrapponibili a quelle che si trovano in caso di accidenti allergici di altra natura, e a quelle che si hanno negli animali per anafilassi esperimentale. Lo stesso si può dire per le erosioni gastriche fugaci dell'uomo e quelle ottenibili sperimentalmente nella cavia con sensibilizzazione locale.

5) I metodi di sensibilizzazione non specifica hanno azione terapeutica indiscutibile su queste gastropatie allergiche. Ma soprattutto è stato possibile isolare, mediante ultrafiltrazione del prodotto intragastrico della digestione pepsica dell'albumina alimentare responsabile degli accidenti, un principio antigenico dotato di potere scatenante nella cavia e di un'azione desensibilizzante specifica nell'uomo. È sopratutto in vista di questa terapia specialissima che queste gastropatie allergiche meritano di essere isolate. Il loro intimo meccanismo patogenetico resta però estremamente misterioso.

L. TONELLI.

Sopra un caso di diverticolo di Meckel perforato coincidente con un tumore dell'appendice.

I. Henrichsen (*La Presse Médicale*, n. 98, pag. 1979, 1935) illustra il caso di una ragazza di 19 anni, con antecedenti familiari e personali negativi, che era stata colta il giorno prima da violenti dolori alla metà inferiore dell'addome, dolori che il giorno dell'ingresso in ospedale si accentuarono accompagnandosi anche a vomito, a febbre fino a 38°6, a polso 120. Lo stato generale invece era buono; le feci di aspetto normale.

Obbiettivamente: difesa accentuata nella metà inferiore dell'addome. Operata d'urgenza con diagnosi di appendicite acuta, fu trovata e asportata un'appendice lunga, rigonfia e di consistenza aumentata specie nella metà inferiore. Nel piccolo bacino presenza di liquido torbido ed esplorato l'ileo fu trovato anche e asportato un diverticolo di Meckel che presentava i segni di un'infiammazione acuta ed una perforazione sulla sua faccia anteriore da cui fuoriusciva del liquido intestinale.

L'esame istologico dell'appendice dimostrò la presenza di un tumore carcinoide.

Il caso è interessante per la rarità dell'associazione di una diverticolite con un tumore dell'appendice.

G. GENTILE.

Appendicite e carcinoma dell'appendice.

Heine (*Zbl. Chir.*, n. 44, 1935) riporta il caso di un uomo di 53 anni che fu operato d'urgenza per un attacco acuto di appendicite. L'esame dell'appendice dimostrò che nella metà distale era in atto un processo acuto flemmonoso ulceroso; nel 3° medio, ove il lume era quasi obliterato, l'esame istologico mise in evidenza un adenocarcinoma. Secondo l'A. questa lesione ha favorito l'insorgere della appendicite creando con l'occlusione del lume una cavità chiusa.

P. STEFANINI.

Un caso di edema generalizzato in un resecato di stomaco, guarito con opoterapia gastrica.

M. Hetousck (*Arch. mal. App. Dig. Nutr.*, 9, 984, 1935) riferisce di un uomo operato tre anni prima di resezione gastrica per ulcera, che cominciò ad avere un progressivo edema ascendente, senza alcun malessere, che non era di origine renale o cardiaca.

Una terapia gastrica con somministrazione di gr. 200 di Estomon suddiviso in parecchi giorni fece scomparire completamente l'edema.

Lasciato l'ospedale, è tornato dopo alcuni mesi con la stessa sintomatologia che è di nuovo scomparsa con una terapia gastrica. Il paziente però, che era in gravi condizioni di salute, è morto per una broncopolmonite intercorrente.

U. BRACCI.

Gli antisettici intestinali.

Il titolo di questo articolo di S. R. in *Journ. des praticiens* del 1° febbraio 1936 ci fa ritornare ai tempi non lontanissimi in cui con qualche cartina di salolo o di benzonaftol il medico si illudeva di disinfettare l'intestino, cioè di combattere alla radice le infezioni a sede intestinale, determinanti malattie specifiche (tifoide) o non. Ma la moda dei così detti disinfettanti intestinali non deve essere del tutto tramontata a giudicare dalla frequenza con cui si sente parlare delle « infezioncelle intestinali », nome che si applica da molti a quadri morbosi vaghi, che decorrono con febbriciattole atipiche ed a sieroreazioni (quando si praticano!) negative.

Molto giustamente, però, S. R. rileva che gli antisettici intestinali non sono destinati a realizzare un'illusoria antisepsi intestinale, ma che questa deve essere intesa nel senso di opporsi a dei disturbi (fermentazioni, diarree) che possono dare degli accidenti tossici. E combatte opportunamente l'uso del naftol, del benzonaftol e simili, che esercitano un'azione irritante e possono essere assorbiti in parte, con la conseguenza che debbono togliere all'organismo dello zolfo e del potassio per poter essere eliminati come composti solubili; da ciò la possibilità di esaurimento dell'organismo stesso.

Intesa nel senso di cui sopra, l'antisepsi intestinale si farà anzitutto con la dieta latto-vegetariana o latto-farinacea, che diminuisce numero delle specie proteolitiche; così pure, la batterioterapia (yoghurt, fermenti lattici) formando dell'acido lattico riduce il numero dei microbi della fermentazione.

L'acido lattico può essere prescritto specialmente nelle diarree coleriformi dell'adulto, come nelle diarree infantili; nelle prime, XX gocce parecchie volte al giorno; nelle seconde, per un bambino di 3 anni: A. lattico g. 2; Scir. di cotogne g. 30; Acq. dist. g. 60. Un cucchiaino ogni 3 ore.

Con il coli-batteriofago, i risultati sono incerti. Il lievito di birra è usato nelle affezioni cutanee a punto di partenza intestinale: un cucchiaino in un po' d'acqua mattina e sera, prima dei pasti.

I lassativi possono rappresentare dei buoni antisettici, ma prescritti ad alta dose e senza criterio, possono dare l'effetto contrario, producendo irritazione.

Le fermentazioni intestinali sono altresì ostacolate dal tannino, e dai sali di bismuto (Tannigeno g. 1; Sottonitr. di bismuto; Carbonato di calcio ana, g. 2,50; per una cart.; da prendere mattina e sera); utile è anche il caolino (Caolino g. 8; Sottonitr. di bismuto g. 2; per una cart.; da prendere a digiuno).

Si è preconizzato l'ossigeno: clisteri di 150 cmc. di acqua ossigenata, nelle coliti ulcerose, oppure perossido di magnesio (g. 0,5 a 2,50 al giorno).

Di azione meno incerta è il carbone animale. Nelle coliti ulcerose gravi, 10-25 g. al giorno, oppure in clisteri (50 g. per 500 di acqua). Ad alte dosi, può determinare occlusioni per coproliti, sicchè può ordinarsi con della magnesia, che è lassativa (Carb. anim. g. 80; Magnesia calc. g. 20; 2-3 cucchiaini al giorno, a digiuno).

Col carbone, può ordinarsi la cloramina: Cloramina cg. 5; Carb. anim. cg. 30; per una cart.; 4 al giorno. *fil.*

PRATICA CHIRURGICA

Medicazioni economiche.

Il 2° convegno per il risparmio dei materiali di medicazione, tenuto a Milano e di cui già demmo notizia, si è orientato decisamente verso la possibilità di realizzare delle economie evitando gli sprechi, più che ricorrendo a surrogati.

Riguardo al carbone di paglia, il prof. Valentini descrisse un apparecchio per la preparazione. Il prof. Silva, per incarico del professor Alfieri, indicò un mezzo pratico per utilizzarlo, entro involti di garza, assicurati con strisce di cerotto adesivo; si può anche applicarlo direttamente. Si dimostra un ottimo as-

sorbente; insudicia, ma lavare la biancheria è facile. Il prof. Donati rilevò che l'impiego del cerotto fa elevare la spesa; imbevendosi, il carbone diviene pesante e molesto, sopratutto nelle medicazioni sul torace per gli empiemi (poichè il malato deve procombere sul lato operato); il carbone presenta però il vantaggio di un'azione stimolante le granulazioni.

Il prof. Mosso ha addotto una serie di dati, da cui risultano le economie realizzate di recente negli ospedali di Genova, senza alcun danno per i pazienti. Ha messo in rilievo l'utilità della garza orlata e del tessuto spugna.

Il prof. Masnata ha rilevato che, mediante il tessuto spugna — lavabile centinaia di volte — egli ha risolto il problema della sostituzione del cotone idrofilo, da lui completamente abolito.

P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Studio umorale di due casi di malattia di Addison ad evoluzione lenta.

J. Decourt, A. Lemaire, Ch. O. Guillaumin (*Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 9 marzo 1936), hanno compiuto un interessante esame umorale in due casi di morbo di Addison ad evoluzione particolarmente lenta (rispettivamente sei ed otto anni). Nel primo di essi, un uomo di 41 a., il quadro clinico era al completo: astenia accentuata, melanodermia, dolori lombari, vomiti, ipotensione arteriosa. Nel secondo, una donna di 42 anni, la melanodermia era il sintomo predominante, ma non mancava l'astenia e nemmeno la ipotensione. Ed ecco i risultati forniti dagli esami umorali.

Nessuna alterazione del metabolismo dei protidi e dei lipidi: serina, globulina, urea e colesterolo normali. Non alterato l'equilibrio acido-basico. Riserva alcalina e pH normali. Ipoglicemia discreta. Abbassamento del coefficiente di ossidazione dello zolfo in entrambi i casi e diminuzione dei composti solforati labili dei globuli in un sol caso. Questo fatto sta in favore dell'esistenza di una funzione delle capsule surrenali nel ricambio dello zolfo.

Modificazioni complesse dell'equilibrio minerale: è importante il fatto che gli AA. non hanno riscontrato lo schema considerato caratteristico dell'insufficienza surrenale: ipocloremia, iponatremia, iperpotassiemia. Hanno invece trovato, in uno dei casi, un aumento considerevole del cloro globulare e nell'altro una iponatremia contrastante con la mancanza di ipocloremia e di iperpotassiemia conservatrice.

Di fronte a questo particolare quadro umorale gli AA. non possono fare a meno di ricordare che i loro due casi riguardano una peculiare forma di morbo di Addison poco maligna e ad evoluzione molto lenta.

VICENTINI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Cura dell'emofilia.

Al dott. Nat. Tom. di S. S. Giov. abb. n. 11377:

A scopo preventivo, dovrà essere sconsigliato il matrimonio agli emofiliaci e alle discendenti di emofiliaci: solo i maschi non colpiti dalla malattia potrebbero coniugarsi. Dovranno essere evitate le azioni traumatiche, possibili nei giuochi, negli esercizi sportivi, negli sforzi e gli interventi operatori anche lievi, non strettamente necessari.

Per gli emofiliaci sono particolarmente adatte le località soleggiate a clima temperato o caldo, in riva al mare o anche in media montagna allo scopo di attivare la rigenerazione ematica. Sarà consigliato il riposo più o meno completo a seconda dei casi.

L'alimentazione sarà abbondante ma non eccessiva e costituita da alimenti di facile digestione. Consigliabile la carne poco cotta e fresca; molta verdura cruda; pomodori; molta frutta fresca (aranci, limoni, mele); vini sicuri in quantità non abbondante.

Consigliabile la trasfusione di piccole quantità di sangue (15-20 cc.) per via endovenosa ogni 4-6 settimane o per via sottocutanea usando sangue di soggetti dello stesso gruppo e non appartenenti alla famiglia del paziente.

In caso di emorragia i soliti mezzi: compressione, zaffamento, cauterizzazione; applicazione locale di antipirina in polvere, di acqua ossigenata, di siero normale fresco (di non più di 15 giorni) di soluzione di adrenalina al millesimo, di soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio e di cloruro di calcio; di zimema, di coaguleno, di clauden; le iniezioni sottocutanee di gelatina dovrebbero secondo alcuni essere evitate negli emofiliaci perchè facilmente seguite da formazione di ematomi con escarificazione successiva.

Se necessario: trasfusione lenta di sangue di soggetto dello stesso gruppo non appartenente alla famiglia del malato.

Nei casi in cui è dimostrabile una eredolue questa deve essere energicamente curata.

Da qualche anno è stata introdotta la terapia ovarica (Bertarelli-Birch; v. anche il *Policlinico*, n. 51, 1932) in base a considerazioni che sembrano tra le più ovvie e razionali: l'emofilia colpisce solo i maschi, ma viene trasmessa direttamente attraverso le femmine le quali possono pertanto avere la malattia solo potenzialmente perchè vi sarebbe in esse un meccanismo capace di mantenere l'emofilia allo stato di latenza; tale meccanismo sarebbe rappresentato dalla funzione ovarica in quanto la più grande differenza tra soggetti maschi e femmine è negli organi sessuali.

Gli entusiasmi sulla terapia con estratti ovarici sono oggi un po' diminuiti, tuttavia la cura ha ancora notevole valore pratico.

Gli americani indicano le dosi degli estratti usati in grammi di ghiandola fresca impiegata nella preparazione dell'estratto; sembra più razionale però la posologia in unità fisiologiche dato il variabile contenuto ormonico delle ghiandole; e in Italia abbiamo ottimi preparati titolati fisiologicamente. In pratica si potrà sottoporre il soggetto emofiliaco a periodi più o meno lunghi di cura con estratti ovarici totali o follicolinici somministrati per bocca o per via parenterale alle solite dosi, controllando di tanto in tanto il tempo di coagulazione (il prelevamento del sangue dalle vene non presenta inconvenienti); potrà esser dato anche ovaio di maiale crudo o poco cotto e in caso che l'emofiliaco abbia emorragie o debba esser sottoposto a intervento operativo, si intensificherà la cura colle modalità sopra esposte.

Anche gli estratti epatici sono stati usati nell'emofilia ma con poco successo.

Lo Zeigdroth nel 1928 insisteva sull'importanza dell'apporto di vitamine nell'emofilia. Il sottoscritto nel 1932 affermava che doveva essere tenuto in massimo conto e anche nella pratica, l'utilità di alimenti ricchi di vit. C nell'emofilia, e successivamente usava tra i primi l'ac. l-ascorbico o vitamina C per via endovenosa o per bocca nelle emorragie di varia natura. Recentemente il Böger (*Münch. Med. Woch.*, n. 31, 1935) ha affermato che iniettando per via endovenosa l'ac. l-ascorbico o vitamina C (g. 0,15 al giorno per 2 mesi di Cebion in fiale per uso endovenoso contenenti g. 0,05 di ac. l-ascorbico per cc.; si può usare anche il Cantan, o per bocca di Redoxon: tutti preparati di ac. l-ascorbico) ha ottenuto risultati molto importanti e stabili per vari mesi in un giovane emofiliaco. L'apporto di vitamina C a dosi assai elevate rappresenta pertanto uno dei più promettenti indirizzi nella terapia dell'emofilia. M. Messini.

Sterilità muliebre.

Al dott. Giov. Pao. da Conf. abb. n. 8471.

Le cause della *sterilità secondaria, dopo un parto,* sono molte; domina l'infezione puerperale ascendente gonococcica che determini lesioni tubariche; intervengono le lacerazioni dei genitali (la rapida perdita dello sperma a cui accenna può essere provocata da lacerazione perineale), le lacerazioni e le flogosi del collo uterino, gli spostamenti dell'utero (retroflessione puerperale) ecc. Non è mai il caso di dare un giudizio *senza l'esame ginecologico.*

P. G.

VARIA

Sulla nocività del pane bianco.

P. Delbet (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 11 febbraio 1936), dopo aver rivendicato la priorità delle ricerche sull'argomento, ricorda come Passey, facendo delle esperienze sui ratti infestati con il Gongylonema neoplasticum abbia constatato come questo parassita non produca delle lesioni nei topi convenientemente nutriti, mentre in quelli nutriti esclusivamente con pane bianco produca delle lesioni d'iperplasia epiteliale dello stomaco, lesioni che vanno fino all'invasione della muscolaris mucosae. Ciò significa che l'alimentazione esclusiva con pane bianco rende attiva una causa d'iperplasia epiteliale che resta inattiva nell'animale normalmente nutrito: in altri termini il pane bianco diminuirebbe il potenziale di equilibrio, la stabilità delle cellule epiteliali dello stomaco. L'A. ha richiesto al Passey del pane che era servito alle esperienze e ha potuto constatare che esso era il più povero in magnesio dei vari campioni esaminati. Riferendosi alle sue ricerche anteriori ha così creduto che la carenza in magnesio del pane stesso fosse la causa della diminuzione di stabilità delle cellule epiteliali, diminuzione che aveva permesso al parassita di produrre le iperplasie. Questa opinione non è divisa dagli altri autori. Fusimaky, dall'insieme delle sue esperienze, ha affermato che le stesse modificazioni epiteliali nello stomaco si possano avere con una alimentazione insufficiente in vitamina A. Quale è la carenza che domina nelle esperienze di Passey? è quella di vitamina A, oppure del magnesio? Secondo l'A. esse possono agire contemporaneamente; ad ogni modo queste esperienze dimostrano che l'alimentazione con pane bianco è capace di rendere attive delle cause di iperplasie epiteliali che non esistono nei soggetti ben nutriti: ne deriva anche che, in tutte le esperienze di cancerizzazione artificiale, è importante tener conto dell'alimentazione. G. La Cava.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Gius. Fr. Stefanini. *Sindrome da bacterium coli che simula una blenorragia da diplococco di Neisser.* — Tip. Tavecchi, Bergamo, 1935.

E. Dusini. *La nuova legge sanitaria.* — R. Zannoni, Padova, 1935.

U. Nobili. *Contusioni dell'addome e lesioni viscerali conseguenti.* — L. Cappelli, Bologna, 1935.

Sacco. *Di un raro caso di lussazione del 3° metacarpo.* — Tip. Vogliotti, Torino, 1935.

P. Belsanti. *Intorno al meccanismo di produzione delle rotture sottocutanee del rene.* — Tip. Ganzetti, Como, 1935.

R. F. Vaccarezza, G. Pollitzer y R. Ferretti. *Imagenes triangulares mediastino-diafragmaticas por retracion del lobulo pulmonar inferior.* — Libr. Las Ciencias, Buenos Aires, 1935.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Concorso - Revoca dell'avviso.

Si ammette concordemente che la pubblica amministrazione abbia il potere di revocare l'avviso del concorso, ma per motivi legittimi, i quali devono essere dichiarati e sono, quindi, controllabili. La efficacia dei motivi è relativa alla fase del procedimento durante il quale sopravviene la causa amministrativa che determina la revoca. Pubblicato l'avviso del concorso, e prima che sia scaduto il termine per la presentazione dei titoli, l'amministrazione ha un potere più intenso, perchè ancora non si sono nemmeno costituiti interessi concreti che possano trovare protezione giuridica; dopo la chiusura del concorso, la entità della causa deve essere considerata anche in rapporto agli interessi dei concorrenti; approvata la graduatoria, quando cioè il procedimento è compiuto con effetti dichiarativi della idoneità, sicchè c'è l'interesse del vincitore, fortemente protetto, il potere di revoca è meno intenso.

Se, per es., sopravvenga un nuovo ordinamento per disposizione di legge o per atto amministrativo speciale, e lo scopo del concorso non corrisponda più alle esigenze dell'amministrazione, la revoca è legittima. Si è ritenuto motivo idoneo il riconoscimento della insufficiente partecipazione di concorrenti, per difetto di pubblicità dell'avviso. Recentemente la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 8 agosto 1935, n. 775, ha considerato « legittimi motivi di modificazione del bando la urgente necessità di provvedere alla *terza vacanza* verificatasi dopo la pubblicazione del bando, nonchè la convenienza amministrativa di provvedere con unico concorso a coprire i tre posti di primario chirurgo ». Questa risoluzione sembra discutibile. Si trattava di una semplice convenienza amminstratva, la quale non poteva forse legittimare una modificazione perturbatrice di interessi legittimamente già costituiti.

È però da avvertire che, in quel caso, le operazioni del concorso non erano ancora iniziate e c'era soltanto l'atto di nomina della Commissione e la sentenza, prudentemente motivata, evita la possibilità di eccessive generalizzazioni. « Nessuna operazione che possa definirsi di espletamento nonchè compiuta, era stata nemmeno iniziata. Giacchè, se la nomina della Commissione esaminatrice, come altresì la pubblicazione del bando, siano atti preparatori necessari per la esecuzione del concorso, non possono considerarsi come atti di espletamento del concorso stesso, i quali si iniziano con le operazioni esecutive del bando spettanti all'attività della Commissione esaminatrice, ossia con quelle di scrutinio dei candidati che termina con la formazione della graduatoria. *Ora, nella specie, la Commissione esaminatrice non aveva nemmeno iniziato i suoi lavori.* E nemmeno erano stati lesi interessi legittimi attuali e concreti dei concorrenti. Se, invero, è ammissibibile, in limite di concorso, la tuteta dell'interesse del concorrente alla legittima valutazione delle sue prove di capacità, quando abbia titolo allo scrutinio, non è ammissibile alcun interesse tutelabile a che venga circoscritta codesta valutazione a un numero determinato di candidati. Può costituire, dal punto di vista esclusivamente personale, una utilità per i candidati che il rapporto tra il numero dei concorrenti e i posti messi a concorso sia quanto più è possibile ristretto; non può certamente tale interesse contrapporsi a limite dell'attività dell'amministrazione, agente nell'interesse generale, il quale riceve tanto maggiore utilità, quanto più cospicuo è il numero dei concorrenti ».

Quest'ultima considerazione in linea di massima è esatta, ma deve essere intesa con molta prudenza e in relazione agli interessi concreti che si sono costituiti. Se lo stesso criterio prevalesse oltre misura, cioè oltre il limite nel quale la decisione lo ha circoscritto, si potrebbe legittimare la revoca del concorso, in ogni caso, per il fine di assicurare la più larga partecipazione di concorrenti. Ma la decisione non dice questo: riferendosi a quel concorso, per il quale il processo di valutazione non era iniziato, e considerata la utilità amministrativa di provvedere contemporaneamente ad altro posto che frattanto si era reso vacante, la Sezione ha ritenuto legittimo il motivo della modificazione dell'avviso e irrilevanti gli interessi dei concorrenti in quanto era aperta soltanto la via alla possibilità di nuovi aspiranti.

Si deve tener presente, sempre, che il magistrato non fissa principi nè espone teorie, ma risolve *quistioni concrete*, circostanziate, e adegua le risoluzioni alle particolarità complesse e varie dei singoli casi.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Il bilancio del Ministero dell'Interno.

Discutendosi alla Camera dei Deputati il bilancio del Ministero dell'Interno, l'on. VISCO ha lumeggiato la intensa attività del Regime nel settore igienico-sanitario: riorganizzazione del C. S. S., creazione del T. U. leggi sanitarie, accentuazione dell'indirizzo tecnico-scientifico della Direzione generale di Sanità, problema delle case rurali, organizzazione antimalarica — che ha riportato un grande successo nell'Agro pontino, attraverso l'opera della C. R., che non va smobilitata —, costruzione di acquedotti ed altri lavori di risanamento igienico, colonie climatiche, attività assistenziale, tra cui quella alle famiglie di combattenti nell'A. O. Si occupa del problema demografico. Crede che convenga agire energicamente per ridurre sempre più la mortalità infantile.

L'on. DE MARSICO rileva che le provvidenze per la lotta antitubercolare, per la difesa dell'infanzia ecc. sono aspetti varî dell'opera del Fascismo, che ha abbandonato il concetto dell'assistenza, per assurgere a quello del dovere e della solidarietà sociale.

L'on. TOMASELLI tratta delle opere pubbliche e dell'attività assistenziale.

In un magnifico discorso, il sottosegretario on. BUFFARINI-GUIDI ha illustrato la perfetta architettura politica e sociale dello Stato fascista.

Ha documentato la consistenza patrimoniale degli Istituti di beneficienza e assistenza: è valutabile in più di otto miliardi e mezzo di lire, destinati a scopi varî e di cui uno e mezzo da elargizioni e lasciti dopo l'avvento del Fascismo. Per alcuni aspetti e settori richiedono aggiornamenti nei sistemi di gestione.

In merito alle condizioni igienico-sanitarie, osserva che esse nell'anno decorso si sono mantenute soddisfacenti, il che prova come il Regime prosegua senza soste nella sua decisa volontà di tutelare la salute della razza.

La mortalità generale è rimasta quasi allo stesso livello dell'anno 1934, confermando la progressiva diminuzione che in appena un decennio ha determinato un guadagno di circa 4 punti sul quoziente generale.

Rilevante — come ha avvertito l'on. relatore — è la diminuzione di mortalità relativa alle malattie infettive; tale mortalità, che prima gravava per oltre 1/4 sulla mortalità generale, oggi vi grava appena per 1/8. È poi importante rilevare, che non si è avuto nell'anno 1935 nessuna denuncia per malattie esotiche e per vaiuolo. È motivo di compiacimento anzi il constatare che da dieci anni l'Italia è immune completamente da quest'ultima grave malattia.

La lotta contro la malaria ha avuto una disciplina sempre più organica e completa ed ha reso più larga ed efficace l'opera di difesa dei lavoratori, specie nelle grandi bonifiche.

Per quanto riguarda l'andamento della malaria nell'Agro Pontino, conviene pienamente con l'on. Visco, che la morbilità per malaria in tutto quel territorio è ridotta a proporzioni insignificanti. Assicura l'on. Visco che l'organizzazione sanitaria nell'Agro Pontino non sarà nè smobilitata, nè comunque ridotta.

La lotta contro la tubercolosi è in continuo sviluppo. È doveroso segnalare per la sua importanza dal punto di vista politico-sociale la recente mozione del Comitato corporativo centrale per l'estensione dei benefici dell'assicurazione obbligatoria ai coloni e mezzadri ora concretata in un provvedimento legislativo. Con questa realizzazione il Regime manifesta ancora una volta la sua vigile, costante cura verso le forti e feconde falangi rurali, in guerra come in pace benemerite della Nazione. L'O. mette poi in evidenza che la Sanità Pubblica anche nella attuale contingenza della nostra azione militare in Africa Orientale, si è addimostrata completamente attrezzata e in piena efficienza, facendo fronte a tutti i nuovi complessi bisogni che l'intenso movimento di uomini e di quadrupedi ha imposto nell'ambito del territorio nazionale e specialmente nei porti.

Una trattazione particolare nel quadro della politica sanitaria e sociale del Regime, meritano l'infanzia e la maternità. Un primo aspetto che occorre riguardare con vivo interesse è quello della mortalità infantile, sul quale si sono intrattenuti anche gli onn. Visco e De Marsico.

Solo in questi ultimi anni il Fascismo è riuscito ad imporlo come problema decisivo, mettendone in evidenza tutta la portata sociale. Ma perchè sia possibile ottenere risultati più ampi e più efficaci di quelli sinora raggiunti, il problema deve uscire dalla trattazione teorica di uomini di scienza, altamente benemeriti, del resto, e trovare la sua soluzione integrale sul terreno pratico. Ciò si otterrà soltanto col concorso dell'opera appassionata e sapiente di tutti i medici d'Italia, ai quali mai dal Fascismo è stato rivolto invano un appello, allorchè si è trattato di difendere la sanità e lo sviluppo della razza.

Le numerose, organiche provvidenze adottate al riguardo dal Regime, sempre più e meglio applicate, non possono condurre ad un risultato pienamente favorevole, se non sono integrate dall'opera pronta, efficace, assidua, dei medici che debbono sentire come loro primo, imprescindibile dovere fascista, quello di contribuire con tutte le loro forze a ridurre la mortalità nella infanzia. Se la mortalità dei bambini entro il primo anno di assistenza è sensibilmente diminuita, negli ultimi tempi, per effetto delle provvidenze fasciste sulla maternità ed infanzia, essa è tuttavia, in alcune zone, ancora molto alta e suscettibile di notevole riduzione.

In questo campo, è d'accordo con l'on. Visco, deve essere particolarmente elogiata l'opera del Partito il quale attraverso le colonie climatiche estive, contribuisce così largamente a rinvigorire gli organismi infantili delicati o affetti da gra-

cilità costituzionale per renderli più resistenti a qualunque contagio.

Occorre rilevare, che la crescente attività, e la sempre più manifesta efficacia dei risultati ottenuti, non sono valsi a creare la unanimità dei consensi sulla bontà dell'indirizzo seguito. Ma gl'imponenti risultati raggiunti dimostrano quale e quanta sia stata la attività dell'Opera ed autorizzano a rivolgere un vivo elogio ai dirigenti.

L'O. tratta poi della situazione demografica.

Nell'insieme, si tende a migliorare sempre più lo stato sanitario, che è fattore fondamentale di forza e di potenza.

Il bilancio dell'interno è stato discusso anche al Senato; ne riferiremo nel prossimo numero.

Vaccinazioni antitubercolari preventive.

Una circolare del Ministero dell'Interno (Direz. Gen. Sanità Pubblica), in data 14 marzo, invita i Sigg. Prefetti e le autorità assimilate a voler interessare i Consorzi provinciali antitubercolari, perchè, in occasione della VI Campagna antitubercolare, venga attivata la necessaria opera di propaganda presso il pubblico e presso i medici allo scopo di diffondere l'utilità delle vaccinazioni antitubercolari.

MEDICINA SOCIALE

Assistenza sanitaria agli impiegati dell'industria.

Il 23 marzo, subito dopo l'assemblea delle Corporazioni, si sono riuniti a Roma i rappresentanti della Confederazione fascista dei lavoratori dell'industria e della Confederazione fascista degli industriali i quali, portando a conclusione trattative precedentemente iniziate, hanno convenuto d'istituire l'assistenza sanitaria per gli impiegati dell'industria. Con un telegramma se ne è dato notizia al Duce.

Le due Confederazioni s'incontreranno per concordare le norme per l'attuazione pratica e sollecita di tale assistenza, che verrà realizzata con la creazione di apposite Casse mutue provinciali.

Il bilancio delle corporazioni.

Discutendosi alla Camera dei Deputati il bilancio delle Corporazioni, il sottosegretario on. Lantini ha tra l'altro, a proposito di assistenza malattie, assicurato la Camera che, in accordo sempre più stretto fra le Associazioni di datori di lavoro e di lavoratori, si procede da parte delle rispettive Federazioni delle Mutue industriali ed agricole ad una sempre più efficiente estensione e ad un maggior coordinamento dell'attività assistenziale.

Con la vigilanza assidua del Ministero, all'arduo compito attendono le due anzidette Federazioni malattie, mirando alla graduale unificazione dei servizi ed allo snellimento delle gestioni, nell'intento di spianare sempre più la via verso la meta finale, segnata dalla Carta del Lavoro, dell'assicurazione generale contro le malattie.

Trattando delle Associazioni professionali, ha tra l'altro rilevato il contributo dato all'attività antisanzionista ed assicurato che esse provvederanno a perfezionare l'autonomia economica della Nazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

ALESSANDRIA, per Cavatore, Cereseto, Pozzolo Formigaro, Serravalle Scrivia; scad. 31 maggio.

ANCONA; proroga al 31 maggio.

ASCOLI PICENO, per Comunanza del Littorio, Francavilla d'Este; scad. 30 aprile.

BRESCIA; proroga al 31 maggio, ore 16.

CATANIA, per Acireale (condotta rurale), Mascalucia, Vizzini; scad. 1 giugno.

FORLÌ, per Savignano sul Rubicone (1ª condotta), Sarsina (1ª condotta); scad. 20 maggio.

LITTORIA; proroga al 31 maggio.

MESSINA, per Floresta, Francavilla di Sicilia, Graniti, Novara di Sicilia, S. Domenica Vittoria; scad. 30 maggio.

PAVIA, per Mortara (1ª cond.), Pavia (fraz. San Pietro in Verzolo, condotta esterna di levante), Pietra de' Giorgi, S. Cristina-Bissone; scad. 31 maggio.

REGGIO CAL., per S. Eufemia d'Aspromonte, Taurianova; scad. 30 aprile.

TRENTO, per Riva (frazioni di Nago-Torbole); scad. 31 maggio.

UDINE, per Forgaria, Lusenera, Previsdomini, Spilimbergo; scad. 30 maggio.

VENEZIA, per Stino di Livenza; proroga al 31 maggio.

(Per notizie degli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Scad. 20 maggio, ore 16; primario chirurgo ostetrico-ginecologo; titoli; nomine per 5 anni, conferma di 3 in 3 anni; L. 6000 lorde, partecipaz. 35 %. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria, Corso Onofrio Scassi.

PALMA CAMPANIA (*Napoli*). *Ospedale Civico « Biagio Lauro ».* — Scad. 5 maggio; direttore sanitario e due medici aggiunti; assegno annuo L. 720 a titolo rimborso spese; l'assegno verrà aumentato a L. 3000 non appena le condizioni finanziarie dell'Ente lo consentano; al direttore L. 500 indennità di carica, 50 % incassi ricoverati per proprio conto. Tassa L. 10,10. Per altre condizioni rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

ROMA. *Ministero dell'Educaz. Naz.* — Sono banditi i concorsi alle seguenti cattedre nella Facoltà di medicina e chirurgia: Anatomia umana normale (Parma); Farmacologia (Catania); Fisiologia umana (Sassari); Patologia generale (Cagliari); Patologia speciale medica e metodologia clinica (Catania); Anatomia e istologia patologica (Sassari); Clinica delle malattie nervose e mentali (Messina); Clinica ostetrica e ginecologica (Sassari).

TODI (*Perugia*). *Ospedale Civile.* — Scad. 4 maggio, ore 16; chirurgo primario; L. 11.000 oltre c.-v. e partecipaz. 50 %; 5 quadrienni decimo; età limite 40 anni. Tassa L. 50,20. Rivolgersi alla Congregazione di Carità.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In esito al concorso per una monografia di medicina ai Littoriali della Cultura e dell'Arte, la Commissione giudicatrice, presieduta dal prof. G. Petragnani, ha formato la seguente classifica: 1° Lucci Lorenzo, Messina; 2° Bucco Tommaso, Napoli; 3° Larato Vito, Bari; 4° Renda Marino, Napoli; 5° Fangoni Giuseppe, Bologna; 6° Lecchini Silvio, Siena; 7° Marcer Lamberto, Padova; 8° Boeri Enzo, Milano; 9° Galli Federico, Roma; 10° Zava Livio, Padova.

Il dott. Pierre Fredet è eletto membro titolare dell'Accademia di Medicina di Parigi, nella Sezione di chirurgia, come successore del compianto dott. Walther.

Il dott. R. I. Hopff è nominato presidente dell'Associazione odontologica argentina.

Il prof. Ceferino Orol Arias è nominato presidente della Società argentina di dermatologia e sifilografia.

Il dott. Jayme Poggi è nominato presidente del Collegio brasiliano dei chirurgi.

La Società medica degli ospedali di Parigi ha eletto presidente il prof. C. Rist, che succede al prof. Emile Sergent.

La Società dei chirurgi di Parigi ha eletto presidente il dott. André Trevès.

Il dott. Ombrédanne, professore di chirurgia infantile e ortopedica alla Facoltà di medicina di Parigi, è nominato presidente dell'Ufficio permanente della Società internazionale di ortopedia.

Il dott. José Bonaba è nominato direttore dell'Istituto di clinica pediatrica e di puericultura a Montevideo.

Il dott. A. Baird Hastings ha rassegnato le dimissioni da professore di biochimica all'Università di Chicago, per accettare il posto di professore di chimica biologica all'Università di Boston, quale successore di O. Folin.

NOTIZIE DIVERSE

La 6ª Campagna antitubercolare.

Tutta la stampa ha dato e continua a dare ampie notizie su questa grandiosa manifestazione nazionale; pertanto possiamo esimerci dal riferirne gli sviluppi e ci limitiamo a qualche accenno.

Il 28 marzo il Duce ha ricevuto a Palazzo Venezia gli organizzatori: sen. Maragliano (anche in rappresentanza dell'on. Paolucci), on. Morelli, prof. Bocchetti, sen. Cremonesi, i consigli direttivi della Federazione e della Croce Rossa, i presidenti e delegati delle sezioni regionali della Federazione; erano anche presenti il direttore generale della Sanità Pubblica e il presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Il sen. Maragliano espose le direttive della campagna; il Duce procedè poi alla consegna dei premi assegnati ai Consorzi antitubercolari che più si sono distinti nello scorso anno.

Gli organizzatori sono stati anche ricevuti da S. S. Pio XI, il quale ha tenuto un efficace discorso.

Imponente è stata l'inaugurazione ufficiale della campagna, tenutasi a Roma il 29 marzo nel Teatro Reale dell'Opera, all'augusta presenza di S. M. la Regina d'Italia; alla cerimonia sono intervenute le più alte gerarchie e autorità dello Stato, rappresentanti dell'Esercito, della Scienza, dell'Arte; il discorso inaugurale è stato pronunziato dal prof. Petragnani.

S. S. Pio XI ha impartito la benedizione apostolica a tutti coloro che si adopreranno e si adoperano nella lotta contro la tubercolosi, specialmente nella « Giornata delle due croci ».

Gruppo cardiologico italiano.

Per riunire, anche quest'anno, quanti medici, anatomici, fisiologi e patologi si interessano a questioni che hanno riguardo alla fisiopatologia e alla clinica dell'apparato circolatorio, viene indetta la II riunione del Gruppo Cardiologico Italiano il 25 aprile 1936-XIV alle ore 9 antim. a Milano nell'aula della Clinica Medica Generale della R. Università in via Francesco Sforza 35; promotori sono i proff. L. Zoja, C. Frugoni, D. Cesa-Bianchi, C. Pezzi, D. Pace.

In questa riunione saranno svolte le due seguenti relazioni: C. Foà, « Fisiopatologia delle zone vasosensibili »; P. Benedetti, « Nuove proposte di valutazione quantitativa morfologica e funzionale del cuore ». Seguiranno la discussione sulle relazioni e le comunicazioni che venissero annunciate, per tempo, sullo stesso argomento.

Chi vuol prendere parte alla riunione è pregato di inviare al più presto l'adesione; indicare i titoli delle eventuali comunicazioni che desidera fare; consegnare prima della seduta il testo delle eventuali comunicazioni, dovendosi subito provvedere alla pubblicazione degli Atti della Riunione in un numero speciale di « Cuore e Circolazione »; rivolgersi al dott. Ercole Buccianti, R. Clinica Medica Generale, via Francesco Sforza 35, Milano.

33° Congresso italiano di ostetricia e ginecologia

Il XXXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia si svolgerà a Milano dall'11 al 14 ottobre, nell'occasione della celebrazione del trentennio della Clinica « L. Mangiagalli » (fondata da Mangiagalli nel 1906) e del rinnovamento edilizio di essa.

Il prof. Alfieri ha iniziato il lavoro di organizzazione del Congresso di Milano.

La parte scientifica del Congresso comprenderà le seguenti relazioni: « Il carcinoma endocavitario dell'utero » (rel. prof. G. Dellepiane, Novara); « Il ricambio in gravidanza » (rel. prof. R. Bompiani, Palermo); « La mortalità materna per cause ostetriche » (rel. prof. P. Gaifami, Roma).

S. E. il Ministro della Educazione Nazionale ha recentemente nominato — secondo le nuove disposizioni — il nuovo ufficio di presidenza della Società, così composto: presidente: prof. Paolo Gaifami (Roma); vice-presidenti: prof. Ersilio Ferroni (Firenze), prof. Valerio Artom di Sant'Agnese (Roma); segretario: prof. M. B. Cetroni (Roma).

Altri congressi e convegni prossimi.

La Società internazionale di gastro-enterologia, d'intesa con la Compagnia delle acque di Vichy, organizza dal 13 al 18 settembre 1937, una « settimana gastro-enterologica », la quale comprenderà due congressi:

2° Congresso internazionale di gastro-enterolo-

gia, a Parigi, dal 13 al 15 settembre, sotto la presidenza del prof. Pierre Duval. Temi: « La diagnosi precoce del cancro gastrico »; « L'occlusione acuta e cronica del tenue ». Segretario generale: Dr. Georges Brohée, rue de la Concorde 64, Bruxelles, Belgio;

Congresso internazionale sull'insufficienza epatica, a Vichy, dal 16 al 18 settembre, sotto la presidenza del prof. M. Loeper. Segretario generale: Dr. J. Aimard, rue Lardy 5, Vichy, Francia.

Lingue ufficiali saranno: il francese, l'inglese, l'italiano, lo spagnolo, il tedesco e una lingua slava.

La quota annuale d'iscrizione alla Società importa 350 franchi belgi; dà diritto a ricevere le pubblicazioni dell'Ente ed a partecipare alla Settimana gastro-enterologica.

Il 24° Congresso francese di medicina è indetto a Parigi dal 12 al 14 ottobre, sotto la presidenza del prof. Marcel Labbé. Temi: « Meningiti acute curabili »; « Le sindromi paratiroidee »; « Le medicazioni del simpatico ». Quota: 100 franchi per i membri effettivi e 50 per gli associati. Informazioni dal segretario, prof. Harvier, rue du Bac 1, Paris VIIe.

La Società tedesca di pediatria si riunirà dal 22 al 25 luglio a Würzburg, sotto la presidenza del prof. J. Rietschel (Inst. f. Kinderkrankheiten, Medizinische Fakultät). Temi: « Sieri antitossici e battericidi »; « Le anemie e le diatesi emorragiche nell'età infantile ». In occasione del congresso si terrà anche un'adunanza dei medici della Lega tedesca per la tutela dei lattanti e dei piccoli bambini.

La Società tedesca di medicina interna e di neurologia della Repubblica Cecoslovacca si riunirà il 16 e il 17 maggio, sotto la presidenza del prof. R. Schmidt; tema principale: « I tumori maligni ». Informazioni dal Dr. Feuereisen, Washingtonova 9, Praha-II, Cecoslovacchia.

Il congresso nazionale belga di neurologia e di psichiatria si adunerà il 26 e il 27 settembre a Lovanio ed a Bruxelles; temi: « L'intelligenza nei malati di mente »; « I tumori del lobo temporale ».

Un congresso dei medici igienisti della Francia è indetto a Grenoble per il 25 giugno; sarà seguito da escursioni nelle stazioni termali e climatiche del Delfinato.

Corsi di perfezionamento.

Il 7° corso internazionale di alta coltura medica, organizzato da L. W. Tomarkin, avrà luogo dal 5 (oppure dal 7) settembre al 21 settembre 1936, in Atene, sotto il patronato del Re Giorgio II di Grecia e sotto gli auspici dell'Università di Atene, con la cooperazione del ministero dell'Igiene. Saranno trattati i seguenti soggetti: Affezioni cardio-vascolari; Chirurgia: *a*) ortopedica, traumatologica e riparatrice, *b*) toracica e gastro-enterica, *c*) generale; Medicina tropicale, subtropicale e malattie infettive; Dermatologia; Endocrinologia; Tubercolosi; Conferenze libere. Il corso sarà presieduto dal prof. Dustin, rettore dell'Università di Bruxelles. Si terrà una commemorazione di eminenti studiosi scomparsi, che hanno maggiormente contribuito a risolvere il problema della malaria: Manson, Ross, Laveran, Golgi, Marchiafava, Celli, Grassi. Sono in programma delle escursioni nella Grecia antica. Segretario del corso è il dott. Marcel Laemmer. Per informazioni dirigersi al segretario generale: Dr. L. W. Tomarkin, Faculté de Médecine, boulevard de Waterloo 115, Bruxelles, Belgio.

Il 57° Corso di perfezionamento nella Facoltà medica viennese è indetto dal 4 al 16 maggio; concernerà i progressi della terapia nelle malattie interne, con speciale riguardo alle zone limiti. Rivolgersi al Dr. A. Kronfeld, Secretär der Fortbildungskurse der Wien. mediz. Fakultät, Porzellangasse 22, Wien IX, Austria.

Azioni giudiziarie.

Alla Corte Suprema dell'Oregon hanno appellato, dopo una prima sentenza sfavorevole, due medici citati da un cliente che, in seguito a un atto operatorio per asportazione di una cisti branchiale nella regione destra del collo, era stato colpito da paresi facciale destra e da paralisi parziale della spalla e del braccio destro. Ambedue le parti ricorsero a perizia medica: contro la perizia degli imputati, la quale sosteneva che la paralisi fosse stata prodotta da contusione del nervo spinale accessorio, la perizia della parte lesa dimostrò che il nervo stesso era stato distaccato: in caso di semplice contusione, all'epoca del giudizio il nervo avrebbe avuto tutto il tempo di rigenerarsi, facendo cessare la paralisi. Ciò accertato, e ammesso che la lesione era solo imputabile a negligenza degli operatori, non essendosi prodotto alcun incidente nel corso dell'operazione, la Corte confermò la sentenza di condanna.

Echi della nostra impresa africana.

La Principessa di Piemonte è partita per l'A. O. quale crocerossina, fulgido esempio di amore e devozione alla Patria.

Rileviamo da « L'Avvenire Sanit. » del 19 marzo che il dott. Lemmi, di Torino, capo-manipolo medico nella Divisione « 23 Marzo » delle CC. NN., durante la battaglia dell'Endertà dirigeva un piccolo posto di medicazione avanzatissimo; l'ufficiale comandante la sezione di mitragliatrici pesanti rimase ferito e il Lemmi, lasciati i feriti in cura agli aiutanti, prese il suo posto e diresse con calma e sicurezza l'azione, guadagnandosi un elogio del Comando.

Nella « Presse Méd. » del 25 marzo il dott. Martiny descrive ed illustra l'ambulanza chirurgica E, diretta dal prof. Paolucci sul fronte settentrionale italo-etiopico.

Si ha da Addis Abebà che è colà giunto uno dei componenti della Croce Rossa olandese, il dott. Van Schelven, reduce dal fronte settentrionale.

Egli ha narrato che l'Ambulanza è stata assalita da irregolari abissini, i quali hanno massacrato i diciassette soldati che avevano il compito di scortarla.

Il dott. Schelven aveva gli abiti bruciacchiati da alcune pallottole che lo avevano sfiorato, mentre un suo collega, anch'egli olandese, è rimasto ferito.

Un po' dovunque.

La 2ª Conferenza medica internazionale del Pacifico si è tenuta a Sidney (Australia), nei locali della Scuola di sanità pubblica e di medicina tropicale, sotto la presidenza del direttore generale di sanità dell'Australia, dott. J. H. L. Cumpston. Speciale interesse hanno destato le relazioni del dott. E. J. Brennan sulla difesa della Nuova Guinea contro la malaria e la discussione sulla framboesia tropicale.

La Conferenza Medica Pan-Indiana ha tenuto la 12ª sessione a Nagpur dal 26 al 28 dicembre.

La direzione dell'Associazione medico-chirurgica latino-americana, organizzata a Lima nel 1933, è stata trasferita a Buenos Aires; alla presidenza del Comitato è nominato il prof. Aráoz Alfaro.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 21 e il 28 febbraio e il 13 marzo, sotto la presidenza del prof. A. Bozzoli, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Sono state fatte comunicazioni da: A. Zanniol, M. Venzoni, G. Bonfini, M. Bortolozzi; G. C. Riquier; A. Grollo, A. Tronconi, F. Pezzato, G. Colesanti.

La Società Medico-Chirurgica Calabrese, Sezione di Cosenza, si è adunata il 30 novembre e il 22 febbraio, sotto la presidenza del prof. Falcone, assistito dal segretario dott. M. Carbone. Sono state fatte comunicazioni da: Santoro, Casciaro, Diano, Misasi; Clausi-Scettini, Falcone, Rodotà.

Il prof. Umberto Carpi, dell'Università di Milano, ha tenuto nella R. Clinica medica di Genova una conferenza sul tema: Pneumotorace terapeutico e pleurolisi intrapleurica », con proiezioni.

Il fascicolo di « Acta Medica Italica », destinato alla Medicina coloniale italiana, di pagine 152, con numerose illustrazioni, ha avuto un grandissimo successo.

Sono pervenuti al direttore, prof. P. Piccinini, moltissimi ed autorevoli plausi; sopratutto va segnalato un telegramma col quale il comm. Sebastiani gli ha comunicato il ringraziamento ed il compiacimento del Capo del Governo.

Il Commissario Prefettizio di Bressanone (Bolzano), nelle spese facoltative straordinarie, ha preventivato la somma di L. 100.000 quale contributo del Comune per l'incremento della città quale centro di cure fisiche e naturiste. Con tale misura l'Amministrazione straordinaria del Comune non ha voluto rimanere estranea al movimento che vuol fare di Bressanone un centro di cura. Si tratta sopratutto di attrezzare meglio lo stabilimento di cure fisiche, per metterlo in condizione di rispondere al programma tracciato dal Capo del Governo, il quale ha manifestato l'intendimento che Bressanone divenga un luogo di cure naturistiche.

Il sig. Carlo Negro ha lasciato circa un milione e mezzo di lire all'Ospedale Maggiore di Milano.

A S. Margherita Belice (Agrigento) si sono iniziati i lavori per la costruzione di un ospedale, intitolato al dott. Onofrio Abruzzo, che ha lasciato oltre un milione di lire a tale scopo.

Il conte Viladomat di Barcellona ha messo a disposizione di quel Consiglio di assistenza sociale della Catalogna la somma di 100.000 pesete, per la creazione e il mantenimento di asili-nido per l'infanzia. Or è qualche tempo egli aveva già donato un milione di pesete per l'Ospedale Clinica di Barcellona.

Alla Facoltà medica di Bucarest, in seguito al ritiro dall'insegnamento del prof. Nanu Muscel, titolare della 1ª Clinica medica, sono intervenuti alcuni cambiamenti. La clinica medica dell'Ospedale Filantropia, diretta da Danielopolu, diviene 1ª Clinica medica; quella dell'Ospedale Coltzeu, diretta da C. Bacaloglu, diviene 2ª; alla 3ª, divenuta ora vacante, il Consiglio di facoltà ha nominato il prof. N. Lupu, titolare di anatomia patologica.

Il prof. barone Alessandro Koranyi, direttore della 3ª Clinica medica di Budapest, festeggerà in giugno il suo 70° compleanno; per tale occasione gli allievi preparano una pubblicazione giubilare.

Il 24 marzo, nell'aula magna dell'Università popolare di Milano, sotto gli auspicî del Sindacato provinciale dei medici e del Sindacato lombardo dei giornalisti, il prof. Aldo Maggiori ha commemorato il dottor Ry (Alessandro Clerici), medico e scrittore.

Il ministro dell'Educazione Nazionale ha stabilito che, nei riguardi delle maestre madri, il periodo di assenza dalla scuola determinato da ragioni di gestazione o di puerperio, sia considerato utile agli effetti dell'anzianità di servizio. Alle maestre che, per cause dovute a maternità, abbiano prestato meno di 140 giornate di scuola in un anno, non verrà applicata la decurtazione di sei mesi di servizio.

Il dott. Buck Ruxton, riconosciuto colpevole dal tribunale di Manchester di avere assassinato la moglie e la cameriera e fatto scempio dei loro cadaveri, è stato condannato alla pena capitale.

L'omicida del prof. Antonio Parrozzani, Francesco Mancini, è stato condannato dalla Corte d'Assise di Roma (I Sezione), come responsabile di omicidio premeditato, senza alcun beneficio o attenuante, all'ergastolo e alle conseguenze di legge.

Il 27 marzo si è spento a Pavia l'on. prof. comm.

OTTORINO ROSSI

Era nato a Solbiate Comasco il 17 gennaio 1877.

Nel 1912 vinse il concorso per la cattedra di Sassari e presso quella Università rimase fino al 1924 ricoprendo anche la carica di preside di quella Facoltà medica.

Nel 1924 fu chiamato all'Università di Pavia quale direttore della Clinica delle malattie nervose e mentali. L'anno seguente era nominato Rettore Magnifico di quell'Università, carica che occupò fino alla morte.

Studioso e scienziato di alto merito, lascia molte e pregevoli opere nel campo della Patologia generale, dell'Anatomia patologica e della Neurologia. La sua vasta produzione ha trovato larga risonanza nella stampa scientifica italiana e straniera. Conferenziere, scrittore e scienziato, egli, oltre alla sua attività di insegnante, svolgeva quella di condirettore della « Rivista Italiana di Patologia nervosa e mentale ».

Era socio di parecchie Società scientifiche, tra le quali quella per il Progresso delle Scienze, quella Italiana di Neurologia, la Soc. Medica di Pavia e la Soc. di Biologia, l'Istituto Lombardo ecc.

Nel 1933 fu chiamato a far parte del Consiglio Nazionale delle Ricerche e del Consiglio Superiore per l'Educazione Nazionale. Con la XXIX Legislatura fu eletto deputato al Parlamento.

Partecipò al conflitto mondiale, rimanendo sempre in zona di operazioni dal 1915 al 1918, raggiungendo il grado di tenente colonnello medico e guadagnandosi una medaglia d'argento al valor militare e la croce di guerra.

Durante il periodo bellico fu anche apprezzatissimo consulente neurologo della III Armata e insegnante alla Scuola medica di San Giorgio di Nogaro.

Iscritto al P. N. F. dal principio del 1923, fece parte del Direttorio della Federazione Provinciale di Pavia.

Nella M. V. S. N. aveva il grado di console generale medico e nell'Esercito di maggiore generale medico.

P. I.

È morto il dott. Francesco Fiore, decano dei medici municipali di Milano. Nativo di Altamura, appena laureato si trovò a Napoli colpita dal colera, prodigandosi. Nominato medico condotto a Badia San Salvatore in Toscana, vi studiò il saturnismo e la malattia dei minatori del Monte Amiata. Chiamato al Comune di Greco vi svolse la sua attività anche dopo l'annessione a Milano. Era un fascista fervente.

P. I.

Il dott. docente F. Pordes, roentgenologo a Vienna, è morto in età di 47 anni, vittima dei raggi X come già alcuni anni or sono il suo Maestro, prof. Guido Holzknecht.

È morto a Londra in età di 80 anni Sir Charles Ballance, che ha molto contribuito ai progressi realizzati dalla chirurgia del sistema nervoso: le sue ricerche sulla plastica dei nervi, sul trattamento della paralisi facciale, sull'exeresi dei tumori encefalici, sulla chirurgia della colonna vertebrale, lo hanno fatto universalmente conoscere. Malgrado l'età avanzata, continuava a lavorare nei nuovi laboratori di chirurgia sperimentale, istituiti dal Reale Collegio dei Chirurgi di Londra. Le qualità d'ingegno e di animo lo facevano generalmente stimare ed amare in patria e fuori; la sua vita fu un esempio di dignità e di abnegazione.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 24 febbraio al 1° marzo 1936: Morbillo 253 (1573); Scarlattina 128 (280); Pertosse 115 (477); Varicella 135 (346); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 126 (187); Infezioni paratifiche 32 (38); Febbre ondulante 27 (34); Dissenteria 3 (3); Difterite e croup 262 (462); Meningite cerebro-spinale epidemica 23 (28); Poliomielite anteriore acuta 9 (10); Encefalite letargica — (—); Anchilostomiasi 3 (3); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 38 (75), dichiarata — (—); Pustola maligna 16 (16); Febbre puerperale 37 (42).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 6 dic. — Rütz. Mezzi narcotizzanti moderni. — Scholtz. Terapia funzionale.

Clin. Med. It., nov. — O. Cantoni. Cirrosi pigmentarie. — L. Capani. Neurofibromatosi multiple.

Arch. Roun. de Path. expér. ecc., 3. — M. Nasta, E. Craciun. Immunità antitubercolare.

Sperimentale, IV-V. — M. Berzi. Spirochetosi ittero-emorragica. — F. Marchesi. Vitamina E. — L. Pozzi. Infiammaz. allergica nella parete dell'intestino tenue.

Ann. de l'Inst. Pasteur, dic. — E. Marchoux e A. M. D. Jolly. Ciclo evolutivo completo del Plasmodium falciparum nel sangue circolante. — Y. Massonélian. Sifilide tardiva.

Acta Med. Scand., I-II. — I. N. Kasakors. Polisatiterapia. — F. Mainzer. Nicturia. — H. Rothmann. Magrezza ipofisaria.

Paris Méd., 21 dic. — Ginecol. e ostetr.

Deut. Med. Woch., 20 dic. — Rosenhagen. Trattamento dell'ipertensione cranica.

Presse Méd., 18 dic. — E. Marchoux e V. Chorine. Malaria e reaz. di Henry.

Arch. Intern. Med., nov. — R. B. Capps. Sostanze ipertensive e ipertensione arteriosa. — H. O. Altnow. Amiloidosi renale.

Riforma Med., 14 dic. — L. D'Amato. L'ora attuale della medicina interna. — 21 dic. G. Buttaferri. Fenomeno di ostacolo nel liquor e nelle urine dei traumatizzati cranio-cerebr.

Giorn. di Batter. e Immun., dic. — U. Pagnini. Il terreno all'uovo Petragnani per la differenziaz. delle brucelle. — M. Balduini. Sistema istiocitario e fenomeni immunitari. — L. Michelazzi. Fenomeno Sanarelli-Shwartzman.

Journ. A. M. A., 4 dic. — L. F. Craver. Etiologia del cancro. — J. Furth e al. Leucemia.

Nutrition, 3. — N. Pende. Alimentazione e biotipo individuale. — S. De Candia. Alimenti e sistema regolatre endocrino-simpatico.

Münch. Med. Woch., 27 dic. — K. Langgenhanger. Il miracolo dell'emostasi spontanea.

Deut. Med. Woch., 27 dic. — Thoenes. Correlazione tra vitamine D ed A.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., dic. — F. Fernández e J. M. Clavera. Le glicemie post-insuliniche nell'insufficienza epatica. — P. Docq. Patogenesi dell'ulcera gastro-duod.

Münch. Med. Woch., 3 gen. — C. Ehrhardt. Diagnosi biologiche dall'urina.

Deut. Med. Woch., 3 gen. — Beitzke. Fattori di resistenza nella tbc. polm. — Granzow. Diagnosi precoci ed erronee nella gravidanza extrauterina.

Haematol., X. — C. Cotti. Influenza della vitamina C sulle diatesi emorragiche.

Paris Méd., 4 gen. — Tubercolosi.

Arch. Intern. Med., dic. — J. F. Weor e M. Adams. Steatorrea idiopatica. — H. H. Beard. Il cancro come problema del metabolismo. — T. L. Althausen. Intolleranza per i carboidrati e flora intestinale.

Acta Med. Scand., III-IV. — S. G. Livierato e C. C. Salata. Diagnosi di malaria latente. — T. Lindquist. Acalculia. — F. Leiri. Azione del magnetismo e del potenziale elettrico sulla respirazione. — G. P. Ssacharoff e D. M. Mossijsky. Citotossinoterapia.

Journal A. M. A., 21 dic. — E. V. ALLEN e G. E. BROWN. Aspirazione e pressione alterne nel trattam. delle occlusioni arteriose cron. — W. BOURNE. Anestesia ostetrica all'etere vinilico nella pratica generale.

Wien. Klin. Woch., 10 gen. — MARBURG. L'epilessia come problema e nei rapporti con la terapia.

Journ. Méd. Franç., dic. — Poradenite inguinale (4ª malattia venerea).

Presse Méd., 8 gen. — P. DUVAL e al. Polipeptidi sanguigni nel cancro. — P. EMILE-WEIL e al. Criptoleucemie.

Sang, I. — A. P. DUSTIN e O. WEIL. Reticulosi sinciziale.

Lancet, 18 gen. — H. P. HIMSWORTH. Diabete mellito insulino-sensibile e insulino-resistente. — J. A. HENDRY e G. I. GRIFFITS. Setticemia streptococcica trattata con iniezioni di sangue.

Wien. Klin. Woch., 17 gen. — FALTA. Basi teoriche del trattam. del diabete.

Riforma Med., 4 gen. — N. PENDE. Medicina italica correlazionista ed unitaria. — 11 gen. G. M. PICCININI. La farmacologia nel nuovo ordinam. degli studi medici.

Giorn. del Med. Prat., dic. — C. PERALLI. Occlus. della vena cava inf.

Münch. Med. Woch., 17 gen. — F. KELLER. Pneumonite atipica. — H. FÜRTH. Gravid. extrauterina a termine; estrazione di bambino vivente.

Deut. Med. Woch., 17 gen. — MAHLO. Fisiologia del muco gastr. — STRASSLER. Terapia dell'obesità.

Med. Kiinik, 17 gen. — S. THADDEA. Terapia moderna del m. di Addison. — J. PAL. Extrasistoli.

Journ. A. M. A., 28 dic. — W. M. SIMPSON. Terapia febbrile artific. nella sifilide. — J. P. LEAKE. Poliomielite consecutiva a vaccinaz. antipoliomielitica.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., gen. — A. J. E. AKELAITS. Aspetti psichiatrici del mixedema.

Revue Neurol., dic. — G. PETIT e L. MARCHAND. Encefalite acuta tossica sperimentale.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 13 Aprile 1936 - XIV — Num. 15

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L 100	L 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

La simpatectomia cervico-toracica per via anteriore: tecnica operativa; alcune indicazioni; qualche risultato.

ANGELO CHIASSERINI

Chirurgo primario nell'Ospedale del Littorio in Roma.

La via posteriore, per raggiungere i primi gangli dorsali e il terzo cervicale del simpatico, secondo la tecnica ideata alcuni anni or sono da Adson, è quella più generalmente conosciuta e praticata. Sembrerebbe anche la più logica, dato che i sopradetti gangli sono più vicini alla faccia posteriore che a quella anteriore del torace.

L'intervento è abbastanza ben regolato, ma, per eseguirlo, è necessario passare traverso uno strato muscolare di notevole spessore; resecare la parte paravertebrale della prima e spesso anche della seconda costa, nonchè le corrispondenti apofisi trasverse. Oltre a ciò non è raro che la pleura sia lesa, mentre la si distacca dai corpi vertebrali; e talora il ritrovamento della catena del simpatico può riuscire non del tutto agevole.

Queste difficoltà, che io stesso ho avuto occasione di sperimentare durante alcuni interventi, mi indussero a provare la via anteriore, seguendo le modalità descritte da Gask e Ross nel loro recente libro « Surgery of the sympathetic nervous system ».

La tecnica di questo intervento può essere così riassunta: Paziente in posizione semiseduta con testa estesa e ruotata dal lato opposto. Per rendere meno profonda la fossa sopraclavicolare è utile porre dietro il moncone della spalla un sacchetto di sabbia, mentre il braccio è tirato in basso e un poco indietro.

Anestesia locale, preceduta da iniezione di 1 ctg. di morfina, e anestesia basale avertinica.

Incisione immediatamente sopra la clavicola,

parallela a questa ed estesa dal margine anteriore del cucullare al capo clavicolare dello sterno cleido-mastoideo (fig. 1-2). Sezione par-

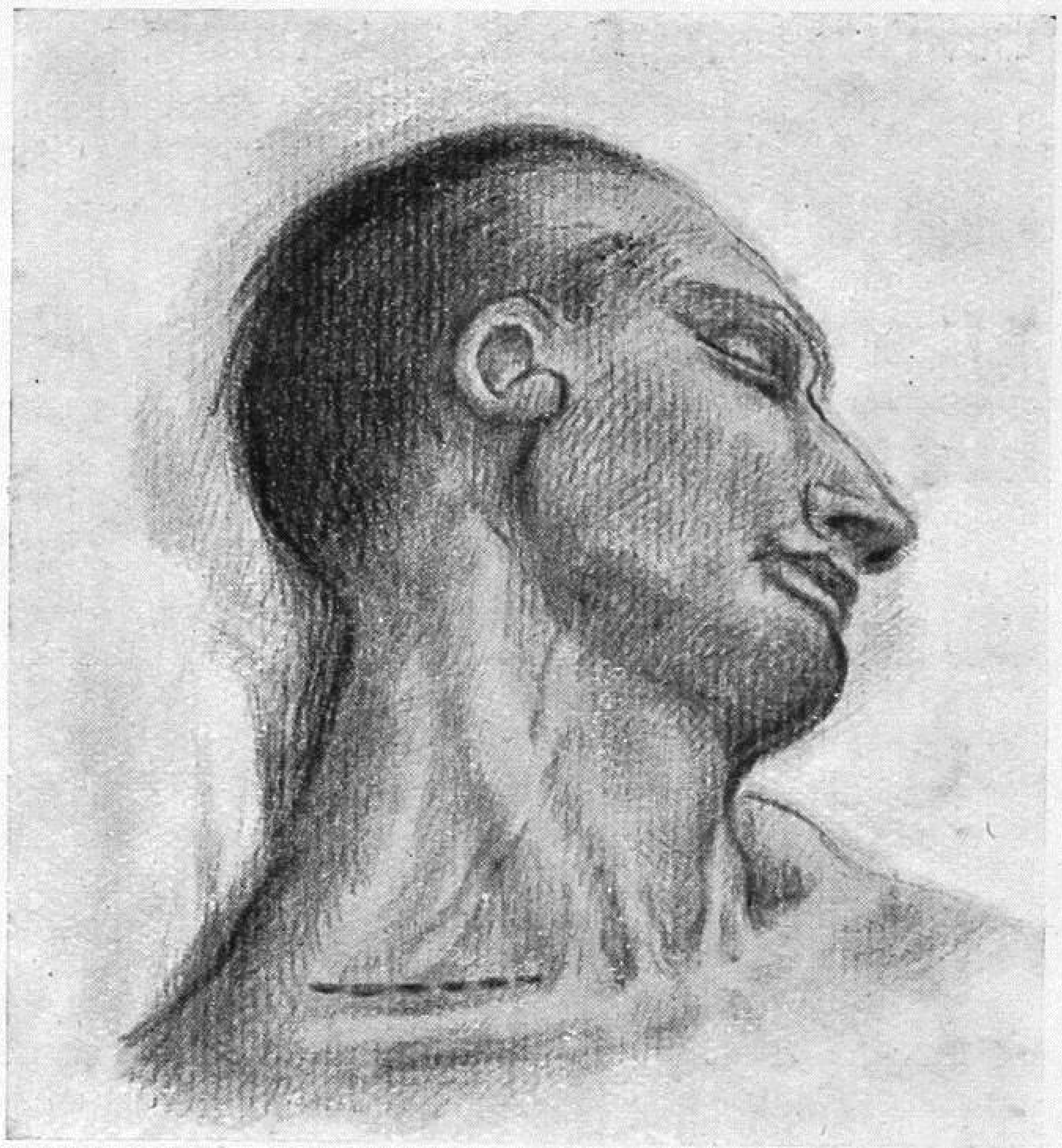


FIG. 1. — Tracciato dell'incisione cutanea.

ziale del tratto più esterno di questo muscolo poco al disopra della sua inserzione; scopertura e sezione del muscolo omojoideo (fig. 3);

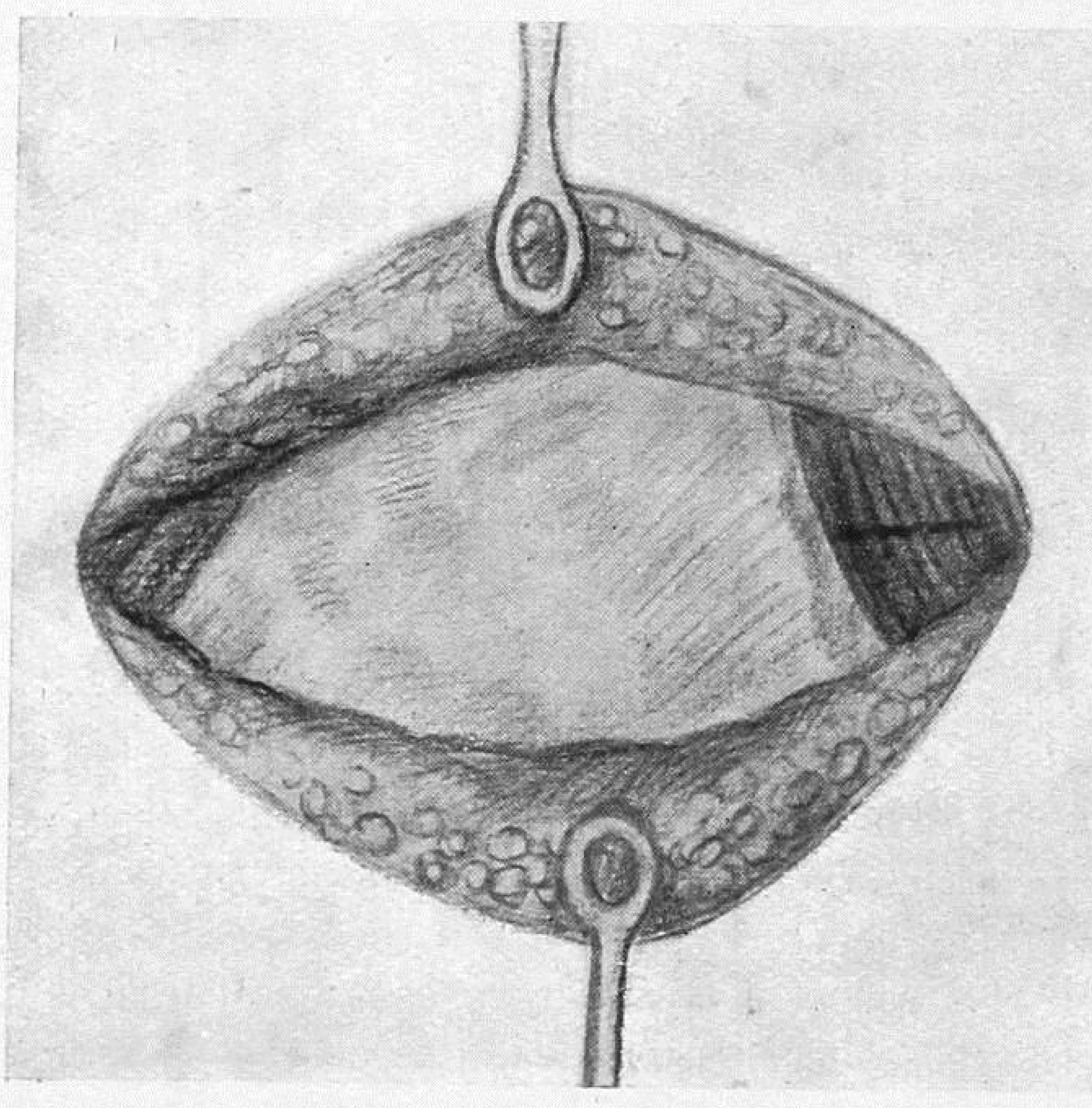


FIG. 2. — A destra fasci di fibre del capo clavicolare dello sterno-cleido, che debbono essere sezionati. Dal lato opposto compaiono alcuni fasci del trapezio.

isolamento e sezione del muscolo scaleno anteriore vicino alla sua inserzione costale, dopo che il nervo frenico è stato mobilizzato e spostato medialmente (fig. 4).

Viene così posto in evidenza il tratto retroscalenico dell'arteria succlavia (fig. 5). Si tratta adesso di farsi strada, procedendo lungo il lato supero-interno della prima costola, verso la faccia anteriore della colonna vertebrale. Per far questo, è di solito necessario sezionare l'arteria trasversa del collo, che dalla succlavia si porta in alto e verso i cordoni del plesso brachiale; talora conviene sezionare anche il tronco tireo-cervicale, che può originarsi molto vicino alla precedente arteria.

Procedendo dall'avanti all'indietro lungo la prima costola, si seziona la fascia che si inserisce al margine mediale di questa, e si scolla gradualmente l'apice del polmone, che traspare traverso l'involucro pleurico. Questo si tiene abbassato per mezzo di una spatola molle (sono molto adatte le spatole di piombo), che nello stesso tempo deprime l'arteria succlavia, mentre con altri divaricatori si retraggono delicatamente i cordoni del plesso brachiale da un lato; i muscoli della loggia carotico-tracheale dall'altro.

Si arriva così sull'estremo vertebrale delle prime due o tre costole, e sulla faccia anteriore dei corpi delle vertebre corrispondenti (fig. 6).

Il cordone del simpatico viene posto in evidenza, conoscendo la sua topografia. Lo si mobilizza, e lo si seziona al disotto del secondo o del terzo ganglio. Tirando poi su di esso si passa ad isolare il 1° dorsale e il 3° cervicale

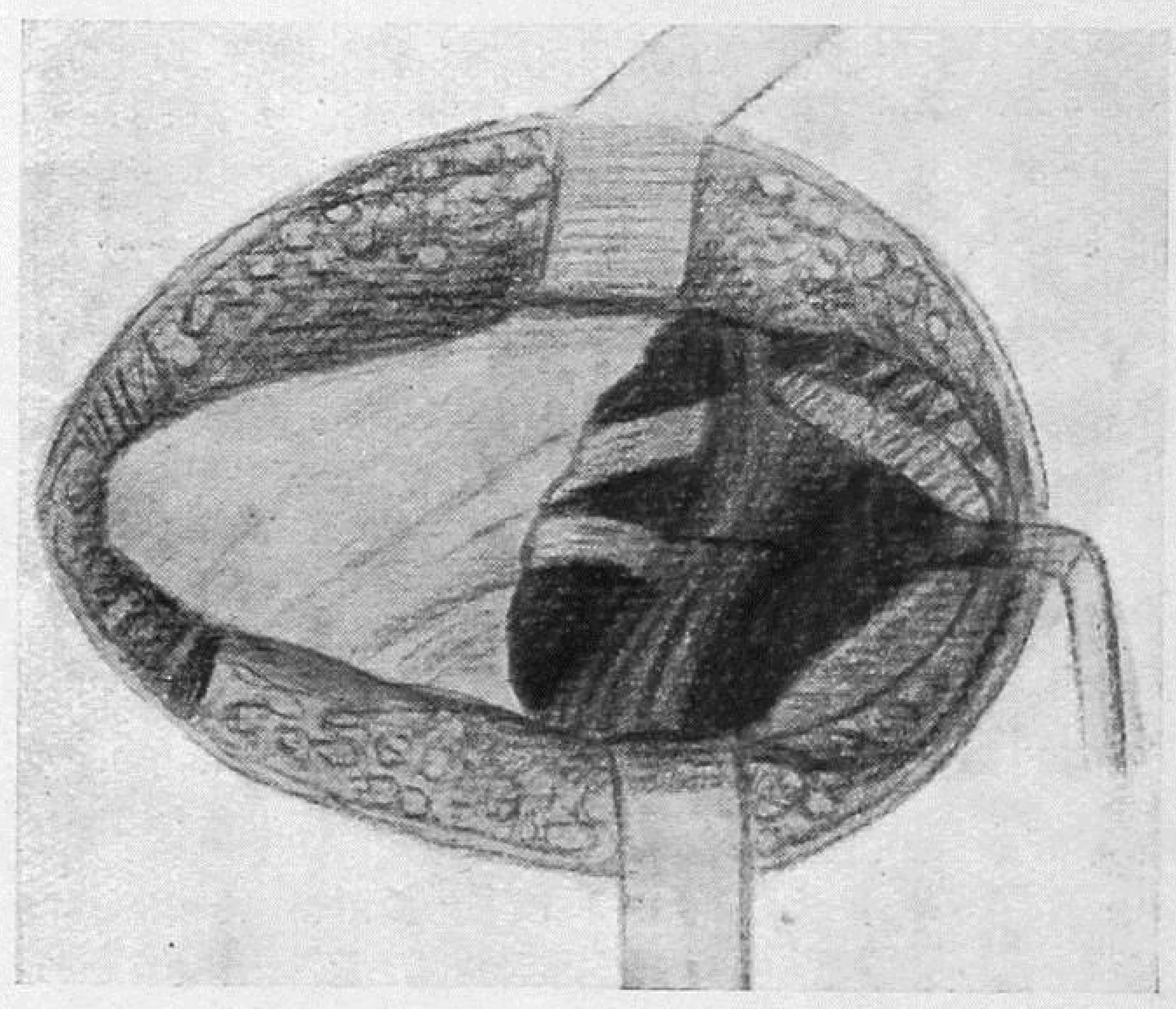


FIG. 3. — I fasci del cleido-mastoideo sezionato appaiono divaricati. Sull'omoioideo (un po' troppo tozzo nel disegno) appare il tracciato dell'incisione (che non è sempre necessaria). A sinistra si vedono due cordoni del plesso brachiale.

di solito fusi in un unico voluminoso ganglio stellato. Per ultimo si seziona il simpatico in corrispondenza del polo superiore di questo ganglio (figg. 7-8).

Quando si sia acquistata una certa pratica, si riesce ad eseguire l'intervento in 25 e 30 minuti.

Mi sembra che questa maggiore semplicità sia dovuta principalmente al fatto che, seguendo la via anteriore, si viene a sezionare un solo

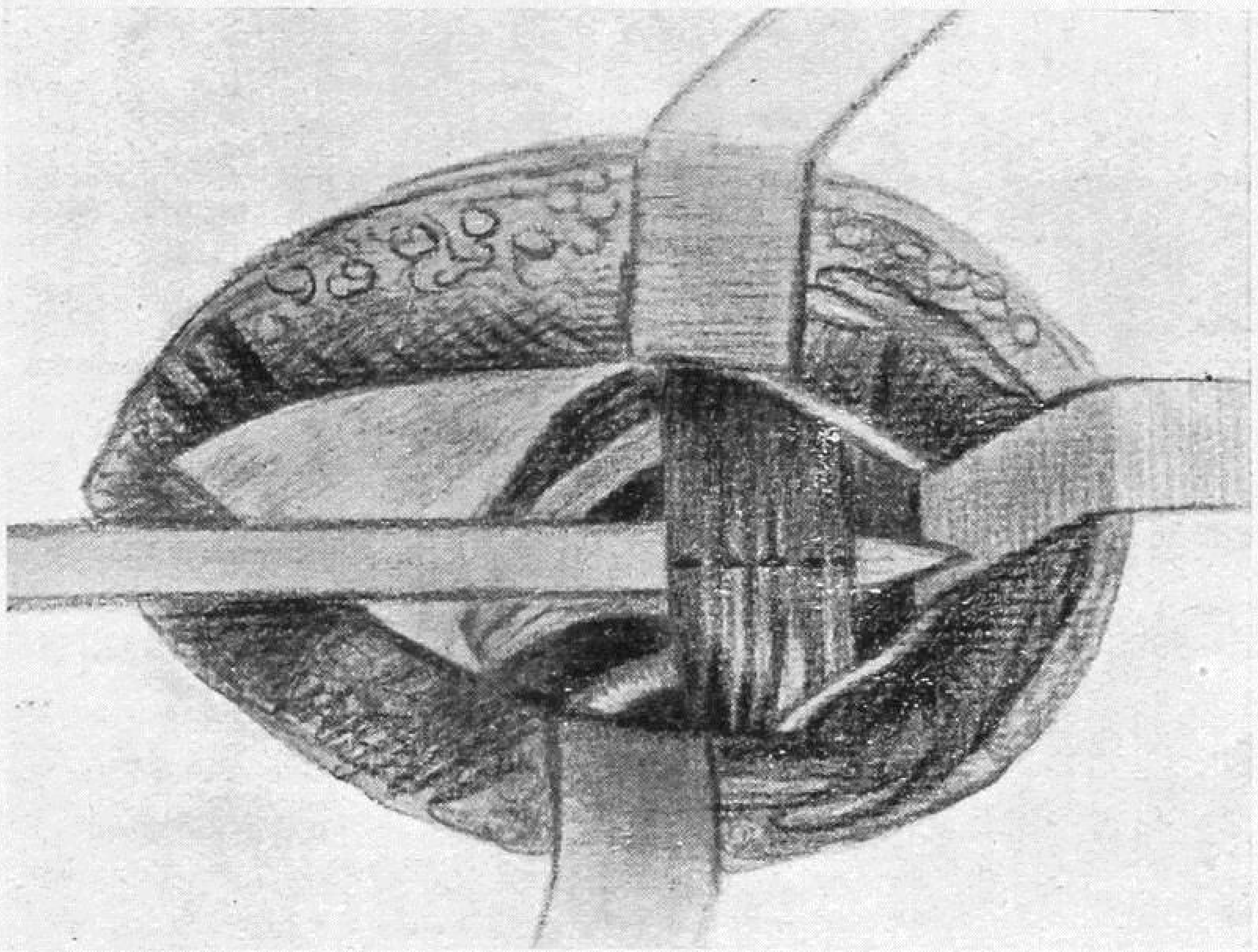


FIG. 4. — Tracciato dell'incisione sul muscolo scaleno anteriore, mentre il nervo frenico mobilizzato viene spostato da un divaricatore.

muscolo di un certo volume: lo scaleno anteriore. Il resto dell'operazione viene eseguito traverso zone di tessuto connettivale scarsamente vascolarizzato, che può essere facilmente spostato, per mettere in luce le strutture, che interessano.

Secondo la mia esperienza, che è attualmente basata su 15 interventi praticati su 12 pazienti, la simpatectomia cervico-toracica per via anteriore rappresenta un intervento assai più semplice di quello eseguito per via posteriore.

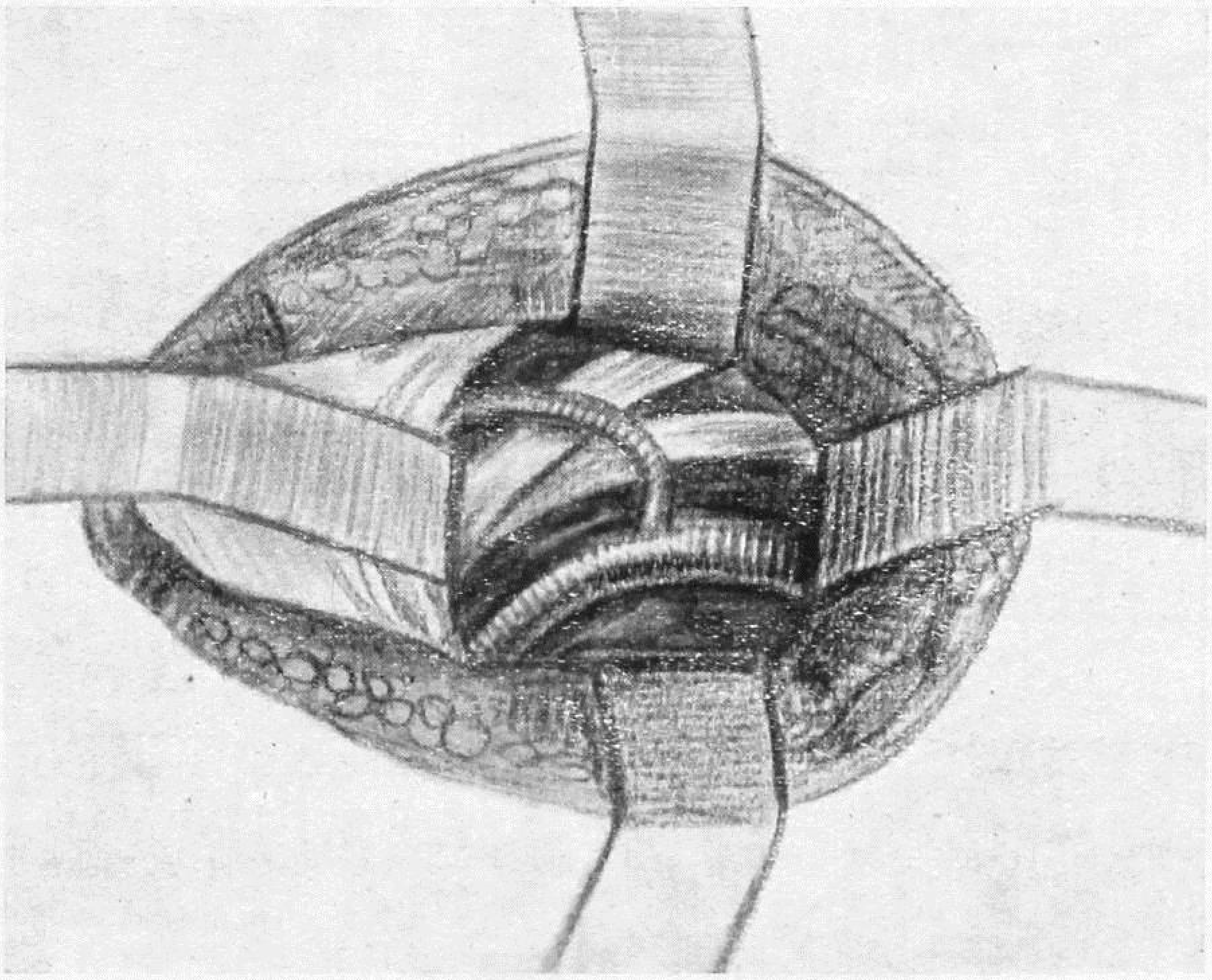


FIG. 5. — Sezionato il muscolo scaleno, appare il tratto retroscalenico della succlavia. La collaterale (un po' troppo voluminosa in questo disegno) è la trasversa del collo, che si dirige verso il plesso brachiale.

Non è necessaria alcuna resezione ossea; l'arteria succlavia, ben visibile, si lascia spostare con facilità, dopo aver sezionato una o due col-

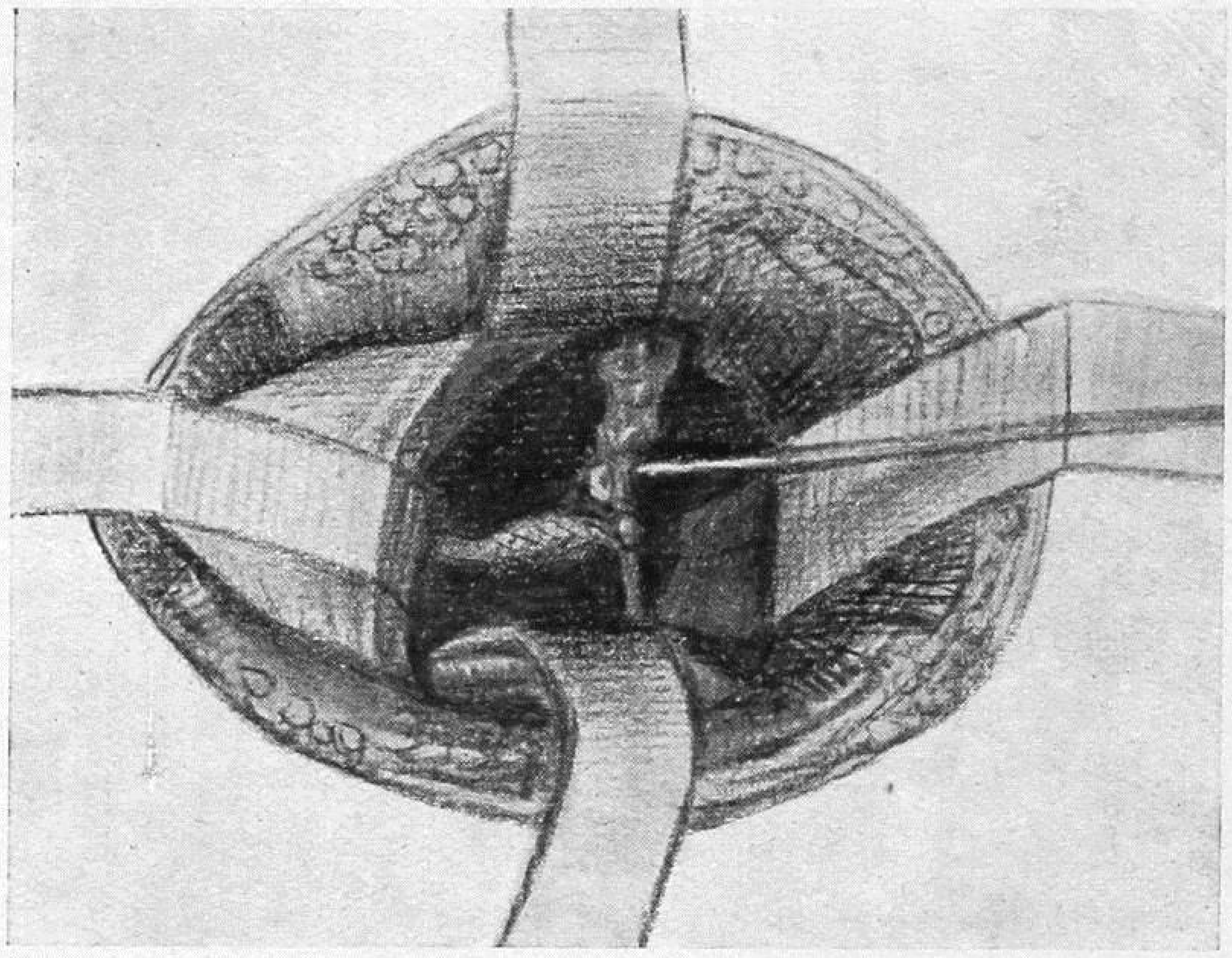


FIG. 6. — Lo scollamento della cupola pleurica è già avvenuto. Questa è tenuta abbassata dalla spatola. Si inizia la preparazione del tronco del simpatico.

laterali; la cupola pleurica si può scollare agevolmente.

Il cordone del simpatico deve essere ricercato, conoscendo la sua topografia: lo si trova

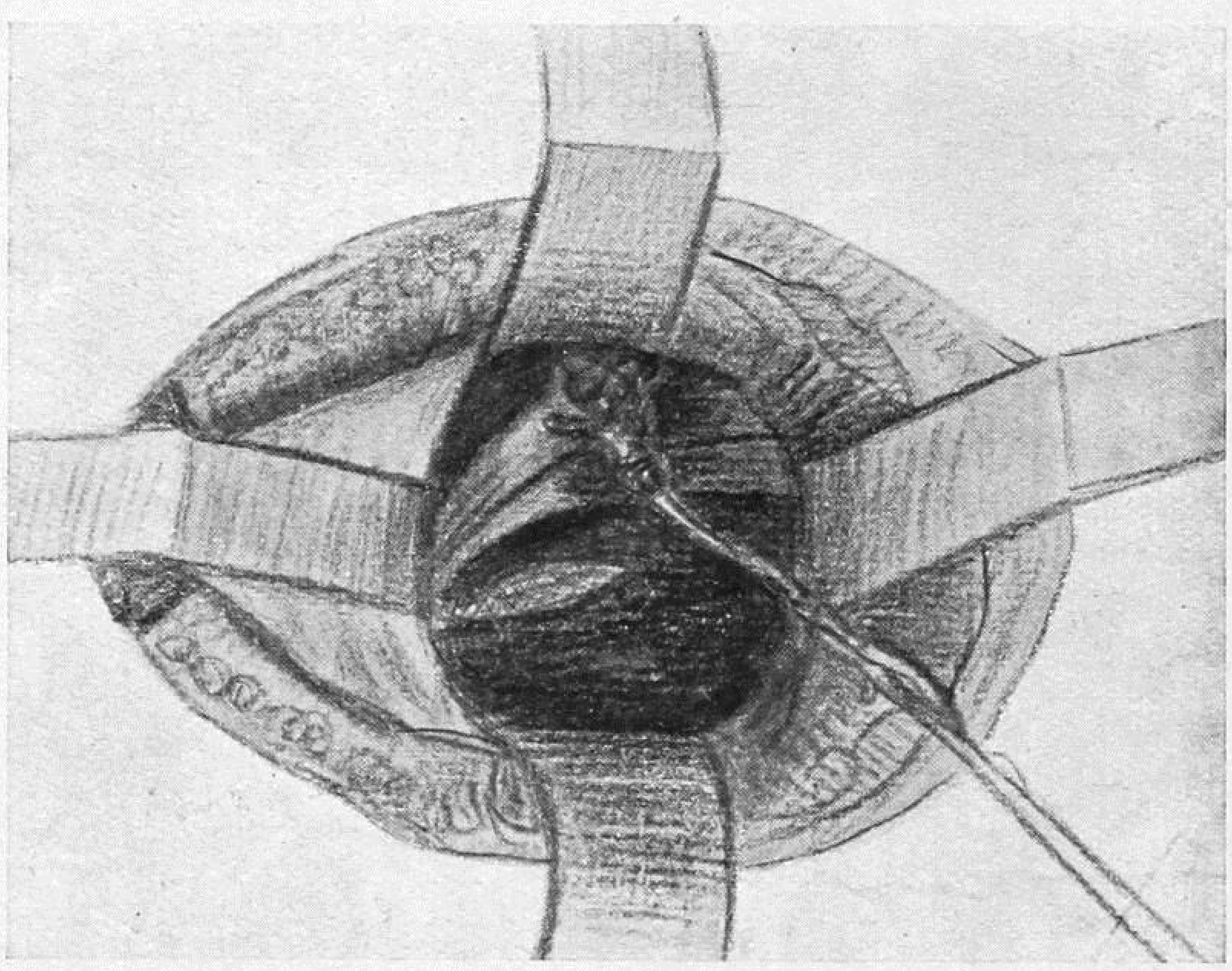


FIG. 7. — Il simpatico, mobilizzato in basso, è stato sezionato al disotto del 2° ganglio dorsale. Si tira su di esso, per potere sezionare i rami comunicanti in corrispondenza dello stellato.

senza eccessiva fatica. Il ganglio stellato può essere riconosciuto anche alla palpazione: quando se ne sezionano i rami comunicanti è bene tenersi aderenti alla superficie del ganglio stesso.

Gli inconvenienti verificatisi durante i nostri 15 interventi sono stati: 2 emorragie controllate senza grande difficoltà; due piccole lacerazioni pleuriche.

Tra le varianti alla tecnica quì descritta ri-

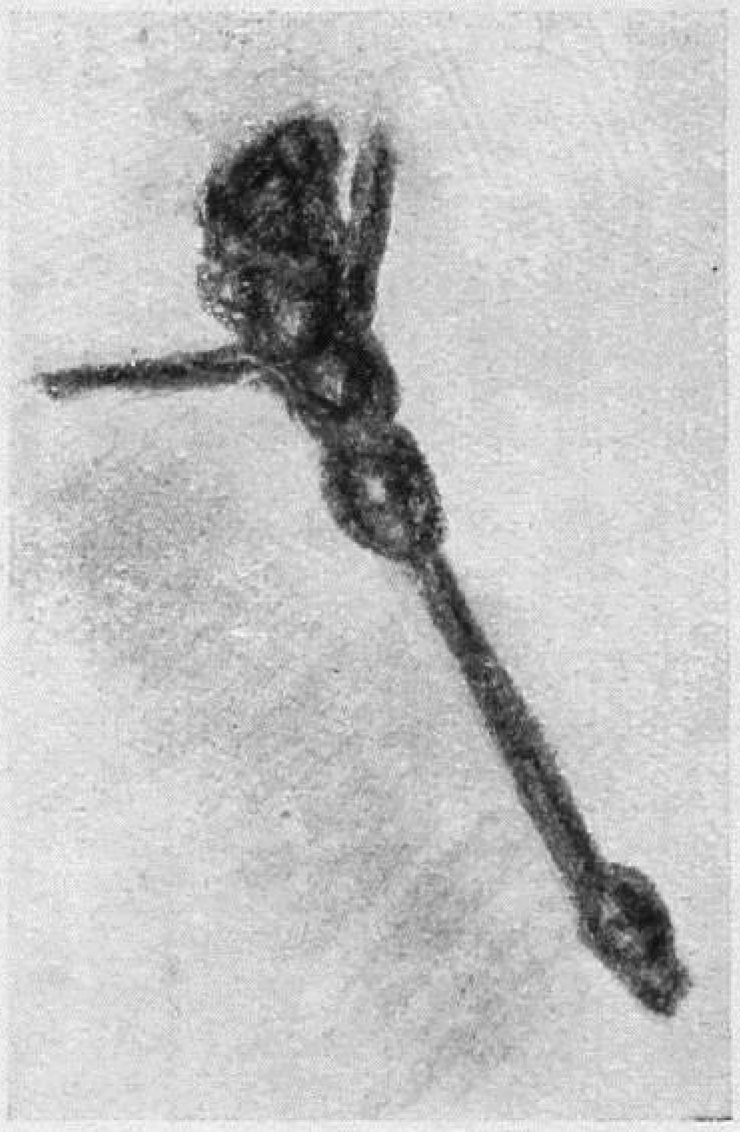


FIG. 8. — Il segmento di simpatico asportato al termine di un intervento: esso contiene il ganglio stellato, da cui partono due rami, e il 2° ganglio toracico.

corderò che non è sempre necessario sezionare il muscolo omojoideo, e che è anche possibile eseguire lo scollamento e l'abbassamento della cupola pleurica, passando al disotto anzichè al disopra dell'arteria succlavia, come mi è capitato di fare in un caso.

* * *

Nello spazio di tempo, che va dall'ottobre 1934 al febbraio 1936, ho operato 12 pazienti, eseguendo su di essi 15 interventi.

Le indicazioni sono state assai varie, come appare dal seguente specchio:

3 interventi per disturbi vascolari degli arti superiori;

2 interventi per dolori lungo l'arto superiore destro (attribuiti alla presenza di una voluminosa apofisi trasversa della VII C) e iperidrosi;

2 interventi (su di una paziente) per tachicardia di origine sinusale;

1 intervento per asma bronchiale grave;

2 interventi (su di un paziente) per spondilosi anchilosante;

1 intervento per paresi spastica con atetosi;

1 intervento per artrite cronica di una spalla;

3 interventi (su due pazienti) per retinite pigmentosa.

Le molteplicità delle indicazioni e gli esiti degli interventi richiederebbero una disamina

particolareggiata di ciascun caso o gruppo di casi: ciò che sarà fatto a suo tempo.

Mi limiterò per il momento a fornire alcuni ragguagli principali.

a) *Interventi per disturbi vascolari degli arti superiori.*

È questa la indicazione meglio conosciuta, direi quasi classica, per la simpatectomia cervico-toracica.

I 3 interventi furono eseguiti su pazienti di sesso femminile, che presentavano fenomeni morbosi di intensità assai varia.

1) Una giovane donna (anni 26) soffriva di acrocianosi, più accentuata sulla mano destra, esacerbantesi durante la stagione fredda; recentemente era comparsa una tenosinovite dei flessori della mano destra.

Una simpatectomia cervico-toracica destra (16-3-1935) portò ad una rapida scomparsa del colorito acrocianotico della mano: a 10 mesi di distanza la paziente scrive di non aver sofferto più di alcun disturbo a carico della mano destra.

2) Una paziente di 62 anni, sofferente da un lungo periodo di tempo di morbo di Raynaud delle due mani, fu 5 anni or sono operata da un altro chirurgo di simpatectomia cervico-toracica destra per via posteriore. Le lesioni si sono andate man mano aggravando sopratutto a carico della mano sinistra; recentemente sono comparse delle lesioni anche sul piede destro.

Questo caso presenta uno speciale interesse sotto vari punti di vista. Quando la paziente fu ricoverata nel mio Padiglione, essa presentava più che il quadro del morbo di Raynaud quello degli esiti più avanzati di tale malattia. Si osservavano invero disturbi trofici gravissimi a carico delle dita delle due mani, che erano sede di ulcerazioni a carattere necrotico, e che apparivano assottigliate e come spuntate, mentre la radiografia dimostrava la quasi totale scomparsa delle ultime falangi. Esistevano inoltre segni di sclerodermia avanzata. La pulsazione delle radiali non era percepibile. La paziente soffriva di atroci dolori alla mano sinistra.

Il piede destro era più freddo del sinistro e sul mignolo esisteva una ulcerazione; la pedidia pulsava.

Il 30-4-1935 fu eseguita una simpatectomia cervico-toracica sinistra; al termine dell'intervento si constatò con stupore che tutta la emifaccia destra (dal lato cioè della simpatectomia eseguita 5 anni prima per via posteriore) era madida di sudore, mentre la emifaccia sinistra era completamente asciutta.

Alcuni giorni più tardi venne eseguita una simpatectomia lombare destra per via extraperitoneale secondo la mia tecnica.

A 9 mesi di distanza la paziente afferma di non avvertire più dolori alla mano sinistra; persiste però il colorito cianotico della mano e l'aspetto sclerodermico. Piccole flittene a contenuto torbido si formano di tanto in tanto sulla punta delle dita, ma non sono più apparse le ulcerazioni a tipo necrotico.

Il piede destro è caldo e di aspetto normale; l'ulcerazione digitale è scomparsa.

In conclusione, mentre con la simpatectomia lombare si è ottenuta la guarigione delle lesioni del piede destro, le manifestazioni morbose della mano sinistra sono state solo parzialmente modificate. I dolori intensi, che avevano spinto la paziente a cercare l'aiuto del chirurgo, sono passati.

Questi fatti meritano alcuni commenti. Mi sembra, senza volere entrare nel complesso problema della patogenesi del morbo di Raynaud, oggi così discussa, che, per quanto concerne i risultati della ganglionectomia simpatica, si debba nettamente distinguere fra gli interventi eseguiti nel periodo iniziale della malattia, o nei periodi, in cui le lesioni non siano troppo avanzate, e quelli praticati, quando esistono già mutilazioni gravi, e alterazioni profonde e non reversibili dei tessuti. Nella grande maggioranza dei casi gli insuccessi lamentati dopo ganglionectomia, si riferiscono proprio a quegli interventi, che furono eseguiti negli stadi più avanzati della malattia. Così Gask ricorda che su 10 interventi ebbe 8 risultati immediati favorevoli; e su 6 casi, che ha potuto seguire durante due stagioni fredde, 4 hanno mantenuto il vantaggio constatato subito dopo l'intervento, mentre 2 non sono migliorati. Si trattava in questi 2 ultimi casi di pazienti operati negli stadi più avanzati della malattia.

Nè è da meravigliarsi che le cose vadano così, dato che in questi stadi, più che di vera malattia di Raynaud, dovrebbe parlarsi di esiti di tale malattia; cioè di alterazioni organiche profonde, indotte probabilmente dal ripetersi delle crisi vasospatiche, e che hanno sommerso il fattore patogenetico iniziale.

La conclusione, che pare si possa trarre da queste osservazioni, dovrebbe significare una indicazione ad interventi precoci. Ma anche negli stadi tardivi, come in questo nostro, la ganglionectomia può dare qualche risultato: primo fra tutti la scomparsa o l'attenuazione dei dolori, che spesso possono essere qualificati come atroci.

Una ultima osservazione ci è dettata dalla constatazione fatta nella nostra paziente della sudorazione sulla emifaccia corrispondente al lato, in cui qualche anno prima era stata fatta una simpatectomia cervico-toracica. Ci sembra cioè che la ganglionectomia allora praticata non sia stata sufficientemente ampia.

Non vi deve essere dubbio che alcuni insuccessi dopo ganglionectomia per morbo di Raynaud debbano essere attribuiti alla incompletezza della resezione simpatica, la quale dovrebbe estendersi dal ganglio stellato almeno fino al secondo toracico inclusivamente.

Ganglionectomie meno estese espongono da un lato al pericolo di recidive, dall'altro pos-

sono indurre ad erronee conclusioni sulla efficacia della simpatectomia.

3) Nel terzo caso una paziente di 40 anni di nazionalità siriana, sofferente di gozzo esoftalmico (roentgenterapia con risultati assai scarsi) cominciò nell'agosto scorso a soffrire di violenti dolori alla mano destra. Le crisi dolorose, dopo un breve intervallo, si sono andate man mano accentuando, sino a che il dolore è divenuto un vero e continuo parossismo. Ogni cura medica è riuscita vana: la paziente può attenuare il dolore solo con iniezioni di morfina.

Vista da me nel dicembre scorso, la paziente dice di avere atroci sofferenze alla mano destra, che tiene avvolta in panni di lana. La mano è intensamente pallida e fredda: vera mano cadaverica. La differenza di temperatura tra la mano destra e la sinistra (misurata col Dermatermo di Tyco) è di 9°. Esistono zone di ischemia conclamata sul pollice ed indice destro. La pulsazione della radiale non è percepibile.

Il 24-12-1935 si esegue una ganglionectomia cervico-toracica destra.

Rapida delimitazione delle zone di gangrena del pollice ed indice. La mano perde il suo pallore e diviene calda; le crisi dolorose scompaiono.

Il decorso della malattia fa pensare piuttosto ad un'arterite a decorso acuto anzichè ad un morbo di Raynaud.

Il risultato immediato dell'intervento è stato assai buono.

b) *Due interventi per crisi dolorose lungo l'arto superiore destro.*

Una paziente di 48 anni, che sin dall'età di 12 anni ha sofferto di dolori alla spalla e all'arto superiore destro. I dolori si accentuano durante la notte. Negli ultimi tempi si sono intensificati, nonostante cure modiche e fisiche.

La paziente ci è inviata dal prof. Enderle della R. Clinica chirurgica di Roma.

Radiologicamente si osserva che l'apofisi trasversa di destra della VII C. è assai voluminosa.

Nessun disturbo trofico e della sensibilità a carico dell'arto superiore destro. Numerose telangectasie, chiazze di arrossamento ed alcune cicatrici sul moncone della spalla: queste ultime sono probabilmente in rapporto con i trattamenti fisici pregressi.

Sudorazione profusa delle due mani, soprattutto della destra.

Il 1° febbraio 1936 simpatectomia cervico-toracica destra.

La mano destra non suda più; i dolori scompaiono.

La interpretazione di questo caso non è agevole: non si può affermare senz'altro che la sintomatologia sia in rapporto con l'esistenza di un'apofisi cervicale ipertrofica. Certamente si avevano sintomi di irritazione del simpatico (mani fredde, profusamente sudanti).

La seconda paziente, una ragazza di 23 anni, soffre di parestesie alle dita delle mani e di dolori lungo le due braccia. Mani fredde, che sudano profusamente. L'esame radiografico mostra che la VII vertebra C. ha l'apofisi trasversa di destra ipertrofica, mentre la sua metà sin. si presenta come schiacciata, ed ha una lunga apofisi, che si articola con la prima costola.

Anche questa malata ci è inviata dal prof. Enderle

Il 19-2-1936 simpatectomia cervico-toracica destra: la mano diviene asciutta e calda; i dolori lungo l'arto superiore destro scompaiono. Questo caso è analogo al precedente, per ciò che riguarda la sintomatologia a carico dell'arto superiore destro.

Successivamente la paziente sarà sottoposta alla simpatectomia cervico-toracica sinistra.

c) *Intervento per artrite cronica della spalla sinistra.*

Donna di 52 anni, che soffre di dolori alla spalla sinistra da circa 7 anni. Obiettivamente si nota che i movimenti dell'articolazione scapolo-omerale sinistra sono assai ridotti e provocano dolore.

Radiologicamente si osserva una osteoporosi diffusa dei capi articolari.

Ha fatto varie cure senza risultati apprezzabili.

Viene operata di simpatectomia cervico-toracica sinistra il 21-5-1935.

I risultati dell'intervento, almeno per il tempo durante il quale la paziente rimase sotto la nostra osservazione, sono stati scarsi.

È noto che altri chirurgi hanno ottenuto dei buoni risultati con la ganglionectomia in casi di artrite cronica, ribelli ad altre cure, e nei quali le lesioni ossee erano relativamente scarse.

Noi invece, sia in questo caso, sia in alcuni altri operati di ganglionectomia lombare, siamo stati meno fortunati.

d) *Intervento per paresi spastica dell'arto superiore sinistro ed atetosi.*

Si trattava di una giovane di 21 anni, in cui all'età di 6 anni (pare dopo un morbillo) si manifestò una paresi dell'arto superiore sinistro. Attualmente si osserva una paresi spastica di modico grado, con rigidità accentuata dei movimenti della mano e movimenti atetosici delle dita. Operata di simpatectomia cervico-toracica sinistra il 24-9-1935, si è ottenuto un notevole miglioramento della rigidità della mano e una diminuzione dei movimenti atetosici.

In altri casi di paresi spastica degli arti inferiori non abbiamo invece ottenuto apprezzabili miglioramenti dello spasmo con la simpatectomia lombare.

e) *Due interventi su di un paziente affetto da spondilosi anchilosante.*

Uomo di 41 anni, che da vario tempo aveva notato una progressiva rigidità della colonna vertebrale e la insorgenza di dolori irradiati agli arti superiori.

Nel 1932 era stato (da altro chirurgo) operato di paratiroidectomia (senza controllo istologico). Ebbe un temporaneo miglioramento.

Radiologicamente aspetto di spondilosi deformante.

Per l'accentuarsi dei sintomi, e data la inanità di altri svariati trattamenti, il paziente viene

operato di simpatectomia cervico-toracica destra (15-10-1935) e sinistra (1-11-1935).

Notevole miglioramento della rigidità vertebrale e scomparsa dei dolori. Riveduto dopo quattro mesi, il paziente dice di sentirsi bene, e di aver ripreso il suo lavoro (imballatore) che da vario tempo aveva dovuto abbandonare.

In un altro caso di spondilosi anchilosante, assai più avanzato di quello qui riferito, una simpatectomia cervico-toracica (via posteriore) ed una simpatectomia lombare bilaterale (1933) dettero un miglioramento assai meno accentuato, e che non ebbe lunga durata. Questo paziente era stato da me preventivamente operato di paratiroidectomia (controllo istologico) senza alcun apprezzabile risultato.

f) *Un intervento per asma bronchiale grave.*

Paziente di anni 32, sofferente da vario tempo di asma bronchiale grave. La paziente ci viene inviata dal prof. Sebastiani (medico primario dell'Ospedale del Littorio) per l'aggravarsi degli attacchi asmatici, e per la inutilità della cura medica.

Il 2-5-1935 viene eseguita una vagotomia destra sottoricorrenziale; e il 1-6-1935 una simpatectoria cervico-toracica sinistra.

Gli attacchi asmatici divengono meno frequenti e meno gravi.

Un altro caso di asma bronchiale grave fu da me operato nel 1934, prima di vagotomia destra, indi di simpatectomia cervicale bassa.

Il miglioramento ottenuto fu assai modico.

Ricorderò a questo proposito che recentemente nell'*Annals of Surgery* sono stati pubblicati vari casi di asma bronchiale grave guariti o fortemente migliorati dopo simpatectomia cervico-toracica bilaterale o in seguito ad iniezione di alcool nei gangli del simpatico toracico.

g) *Due interventi in una paziente sofferente di tachicardia di origine sinusale.*

Si tratta di una ragazza sofferente di tachicardia di origine sinusale inviataci dal primario prof. Sebastiani.

La paziente venne operata di simpatectomia cervico-toracica sinistra (4-4-1935) e destra (25-4-1935).

Il risultato è stato ottimo, in quanto gli attacchi di tachicardia sono del tutto scomparsi. Lo stato di guarigione permane da 9 mesi.

h) *Tre interventi per retinite pigmentosa (in 2 pazienti).*

Queste tre simpatectomie sono state eseguite recentemente in due sorelle provenienti dal Reparto oculistico del prof. Mazzantini.

In una paziente l'intervento è stato eseguito a destra, nell'altra da ambedue i lati.

Le pazienti hanno ottenuto un miglioramento per quanto riguarda il visus e il campo visivo.

RIASSUNTO.

L'A. descrive la tecnica della simpatectomia cervico-toracica eseguita per via anteriore. È di avviso che essa sia di più facile esecuzione che non quella eseguita per via posteriore.

Riferisce brevemente su 15 interventi praticati per indicazioni varie; ed accenna ai risultati ottenuti.

BIBLIOGRAFIA.

CHIASSERINI. Rivista di Endocrino e Neurochirurgica, 1935.

ID. Relazione X Congresso internaz. di Chirurgia, Cairo, 1935.

ID. e PEPI. Policlinico, Sez. Chir, 1932.

GASK e ROSS. Surgery of the sympathetic nervous sistem., London, 1935.

GOAL e LEVIN. Annals of Surgery, 1935.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

diretto dal prof. A. ZERI.

Contributo alla conoscenza delle lesioni renali da medicamenti antiluetici.

Dott. GIUSEPPE MICHETTI, assistente.

È nozione comune la sensibilità dei reni verso i medicamenti antiluetici e i trattati e la pratica clinica insegnano al medico di vigilare sulle condizioni di essi quando si attuino cure antiluetiche.

Mercurio, bismuto, arsenobenzoli, cioè tutti i rimedi più usati, sono capaci con frequenza varia e forse con meccanismo diverso, di danneggiare la funzione renale. Nè il danno si stabilisce solo quando si usino dosi eccessive del medicamento, ma a volte, specie se concorrono elementi predisponenti, possono le comuni dosi terapeutiche essere causa di grave alterazione e perfino di morte.

Rientra in questa evenienza un caso a noi occorso e che merita di essere illustrato.

T. A., donna di anni 37, casalinga, coniugata, entrata nell'Istituto il 12-3-1934.

Nulla nel gentilizio. Sviluppo normale. Mestruazioni sempre regolari. Abitudini di vita igieniche. Sposata da molti anni con un uomo contagiatosi nel 1932 di lues. Nessuna gravidanza. Pieno benessere fino a 5 anni fa quando cominciò ad avere, con intervalli di circa un mese, senza rapporto con i periodi mestruali, crisi mattutine di cefalea frontale accompagnate a vomito con il quale in genere tutti i disturbi scomparivano. Nei periodi intervallari l'inferma godè sempre piena salute. Durante tutto questo periodo non si

accompagnarono altre sofferenze: non risentimento sullo stato generale; non disturbi visivi; non sensazioni abnormi a carico dell'apparato digerente.

Oltre due anni fa ebbe manifestazioni mucose vulvari, giudicate luetiche. Per tale motivo si sottopose durante l'anno 1933 a cure antiluetiche ripetute: biioduro di mercurio, neo I.C.I. bicanfol, dalle quali non risentì alcun disturbo. Nel gengaio 1934 praticò 5 iniezioni di un preparato bismutico, che tollerò bene. Durante il mese di febbraio non fece alcuna cura e in questo periodo stette del tutto bene. Il 1° marzo 1934 cominciò nuovamente a curarsi con 10 centigr. di arsenobenzolo endomuscolare e il giorno 6 praticò la seconda iniezione di gr. 0,15 (i dati forniti sulla cura eseguita sono stati riscontrati esatti attraverso il controllo che di essi abbiamo fatto in un Ambulatorio del Governatorato, ove la paziente si curava). A distanza di due giorni (8/3) si manifestò improvvisamente diarrea piuttosto abbondante costituita da feci contenenti in parte, muco e sangue; contemporaneamente si stabilì vomito e subito dopo (tre giorni prima dell'ingresso nell'Istituto) anuria assoluta. Seguì il giorno successivo, senso di bruciore vivo e di cattivo sapore in bocca, uguale bruciore comparve all'ano e ai genitali esterni dai quali ultimi si manifestò pure una secrezione di aspetto torbido e di cattivo odore.

In precedenza il ritmo urinario era stato normale.

Il giorno dell'ingresso 12/3 le condizioni obbiettive, brevemente riferite, erano le seguenti: condizioni generali discrete, sensorio vigile, stato di nutrizione abbastanza buono. Nulla da rilevare a carico della cute, pannicolo adiposo normalmente sviluppato. Sistema linfoghiandolare: solo nelle regioni sottomascellari bilateralmente si palpano ghiandole ingrossate e dolenti. Nulla a carico della muscolatura e del sistema osteo-articolare. Arrossamento diffuso del faringe e delle tonsille che sono leggermente aumentate di volume. Segni di grave stomatite: tutta la mucosa del vestibolo boccale, del palato e del pavimento orale si presenta vivamente arrossata. Le gengive sono pur esse arrossate, rigonfie, edematose, facilmente sanguinanti. Assenza di orletto gengivale. In vari punti della mucosa boccale si notano chiazze circoscritte di necrosi superficiale. Dalla bocca emana alito fetido. La lingua è umida fortemente patinosa. La dentatura è sana. L'inferma a causa del dolore ha difficoltà ad aprire la bocca, a mostrare la lingua e parla a denti stretti, articolando appena.

Pupille di media ampiezza uguali reagenti. Polso ritmico uguale a frequenza 80, ipoteso.

Apparato respiratorio: Nessun fenomeno degno di rilievo.

Apparato circolatorio: Non aumento dell'area di ottusità cardiaca, toni puri, senza rumori accessori.

Addome: di forma e volume normali, trattabile, indolente. Non liquido libero. Non esiste zona di ottusità riferibile a globo vescicale.

Fegato: in alto, al quinto spazio sull'emiclaveare, in basso, si palpa circa due dita sotto l'arco, nelle profonde ispirazioni.

Milza: nei limiti normali.

Non si palpano i reni e le regioni renali sono indolenti.

Sistema nervoso: Psiche integra. Nulla di patologico a carico della motilità, sensibilità e dei riflessi. Non scosse muscolari spontanee o provocabili.

Esame ginecologico. I genitali esterni appaiono arrossati. Da essi fuoriesce scarsa quantità di liquido torbido, grigiastro, di cattivo odore. Sulle piccole labbra, superficie interna, bilateralmente, esiste una ulcerazione necrotica superficiale di brutto aspetto della grandezza di una piccola moneta a contorno circolare. A labbra ravvicinate le due lesioni sono a contatto (a bacio). L'esame con lo speculum mostra una vagina arrossata dolente con qualche ulcerazione e chiazze di necrosi. Il collo dell'utero appare di grandezza normale, dolente alla pressione, tutto ricoperto da una pseudo-membrana, necrotica, di colorito grigio-scuro verdastro, non facilmente distaccabile. Da tutta la superficie trasuda piccola quantità di liquido grigiastro, torbido. Il collo è di consistenza normale e l'orificio è chiuso come di norma. Il corpo è antiflesso di grandezza normale, non aderente. Parametri liberi.

La mucosa dell'orificio anale si presenta anch'essa arrossata e nel contorno si notano macchie di sangue.

RIASSUNTO DELLE RICERCHE DI LABORATORIO. E DEL DIARIO DI DEGENZA.

Esame del sangue: Globuli rossi 4,270.000, emoglobina 80, valore globulare 0,93, leucociti 15.200, formula leucocitaria granulociti neutrofili 91 %, basofili 0 %, eosinofili 0 %, linfociti 5 %, monociti 4 %. Non si notano forme immature nè della serie rossa nè della serie bianca. Formula di Arneth leggermente deviata verso sinistra.

Essendo l'ammalata anurica, non si pratica l'esame dell'orina.

Pressione arteriosa 95/60 RR.; R. W. negativa, azotemia (13,3) 4,54 %, cloruremia 4.64 ‰.

Il giorno successivo all'ingresso le condizioni permangono pressochè invariate. Si stabilisce cefalea. L'inferma viene cateterizzata, ma dalla vescica non si estrae urina. Si praticano ipodermoclisi e la pressione arteriosa si porta a 118/65. Esiste lievissima febbre. La diarrea, che era profusa e sanguinolenta, è quasi del tutto scomparsa. Il giorno 16 la temperatura non è più febbrile. L'azotemia è aumentata a 5,12 ‰. Nella giornata, dopo 7 giorni di anuria, l'inferma emette 100 cmc. di urina con i seguenti caratteri: aspetto: torbido; colore: giallo chiaro, che non si modifica anche dopo prolungata esposizione all'aria; reazione acida; peso specifico 1014; albumina, presente (tracce all'Esbach); acetone assente; urobilina assente; sedimento: molti leucociti in massima parte ben conservati, alcuni disfatti, qualche emazia, pochi cilindri granulosi, scarsi jalini. Cellule renali in degenerazione granulosa; abbondante detrito amorfo.

Il giorno successivo vengono emessi 600 cmc. di urina sempre con gli stessi caratteri. Le condizioni permangono invariate. Sempre grave la stomatite. Non più diarrea. Qualche conato di vomito. Temperatura febbrile. Per due o tre giorni l'urinazione si mantiene intorno ai 1000 cmc. giornalieri ma le condizioni permangono immutate. Il giorno 23 l'azotemia è a 5,24 ‰. L'albuminuria 0,70 ‰.

Alla sera l'inferma è colpita quasi improvvisamente da violenti dolori addominali diffusi, avver-

titi più intensamente nella metà destra e accompagnati a vomito. L'addome si presenta piano, non trattabile, con forte difesa muscolare, dolente. Alla percussione; suono timpanico su tutto l'ambito; aia di ottusità epatica conservata. Dopo questo episodio le condizioni si aggravano notevolmente; la facies è sofferente, pallida, ippocratica. Sulla cute non si notano emorragie nè altre manifestazioni. I muscoli cominciano a presentare scosse involontarie brevi, la lingua è secca e patinosa. Il polso è ritmico, molto frequente. Il respiro è interciso aumentato di frequenza, superficiale, doloroso. Al torace si nota diminuzione dei movimenti e del respiro, specie a destra, senza altri fenomeni patologici. Sul cuore i toni appaiono puri e solo in corrispondenza dei focolai della base sono accompagnati da qualche rumore di fini sfregamenti. Il sensorio è depresso ma integro, la pupille sono miotiche. I riflessi tendinei vivaci con facili scosse cloniche dei piedi. Non Babinski.

Dopo l'inizio di dolori addominali la febbre si stabilisce continua remittente sorpassando i 39°, la leucocitosi ascende a 26.800. Mentre i dolori addominali diminuiscono si accentuano quelli a carico della base dell'emitorace destro, ove si rivelano i segni di un leggero versamento. L'azotomia, è di 5,64 ‰, la riserva alcalina 38,8. L'albuminuria si mantiene sempre scarsa 0,50-1 ‰. Nell'urina assenza di acetone. L'inferma muore in stato di lucidità mentale il 26-3-1934.

Il reperto di autopsia si può così riassumere: edemi degli spazi sub-aracnoidali. Non emorragie puntiformi, nè altre manifestazioni a carico dell'encefalo.

Organi toracici: scarso liquido sieroso nel pericardio, con lievi pseudomembrane fibrinose sul foglietto viscerale, in corrispondenza della base del cuore. Cuore pallido senza alterazioni visibili.

A carico delle pleure, scarso liquido sieroso a sinistra, discreta quantità di liquido siero-purulento nella pleura destra che è ricoperta da membrane fibrinose facilmente distaccabili; nei polmoni si nota solo atelettasia in corrispondenza della base.

Addome senza liquido, anse intestinali di apparenza normale, solo in qualche punto arrossate. L'esame delle anse intestinali sulla superficie mucosa dimostra, sia nel tenue che nel grosso intestino, la presenza di numerose emorragie alcune puntiformi e circoscritte altre diffuse a chiazze e zone di necrosi superficiale. Le stesse alterazioni si notano nel retto.

Fegato di volume normale (gr. 1250), pallido. Milza piuttosto piccola senza alterazioni visibili, surreni di aspetto normale.

I reni sono aumentati di volume (gr. 600), flaccidi, e se ne distacca facilmente la capsula. Superficie esterna dell'organo liscia. Stelle di Verhein iniettate. Superficie di taglio lucida, corticale pallida; disegno di alcuni tratti alquanto conservato, in altri confuso; si nota qualche piccolo nodulo grigio-biancastro specie verso la base delle piramidi. Glomeruli non distintamente visibili. Netto distacco fra il pallore della corticale e la cianosi della midollare. Ureteri pervi senza alterazioni. Vescica normale contenente poca urina torbida. Corpo dell'utero normale antiflesso, collo interessato da un processo necrotico cangrenoso. Parametri liberi. Vagina con pareti disfatte necrotiche e ricoperte da un essudato sanioso, fetido.

L'esame microscopico dei pezzi asportati praticato dal prof. Guccione, dimostra: Sistema nervoso. A carico delle meningi si nota solo replezione dei vasi senza accenno di infiltrati; all'esame della sostanza cerebrale sottostante si nota solo un'imbibizione edematosa del tessuto.

Fegato: nettamente conservata l'architettura dell'organo. Gli epiteli delle travate di Remak, nelle porzioni immediatamente contigue agli spazi triangolari di Kiernan, presentano limitati processi di degenerazione grassa sicuramente accertabile nei preparati col Sudan III. È da avvertire peraltro che il processo degenerativo in parola non raggiunge mai una grande estensione.

Milza: capsula non ispessita, poco sviluppati i follicoli linfatici. I cordoni di Billroth sono poveri di elementi cellulari, i seni modestamente ampi e privi di contenuto. Non apprezzabili modificazioni a carico dei vasi dei follicoli e di quelli che decorrono nel dominio dei setti. Nel complesso l'organo non offre elementi di speciali rilievi.

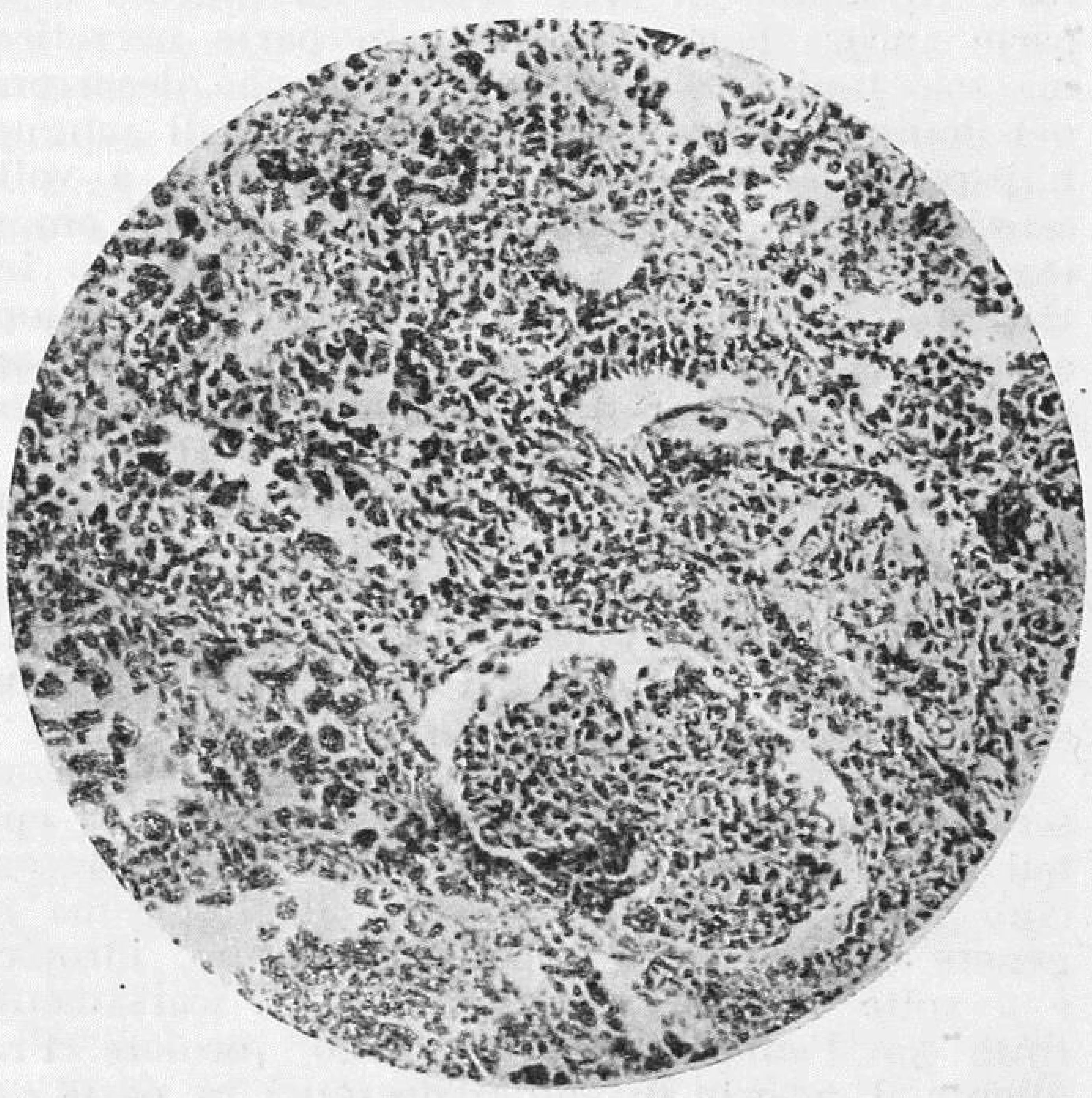
Intestino: all'esame di una sezione del tenue si nota: la mucosa per estesi tratti si presenta necrotica; infatti gli epiteli di rivestimento non sono più riconoscibili essendo trasformati in ammassi di una sostanza uinformemente colorata in rosa con l'eosina frammezzo alla quale si riconoscono residui nucleari. Solo nella profondità delle cripte gruppi di epiteli sono ancora abbastanza ben conservati per quanto i nuclei siano in parte picnotici. Il processo di necrosi, nei tratti ove è più intenso, interessa anche l'impalcatura stromatica della mucosa, gli accumuli linfatici riconoscibili nella profondità di essa, e in parte anche la muscolaris mucosae, sino a raggiungere in punti circoscritti, la sottomucosa. Quest'ultima in genere è ben conservata. Prevale invece la dissociazione delle fibre per edema e intensa replezione dei vasi arteriosi e venosi. Nel lume di alcuni grossi tronchi venosi tra i globuli rossi si osservano leucociti. Nessuna particolare lesione a carico della muscolare e del connettivo sottosieroso. All'esame di altra sezione la mucosa è in parte ancora ben conservata, in parte necrotica, ma solo limitatamente. I fini vasi che decorrono nel dominio di essa sono sovraripieni di sangue. L'iperemia si accompagna ad emorragie a volte estesissime, in modo da avere tipici infarti emorragici della mucosa con necrosi del tessuto interposto. Nelle sedi in cui prevalgono le lesioni emorragiche della mucosa i disturbi circolatori rilevati nel dominio della sottomucosa sono meno pronunziati.

Retto: all'esame della sezione del retto si osservano a un dipresso lo stesso ordine di lesioni. Unica differenza è data dalla presenza di infiltrazione parvicellulare costituita da leucociti polimorfonucleati neutrofili ed eosinofili, mononucleati ed elementi linfociti-simili.

Rene: la capsula fibrosa nel tratto in cui è conservata non presenta lesioni apprezzabili. Gli epiteli dei tubuli contorti di I e di II ordine presentano grave lesione degenerativa. Il citoplasma in genere è rigonfio di aspetto granuloso, idropico e a volte vacuolizzato. Il nucleo è scarsamente tinto con l'ematossilina, picnotico, incolore. Frequente il reperto di epiteli necrotici in parte desquamati. Le lesioni degenerative con le stesse caratteristiche interessano anche gli epiteli delle anse di Henle. Nel lume di non pochi tuboli contorti, frammezzo agli elementi desquamati, si riconoscono numerosi leucociti polinucleati neutro-

fili. I glomeruli sono di grandezza varia. Le anse glomerulari sono pervie. Nel lume dei singoli capillari sia pure di rado, si osservano leucociti polinucleari neutrofili. Nessun accenno a processi proliferativi degli endoteli e degli epiteli delle capsule di Bowmann; questi ultimi sono in parte rigonfi e desquamati. Il connettivo interstiziale presenta gravi modificazioni. Le fibre di connettivo infatti sono dissociate per imbibizione edematosa. I capillari sanguigni nel dominio della corticale sono ampi e sovraripieni di elementi della serie bianca fra i quali prevalgono decisamente i polinucleati neutrofili che peraltro in alcuni distretti sono per estesi campi necrotici. Nelle porzioni prossime alla midollare si osservano estesi infiltrati leucocitari. Tra gli elementi di infiltrazione prevalgono sempre i granulociti neutrofili. La intensa leucocitosi e gli infiltrati sono anche reperibili nel dominio della midollare. Nel lume di alcuni tubuli retti si osservano cilindri epiteliali. Lo studio di preparati allestiti col Sudan III permette di escludere che nel rene si siano svolti processi di degenerazione grassa negli epiteli; solo eccezionalmente nel citoplasma di singoli epiteli dei tuboli contorti si rinvengono fini granuli colorati in rosso arancione col Sudan.

Collo dell'utero: All'esame di una sezione allestita in modo da comprendere la mucosa e il piano muscolare sottostante si osserva: la mucosa nelle sezioni colorate con ematossilina-eosina si presenta come una massa informe, debolmente colorata in rosa dall'eosina, in mezzo alla quale si riconoscono eccezionalmente residui nucleari (necrosi); al limite della zona necrotica si nota la presenza di elementi d'infiltrazione costituiti prevalentemente da leucociti polinucleati. I fini vasi sanguigni sono sovraripieni di leucociti polinucleati neutrofili ed in parte di trombociti. A carico della muscolare sottostante non si apprezzano spiccate lesioni se si astrae dalla presenza di infiltrati leucocitari nella parte immediatamente contigua alle zone necrotiche.



Riferiti i fatti nella loro obbiettività è opportuno ora che ad essi si faccia seguire un breve commento che consideri specialmente le lesioni degli organi e le cause che possono averle prodotte. Esse, come dimostra l'esame anatomico, sono a carico di più organi e rendono conto della sintomatologia clinica e dell'esito. Di tutte più spiccate e, possiamo già dire, più importanti appaiono le renali che, come si rileva dalla descrizione fattane e dalla sezione riprodotta, sono di natura e di gravità diversa perchè, accanto ad un processo di intensa degenerazione e necrosi degli epiteli tubulari, riscontriamo i segni di una flogosi del tessuto interstiziale. Ma per ben valutare l'importanza di queste lesioni rispetto alla causa morbosa, al decorso e all'esito della malattia è opportuno prima cercare di stabilire se i reni fossero in precedenza sani.

Questa nozione è per il nostro caso della massima importanza, dipendendo da essa la diversa interpretazione che ai disturbi e alle lesioni si può attribuire. Purtroppo non possediamo elementi di sicurezza per questo giudizio, elementi che ci sarebbero forniti da un esame dell'urina e della funzionalità renale che probabilmente non vennero praticati avanti la cura per la mancanza di indizi che facessero sospettare, una lesione dei reni.

Intanto possiamo dire di non aver rilevato dall'anamnesi malattie che di solito si accompagnino ad alterazioni stabili dei reni nè la malata aveva mai accusato disturbi da riferirsi a minorata funzionalità renale. Anche l'esame anatomo-istologico, non avendo messo in evidenza lesioni da ritenersi di vecchia data, fa pensare che le alterazioni osservate si siano stabilite e abbiano evoluto nel decorso dell'episodio morboso ultimo. Malgrado questi argomenti, non possiamo tuttavia concludere in maniera certa che le lesioni renali siano proprio iniziate parallelamente al brusco scatenarsi dei gravi fenomeni clinici e ci sarà necessario ritornare sulla possibilità che eventuali alterazioni renali, sia pure lievi e transitorie, si fossero in precedenza stabilite. Possibilità che dovremo discutere anche in rapporto ad altri disturbi periodici (cefalea, vomito) che la malata aveva presentato.

Tornando ora alla valutazione delle lesioni riscontrate nei reni le quali, come abbiamo già detto, sono di natura e gravità diverse, è opportuno considerare l'importanza di ciascuna e i rapporti che tra loro possono esservi.

Criteri molteplici in rapporto con l'andamento della malattia e con la causa morbosa che riterremo essenziale fanno pensare che il processo d'infiltrazione interstiziale non sia insorto come fenomeno primitivo e principale ma che esso si sia stabilito successivamente alle lesioni necrotico-degenerative degli epiteli

tubolari; in parte ad esse secondario in rapporto con lo stimolo determinato dalla sostanza necrotica (infiltrato post-necrotico) e per un'altra parte sia da considerarsi come vera manifestazione di nefrite interstiziale, comunenemente intesa, e da collegarsi ai processi infiammatori verificatisi in altri organi (pleurite purulenta).

Così interpretate le lesioni del tessuto interstiziale, restano da valutarsi le cause che possono aver prodotto le alterazioni necrotico-degenerative. Che di queste siano responsabili i medicamenti antiluetici si può facilmente ammettere. Troppo stretto è il rapporto fra l'uso di queste sostanze e lo stabilirsi dei disturbi perchè si possa negare una diretta dipendenza. Ma quale delle sostanze medicamentose usate si deve ritenere responsabile delle lesioni? È essa il bismuto o l'arsenobenzolo o anche l'azione combinata dei due medicamenti?

Dalla natura, dall'entità, e dalla localizzazione delle lesioni anatomiche non ricaviamo alcun elemento sicuro e sufficiente per la discriminazione. Sia pure con frequenza diversa tutte le alterazioni riscontrate possono manifestarsi per l'azione dell'uno e dell'altro medicamento: così le lesioni renali, così quelle intestinali e anche la stomatite, così caratteristica per le intossicazioni bismutiche, è stata pure riscontrata, come vedremo, per l'uso degli arsenobenzoli. È necessario pertanto servirsi di criteri diversi, se anche di valore non assoluto, per cercare di stabilire quale delle sostanze abbia determinato il danno.

Il quadro anatomo-clinico è certamente più proprio per l'avvelenamento da bismuto e ciò induce a considerare questa sostanza come responsabile di esso; varie considerazioni portano però a negare un'importanza, esclusiva, del bismuto nella genesi dei fenomeni osservati. Va anzitutto considerato il tempo intercorso tra l'introduzione del farmaco e i primi segni dell'intossicazione. Questo intervallo è stato nel nostro caso di circa 40 giorni. Se è vero, come risulta dalle nozioni di farmacologia, che il bismuto si elimina molto lentamente dall'organismo, non è d'altra parte ritenuto che dopo lungo tempo dalla sospensione del rimedio, possano, senza altre cause, bruscamente stabilirsi fenomeni clinici e lesioni anatomiche di così notevole gravità. Milian, a proposito di stomatiti bismutiche gravi, scrive che esse possono manifestarsi anche dopo un certo intervallo dall'interruzione della cura e cita in proposito, però come degno di menzione, un caso nel quale le manifestazioni si ebbero nove giorni dopo la sospensione del medicamento. Altri argomenti di un certo valore sono, nel caso in esame, l'assenza dell'orletto gengivale che, dice Milian, non manca mai nelle intossicazioni bismutiche e l'assenza di un segno a carico dell'urina rappresentato dal colorito scuro che questa assume dopo la emissione. È inoltre da considerare la piccola quantità del medicamento usato, l'insorgere repentino e quasi simultaneo delle manifestazioni e ancora che l'ordine di comparsa di queste non è stato quello che di solito si osserva. Si ritiene infatti che il bismuto di rado danneggi primitivamente e per azione diretta il rene ma che le lesioni di quest'organo conseguano invece il più spesso alla stomatite in precedenza stabilitasi, in maniera da doversi considerare le alterazioni renali non soltanto tossiche per l'azione della sostanza chimica, ma tossi-microbiche in rapporto con l'eliminazione attraverso il filtro renale dei germi e delle loro tossine che dal cavo orale passano nel circolo. Se il fatto è vero in molti casi, pur dissentendo molti dall'interpretazione riferita, non mancano tuttavia dati ad esso contrari poichè di certo sono state riscontrate lesioni renali da bismuto senza precedente o concomitante stomatite. Comunque è da tener conto che nel nostro caso i segni a carico dell'alterata funzione renale sono stati tra i primi a manifestarsi.

L'insieme delle ragioni esposte, anche in mancanza di qualcuna che abbia significato univoco e dimostrativo, fa ritenere improbabile che il solo bismuto abbia avuto, nello stabilirsi delle gravi manifestazioni, un'importanza assoluta.

Pertanto va ora considerata l'azione dell'arsenobenzolo. Il rapporto diretto che è apparso tra l'insorgere dei disturbi e l'uso del medicamento esorta a ritenere questo come la vera causa del quadro morboso. Sembra tuttavia opportuno, prima di autorizzarsi a questa conclusione, valutare gli argomenti che possono sostenerla e stabilire attraverso i dati della letteratura se sia ritenuta la possibilità che il medicamento, nella quantità e nella maniera somministrato, possa indurre negli organi danni come quelli da noi riscontrati.

Il quadro riferito non è dei più comuni nelle intossicazioni da arsenobenzoli; si sa, ad es., come questa sostanza esplichi un'azione tossica elettiva sul parenchima epatico che invece nel nostro caso si è mostrato quasi del tutto indenne; evenienza questa che va sottolineata per la sua importanza. Tuttavia quadri molteplici e diversi da quelli comuni con interessamento dei vari organi sono registrati

nella letteratura e vediamo ora come lesioni con localizzazione e del tipo di quelle da noi riscontrate, anche se non frequenti, siano state descritte.

La stomatite così comune per l'uso di altri rimedi antiluetici (Hg., Bi) è di rado causata dagli arsenobenzoli tanto che alcuni AA. trascurano di descriverla o addirittura la negano, ma certamente essa esiste ed è merito di Simon di averla per primo riconosciuta; in seguito ne sono stati pubblicati numerosi casi (Einoth, Heyn, Flandin, Denarie, Koustoulas, ecc.) alcuni dei quali di gravità notevole con approfondamento delle lesioni fino al mascellare (Simon, Milian, Thibauld, Lebourg) e senza che ogni volta il danno abbia conseguito a dosi del medicamento superiori alle normali terapeutiche. Per questi casi di eccezionale gravità si pone in dubbio la loro dipendenza da un'azione tossica diretta e i fenomeni morbosi si attribuiscono piuttosto ad una esaltazione di viriulenza dei germi boccali sotto l'azione del medicamento (azione biotropica).

Anche lesioni della mucosa intestinale manifestatesi con emorragia e diarrea sono state descritte (Brouardel).

Ancor più documentata è l'azione nociva che gli arsenobenzoli possono esercitare sui reni; azione nociva che di solito manca o è scarsa ma che a volte può al contrario manifestarsi con alterazioni anatomiche e funzionali gravissime e perfino mortali. Nè sempre la gravità dei disturbi è proporzionata alla quantità del medicamento, se sono registrati casi di morte per lesioni renali in seguito ad una sola iniezione di gr. 0,15 di neosalvarsan (Lesnè) ed il danno non consegue soltanto quando si inietti il prodotto per via endovenosa ma anche quando ci si serva della via intramuscolare.

Questi casi di gravi lesioni conseguenti a piccole dosi dei medicamenti, di sproporzione, si può dire, tra effetto e causa non sono riportati ad una azione tossica diretta ma per essi si invocano altre spiegazioni diverse a seconda degli AA. e a seconda delle circostanze, con cui gli episodi si verificano. Così una parte di essi viene messa in rapporto con la riattivazione di lesioni renali luetiche operata dal neosalvarsan, vere nefroreazioni, da riportarsi al fenomeno di Herzheimer e che talvolta sono di gravità estrema perchè capaci di bloccare del tutto il rene. Tali reazioni che costituiscono quasi l'appannaggio esclusivo degli arsenobenzoli si ritiene possano essere così interpretate solo quando si verificano subito dopo le prime iniezioni del medicamento e quando non si siano fatte precedere cure con altri rimedi antiluetici. Se invece i fenomeni morbosi si stabiliscono bruscamente quando la cura è già in corso da qualche tempo o è stata fatta di recente e ben tollerata, i disturbi vengono piuttosto considerati come segno di intolleranza renale acquisita verso i medicamenti e da riportarsi ai fenomeni anafilattici, meglio allergici (nefrite allergica, Sezary).

In questo gruppo rientrerebbero casi come quello di Lesnè nel quale la morte si ebbe per una sola iniezione nelle vene di grammi 0,15 di arsenobenzolo, in una donna luetica che durante l'anno si era curata senza disturbi con più iniezioni della stessa sostanza.

È la molteplicità delle evenienze che obbliga ad ammettere spiegazioni diverse sulle quali l'accordo non è certo completo. Si sa infatti quanto contrastata sia l'esistenza della nefrite allergica sulla quale una delle interpretazioni si fonda.

Comunque quale che sia l'esatto meccanismo patogenetico dei gravi danni indotti sulla funzione renale da piccole quantità di arsenobenzoli, non pare dubbio che se ne debba ammettere l'esistenza.

In relazione a quanto ci ha appreso il rapido sguardo alla letteratura sulla possibilità di tali evenienze e ancora per lo stretto rapporto che vi è stato tra l'uso del farmaco e l'insorgere delle manifestazioni cliniche, senza altre condizioni, evidenti e di importanza, che potessero render conto della sindrome appare logico il dover concludere che l'arsenobenzolo sia stato l'unica causa delle alterazioni descritte. Vero è che, ammesso questo, si incontra subito qualche difficoltà a spiegare con quale dei meccanismi possibili abbia potuto agire il farmaco. E infatti tanto l'ipotesi di una riattivazione di lesioni renali leutiche che di una esclusiva intolleranza renale, espressione quest'ultima da considerarsi con molta riserva, almeno nel significato che ad essa si vuol dare, sono contrastate da molte circostanze con le quali i disturbi sono insorti ed hanno evoluto.

L'ipotesi di una azione tossica rende bene conto dei fatti ma certamente la quantità del medicamento usata è stata troppo lieve per determinare in un organismo sano così gravi danni. Almeno che l'alta tossicità non si attribuisca ad un'alterazione del farmaco. È questa una possibilità che bisogna anche valutare e che per escludere non abbiamo argomenti sicuramente validi; essa, del resto potrebbe essere invocata a spiegazione di molti casi registrati. È da considerare tuttavia l'enorme cura

posta dalle case produttrici nel controllo di questi medicamenti e ancor più il fatto che con fiale della stessa serie, usate nell'ambulatorio ove la malata si curò, non si ebbero a lamentare inconvenienti.

Comunque, malgrado le difficoltà per la esatta interpretazione dei fatti, non si dovrebbe esitare nell'incolpare dei danni l'arsenobenzolo se fossimo in possesso di elementi che escludessero in maniera certa precedenti alterazioni della funzionalità renale. In mancanza di questi elementi può nascere il dubbio che il farmaco tali danni abbia potuto provocare solo perchè ha agito su organi non del tutto sani per lesioni antiche o recenti, e in tal modo diversa appare la sua importanza come agente etiologico.

Ad ammettere una minorata funzionalità renale, che datasse da tempo, potrebbero esortare i disturbi periodici rappresentati dalla cefalea e dal vomito di cui la malata aveva sofferto negli ultimi cinque anni. Ma poichè tali disturbi sono spiegabili anche diversamente, potendo esser considerati manifestazioni di turbe del sistema nervoso vegetativo, di natura allergica o no, si può trascurare la loro esistenza e invece tener conto della possibilità più probabile che la cura bismutica, la quale di recente era stata praticata, abbia potuto danneggiare il rene. In tal modo viene di nuovo ad essere considerata nel determinismo della sindrome l'azione del bismuto!

Abbiamo già escluso che questa sostanza abbia potuto da sola provocare la grave sintomatologia, ma non possiamo con altrettanta sicurezza respingere l'ipotesi che questo medicamento abbia potuto indurre nei reni danni non ancora riparati quando l'arsenobenzolo è stato introdotto, sicchè una dose anche piccola di questo sia stata bastevole a provocare lo scoppio delle gravi alterazioni.

Nè contro tale supposizione può essere valido argomento la relativa rarità delle lesioni renali da bismuto e il fatto che nella cura dei luetici a rene non del tutto sano si raccomandi di far precedere alle iniezioni di arsenobenzolo quelle di altri prodotti e specie di bismuto per prevenire il pericolo di reazioni di intolleranza.

Del resto la possibilità di lesioni da bismuto riattivate da salvarsanici è certamente ammessa e Milian riferisce il caso di una stomatite da bismuto, in via di guarigione, riacutizzata dopo più giorni dalla sospensione del rimedio, da una iniezione di neosalvarsan. Ancora ad avvalorare l'ipotesi che del danno siano responsabili i due medicamenti, seppure ciascuno con meccanismo diverso, sta l'assenza o quasi delle lesioni a carico del fegato organo che, come abbiamo già detto, risente particolarmente l'azione dell'arsenobenzolo.

Delle lesioni a carico degli altri organi ci siamo poco occupati; esse rispetto alla patogenesi debbono forse considerarsi come collaterali a quelle dei reni per quanto non si possa sicuramente escludere la loro dipendenza dall'alterata funzione renale.

Dopo aver così prospettato i vari fatti e le possibili interpretazioni resta ora a derivarne una conclusione che cerchi di giustamente interpretare i fenomeni riferiti.

Non si pone in dubbio che le lesioni riscontrate siano dipendenti, direttamente e indirettamente dai medicamenti antiluetici; come è chiaro che di esse lesioni più importanti e più strettamente legate alla sintomatologia clinica sono quelle renali.

Non appare possibile specificare con certezza la causa di esse lesioni: si è negato al bismuto importanza di causa unica efficiente; per l'arsenobenzolo se ne è ammessa la possibilità senza tuttavia essere convinti che tutta l'azione nociva sia derivata dalle due iniezioni di neosalvarsan. Per considerare responsabile dei danni l'azione esclusiva di questo medicamento occorreva possedere la sicurezza della integrità renale al momento della introduzione del farmaco. Sembra pertanto opportuno ammettere che all'arsenobenzolo spetti sempre la massima importanza nell'aver determinato la sindrome ma che probabilmente la sua azione tossica sia stata determinata o potenziata da possibili alterazioni renali provocate dal bismuto precedentemente iniettato.

Comunque il caso è opportuno per ricordare la necessità di studiare e sorvegliare la funzionalità renale, attuando cure antiluetiche.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di morte, per lesioni renali, dopo due iniezioni endomuscolari di piccole dosi di arsenobenzolo.

Discute se l'azione tossica sia tutta da imputare a questo medicamento o se vi abbia partecipato il bismuto che precedentemente era stato iniettato.

BIBLIOGRAFIA.

Aubertin et Destouches. Bull. et Mém. de la Société des Hôpitaux, Paris.

Avite. Arch. ital. di derm. e vener., 1926.

Balthazard. In *Nouveau Traité de Médecine* (Roger).

Beigelböck. Wiener Klin. Woch., 1932.

BERTACCINI. Policlinico, Sez. Prat., 1923.
BORY. Paris Médical, 1931.
CANTAROW e CRAWFORD. Amer. Journ. of Syph., 1929.
DENARIÉ. Thèse de Paris, Legrand, éditeur.
ERNOTTE. Bull. de la Soc. française de derm., 1924.
FABRE et BAZY. Toulouse Médicale, 1933.
HEFTER. Handbuch der exper Pharmak., 1927.
KERL. Handbuch der Hant und Geschlectskrankheiten.
KOUSTOULAS. Bull. de la Soc. française de Derm. et Syph., 1933.
LAURENTIER. Ibid., 1921.
LEMIENE et BERNARD. Archives des malad. des reins et des organes génito-urinaires, 1925.
LESNÈ. Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux, 1921.
MARIANI. Policlinico, Sez. Pratica, 1921.
MILIAN. Revue française de dermat., 1931.
MILIAN, THIBAULD, LEBOURG. Bull. Soc. Française de dermat., 1933.
RICHET, TZANK, CONDER. Journal Médical français, 1931.
RIEHL. Arch. f. derm. u. Syph., 1929.
SCHLESINGER. Wiener Klin. Woch., 1933.
SCHRÖDER. Zentralblatt f. inn. Mediz., 1931.
SÉZARY. Presse Médicale, 1933.
SIMON, BROLEZ, DUREL, PERETON. Bull. Soc. Franç. de derm., 1933.
TAFURI. Gazzetta Internazionale Medico-Chim., 1930.
TZANK. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, 1930 e 1931.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

L'importanza del simpatico nelle sindromi dolorose.

(M. SILBERMANN. *Wiener klin. Wochens.*, 31 gennaio 1936).

È noto che, accanto al sistema nervoso cerebro-spinale sottoposto alla volontà, vi è un sistema che regola le prestazioni involontarie ed il decorso ordinato delle funzioni automatiche. È questo il sistema autonomo o vegetativo, caratterizzato anatomicamente dal fatto che le fibre non decorrono direttamente dal sistema nervoso centrale ai singoli organi, ma vi sono inseriti dei gangli, a cui arrivano le fibre provenienti dal centro e, dopo una commutazione, ne partono quelle che si portano ai rispettivi organi.

Nel sistema autonomo, si distinguono due parti, dal punto di vista anatomico, fisiologico e farmacologico: l'una cervico-toracico-brachiale (simpatico) e l'altra cranio-bulbare e sacrale (parasimpatico).

Queste due parti sono funzionalmente contrapposte, nel senso che l'una favorisce e l'altra ostacola la funzione di un dato organo. Così, per esempio, le fibre simpatiche dello splancnico ostacolano i movimenti intestinali, mentre quelle parasimpatiche del vago agiscono eccitando la peristalsi intestinale. Ma anche dal punto di vista farmacologico, i due gruppi del sistema nervoso vegetativo si comportano in modo opposto. Il simpatico viene eccitato dall'adrenalina o dalla surrenina, mentre il parasimpatico lo è dai veleni del gruppo della muscarina.

Come già si è detto, il sistema autonomo guida le funzioni involontarie dell'organismo, regolando quindi l'attività del cuore e dell'intestino, le funzioni ghiandolari, la ripartizione del sangue, il richiamo, la produzione di calore; vi si associa inoltre la conduzione del dolore.

Il dolore va distinto in *superficiale*, quale è quello che si manifesta nella cute, ed in *profondo*, quale si ha, p. es., nello strappamento muscolare. Non vi è organo nel nostro corpo, da cui non possano partire delle sensazioni dolorose: i muscoli, le fascie, i tendini, le ossa specialmente il periostio, le varie membrane (peritoneo, pleura, dura); anche l'antica idea della insensibilità degli organi nella cavità addominale si è dimostrata erronea, in quanto che si è riconosciuta la presenza di terminazioni nervose intraviscerali. Così, anche gli organi del piccolo bacino, vescica, ovaia, testicoli, sono sensibili al dolore. Lo stesso vale per quelli endotoracici, cuore, aorta, esofago, polmone; ma quest'ultimo non sembra ugualmente sensibile in tutte le sue parti ed anche lo stimolo doloroso deve essere abbastanza inteso e prolungato per dare la sensazione dolorosa.

Straordinariamente sensibili al dolore sono alcuni vasi, come l'arteria tiroidea superiore, mentre secondo alcuni sarebbero insensibili quelli del cervello. Insensibile sembra essere soltanto il cervello, (eccettuate le parti che conducono gli stimoli dolorosi) come pure il tessuto cartilagineo. Interessante è che il plesso coroideo è particolarmente sensibile.

Al sistema del dolore appartengono i ricettori dolorosi, le fibre nervose conduttrici e le vie nervose centrali. Sorge ora la questione se esistano speciali ricettori per il dolore e se la ricezione dolorosa sia connessa con particolari terminazioni nervose. È noto che, accanto ai vari punti nervosi sensibili, ve ne sono altri di cui l'eccitazione determina la sensazione dolorosa. Questi ultimi corrispondono a corpuscoli terminali sensibili, che sono composti di una fase mielinica e di una amielinica; questa appartiene al sistema simpatico ed ha il suo centro trofico nel ganglio del tronco simpatico.

Questa duplice dotazione nervosa del corpuscolo terminale è analoga a quella degli organi interni, di fibre simpatiche e cerebrospinali; è quindi logico considerare le terminazioni simpatiche come dei veri riflettori dolorosi, il che è anche comprovato dall'osservazione dei forti dolori che provocano le ferite d'arma da fuoco, per l'irritazione delle fibre simpatiche.

Le fibre dolorifiche della pelle decorrono

nei nervi cutanei che, nel decorso verso il centro si uniscono ai tronchi nervosi misti. Ogni nervo provvede ad un determinato territorio cutaneo; però, nella sezione totale di un dato nervo, l'area analgesica è inferiore a quella di diffusione del nervo stesso, il che costituisce una prova dell'esistenza di fibre dolorifiche, che non è certo appartengano tutte al simpatico.

Le fibre dolorifiche sono più resistenti e più reintegrabili che non quelle delle altre sensibilità; così, p. es., lo schiacciamento del nervo ulnare può determinare la perdita del senso del tatto e della temperatura, pure risparmiando quello dolorifico. Così, dopo una sutura nervosa bene riuscita il senso del dolore ritorna già dopo qualche mese, ma le altre sensibilità ritardano anche un anno. Lo stesso si può dire per la sensibilità profonda.

Per quanto riguarda le vie dolorifiche delle grandi cavità, si deve anzitutto rilevare che gli organi di quella addominale trasmettono le sensazioni dolororose mediante il simpatico, ma che anche il vago ed il frenico vi hanno una certa parte; così pure per il cuore, oltre il simpatico entra in questione anche il vago.

Le fibre dolorifiche simpatiche, e cerebrospinali, si portano poi alle radici posteriori del midollo e l'eccitazione di queste provoca violenti dolori (tabe, radicoliti). Ma vi è anche una via suppletiva, attraverso le radici anteriori, di cui però l'A., per semplicità di trattazione non tiene conto. D'interesse pratico, è però il conoscere che anche le fibre simpatiche possono trasmettere le sensazioni dolorifiche. Da un'osservazione di Förster, risulta che la sezione delle radici anteriori e posteriori, da D_{12} a S_5 non fece scomparire i violenti dolori che si avevano alla gamba sinistra in seguito a lesione della coda equina da arma da fuoco, con consecutiva paralisi e perdita della sensibilità superficiale. Si deve pertanto ammettere che le fibre simpatiche possano trasmettere le sensazioni dolorose, il che deve rendere molto cauti prima di accingersi alla sezione delle radici per fatti dolorosi.

Dalle radici posteriori, le fibre dolorifiche vanno in parte al midollo allungato, in parte alle corna posteriori e, di qui, per i cordoni crociati anteriori, sempre al midollo allungato, al ponte ed ai peduncoli, per finire al talamo ottico, influenzando anche dei centri in sottordine (corteccia, striato).

* * *

Per quanto riguarda la *patologia*, l'A. considera anzitutto le lesioni nervose periferiche, traumatiche, in cui oltre alla lesione delle fibre dolorifiche che decorrono nel nervo stesso, vi è anche quella delle fibre simpatiche, il che spiega la permanenza dei dolori dopo la sezione delle radici e nei neuromi d'amputazione.

Sono poi da menzionare le crisi tabetiche con irritazione del simpatico; così in quelle gastriche, sono interessati i rami comunicanti da D_6 a D_9 e da qualche autore per tali casi si parla di crisi simpatiche; analogamente si possono avere crisi in altri organi (vescica, retto, uretra, ecc.).

Anche i tumori del midollo, sia intra- che extramidollari, danno dolori che possono essere assai violenti, e così pure le malattie del cervello che colpiscono anche il sistema simpatico.

I più frequenti fra gli stati dolorosi sono la cefalea e le nevralgie. Nella prima, il simpatico agisce come una delle vie afferenti alla dura, alla pia ed ai vasi cerebrali, eccitando i ricettori dolorifici (a cui partecipano anche le fibre afferenti, sensitive dei nervi cerebrali) e si determina così la cefalea profonda. Ma anche a quella superficiale, oltre al trigemino, al vago e ad altri piccoli nervi (intermedio, occipitale) partecipa il simpatico, con le sue fibre afferenti per la cute cranica. A tale cefalea superficiale appartiene quella così detta reumatica e quella della neurite del trigemino.

Anche alla neuralgia del trigemino partecipa il sistema simpatico, in quanto che, anche per questo decorrono le fibre dolorifiche del viso, ma solo come via suppletiva. Ma il simpatico può entrarvi anche per altro verso, nel senso che il plesso simpatico dei vasi facciali può provocarne la costrizione e determinare parossismi dolorosi.

Da quanto sopra si è esposto, si comprende l'importanza della partecipazione del simpatico nel determinismo e nella conduzione del dolore, questione assai complicata e non ancora del tutto chiarita. *fil.*

Radicolite saturnina.

(H. LUDWIG e M. ROTTENBERG. *Klin. Woch.*, 25 gennaio 1936).

Mentre nella prima descrizione delle radicolo-neuriti dovuta ad Erb e a Déjèrine-Klumpke erano presi in cosiderazione quali fattori etiologici accanto ai traumi quasi esclusivamente la lues e la tubercolosi, oggi sappiamo che svariati momenti tossici ed infettivi possono entrare in campo: radicoliti possono osservarsi nelle malattie del ricambio, specialmente nella diatesi gottosa, nel catarro cronico del crasso, in varie malattie infettive, come ad esempio nelle forme grippali, nelle affezioni delle vie aeree superiori, nella malaria, negli ascessi periproctitici, negli ascessi tonsillari, nelle suppurazioni dei seni frontali e talvolta nell'encefalite letargica. Il piombo fino ad ora era stato quasi completamente trascurato quale fattore etiologico delle radicoliti.

Gli AA. riferiscono due casi di radicolite saturnina, che rivestono un particolare interesse anche per la sintomatologia quasi esclusivamente sensitiva, mentre quali manifestazioni del saturnismo a carico del sistema nervoso

periferico si conoscono quasi esclusivamente alterazioni motorie: alterazioni della sensibilità sono menzionate soltanto quali manifestazioni collaterali di turbe motorie. Il fatto che alterazioni della sensibilità sono così poco conosciute nel saturnismo può forse spiegarsi in quanto esse rappresenterebbero uno stadio prodromico dei fenomeni motori, ed in tal caso potrebbero essere svelate solo da accurate ricerche in serie, oppure si presenterebbero in casi in cui mancano tutti gli altri cosiddetti sintomi cardinali del saturnismo, come nei due casi descritti dagli autori suddetti. Si tratta in entrambi di una radicolite lombosacrale, iniziatasi con disturbi subiettivi della sensibilità, sensazione di freddo ed in seguito ipoalgesia nella stessa zona nel primo caso, parestesie e dolori di tipo sciatico nel secondo associati a crampi muscolari, che stanno ad indicare un cointeressamento delle radici anteriori. Mentre nel primo caso la disposizione segmentaria dei disturbi della sensibilità condusse alla diagnosi, nel secondo caso, che si presentava col quadro di una sciatica, furono la mancanza del dolore alla pressione in corrispondenza dei punti del Valleix, la negatività del segno di Lasègue con presenza di dolore alla pressione sulla colonna lombare, la quasi completa assenza dei riflessi achilleo e plantare, il tipico dolore nel tossire e nel soffiare il naso, la posizione antalgica che condussero alla diagnosi esatta. Per quanto riguarda la presenza del piombo nel liquor e nel sangue è interessante notare quanto segue: la percentuale di piombo nel liquor nei due casi era rispettivamente di 0,085 e 0,090 mgr. %; per il resto il liquor in un caso era normale, nell'altro invece presentava modico aumento dell'albumina. Il contenuto in piombo del liquor può essere maggiore di quello del sangue, come in uno dei due casi. Importante è pure il fatto che in presenza di percentuali elevate di piombo nel liquor e nel sangue possono mancare i cosiddetti sintomi cardinali del saturnismo. Anche la regola che non esiste saturnismo senza aumento del piombo nel sangue soffre le sue eccezioni, poichè il primo dei due casi presentava una percentuale di piombo nel sangue del 0,028 mgr. %.

Il contenuto di piombo nel liquor diminuì piuttosto rapidamente in seguito a ripetute punture lombari, somministrazione di joduro di potassio e dieta acidificante.

M. NUNBERG.

ALLERGIA.

Allergia aspecifica.

(P. BORDET. *Ann. Inst. Pasteur*, marzo 1936).

Un'infezione in atto può conferire all'organismo l'attitudine a reagire in modo particolarmente intenso a stimoli tossici diversi; quando la reazione è causata da sostanze tossiche non aventi alcuna parentela con i germi determinanti l'infezione si ha il fenomeno dell'allergia aspecifica.

Nell'infezione tubercolare tale forma di allergia è stata particolarmente studiata e da lungo tempo è conosciuta la spiccata sensibilità dell'uomo e degli animali tubercolosi a sostanze tossiche siano esse di origine microbica o no.

Un importante studio dell'A. è basato sulla seguente osservazione: se si inoculano nella cavità peritoneale di una cavia 5-10 mgr. di bacilli tubercolari avirulenti (BCG) e dopo 10-20 giorni per la stessa via si inietta qualche centimetro cubico di una emulsione di colibacilli vivi o uccisi col riscaldamento, le cavie muoiono in poche ore; già dopo tre o quattro ore dall'inoculazione dei colibacilli si osservano delle gravi difficoltà nella respirazione. Gli animali rimangono immobili col pelo arruffato, poi si coricano sul fianco e muoiono in ipotermia. Tale ipotermia è il sintomo dominante della intossicazione. All'autopsia si osservano gravi lesioni emorragiche in corrispondenza dei focolai peritoneali prodotti dal BCG.

L'infezione strettamente locale provocata da questo germe è dunque sufficiente a determinare nell'animale una forte ipersensibilità di fronte a diverse sostanze d'origine microbica; l'iniezione di tali sostanze produce una reazione emorragica in corrispondenza delle lesioni dovute al BCG.

La reazione a carattere emorragico ottenuta nelle suesposte condizioni di esperienza deve essere classificata nel quadro dell'allergia emorragica aspecifica, di cui il fenomeno di Sanarelli è il primo e il più tipico esempio. L'illustre Maestro italiano nel suo classico lavoro sul colera sperimentale (1916-24) ha visto infatti che l'iniezione endovenosa di una piccola quantità di filtrato di cultura colibacillare in cavia precedentemente trattata per via endoperitoneale con una dose submortale di vibrioni colerici produce la morte rapida della cavia; all'autopsia gli animali presentano delle gravi lesioni emorragiche laddove i vibrioni colerici si erano insediati.

Paul Bordet studia il meccanismo col quale l'allergia aspecifica si stabilisce negli animali trattati col BCG e dimostra sperimentalmente che lo stato di ipersensibilità scompare colla guarigione delle lesioni da BCG, che l'hanno determinata. Se l'infezione è stata determinata con bacilli tubercolari virulenti, le lesioni provocate con la colitossina sono del tutto simili a quelle che si osservano nell'intossicazione tubercolinica (reazioni di focolaio). In questi animali l'inoculazione intradermica di piccole quantità di colitossina produce una reazione emorragica locale, e l'introduzione nelle vene della stessa colitossina dà luogo al fenomeno della reviviscenza sia delle reazioni alla tubercolina che di quelle alla colitossina.

L'importanza delle lesioni a focolaio determinate dal bacillo tubercolare virulento o avirulento nel determinismo dell'allergia alla colitossina è riaffermato dall'osservazione che gli stessi fenomeni di ipersensibilità si stabiliscono nella pseudotubercolosi dei roditori e nell'infezione per via endoperitoneale con l'Oidium albicans. Anzi non è nemmeno necessario per lo stabilirsi dell'allergia che i focolai siano determinati da germi viventi poichè si ottengono identici risultati con l'iniezione endoperitoneale degli stessi germi uccisi.

In accordo con questa ipotesi i tentativi di trasmissione passiva dello stato di allergia aspecifica sono rimasti costantemente infruttuosi.

Che siano le lesioni infiammatorie in atto a determinare l'insorgenza dell'allergia aspecifica, viene inoltre chiaramente dimostrato dal fatto che l'iniezione nel peritoneo di una sostanza inerte come il talco dà luogo ad uno stato di ipersensibilità alla colitossina del tutto identico a quello provocato dai germi.

L'importanza essenziale dei focolaï infiammatori in atto nello stabilirsi dell'allergia aspecifica era del resto già stata dimostrata da Debonera, Tzortzakis e Falchetti (*C. R. de la Soc. de Biol.* 1932, 59, 24) che mediante iniezione intradermica di olio di vasellina e successivo trattamento per via endovenosa con colitossina, ottennero nelle cavie una reazione emorragica intensa in corrispondenza del punto della prima iniezione.

Il grande capitolo dell'allergia aspecifica al quale il lavoro di Paul Bordet porta un nuovo importante contributo, acquista ogni giorno maggiore importanza per i fenomeni biologici finora oscuri che esso tende a chiarire, e per le applicazioni pratiche che esso ha già avuto nella titolazione e nella preparazione di alcuni sieri terapeutici.

E. CARLINFANTI.

La sostanza P di Oriel.

(R. SILVESTRINI. *La Riforma Medica*, 21 marzo 1936).

La sostanza P di Oriel, che ora desta tanto interesse, non è una novità. Fin dal 1898 Jacquemet aveva rilevato che le urine agitate con etere e quindi lasciate in riposo formano sulla loro superficie un tappo gelatinoso talvolta molto consistente. L'anno seguente la reazione fu studiata da Testevin nel corso di malattie infettive, e successivamente da Modena, Bufalini e Baduel.

Le ricerche di Oriel furono iniziate molto più tardi e furono condotte con lo stesso metodo adoperato da Jacquemet e Testevin: agitare con etere l'urina acidificata con acido solforico; dallo strato etereo superiore trattato con un volume indeterminato di alcool si ha un precipitato che si può disciogliere in una soluzione di idrato di soda a 1/10.

L'Oriel ha avuto il merito di curare le malattie allergiche con il precipitato, così ottenuto, delle urine dei sofferenti delle malattie stesse. Ma non è dubbio che il principio che informa la trovata dell'Oriel è di vecchia data. Come afferma il Krebs l'autourinoterapia sarebbe stata già da tempo constatata utile nelle affezioni ora riconosciute di natura allergica ed anche in alcune infezioni come la pertosse.

Oriel trovò che la proteosi isolata dalle urine, che egli chiamò sostanza P, è un antigene capace di suscitare una vivace reazione in un organismo sensibilizzato. È un antigene specifico perchè quella di un asmatico provoca reazione in un altro asmatico, ma non in un individuo affetto da orticaria. Esisterebbe nell'urina dei sofferenti di malattia allergica solo durante la crisi dell'affezione.

La sostanza P può essere adoperata a scopo diagnostico e terapeutico: accertare la natura allergica di un'affezione, provocare la desensibilizzazione dell'infermo.

A scopo diagnostico la prova si fa secondo il metodo di Prausnitz-Küstner per le reazioni cutanee. Scelti tre punti A, B e C della cute di un infermo s'inietta in A intradermicamente siero del malato e 24 ore dopo la sostanza P della sua urina, in B siero del malato e 24 ore dopo la sostanza P prelevata dall'urina di un malato di altra affezione allergica, in C solo la sostanza P del malato. La reazione è positiva quando appare una papula arrossata solo in A.

Per scopi terapeutici si fanno iniezioni intradermiche di soluzione a concentrazione progressiva della sostanza P dello stesso infermo.

Le indagini di Oriel hanno provocato gran numero di ricerche. Quantunque alcuni abbiano negata la specificità della sostanza P nel senso che essa si troverebbe indifferentemente nelle urine di sani e malati e non avrebbe valore diagnostico e terapeutico, la maggioranza dei ricercatori hanno confermato il valore della sostanza P per la diagnosi e la cura delle malattie allergiche.

Certo è che la reazione non è costantemente positiva e lo stesso Oriel l'ha ottenuto solo nell'80 % dei casi.

Oltre la reazione locale si possono avere reazioni generali e viscerali di particolare violenza, specie quando l'iniezione si fa per via endovenosa.

Barber e Oriel hanno ottenuto su 44 casi di asma allergico 10 guarigioni, 20 miglioramenti notevoli, 10 miglioramenti leggeri e 4 insuccessi. Savy e Thiers hanno avuto brillanti risultati in casi di febbre da fieno, emicrania ed alle altre allergie alimentari. Ma i maggiori successi terapeutici si sono avuti nelle affezioni cutanee, nei pruriti essenziali, negli eczemi, nell'eritema polimorfo, nella porpora e nella urticaria con o senza segni d'insufficienza epatica.

Oriel prepara la sostanza P nel modo seguente. Si mettono in un imbuto separatore 400 cmc. di urina acidificata con acido solforico al 25 %. Si aggiungono 100 cmc. di etere e si sbatte energicamente. Si forma così uno strato etereo che poi si divide in due altri

strati. Si raccoglie solo quello superiore, dal quale viene precipitata la sostanza P con alcool a 95°. Si centrifuga e si lava abbondantemente con acqua distillata, quindi si discioglie in soluzione decinormale di soda. La soluzione così ottenuta si mescola con liquido di Evans, che si ottiene mescolando a parti eguali la soluzione A (fosfato di potassio gr. 3.63, fosfato di sodio gr. 14.31, cloruro di sodio gr. 50, acqua gr. 1000) e la soluzione B (Fenolo al 4 %). Si formano miscele calcolate in modo che si abbiano soluzioni di sostanza P a 1:1000 e con ulteriori aggiunte di liquido di Evans a 1:10.000, 1:100.000, a 1:1.000.000.

Thiers ha proposto la seguente modificazione: Estrazione con etere in mezzo acido; evaporazione dell'etere a temperatura non superiore a 50°; precipitazione con l'aggiunta di un quintuplo di alcool a 95° ad un pH rosa alla fenolftaleina; lavaggio del precipitato su carta da filtro con alcool a 95° fino a neutralità del liquido; essiccamento a 37°; nuova soluzione del precipitato con una goccia di soluzione decinormale di soda; riprecipitazione e lavaggio con alcool; soluzione in acqua distillata con diluizione a 1 : 100, 1 : 1.000, 1:100.000; sterilizzazione con Tyndalizzazione.

Savy e Thiers consigliano la soluzione a 1:100 nell'emicrania e nei disturbi da insufficienza epatica, a 1:1000 nell'orticaria, nell'edema di Quincke, nell'asma, nell'eritrodermia. Si fanno iniezioni intradermiche quotidiane cominciando con 1/20 di cmc. e aumentando ogni giorno fino a raggiungere 3/20. Si passa quindi alla via sottocutanea cominciando con 1/10 di cmc. e aumentando ogni volta di 1/10 fino a raggiungere 1 cmc.

Non si fa la nuova iniezione se non sono scomparse le reazioni provocate dalla precedente, e si diminuirà la dose se le reazioni sono state troppo forti. DR.

DIVAGAZIONI

Il crudismo.

(K. GLAESSNER. *Wiener klin. Wochens.* 31 gennaio 1936).

L'A. distingue il crudismo come nutrizione fondamentale, quale si osserva in alcuni popoli da quello che si può prescrivere come dieta in alcune malattie. Egli rileva che il crudismo si è venuto diffondendo anche fra gli individui mangiatori di carne o di dieta mista per le seguenti ragioni: 1) la lotta contro l'eccesso di albumina, tanto più che da parte di alcuni studiosi (Hindhede ed altri) è stata dimostrata la possibilità di abbassare il fabbisogno di albumina a circa la metà delle cifre di un tempo; 2) la lotta contro l'eccesso di sale, che è ritenuto dannoso; 3) la dottrina vitaminica, che al crudismo fornisce un grande appoggio.

COMPOSIZIONE DELLA DIETA CRUDISTA.

Tale dieta analogamente a quella vegetariana esclude ogni alimento di origine animale, ma, a differenza di essa, esclude altresì ogni procedimento di cottura e di qualsiasi trasformazione chimica. Entrambe usufruiscono delle verdure e delle frutta e cioè:

A) *Verdure.* Tuberi (patate, cipolle, ravanelli, aglio, carote, rape); fogliame (indivia, cicoria, sedano, prezzemolo, insalate, cavoli, acetosella); frutti (cetrioli, zucca, cocomeri, poponi, piselli verdi, fagioli); cavolfiori.

Le caratteristiche di queste verdure sono le seguenti: alto contenuto in acqua (in media 80 %), bassissimo in sale ed in corpi purinici, elevato invece in amido e zucchero (il primo prevalente nelle verdure fresche). I carboidrati sono: amido, inulina, emicellulosa, pectina, mannite. Contengono inoltre grassi: clorofilla, lipocromo (carotene, licopina), acido ossalico, sostanze aromatiche, alcaloidi (solanina nei pomidoro acerbi), sostanze minerali, vitamine.

Vantaggi delle verdure sono il basso contenuto in albumina e sale ed invece l'alto contenuto in sostanze minerali, e vitamine; grande scarsezza di sostanze puriniche. Svantaggi: la masticazione ne viene aggravata, la scissione ne è difficile; lo stomaco e l'intestino ne sono gravati, possibilità di infezione e di intossicazioni (contenuto in ricina di alcune verdure giovani); formazione di abbondante gas, scarsezza di albumina, che vi si trova in una forma di non alto valore, sicchè sono necessarie grandi quantità per garantire il minimo di albumina.

B) *Frutta.* Può usarsi direttamente, oppure quella conservata o disseccata, oppure i succhi di frutta (specialmente come bevande).

Anche le frutta sono caratterizzate da alto contenuto in acqua e scarsezza di azoto, sostanze puriniche, sale, abbondanza di cellulosa, sostanze pectiche, acidi organici (citrico nei limoni, malico, tartarico, tannico nella buccia, salicilico nelle fragole, benzoico ed ossalico nei lamponi; alto contenuto in idrati di carbonio (più amido nelle frutta un po' acerbe, più zucchero in quelle mature); si trovano: saccarosio, glucosio, fruttosio, mannosio, destrina, mannite, sorbite. Le banane immature contengono 0,08 % di zucchero ed il 13,9 % di amido, quelle mature, rispettivamente 4-21 % e 0,71 %.

Della massima importanza sono i carboidrati ed i grassi, oltre alle sostanze aromatiche, che le rendono gradite al gusto.

Altra caratteristica delle verdure come delle frutta è il contenuto in *vitamine*, di cui troviamo: *La A* (liposolubile che protegge l'organismo contro certi disturbi nutritivi, quali la xeroftalmia e disturbi di crescenza; si trova in: cavoli, spinaci, insalata, trifoglio e specialmente nelle carote e nei pomidoro; ne è invece scarso l'olio di noci; *la B* (antineuritica) si trova in: carote, insalata, rape, pomidoro, limoni, uva, è scarsa nelle mele; *la C* (antiscorbutica) si trova nei cavoli, crescione, insalata, cipolle, ravanelli; abbondante nei li-

moni, scarsa nei cavoli acidi, pomidoro, aranci.

Le frutta contengono inoltre importanti sostanze minerali, fra cui il ferro (fino a 10-16 mg. %), molto calcio e fosforo, scarso sale e sopratutto un grande eccesso di basi, che spostano l'equilibrio acido-base dal lato dell'alcalinità. Invece, il pane, la farina, le uova, la carne agiscono in senso contrario.

LA DIETA CRUDISTA NEI SANI.

I diversi autori hanno consigliato varie diete. Così Möller:

		Albumina	Calorie
200 g. di noci	g.	23,4	1180
200 g. di fichi	g.	5,4	476
100 g. di prugne secche	g.	1,8	240
500 g. di mele			260
500 g. di pere	g.	1,5	250
Totale	g.	33,6	2406

Il contenuto in albumina è bassissimo ed anche quello in calorie è scarso e sufficiente per poche esigenze; Hindhede, con diete analoghe ha potuto anche ottenere buona capacità lavorativa. (Un'altra difficoltà che i crudisti non considerano è quella di poter digerire tutte quelle noci; è assai frequente, di fatto il trovare nelle feci dei pezzi di noce del tutto immutati anche in individui che ne consumano quantità molto inferiori; *N. del red.*).

Willi ha fatto delle ricerche su sè stesso per la durata di 10 settimane, con una dieta contenente albumina g. 55,2, grasso 142,4, carboidrati 439, calorie 3496. Sul principio, sentiva la mancanza del caldo dei cibi, aumento nel bisogno di dormire, cefalea, flatulenza, meteorismo; ebbe diminuzione del peso, della pressione (da 122-65 a 100-60), della emoglobina (da 90 a 70) ed aumento del numero delle emazie (da milioni 4,8 a 5,6) nonchè dei leucociti (da 5700 a 8600). La quantità ingerita era di Kg. 3,1; le feci emesse di gr. 290; dell'albumina vennero assorbiti g. 328,8, dei grassi soltanto 115; il metabolismo basale si abbassò a — 4,8 %, il contenuto di NaCl nel sangue rimase immutato, quello dell'urina si abbassò a g. 0,35.

I risultati ottenuti non sono tutti concordi. Fra i pareri discordi, citiamo quelli di v. Noorden che rimprovera alla dieta crudista la scarsa quantità di albumina, il cattivo assorbimento; Stepp che la ritiene scarsamente utilizzabile ed incompleta; Süsskind che rilevò su sè stesso l'iponutrizione, poichè non si poteva mantenere la quantità di azoto necessaria alla vita.

Tutto sommato, però, l'A. la ritiene possibile e vantaggiosa per quelli che vi sono abituati da giovani, con i vantaggi e svantaggi su menzionati; un ostacolo serio può essere il fatto del costo elevato.

LA DIETA CRUDISTA NEGLI STATI MORBOSI.

Malattie cardiache. Eimer e Voigt la consigliano e la ritengono preferibile alla dieta di Carrel perchè più adatta, per la maggiore ricchezza in calorie, il maggior senso di sazietà, di calma della sete, il migliore effetto diuretico. Provoca deacquificazione, declorurazione ed aumento del valore refrattometrico del siero. È indicata nella stasi dell'acqua e del cloro; la si ordina a periodi di 10 giorni, alternata con altri 10 giorni di dieta mista.

Affezioni renali, acute e croniche; formano il vero dominio della dieta crudista. Provoca perdita di acqua, di sale, abbassamento della pressione sanguigna, calma la sete. Nelle nefriti acute, alternare questa dieta con quella lattea; nelle forme croniche, la si può continuare anche 2-3 mesi; sorprendenti sono i risultati nei fenomeni uremici.

Obesità; si devono evitare i prodotti ricchi di grassi e di carboidrati (olive, noci, frutta dolce). Il grande volume produce presto il senso di sazietà, la costipazione viene influenzata favorevolmente. Può usarsi come giornate di frutta e di verdure, oppure introdurre nella settimana almeno tre giornate di crudismo.

Diarree. I bambini, come è noto, reagiscono bene alla dieta di mele o di banane; si può continuare per parecchi giorni (od anche settimane) con 500-1000 g. di mele al giorno, eventualmente sbucciate. Buoni risultati sono stati ottenuti anche nella dissenteria e nelle infezioni tifoidi, nonchè nell'infantilismo intestinale.

Costipazione. Reagiscono bene soprattutto le forme di debolezza rettale, in cui si tratta specialmente di un problema di acido carbonico. Questo si sviluppa dalla cellulosa e costituisce così uno stimolo per la defecazione.

Gotta. Il vantaggio è dato dalla scarsezza di sostanze puriniche. L'A. prescrive 3 giorni la settimana di dieta crudista.

Malattie gastro-intestinali. Viene consigliata a torto nell'ulcera in cui tale dieta avrebbe lo svantaggio di sovraccaricare lo stomaco.

Diabete. L'introduzione di giornate di verdure è consueta in questa malattia. La dieta crudista ha anche il vantaggio di risparmiare la insulina ed il pancreas, nonchè di calmare la sete.

Malattie cutanee. Utile specialmente nelle affezioni allergiche, come l'orticaria e certi eczemi.

Malattie del sangue. Il contenuto in ferro ed in clorofilla rende la dieta crudista utile nelle anemie secondarie e nella clorosi.

Tubercolosi. Varie forme di questa (ossa, pelle, ecc.) sono favorevolmente influenzate dalla nota dieta Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfer.

Con questa nuova dieta, è pertanto possibile non solamente di influire fondamentalmente sulla nutrizione, ma anche di ottenere buoni risultati in vari processi morbosi.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

GIORGIO e FELICE KLEMPERER. *La Clinica Medica. (Enciclopedia di medicina pratica)*. Traduzione diretta dai proff. MICHELI e GAMNA. Unione Tipografica Editrice Torinese, 1933-1936.

A breve distanza dalla fine dell'Edizione Tedesca viene completa alla luce la limpida precisa e organica traduzione Italiana del famoso Trattato, la Clinica Medica contemporanea di Giorgio e di Felice Klemperer.

È trattato e sintesi ad un tempo che rappresenta una serie di capitoli monografici scritti di autori già noti quanto hanno particolarmente prediletti i singoli argomenti e, l'esposizione in ordine alfabetico, integrata da un indice di richiamo analitico alfabetico quanto mai completo, rende l'opera di facile consultazione e di pronto orientamento. Vi sono così compresi in largo programma organico tutti i principali argomenti della medicina interna integrata da tutte le parti affini delle specialità; chirurgia, pediatria, neurologia, psichiatria, medicina legale e sociale. E la trattazione è nei singoli capitoli e nella armonica distribuzione delle materie sempre così bene condotta e così precisa da essere veramente superiore ad ogni elogio.

La poderosa opera nella quale Giorgio e Felice Klemperer, i due celebri autori tedeschi, hanno dato non solo con l'alta autorità del nome, ma con fattiva collaborazione e direzione, tanta impronta di serietà, organicità e personalità, ha così attraverso la traduzione di Micheli e di Gamna e con i caratteri della Unione Tipografica Editrice Torinese una bella edizione Italiana che merita essere segnalata.

C. FRUGONI.

R. RIVOIRE. *Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie*. Vol. in-8° di pagg. 306. Masson & C. Paris, 1935. Fr. 36.

Più che una seconda edizione è un'opera nuova che l'A. offre ai lettori, essendo stato il volume quasi completamente scritto ex novo. Poche branche della medicina infatti hanno conosciuto uno sviluppo così rapido e così pure in poche materie, come questa, i lavori fatti in tutto il mondo giustificavano una messa a punto rinnovata.

Il primo capitolo è consacrato all'endocrinologia paratiroidea (fisiologia, ormone, osteosi paratiroidea; cataratta paratiroidea, reumatismo cronico e paratiroidi ecc.); il secondo all'endocrinologia surrenale, il terzo al pancreas. Successivamente sono trattate l'endocrinologia ovarica, quella testicolare, quella ipofisaria. Particolare sviluppo l'A. ha dato a questo capitolo, vista l'importanza sempre maggiore che le moderne ricerche attribuiscono all'ipofisi: è noto infatti come essa oltre ad avere influenza notevole sull'accrescimento dell'individuo, condiziona l'attività dell'apparato di riproduzione, controlla il funzionamento di tutto il sistema endocrino, ecc.

a. p.

M. LOEPER. *Thérapeutique médicale*. Maladies infectieuses et parasitaires. Un vol. in-8° di 414 pag. Masson et C.ie, Paris, 1935. Prezzo Fr. 50.

È questo il nono volume del Trattato di terapia medica che il Loeper, Professore di Terapia alla Facoltà medica di Parigi, viene pubblicando con la collaborazione di altri.

Ad un magistrale capitolo dello stesso Loeper sulla Auxoterapia, ne seguono quattro di R. Turpin sul trattamento generale delle malattie infettive (vaccinazione, siero-; batterio-chemio-proteino-emo-terapia) ed altri di vari autori sulla terapia speciale di alcune malattie: dissenteria, influenza, tetano, sifilide, malaria; sulla vaccinazione contro la tifoide e la difterite, sulla vaccino- e sieroterapia delle malattie da virus filtrabili, sull'uso del siero di convalescenti e guariti.

Da ultimo un interessante lavoro di E. Lesné sulle vitamine nelle malattie infettive, in cui l'A. dimostra che le vitamine non agiscono da anti-infettivi, ma hanno una grande utilità profilattica, nel senso di opporsi alle carenze e di aumentare quindi la resistenza alle infezioni.

fil.

M. SCHTEINGART. *Alimentacion y Dietetica*. Un vol. in-8° di 583 pag. A. Lopez, Buenos Aires, 1935.

L'ampio volume del prof. Schteingart esamina in modo totalitario i problemi della nutrizione, incominciando con delle considerazioni generali sul metabolismo e sulla calorimetria diretta ed indiretta (di cui descrive la tecnica), nonchè sulle varie influenze che agiscono sul metabolismo basale. Passa poi allo studio dei principi alimentari in generale ed a quello dei singoli alimenti e dei vari regimi, secondo le diverse condizioni fisiologiche (infanzia, gravidanza, vecchiaia, ecc.), accennando anche ai rapporti fra alimentazione e costituzione, quali sono stati delineati dal Pende.

Il tipo e le esigenze alimentari dell'Argentina formano un capitolo a parte.

Si occupa poi della dietetica propriamente detta: il regime crudista, la dieta nelle diverse malattie, fornendo consigli eminentemente pratici, ma dimostrandone la razionalità perchè basati sui dati scientifici.

Da ultimo, delle nozioni pratiche di cucina dietetica.

fil.

La medicina e la chirurgia relativa allo sport dello sci. Un vol. in-8° di 92 pag. Soc. med.-chir. bresciana e Fed. ital. med. sportivi.

I medici bresciani hanno avuto la simpatica iniziativa di indire nello scorso anno un convegno medico sportivo dedicato allo sci e,

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

per essere in carattere, la località scelta era il rifugio alpino (C. Bonardi) sul Monte Maniva, nell'alta Val Trompia.

Sono qui riunite le relazioni e comunicazioni fatte a tale Convegno, suddivise in gruppi riguardanti: 1) l'azione della luce in alta montagna (vi troviamo fra l'altro un interessante lavoro di A. Magrassi sulle luciti); 2) i problemi di medicina inerenti allo sport dello sci e di alta montagna (G. Dossena: Lo sport nella donna. E. Fiori: Sport invernale e tubercolosi polmonare, ecc.); 3) problemi di chirurgia inerenti allo sport dello sci, fra cui: Lesioni oculari da sci (E. Raverdino); Meccanismo delle fratture bimalleolari da sci (F. Mandruzzato); sul meccanismo delle lesioni da sci (E. Dusi), ecc.

Il Convegno si ripete nell'aprile di quest'anno. *fil.*

F. LO GIUDICE. *L'Assicurazione contro le malattie per gli addetti al commercio.* Un vol. in-8° di 156 pag. S.T.A.M.P.A. Ancona.

La Cassa Nazionale Malattie per gli addetti al commercio (C.N.M.A.C.) sorta per la concorde volontà delle due Confederazioni del Commercio (Commercianti e Sindacati lavoratori) è stata riconosciuta giuridicamente con R. D. del 1929 ed ha cominciato a funzionare in pieno nel 1930. Della sua attività si occupa l'A. in questa sua pregevole pubblicazione, in cui considera dapprima la parte generale della previdenza-assistenza e poi, studia i doveri dei datori di lavoro, espone le prestazioni della C.N.M.A.C. e le varie ed interessanti questioni medico-legali che si presentano nella pratica.

Importante è lo studio della morbilità; desunto da questi primi anni di esercizio: frequenza e durata delle malattie secondo il sesso, il genere di lavoro, la regione, ecc. Dati che sono molto importanti e più lo saranno nel futuro quando si potranno avere confronti con altre categorie di lavoratori. Finora l'unico gruppo di lavoratori per cui si hanno precisi dati statistici in proposito è quello delle ferrovie che, fino dalle passate Società avevano i Consorzi che, con i rappresentanti del personale e delle relative Amministrazioni, rappresentavano l'unione delle due Confederazioni attuali, davano tutte le prestazioni assistenziali e raccoglievano dati statistici, che risalgono al 1880.

Il coscenzioso e preciso lavoro dell'A. termina rilevando la grande utilità della C.N.M.A.C. e proponendo la visita preventiva agli assicurati. *fil.*

Pubblicazioni del prof. FRANCESCO FIGARI *in un quarantennio di vita scientifica.* Due vol. di rispettive pag. 513 e 357, con fig. Genova, 1935.

La pubblicazione di questi due volumi, fatta per cura dei colleghi di lavoro, in occasione delle onoranze giubilari tributate al prof. Figari, come desta l'ammirazione dello studioso per la mole e l'importanza del lavoro, deve essere motivo di vero compiacimento per il prof. Figari stesso, il quale rivive così una quarantina d'anni di una vita piena ed attiva, spesa nella feconda operosità di scienziato, di organizzatore, di insegnante.

Trattasi per la maggior parte di ricerche personali, un complesso di 88 lavori, alcuni dei quali, come quello sui veleni tubercolari nella eziologia del rachitismo, assai ampi. Ne troviamo 6 di diagnostica, 12 di terapia e 56 sui problemi immunitari, i quali sono stati studiati dall'A. con originalità di vedute. Per la massima parte, riguardano i problemi della tubercolosi e delle neoplasie, ma vi sono trattate con sicura competenza anche altre questioni. Menzioniamo, fra queste, la bella tesi di libera docenza sui rapporti eziologici della sclerosi dei cordoni posteriori del midollo con le infezioni sifilitiche ed è interessante il rileggerla oggi che le cognizioni nostre in questo campo si sono assodate. La tesi è del 1906 e finisce con l'augurio che « le recenti ricerche sul probabile agente etiologico della sifilide (Spirochaeta pallida) possano gettare nuova luce sulla dibattuta questione.

Il libro è presentato da una prefazione del sen. Maragliano, che mette in rilievo come l'A. è stato suo prezioso collaboratore e come questi, oltre alla notevole mole del lavoro scientifico, quale vediamo nei due volumi, abbia dedicato gran parte della sua attività anche all'Istituto Maragliano, ai reparti clinici ed all'insegnamento. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Sezione Laziale della Società Italiana di Gastro-enterologia.

Seduta del 14 febbraio 1936 - XIV.

Presidente: Prof. C. FRUGONI.

Su un metodo di cura di certe forme di ectasia esofagea.

P. GALLENGA. — L'O. riferisce su certe forme speciali di ectasia esofagea in cui all'esame radiologico si rileva un'ectasia diffusa dell'esofago e in cui il pasto opaco ristagna senza che vi sia nessun tratto stenotico o contratto a valle della porzione dilatata. Dopo un certo tempo il pasto opaco passa ma non completamente. In questi casi le sonde molli di grosso calibro oltrepassano con facilità il cardias. Questi soggetti si lamentano di difficoltà nella ingestione di cibi e di rigurgiti per lo più a distanza dai pasti. In questi casi la dilatazione forzata non dà la guarigione completa. Si può ritenere che tale dilatazione dell'esofago sia dovuta a dilatazione del viscere e non da ostacolo a livello del cardias. Per sopprimere le stasi non bastano i lavaggi esofagei nè i cateterismi: occorre sopprimere l'ingestione di tutti gli alimenti solidi o liquidi per via orale, approfittando della grande tolleranza di questi infermi per il sondaggio esofageo con grosse sonde che conducono direttamente nello stomaco i cibi. La manovra si pratica tre volte al giorno, facen-

do precedere sempre un piccolo lavaggio dell'esofago. La soppressione completa del ristagno esofageo porta immediato sollievo e benessere specialmente per la notte e viene accettato tale metodo di cura perchè permette abbondante somministrazione di uova, burro, latte, minestrine, zucchero, ecc.

Dopo alcune settimane si riprende una graduale alimentazione per via orale: il sondaggio serale viene mantenuto più a lungo.

Con questo sistema la traversata esofagea dopo qualche mese ritorna normale ed anche il calibro del viscere si fa regolare anche all'esame radiologico.

Il metodo di cura suddetto non esclude gli altri metodi sintomatici: sedativi, antispastici, ecc. La guarigione si mantiene dopo anni.

ALESSANDRINI P., approva il criterio esposto dall'O. perchè trova che esso è razionale ed evita i pericoli inerenti alla dilatazione forzata dell'esofago.

Sulla Trichomoniasi intestinale.

P. DE MURO. — L'O., accennato brevemente all'importanza dei parassiti intestinali, passa a parlare del Trichomonas hominis che oltre al cieco, colon, e sigma può trovarsi anche nello stomaco dell'uomo. Questo parassita può in molti casi avere un potere patogeno. Il quadro clinico più comune prodotto da questo parassita è quello dell'enterocolite cronica il cui sintomo fondamentale è l'irregolarità delle deiezioni. Talora le scariche sono diarroiche, ricche di muco e di sangue, talora la diarrea si alterna a periodi di stipsi; la diarrea si accompagna a dolori addominali lungo il decorso del colon. In tali casi l'esame delle feci può essere negativo se l'esame viene praticato molto tempo dopo l'evacuazione: se l'esame è fatto rapidamente vi si mostrano i parassiti: se sono scarsi si può ricorrere alla coprocultura. Nei tropici il Trichomonas può dare diarree dissenteriformi non gravi.

Riporta due casi capitati alla sua osservazione e riferentisi a soggetti viventi nel Lazio in cui si ebbe un quadro di colite con segni rettoscopici e radiologici di ulcerazioni.

La cura di questa parassitosi, secondo l'O. consiste in clisteri medicati di Yatren ed Enterovioformio per os.

ALESSANDRINI P. è d'accordo con l'O. sulla patogenicità del Tr. però ritiene che molte volte si tratta di virulentazione dei parassiti nell'intestino di soggetti in cui vi sono alterazioni di altra natura (tubercolosi intestinale, ecc.).

Distonie del tenue. Considerazioni radiologiche.

E. MILANI. — L'O. dopo aver precisato che quando parla di tenue si riferisce al tenue mesenteriale e dopo aver richiamato l'attenzione sulla solidarietà funzionale dei vari segmenti del tubo digerente, entra a parlare dell'evoluzione di questo capitolo delle distonie del tenue, fino a qualche anno fa costituito di elementi imprecisi e attualmente molto meglio conosciuto.

Oggi si può parlare di un normotono del tenue e naturalmente nel giudizio di una eventuale distonia occorre avere bene negli occhi i caratteri morfologici del tenue normale. L'O. riporta pertanto i punti fondamentali che permettono di differenziare i vari segmenti del tenue e le impronte che la costituzione determina sulla tessitura e sul raggruppamento delle anse stesse.

Passando a parlare del tono, della peristalsi e del disegno del tenue l'O. fa notare come questi caratteri siano intimamente collegati e riporta a questo proposito le modificazioni ottenute sperimentalmente agendo sullo splacnico e sul vago, insistendo sulla importanza che hanno il plesso di Meissner e di Auerbach; il primo nei riguardi del disegno della mucosa il secondo nei riguardi della muscolare propria. Nel fissare i caratteri del tenue normale occorre tener conto: *a*) dei caratteri della peristalsi che nel digiuno presenta un aspetto tipicamente a scaglioni con soste brevi di arresto fra ansa e ansa per l'esistenza di zone di arresto e di zone nodali su cui occorre insistere per la loro importanza; *b*) per i movimenti di impastamento e di rimescolamento che fanno cambiare rapidamente l'aspetto del disegno delle mucose; *c*) dei periodi di silenzio peristaltico durante i quali è possibile anche colpire delle variazioni di tono dell'ansa; *d*) dei caratteri del disegno dell'ansa.

Ci sono degli stati ipertonici ed ipotonici del tenue che certamente rientrano nei limiti della normalità; calibro notevole delle anse specie rispetto alle branche verticali dell'ipotono del tenue-diradamento delle valvole-tendenza del pasto a depositarsi sul fondo dell'ansa stessa; transito lento attraverso il tenue; invece tenue di calibro ridotto e spesso inondato rapidamente nell'ipertono. Ma esistono stati dell'ipertono del tenue (ipertonia segmentaria o diffusa) a carattere certamente al di là della normalità: come esistono stati di ipotonicità: e accanto a questo tenue ipocinetico ed ipotonico va tenuto conto di certe dilatazioni a tipo sistolico in cui le anse sono ampie ma con valvole bene evidenti e profonde. L'O. si indugia a ricercare le analogie con quanto è dato osservare in alcune dilatazioni sistoliche dello stomaco e discute l'importanza rispetto a queste alterazioni delle lesioni più o meno in profondità dei plessi nervosi. Quanto al gruppo delle distonie vere e proprie l'O. discute la possibilità di associazione di stati atonici ed ipertonici e (in base ad analogie di quanto è stato discusso per il colon) la possibilità anche di distonie a carattere prevalentemente ipertonico o prevalentemente ipotonico.

L'O. in base ad una ricca documentazione radiografica, passa in rassegna i tipi principali di distonia: le distonie segmentarie vanno innanzi tutto differenziate dalle distonie diffuse o a grandi segmenti. Le dilatazioni segmentarie del tenue — bene studiate da Vespignani e Donati — hanno caratteri sufficienti per essere differenziate dalle dilatazioni prestenotiche e l'O. ne discute la patogenesi. Le grandi dilatazioni del tenue quali si verificano nell'ileo paralitico (addome acuto), le dilatazioni paralitiche diffuse a grandi segmenti in affezioni subacute e croniche dell'addome possono essere ben differenziate da tutto quel gruppo di distonie diffuse a grandi segmenti che si possono verificare in casi di peritonite circoscritta, ascaridiosi, enterocolite, colecistite, ecc. Che tutte queste distonie abbiano caratteri sufficienti per differenziarle le une dalle altre sarebbe andare troppo oltre; tuttavia l'O. si sofferma su certi caratteri che presentano le distonie nell'ascaridiosi, quelle che si verificano nelle emorragie intestinali e specialmente su quelle che l'O. ha notato nelle fistole digiuno coliche. Infine l'O. in base a numerosi radiogrammi ha cercato di differenziare quelle distonie che accompagnano i tumori del tenue (linfosarcomi) i quali portano a deformazioni delle anse spesse volte difficili a differenziare dalle distonie p. d.

Il Segretario: A. BONADIES.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA

Di sei casi di coliche renali (di cui cinque da calcolosi) guariti spontaneamente.

Dott. DARIO VITTURELLI - Trieste.

Ebbi ad osservare nell'ultimo anno sei casi di calcolosi renali nei quali ci fu completa guarigione spontanea, senza alcun intervento cruento o istrumentale.

Va da sè che si trattava nei cinque casi di calcolosi di calcoli piccoli il più spesso di ossalato di calcio che diedero però tutti violentissimi dolori ai loro portatori. Trattasi nei miei casi di tre uomini e tre donne. Tutti di età giovanile o media. Quasi tutti con anamnesi specifica e generica muta.

Casistica.

CASO I. — Una donna, M. S., di anni 39, con dolori all'emiaddome destro, si credette sei mesi prima dell'attacco risolutivo trattarsi di appendicite. L'ultimo attacco chiarì il caso. Dolori colici di estrema violenza, caratteristici per sede e irradiazione, con vomiti e malessere grave, con orina ematica durante l'attacco. L'espulsione di un piccolo calcolo della grandezza di una mezza lenticchia ne fu il risultato. Successivamente benessere. Reperto radioscopico in bianco, negativo.

CASO II. — In un uomo quarantenne, G. F., ci fu l'espulsione del calcolo dopo tre giorni. Caratterizzavano l'attacco dei dolori violente coliche a sinistra. Radiografia successiva negativa per calcoli renali.

CASO III. — Dopo qualche mese venne colta da un assalto consimile a sinistra anche la moglie del suddetto. Si ebbe l'espulsione di un piccolo calcolo dopo circa 24 ore.

CASO IV. — Un'altra signora trentaciquenne G. B., pure colta la notte senza sintomi premonitori da violentissimi dolori a destra. Anche qui l'ammalata dubitava fortemente di essere in preda ad un attacco appendicolare. Però i sintomi di colica renale erano proprio caratteristici. Dopo due giorni espulsione del calcolino. Reperto radiografico successivo in bianco negativo.

CASO V. — In un giovane ventenne, pure violentissima colica a destra. Espulsione del calcolo piccolo dopo tre giorni circa.

CASO VI. — In un altro caso trattavasi di un giovane trentenne C. U. Ebbi pure in questo caso il dubbio che si trattasse di una colica calcolosorenale destra. Anche questo giovane era stato colto da violentissimi dolori tipici a destra, con irradiazioni verso il testicolo, ecc. E ciò in parecchie riprese. Il reperto urinario dava sangue microscopico. Una radiografia all'Uroselectan diede come risultato una torsione dell'uretere nel suo terzo superiore a destra con evidenti periodici attacchi di idronefrosi per strozzamento. Era contorto ma in minor grado pure l'uretere dal lato sinistro.

Terapia: cinto contentivo ingrassamento, ecc. In seguito benessere.

Questa serie di sei casi di cui tutti ebbero tipiche coliche renali, dovute però in cinque casi a calcolosi ed in un caso a torsione dell'uretere, dimostra (si noti che ebbi ad osservarli, come detto, in breve periodo di tempo e per di più nella mia pratica non specialistica) la relativa frequenza, specie della calcolosi anche in età giovanile. La facilità con cui possono essere espulsi, se piccoli e non troppo irregolari, mercè sedativi (non risparmiare la morfina e la belladonna) topici e così via, senza affatto bisogno di aggredire le vie urinarie con mezzi istrumentali o per via chirurgica, dimostra che in molti casi di colica renale si può avere una guarigione definitiva, se il calcolo è piccolo, per mezzo di sedativi eroici e tipici.

Un riscontro radioscopico successivo dimostrerà se il calcolino espulso era l'unico o no.

RIASSUNTO.

In sei casi di colica renale, di cui cinque dovuti a calcolosi ed uno a torsione dell'uretere, si ebbe guarigione; nei primi cinque per espulsione del calcolo, sempre unico e piccolo, nell'altro con misure ortopediche.

È notevole il fatto che calcoli unici e piccoli possono essere benissimo espulsi mediante terapia conservativa (riposo, topici, sedativi eroici). Nel caso di torsione i disturbi apparivano tipici dal lato clinico per calcolosi. L'Uroselectan chiarì il caso.

CASISTICA E TERAPIA.

Eritema fisso essudativo da fenolftaleina.

Il gran numero di specialità lassative a base di fenolftaleina spiega la relativa frequenza delle lesioni cutanee consecutive al loro uso. Le manifestazioni cutanee consistono in macule più o meno numerose, rosso-scure o violacee; esse diventano brune in seguito e tale colorazione persiste a lungo anche dopo scomparsa l'eruzione. Si osservano anche delle grandi placche elevate, profondamente infiltrate, a carattere fisso e recidivante. Nobl (*Presse méd.*, 13 luglio 1935) riporta l'osservazione di una donna in cui comparvero degli elementi, dapprima maculosi, poi papulosi, fra cui si osservavano dei noduli del volume di un pisello o di un fagiolo, di colorazione blu-brunastro. Le prove cutanee furono negative, ma l'ingestione di piccola quantità del medicamento (Darmol, a base di fenolftaleina) provocò una recidiva degli elementi *in situ*. *fil.*

Gli esantemi influenzali.

Possono talvolta mettere in imbarazzo per la diagnosi. H. Opitz (*Kinderärztl. Praxis e Med. Welt*, 8 febbr. 1936) distingue quelli della influenza epidemica, analoghi alla scarlattina e quelli della banale, simili al morbillo. L'eruzione può manifestarsi all'inizio, al secondo giorno, oppure con la caduta della febbre. La distinzione della scarlattina si fa per la mancanza del fenomeno di estinzione, della nota lingua a lampone, della desquamazione e dell'eosinofilia. Il morbillo si distingue per la comparsa improvvisa dell'eruzione, che colpisce specialmente il tronco lasciando liberi gli arti oppure prende precocemente la parte estensoria, che invece nel morbillo sono colpite più tardi; manca anche la linfopenia del morbillo, avendosi piuttosto linfocitosi. Inoltre, le macchie di Koplik sono ritenute dalla maggior parte degli autori come caratteristiche del morbillo.

L'eruzione influenzale è caratterizzata da chiazze di colore rosa chiaro, raramente sollevate; manca generalmente una successiva pigmentazione. L'esantema subitaneo (la così detta sesta malattia) viene dalla maggior parte degli autori considerato come di natura influenzale. *fil.*

Il trattamento della vitiligo.

Risollevare le condizioni generali di salute del paziente. D'inverno, raggi ultravioletti, d'estate, esposizione al sole, molto cautamente graduata. Dopo un certo tempo, il pigmento incomincia a ritornare nella maggior parte dei casi e la continuazione del trattamento porta notevoli miglioramenti. La tubercolosi polmonare attiva e la pellagra costituiscono delle controindicazioni. Il trattamento è noioso, ma non sgradevole. Qualche A. ha avuto giovamento mediante le iniezioni endovenose di tiosolfato di oro e sodio, ma questi risultati non sono stati confermati da altri.

(*Journ. amer. med. assoc.*, 28 sett. 1935). *fil.*

Il trattamento del prurito.

È anzitutto necessario ricercarne l'eventuale causa. Se non si trova o non si può rimuovere, ricorrere alle regole generali. Regolarizzazione della dieta (blanda, mista, con esclusione di condimenti forti) e della defecazione, cauto trattamento balneare, cambiamento di soggiorno. Zieler (*Deut. med. Wochens.*, 31 genn. 1936) raccomanda il salasso (200-500 cmc.) seguito da introduzione di soluzione fisiologica (500 cmc. e più). Fra i medicamenti, utile il bromo (eventualmente associato al calcio) per via endovenosa. Non si deve trascurare il trattamento psichico. Se esistono modificazioni cutanee, irradiazioni con röntgen; invece sono sconsigliabili i raggi ultravioletti ed il sole artificiale.

Il trattamento esterno è indicato anche se mancano lesioni cutanee. Sono raccomandabili le lavature con soluzioni di timolo (1/4-1 %), mentolo (1-5 %), od acido fenico (1-3 %) in alcool a 50-70 %, a cui si può far seguire l'applicazione di polveri o, meglio, di una miscela di ossido di zinco, talco, glicerina ed acqua a parti uguali (agitare bene prima dell'uso!). Vi si può aggiungere della tintura di quillaia al coaltar. Le paste e gli unguenti servono soltanto per i pruriti localizzati. *fil.*

Il trattamento della scabbia con il benzoato di benzile.

Secondo A. Kissmeyer (*Bull. médic.*, 23 novembre 1935) si pratica come segue:

1) Frizione con sapone bianco di tutto il corpo, salvo il viso.

2) Bagno caldo (38°) per 10 minuti.

3) Il paziente, ancora umido, viene spazzolato con un pennello in setola (qualità semimolle) imbevuto in:

Benzoato di benzile
Alcool a 90°
Sapone molle, ana g. 50.

Tale quantità basta per una persona. Si spazzola energicamente, ma senza forzare, per 5 minuti.

4) Il paziente rimane per alcuni minuti agitando le braccia per facilitare il disseccamento.

5) Si ripete l'operazione, trattando più energicamente le pieghe genitali ed ascellari, le mani ed i piedi. Si lascia seccare ed il paziente si riveste con i vestiti di prima. Dopo 24 ore, un bagno e cambiamento di biancheria. Non è necessaria nessuna disinfezione, nè dei vestiti, nè della biancheria.

Il trattamento dura 45 minuti e non va ripetuto; non è costoso ed ha il vantaggio di non lasciare irritazione. *fil.*

Nelle punture da insetti.

E. Flury (*Med. Klinik*, 26 luglio 1935) fa presente che la suzione della ferita non è adatta in questi casi. Il trattamento chirurgico, salvo in qualche caso di edema della glottide, non è indicato. Nel caso di punture di api è importante l'estrazione del pungiglione.

Può essere utile l'applicazione di ammoniaca, basata sull'erronea credenza che l'acido formico contribuisca all'azione del veleno. Così pure certe sostanze usate un tempo a tale scopo (bicarbonato di sodio, acqua di calce, magnesia usta) possono avere qualche utilità, diminuendo il senso di tensione.

Si usano anche altre sostanze, con l'intendimento di rendere insolubile il veleno (solfato di magnesio o di ammonio, preparati alcoolici, acido tannico, ecc.).

Come mezzi per la distruzione chimica del veleno, sono indicati la tintura di jodio, l'acqua di cloro, il permanganato di potassio.

Contro il dolore, possono usarsi gli anestetici locali e contro il bruciore, gli antiflogistici, come i fenoli e gli oli volatili.

Dal punto di vista della profilassi, è consigliabile disinfettare la ferita con jodio, formalina, ecc. L'A. ritiene che i casi mortali siano il risultato di una infezione batterica, anzichè dovuti al veleno.

Secondo i casi, si metterà in opera il trattamento generale. Le punture direttamente nei vasi possono dare una sindrome, simile allo « shock » anafilattico. Contro i fatti anafilattici, sono consigliabili l'efedrina e le iniezioni endovenose di calcio. *fil.*

Il valore dell'antivirus di Besredka in chirurgia.

L'antivirus è secondo Besredka una sostanza che origina durante lo sviluppo di una cultura in brodo dai batteri morti e distrutti; ha particolari proprietà inibitrici sullo sviluppo dei batteri da cui è preparato; si ottiene filtrando culture di 7 gg. in brodo.

Klein (*Br. Beit. z. klin. Chir.*, vol. 162, p. 15, 1935) da interessanti ricerche sperimentali e da osservazioni cliniche ha potuto stabilire che l'antivirus ha una azione immunizzante e debolmente antisettica; tale azione però non è specifica; l'uso dell'antivirus in chirurgia è, per certe precise indicazioni, molto promettente. P. STEFANINI.

DIAGNOSTICA.

La eliminazione del prolan nell'uomo.

Gli organi sessuali stanno sotto l'influenza di ormoni prodotti nel lobo anteriore dell'ipofisi: il Prolan A e B. Il Prolan A produce nei topi infantili la maturazione dei follicoli (1ª Reazione del lobo anteriore dell'ipofisi: R.A.I. 1ª); il Prolan B produce emorragia nei follicoli (R.A.I. 2ª) e formazione di corpi lutei atresici (R.A.I. 3ª).

Dalle ricerche di Zondeck e altri è risultato che in un gran numero di tumori del testicolo compare una forte eliminazione di Prolan A, anche quando il tumore è stato asportato e sono presenti metastasi; più tardi è stato visto che nei corionepiteliomi e teratomi del testicolo esiste anche una notevole eliminazione di Prolan B.

Blümel (*Zbl. Chir.*, n. 51, 1935) ha raccolto tutte le osservazione fatte allo scopo di mettere in evidenza l'eliminazione del Prolan A e B nell'uomo in varie malattie del testicolo, ed è giunto alle seguenti conclusioni.

Quando si possono escludere malattie cerebrali, la presenza della R.A.I. 1ª (Prolan A) indica in generale una malattia organica dei testicoli. La reazione non è specifica nei tumori, ma compare anche in processi infiammatori.

Quando viene dimostrato nelle urine il Prolan B la diagnosi nel senso di un tumore è un po' più sicura. Accade di frequente, seppure non sempre, che si tratti di un corionepitelioma o di un teratoma. Questi danno quasi in maniera specifica una R.A.I. 3ª.

Ma esistono tumori nei quali nonostante il Prolan B, non si vede corionepitelio, e infine esistono alcune malattie del testicolo, sempre astraendo da malattie cerebrali, nelle quali anche senza un tumore è presente la R.A.I. 3ª.

Si deve tener d'altronde presente che un tumore del testicolo non sempre dà una reazione del Prolan.

La eliminazione del Prolan ha quindi valore diagnostico solo nei limiti del quadro clinico generale. Quando in una malattia dei testicoli è presente una reazione del Prolan, ciò è di immenso valore per il controllo ulteriore. Esso è un fine indicatore per rivelare una recidiva della malattia o metastasi.

La ricomparsa della reazione deve sempre spingere a ricercare nuovi focolai della malattia e a curarli. P. STEFANINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sul ciclo di sviluppo dei parassiti malarici.

Dopo circa un cinquantennio di studi morfologici sul ciclo dei parassiti malarici nell'organismo umano e dopo che migliaia di osservatori di ogni parte del mondo avevano avuto campo di studiare la morfologia dei parassiti stessi in tutte le condizioni possibili, sembrava poco verosimile che alcunchè di nuovo su questo argomento potesse venir comunicato oggi.

Tuttavia M. F. Boyd in un recente lavoro (*Amer. Journ. of Trop. Med.*, 1935, n. 6) ha espresso la propria opinione che tutte le forme del *Plasmodium vivax* osservabili nel sangue periferico possono essere distinte sulla base di differenze nucleari e citoplasmatiche in cinque classi: A, B, C, D, E. Due di queste classi, la C e la E, comprenderebbero rispettivamente i gametociti maschili e femminili; una, la A, comprenderebbe le forme schizogoniche destinate a dare nuove schizogonie nella generazione successiva; le due rimanenti, B e D, comprenderebbero le forme schizogoniche destinate a dare, nella generazione successiva, gametociti maschili e gametociti femminili. Secondo Boyd, alcune rosette della serie A presentano un merozoito il cui protoplasma si colora in rosa col Giemsa invece che in blu: avendo osservato la presenza di alcune forme giovani che avevano lo stesso carattere, egli è stato indotto ad ammettere che da questo merozoito abbiano origine le forme schizogoniche pregametocitiche, da lui distinte nelle classi B e D.

In uno studio sul medesimo argomento, A. Corradetti (*Rivista di Malariologia*, n. 1, 1936) è giunto alla conclusione che, prescindendo dai gametociti la cui differenziazione era già nota, non è possibile distinguere, sulla base di *obbiettive* differenze nucleari e citoplasmatiche,

le cellule del ciclo schizogonico del *P. vivax* nelle classi A, B e D. Egli ha osservato che nel *P. vivax* si originano due tipi di rosetta, che differiscono tra loro per disposizione dei merozoiti e del pigmento e per caratteri nucleari e citoplasmatici dei merozoiti stessi: la descrizione è accompagnata da chiare e convincenti microfotografie. Il Corradetti pone in rapporto i due tipi di rosetta osservati con i due diversi metodi di segmentazione del *P. vivax* descritti da Golgi nel 1889.

Inoltre, secondo Corradetti, si osservano due tipi di forme giovani che per i loro caratteri presentano una forte rassomiglianza coi merozoiti dei due tipi di rosetta suddetti. Egli ha notato pure l'esistenza di rosette con un merozoito dotato di caratteri tintoriali diversi dagli altri, che corrispondevano in tutto alle rosette particolari già segnalate da Boyd.

Dalle sue ricerche Corradetti deduce che una successione di fenomeni quale quella descritta da Boyd è lungi dall'essere dimostrata. Infatti differenziazioni positive su dati obbiettivi evidenti sono possibili solo nei riguardi delle rosette e delle forme giovani: non essendovi una base di distinzione per gli altri stadi, viene a mancare ogni possibilità di verificare le ipotesi esposte da Boyd. Inoltre il Corradetti fa osservare che i diversi caratteri tintoriali del merozoito descritto da Boyd possono essere indizio di degenerazione, analogamente a quanto è ammesso da numerosi AA. per la colorazione rosea del protoplasma dei microgametociti.

In ogni modo, da queste interessanti ricerche si è acquisito il fatto nuovo, benchè già intravisto da Golgi, dell'esistenza di *due differenti tipi morfologici di rosette nel P. vivax*.

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. Nichitas Dimitriu:

Si consiglia una radiografia e possibilmente l'estrazione di liquido, se esiste nell'articolazione, in modo da poterlo esaminare; poichè il sospetto può essere di una forma specifica.

Sarebbe bene ad ogni modo immobilizzare il ginocchio in estensione con un apparecchio gessato, da tenere per qualche tempo (almeno un mese o mese e mezzo), e tolto poi praticare elioterapia, con ripresa prudente dei movimenti.

R. A.

Al dott. A. L. di P., abb. n. 11534:

L'« elenina (Heleninium) o canfora di elenio, è l'anidride dell'ac. alantico ($C_{15}H_{20}O_2$) ed è oltre ad olio essenziale e ad inulina il principio attivo dell'enula (*Inula Helenium*), erba perenne comune in Italia.

L'elenina si presenta in forma cristallina, è poco solubile in acqua; è solubile in alcool e in etere. Avrebbe una azione antispasmodica e modificante il secreto bronchiale. Non esistono però dati farmacologici e clinici che giustifichino oggi il suo uso terapeutico. È stata consigliata oltre che nelle bronchiti croniche, nella tubercolosi, nella pertosse, nella leucorrea.

Sulla posologia dell'elenina non vi è accordo completo; si è consigliato di darla in cartine da g. 0,01 ripetute sino a 10 volte al giorno; però altri consigliano g. 0,05 tre volte al giorno e altri anche g. 0,10-0,30 per dose sino a 1 g. al giorno sotto forma di pillole dopo i pasti; sarà meglio però attenersi alle dosi minori prima ricordate e più generalmente accettate (nei bambini: g. 0,01 per anno di età e *pro die*).

È stata anche usata per via ipodermica e per polverizzazioni nella difterite.

Invece del principio attivo si può usare la droga sopra ricordata: infuso e decotto della radice: 10-15:200; estratto idroalcoolico: g. 0,5-2 in pillole; tintura: 5-20 gr.; unguento (idrato 1; adipe 9). Si può però dire che l'uso di detto farmaco sia oggi abbandonato.

MESSINI.

VARIA

Insorgenza di tumori maligni da irradiazioni solari U. V. e totali.

A. H. Roffo (*Pathologica*, V, 27°, n. 525, pag. 443) fa seguito a lavori precedenti, nei quali sono state illustrate osservazioni di tumori cutanei sperimentati sotto l'azione di raggi ultravioletti.

Furono esposti 600 ratti bianchi o neri direttamente al sole, evitando dosi alte; essi erano alimentati nello stesso modo. Nonostante le precauzioni prese ne sono morti 365 di insolazione. Di 235 topi sopravvissuti 165 presentavano lesioni nettamente positive, le quali evolvendo in un lasso di tempo da 10 giorni ad 8 mesi si possono così riassumere: dapprima lesioni congestizie per lo più dell'occhio e dell'orecchio: di poi compare desquamazione della pelle, ingrossamento, ipercheratosi e papilloma; infine lesioni definitive dell'orecchio e dell'occhio, o rarissimamente altre localizzazioni, le quali tutte insorgono in zone prive di peli naturalmente, o depilate.

Si ebbero così sulle orecchie e sulle palpebre, carcinomi, sarcomi fusocellulari, carcinosarcomi; sugli occhi (congiuntive) sempre sarcomi fuso-cellulari; sul naso sempre carcinomi; sul piede anteriore carcinomi.

L'A. attraverso esperimenti adatti ha potuto dimostrare che l'azione oncogena è legata alla lunghezza di onda dei raggi ultravioletti, più che all'irradiazione totale. Nella produzione di questi tumori si osserva una modificazione biochimica tissulare localizzata alla regione irradiata, legata ad aumento del contenuto di colesterina.

JURA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Il bilancio dell'interno al Senato.

Il bilancio dell'interno è stato discusso al Senato. L'opera del Regime per la sanità della razza è stata illustrata dal sottosegretario on. BUFFARINI-GUIDI; riportiamo alcune parti del suo discorso.

Il patrimonio delle opere di assistenza e di beneficenza distribuito secondo gli scopi ai quali è destinato, fornisce elementi indicativi che debbono essere posti in evidenza. Infatti dei 9 miliardi circa ai quali assomma il patrimonio totale, 3 miliardi rappresentano il patrimonio degli enti ospitalieri.

Anche se il cospicuo patrimonio delle Opere Pie attende, come ho già affermato alla Camera, per alcuni aspetti e in determinati settori, sistemi di gestione più aggiornati, pur tuttavia è opportuno rilevare che l'azione complessiva di assistenza e di beneficenza esercitata, raggiunge risultati imponenti, se si tiene presente che nel 1935 sono stati assistiti 1 milione e 790 mila individui e che le erogazioni sono salite per l'anno stesso ad un totale di ben lire 568.227.287, ammontare notevole anche se debbono da esso dedursi i rimborsi eseguiti dalle Provincie e dai Comuni in base al domicilio di soccorso.

L'O. fornisce al Senato un dettagliato quadro di tutte le attività che interferiscono nel vasto problema della maternità e della infanzia.

Risulta che l'azione igienico-sanitaria dell'Opera N. M. I. può influire efficacemente solo in un determinato settore delle cause di mortalità infantile e deve procedere sempre congiuntamente con l'attività sanitaria svolta dai numerosi enti e istituzioni estranee all'O. N. M. I. (quali i reparti di maternità presso gli ospedali, le cliniche ostetriche e pediatriche, gli ospedali per bambini, i reparti materni, i sanatori antitubercolari ecc.).

È pertanto evidente come, per combattere la mortalità infantile, non sia solo necessario sempre più e sempre meglio attrezzare e perfezionare gli organi dell'O. N. M. I. fino a spingere la loro benefica azione nei più lontani borghi rurali, ma sia altresì indispensabile richiamare l'attenzione e richiedere il contributo di tutti i medici italiani e particolarmente dei medici condotti, che potranno così ancora una volta rendersi benemeriti della Nazione nel combattere una battaglia la cui vittoria condurrà a raggiungere un obiettivo di così elevato interesse politico e sociale.

Se si considera la vastità dei compiti che l'O. N. M. I. deve assolvere, in relazione ai mezzi disponibili (112 milioni), i risultati finora ottenuti debbono considerarsi più che soddisfacenti e ci debbono sopratutto rendere ottimisti per i risultati, che col concorso di tutti gli organi sanitari, politici e sociali del Regime potranno ancora raggiungersi in un non lontano domani.

Basta pensare che la mortalità nel primo anno di vita è diminuita da 131.464 nel 1927 a 98.023 nel 1934 e che la mortalità nei primi cinque anni di vita è discesa da 204.413 nel 1927 a 148.331 nel 1934.

L'O. dichiara che una infrangibile solidarietà morale, una ferrea disciplina unitaria di popolo, sorte dalla certezza di una più alta giustizia sociale, e una illuminata coscienza nazionale pronta a trasformarsi in una irresistibile volontà di potenza, sono le basi granitiche sulle quali si erige saldo e sicuro l'ordine fascista.

Il popolo avverte nel Duce il creatore del suo nuovo destino e il Duce sente nel popolo lo strumento formidabile per la nuova epoca della Patria.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti provincie:

ANCONA; proroga al 31 maggio.

BERGAMO, per Nembro, Pontida, Romano L., Schilpario, Villongo (Credaro); scad. 31 maggio.

BRESCIA; proroga al 31 maggio, ore 16.

COSENZA, per Caloveto, Casale Bruzio, Civita, Frascineto, S. Donato Ninea (2^a cond.), Saracena, Villapiana, Rovito; scad. 30 aprile.

MESSINA, per Floresta, Francavilla di Sicilia, Graniti, Novara di Sicilia, S. Domenica Vittoria; scad. 30 maggio.

MILANO, per Bovisio, Brembio, Cesano Maderno, Desio, Mairago, Marcallo e Mesero, Milano (3 posti), Sesto S. Giovanni, Sovico, Trezzo sull'Adda, Varedo. Scadenza ore 16 del 31 maggio.

PARMA, per Compiano; proroga 31 maggio.

PAVIA, per Mortara (1^a cond.), Pavia (fraz. San Pietro in Verzolo, condotta esterna di levante), Pietra de' Giorgi, S. Cristina-Bissone; scad. 31 maggio.

PISTOIA, per Pistoia (2 condotte), Pescia (condotta V); scad. 31 maggio.

TRENTO, per Riva (frazioni di Nago-Torbole); scad. 31 maggio.

UDINE, per Forgaria, Lusenera, Previsdomini, Spilimbergo; scad. 30 maggio.

VENEZIA, per Stino di Livenza; proroga al 31 maggio.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

DESIO (*Milano*). *Ospedale di Circolo.* — Concorso al posto di medico primario. Età massima anni 45. Stipendio L. 12.000 annue oltre l'abitazione. L'Ospedale dispone di 230 letti e presta servizio ai 12 Comuni del Circolo Ospedaliero con una popolazione di oltre 80.000 abitanti. Scadenza ore sedici del giorno otto giugno 1936-XIV.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Scad. 20 maggio, ore 16; primario chirurgo ostetrico-ginecologo; titoli; nomine per 5 anni, conferma di 3 in 3 anni; L. 6000 lorde, partecipaz. 35 %. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria, Corso Onofrio Scassi.

LITTORIA. *Municipio.* — Direttore del dispensario antivenereo comunale. Prorogato al 31 maggio.

NAPOLI. *Amministraz. della Provincia.* — Due medici di seconda categoria nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale; per titoli scientifici e pratici; stip. L. 9100, oltre L. 1000 serv. att. e c.-v.; 10 aumenti decimali. Scad. ore 16 del 20 aprile. Età limite 32 anni. Tassa L. 50.

TERNI. *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario direttore del Reparto traumatologia e ortopedia dell'Ospedale Civile; L. 12.000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1100 serv. att. e c.-v.; età limite 50 a.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recenti decreti ministeriali i proff. Sebastiano La Franca e Rosolino Colella sono stati nominati rispettivamente presidente e vice-presidente della Reale Accademia delle Scienze Mediche di Palermo; i proff. Giuseppe Ovio e Vittorio Cavara, presidente e vice-presidente della Società Oftalmologica Italiana; i proff. Gaetano Boschi e Gastone Lambertini, presidente e vice-presidente dell'Accademia delle Scienze Mediche, Naturali e Fisico-Matematiche di Ferrara.

L'Accademia di Medicina di Lima ha nominato presidente onorario perpetuo il prof. Leonidas Avendano.

NOTIZIE DIVERSE

3° Congresso internazionale di chirurgia ortopedica.

È indetto dalla Società internazionale di chirurgia ortopedica a Bologna ed a Roma, dal 21 al 25 settembre. Il Comitato è così costituito: presidente del congresso prof. Putti (Bologna); vice-presidente dott. Fairbank (Londra); presidente della società prof. Ombredanne (Parigi); vice-presidenti: prof. Gocht (Berlino), dott. Albee (New York); segretario generale dott. Delchef (Bruxelles); tesoriere prof. Maffei (Bruxelles); segretario del congresso dott. Scaglietti (Bologna). Le adunanze si terranno nell'Istituto Rizzoli di Bologna dal 21 al 24 settembre e nella Clinica chirurgica ortopedica di Roma il 25 settembre. Temi: « Gli spostamenti interni del ginocchio », relatori: Bragard (Germania), Valls (Argentina), Mathieu (Francia), Platt (Inghilterra), Kalina (Polonia); « Le artrodesi nelle sequele della paralisi infantile », relatori: Spitzy (Austria), San Ricard (Spagna), Rocher (Francia), Palagi (Italia). Sono ammesse comunicazioni libere: il titolo esatto ed un sunto (dattiloscritto) devono esserne inviati alla segreteria generale non oltre il 31 luglio.

I soli membri della Società possono partecipare ai lavori del congresso, ma le sedute sono pubbliche.

Le adesioni vanno dirette al Dr. Delchef, rue Montoyer 34, Bruxelles, Belgio; la segreteria del Comitato ordinatore ha sede nell'Istituto Rizzoli a Bologna.

4° Congresso internazionale degli anatomici.

Si terrà in Milano dal 3 all'8 settembre il IV Congresso anatomico, a larga base internazionale, avendo già ad esso aderito tutte le Società Anatomiche d'Europa e anche la « American Association of Anatomists ».

Un accurato programma a stampa, con le intitolazioni in latino (IV Foederativus Internationalis Anatomicorum Conventus) è stato già diramato a cura del prof. Ferdinando Livini, direttore dell'Istituto di Anatomia della Università di Milano e presidente della Società Italiana di Anatomia, il quale presiede altresì il Comitato organizzatore del Congresso.

Di tale Comitato fanno parte il Prefetto di Milano, il Podestà, il Preside della Provincia, il Segretario Federale, il Rettore dell'Università, il segretario del Sindacato Medico Fascista, oltre un eletto gruppo di professori della Università di Milano, i quali hanno contribuito in vari modi alla organizzazione del Congresso.

Le modalità per le inscrizioni, i luoghi e l'orario delle riunioni e delle varie manifestazioni, il regolamento delle sedute, le lingue ufficiali (italiano, francese, inglese, tedesco), i programmi delle sedute e ogni altro argomento che possa interessare ai congressisti si trova precisato nel programma preliminare già diramato (Index Praeliminaris Omnium Rerum Agendarum), che basterebbe a dimostrare con quanta cura sia fin d'ora preparato questo Congresso specialmente per opera del prof. F. Livini; così che si può essere certi che esso farà onore a Milano ed all'Italia.

4° Congresso della stampa medica latina.

Questo congresso, di cui S. E. il Conte De Vecchi di Val Cismon, Ministro dell'Educazione Nazionale, ha accettato l'alto Patronato, si svolgerà dal 29 settembre al 3 ottobre in Venezia, sotto la presidenza del sen. Giordano. Temi: 1) « Storia della Stampa Medica Latina » (relat. per l'Italia prof. A. Pazzini); 2) « Funzione sociale della Stampa Medica (relat. per l'Italia dott. T. Oliaro); 3) « Principî direttivi dell'insegnamento medico, e pratica medica nei varî paesi latini » (relat. per l'Italia prof. G. Perez).

È desiderabile che le comunicazioni libere si raggruppino attorno alle relazioni. Coloro pertanto che desiderano portare contributi personali sono pregati avvisarne il segretario generale del Congresso, prof. U. Saraval, Ospedale Civile, Venezia; al quale anche sono da inviare le quote di iscrizione stabilite dalla Federazione in L. 40 individuali, e L. 80 per ciascun giornale aderente.

Per i ribassi ferroviari e la prenotazione di camere negli alberghi è incaricata la C. I. T. (Piazza S. Marco, Venezia).

Gruppo italiano per lo studio del ricambio.

Per iniziativa dei proff. L. Zoja, S. E. P. Rondoni, A. Gasbarrini, M. Ascoli, segretario O. Cantoni, è sorto un gruppo italiano per lo studio del ricambio, al quale è desiderabile partecipino fisiologi, patologi, clinici, e quanti altri si interessano di tale argomento.

Il suo primo segno di vita sarà una riunione che si terrà domenica 26 aprile alle ore 9 a Milano, nell'aula della Clinica Medica Generale della R. Università, in via Francesco Sforza 35, con due relazioni: la prima del prof. G. Quagliariello sul « Ricambio dei lipidi », la seconda del prof. L. Zoja « Sulla cura ambulatoria dei diabetici ».

Chi intende fare comunicazioni sugli argomenti attinenti ai temi di relazione è pregato di comunicarne il titolo al prof. O. Cantoni, Clinica Medica della R. Università, via Francesco Sforza 35, Milano. Allo stesso indirizzo debbono essere inviate le domande per la iscrizione al gruppo.

La quota di iscrizione annuale è di L. 35.

La iscrizione dà diritto all'abbonamento all'« Archivio per lo studio e la clinica del ricambio » che è l'organo ufficiale del gruppo e nel quale verranno pubblicati gli Atti della riunione.

Il premio Riberi al prof. F. Pentimalli.

Il premio Riberi, destinato a « chi nel quinquennio precedente al giorno dell'assegnazione ha maggiormente contribuito al progresso delle Scienze Mediche », è stato unanimamente assegnato al prof. Francesco Pentimalli. L'ambìto premio, al quale aspiravano con un complesso di 275 lavori, 38 concorrenti, di nove nazionalità diverse, è stato conferito con la seguente motivazione, la quale suona altissimo e ben meritato elogio all'uomo che affronta con assiduo lavoro e con alta passione, uno dei più tormentosi problemi della patologia umana: « Ardito e perseverante nel seguire con fedeltà e scrupolosità il suo indirizzo scientifico, i cui risultati sono di fondamentale valore per penetrare più a fondo nel gravissimo problema del cancro, specie nel momento attuale in cui intorno ai tumori fioriscono fantastiche costruzioni teoriche ed infruttuosi tentativi sperimentali, che cadono appena nati, mentre l'indirizzo di studio scelto dal Pentimalli è il più serio e il più meritevole di approvazione e di encomio. I suoi risultati sperimentali costituiscono un vero progresso nello studio dell'oncologia e per ciò la Commissione li ha creduti degni di essere onorati del XV premio Riberi ».

Ce ne compiacciamo con l'illustre scienziato.

Corsi di perfezionamento.

Nella Clinica Medica della R. Università Benito Mussolini in Bari è aperta l'iscrizione ai seguenti corsi per i laureati in medicina:

1. *Corso pratico sulla tubercolosi* (dal 4 al 30 maggio 1936): semejologia, diagnosi, profilassi, terapia e provvedimenti assistenziali.

2) *Corso di aggiornamento e revisione* (dall'8 al 13 giugno): *A*) 1) Linfogranulomatosi maligna, 2) parassitosi intestinale, 3) neuro-anemie, 4) postumi sull'encefalite letargica, 5) marconiterapia, 6) insufficienza cardiaca; *B*) Esercitazioni: 1) gastroscopia, 2) puntura lombare ed esame del liquido cerebro-spinale, 3) esame parassitologico delle feci, con dimostrazione di reperti, 4) principali sieroreazioni, 5) trasfusione di sangue con determinazione del gruppo sanguigno, 6) toracentesi e paracentesi ed esame dei liquidi relativi. Le lezioni avranno luogo preferibilmente nel pomeriggio, lasciando le ore antimeridiane per le esercitazioni e le dimostrazioni pratiche.

Nella Casa e Mensa dello Studente — Istituzione della R. Università degli Studi Benito Mussolini — i medici partecipanti ai due corsi potranno trovare conveniente soggiorno a prezzi moderati. Quelli che si iscriveranno al primo corso, potranno usufruire delle facilitazioni di viaggio, concesse per la festa di S. Nicola.

A coloro che avranno assiduamente frequentato i corsi, sarà rilasciato il relativo certificato.

Inviare la domanda accompagnata dal certificato di laurea (o altro documento equipollente) e solo per il corso pratico sulla tubercolosi unire ricevuta di versamento di L. 200 (duecento) fatto all'Economato della R. Università.

Per la disciplina della pubblicità ai prodotti farmaceutici.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale, in una circolare diretta ai Rettori delle Università del Regno, ha comunicato che è stata richiamata la sua attenzione sulla pubblicità con cui alcuni professori della Facoltà medico-chirurgica, cedendo a richieste di ditte e case interessate, rilasciano per l'inserzione nei giornali dichiarazioni pubblicitarie relative a specialità e prodotti medici e chirurgici, aggiungendo talora alla firma anche l'indicazione delle proprie qualità accademiche.

Il Ministro, non potendo consentire che professori universitari prestino la autorità del loro nome e del loro grado a inserzioni giornalistiche aventi scopo puramente commerciale, ha disposto che i rettori delle Università invitino i professori delle Facoltà di medicina e chirurgia ad astenersi nel modo più assoluto dal rilasciare dichiarazioni del genere potendo essi, qualora lo ritengano, con determinati prodotti che meritino la loro attenzione, farne oggetto d'esame in opportuna sede, assumendo la responsabilità scientifica delle proprie affermazioni.

Echi della nostra impresa africana.

Il Capo del Governo ha ricevuto in visita di omaggio una delegazione internazionale della Croce Rossa, composta del suo presidente sig. Max Huber, del suo vice-presidente sig. Logoz e dei signori Chenevière e Burckhardt, i quali erano venuti in Italia per esaminare, con la Croce Rossa Italiana, le questioni relative alla osservanza della convenzione di Ginevra dall'una e dall'altra parte nel presente conflitto italo-etiopico di cui alla lettera del Capo del Governo al predetto Comitato del 16 gennaio scorso.

In questa occasione il Capo del Governo ha confermato la volontà del Governo italiano di salvaguardare l'efficacia del segno della Croce Rossa. Per quanto riguarda l'Italia ordini severi sono stati dati a questo scopo in base alla convinzione profonda del Governo italiano del valore essenziale della Croce Rossa per tutti gli Stati interessati. L'emblema della Croce Rossa deve essere scrupolosamente rispettato e non deve prestarsi ad alcun abuso.

Un dispaccio del « Daily Telegraph » da Gibuti reca che il Principe Ismail Daoud, dimessosi da capo della missione medica egiziana in Abissinia, sarebbe partito per l'Egitto. Egli ha dichiarato che gli abissini sono indegni degli sforzi che vengono fatti per loro. La Croce Rossa con alla testa il Principe, era costantemente fatta segno a fucilate da parte degli abissini il cui unico obbiettivo è di saccheggiare le ambulanze.

Il periodico « Akhir Saat al-Musawarat » di Cairo reca un articolo intitolato « Circa i maltrattamenti della missione egiziana in Abissinia ». Dopo aver ricordato il dott. Essaui Gimat, morto mentre compiva una missione altamente umanitaria, l'articolo documenta come i componenti la missione sanitaria siano stati trattati poco umanitariamente dagli abissini, cui si aveva in animo di portare soccorso.

Il dott. Kelly, che dirige l'ultima ambulanza inglese giunta in Etiopia, ha informato le autorità del Sudan che la notizia accolta dai giornali inglesi, secondo cui la sua ambulanza era stata bombardata dagli italiani, è falsa. Furono bombardati i dintorni, a nord del Tana; ma la bomba più vicina all'unità sanitaria cadde a mezzo miglio di distanza.

Un nostro ospedaletto da campo è stato colpito nella giornata del 30 marzo, dall'artiglieria etiopica.

Il dott. Giuseppe Maggio, direttore dell'Ospizio Marino « Sieri Pepoli » di Trapani, volontario in A. O., è stato colpito da una fucilata all'addome il 13 febbraio, mentre sulla via di Noddarà, a nord di Negheili, accorreva a medicare i feriti da una raffica di fucileria. Fu trasportato nell'Ospedaletto da campo 436, ove il proiettile potè essere estratto dopo 36 ore. La lesione interessava il peritoneo, il diaframma e il parenchima polmonare; malgrado la loro gravità, il Maggio è andato migliorando e si è avviato a guarigione. Durante la guerra mondiale egli era stato decorato quattro volte al valore militare.

Un po' dovunque.

Negli Spedali Civili di Genova si è tenuto un Congresso sanitario il 27 marzo, sotto la presidenza del prof. C. Trevisanello. Sono state fatte comunicazioni da: U. Vignolo, V. Maragliano, E. Pallestrini (due comunicaz.), R. Agnoli, A. Lachi, A. De-Martini, Giuliani.

La Sezione pugliese della Società Italiana di Dermatologia si è adunata nella R. Clinica dermosifilopatica di Bari; funzionava da presidente il segretario, dott. M. Divella, il quale ha illustrato le benemerenze del prof. Mariani, fondatore della Sezione, ed ha inviato un saluto al nuovo direttore della Clinica, prof. Bertaccini, che è stato eletto presidente per acclamazione; il prof. Mariani è stato nominato socio d'onore. Hanno fatto séguito varie comunicazioni e discussioni.

La Società Medico-Chirurgica dell'Alto Adige (Sindacato Medico) si è adunata il 31 marzo, sotto la presidenza del prof. E. Polacco. Sono state fatte comunicazioni da: E. Matteucci, E. Cortella, G. Halfer, C. Pace, M. Colombatti, L. Bader, G. Bidoli, E. Polacco (due comunicaz.), che ha presentato anche tre casi clinici, di cui uno corredato di pezzo anatomico.

Si è costituita la Sezione Sicilia Orientale della Società Ital. di Ostetricia e Ginecologia ed ha tenuto la sua prima seduta a Catania, sotto la presidenza del prof. S. Scaglione; la prossima seduta si terrà a Messina, in aprile.

Al Circolo di Cultura del Sindacato Fascista dei Medici della provincia di Verona sono state fatte comunicazioni da: O. Viana, A. Austoni, M. Artom, E. Fiorini.

Per effetto del decreto 28 novembre 1935-XIV, n. 2044, relativo al nuovo ordinamento degli studi di medicina, è fatto posto all'idrologia medica, come corso complementare. La Facoltà medica di Parma ha voluto essere tra le prime ad istituire tale corso, ottenendo dal Ministro dell'Educazione Nazionale che l'incarico dell'insegnamento fosse affidato al prof. Mario Varanini, direttore dell'Ufficio di Propaganda delle Regie Terme di Salsomaggiore.

Sotto gli auspicî dell'Istituto brasiliano di Alta Cultura si è istituito per la prima volta un Rettorato italiano presso le Facoltà di Diritto e di Medicina della Università di Rio de Janeiro.

Il prof. G. Sangiorgi ha tenuto a Bari una conferenza sul tema: « Il Regime e la lotta contro le malattie sociali per la bonifica della razza ».

Nell'Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro a Milano funziona, dal 2 gennaio, una Policlinica per l'accertamento diagnostico dei tumori. L'istituzione è sorta con la cooperazione di varî Enti: Facoltà medica, Provincia, Comune e Lega per la lotta contro il cancro; funziona come ambulatorio tutti i giorni; il sabato si pratica una visita collegiale da parte dei direttori di tutte le Sezioni. Le visite sono gratuite per gl'indigenti; gli abbienti devono corrispondere, a vantaggio, della Policlinica, L. 10-25-50, a seconda dei casi.

L'assemblea ordinaria dell'Istituto Nazionale Medico-Farmacologico Serono, su proposta del presidente principe Prospero Colonna, ha fatto il voto che un'istituzione permanente, intitolata al prof. Cesare Serono, consacri e perpetui il ricordo della sua alta opera di scienziato e d'industriale.

Il Duce ha ricevuto l'on. Biagi, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, il quale gli ha riferito sull'attività dell'Istituto stesso.

Il Re del Belgio ha assunto l'Alto patronato della Società Belga di Stomatologia.

Il 17 marzo venne festeggiato a Parigi l'80° compleanno del dott. Antoine Béclère, uno dei pionieri della radiologia medica. Nell'occasione 120 radiologi appartenenti a 25 nazioni — in seguito ad iniziativa di H. Meyer (Brema) e di H. R. Schinz (Zurigo) — hanno costituito un comitato per offrire al Béclère un volume speciale di « Strahlentherapie », contenente lavori in suo onore.

È stato disciplinato a Vienna il servizio dei datori di sangue.

È morto a 56 anni il prof. KARLO RADONIVIC, titolare della cattedra di clinica medica dell'Università di Zagabria.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 2 marzo all'8 marzo 1936: Morbillo 284 (1756); Scarlattina 123 (274); Pertosse 113 (374); Varicella 152 (478); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 123 (205); Infezioni paratifiche 27 (27); Febbre ondulante 30 (40); Dissenteria 5 (5); Difterite e croup 271 (543); Meningite cerebro-spinale epidemica 19 (26); Poliomielite anteriore acuta 5 (5); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 4 (9); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 32 (44), dichiarata — (—); Pustola maligna 11 (13); Febbre puerperale 33 (34).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Giorn. di Clin. Med., 30 dic. — F. INTRONA. Mestruaz. e diabete mellito.

Amer. Journ. Med. Sc., gen. — G. H WHIPPLE e al. Ferro e anemia. — R. H. MAJOR. Esiti della nefrosi lipoidica. — W. H. HIGGINS. Il cuore nel mixedema.

Paris Méd., 18 gen. — Dermatologia.

Journal A. M. A., 4 gen. — G. M. DACK e al. Bacterium necroforum in coliti ulcerative cron. — A. MARBLE e R. M. SMITH. Fruttosuria essenziale.

Presse Méd., 22 gen. — E.-D. ADRIAN. L'attività elettrica del cervello umano.

Minerva Med., 21 gen. — V. ROMANIN e G. VENDRAMIN. Funzionalità epatica nelle ulcere gastroduodenali.

Arch. It. di Chir., gen. — G. UGGERI. Gangrena spontanea delle estremità. — B. CABIGLIO. Perforazioni gastro-dued.: trattam. conservatore.

Pediatria, 1 gen. — M. LAUREATI. Attività biologica dei leucociti. — B. PESÜHLE. Epidemia di febbre da pappataci.

Rinasc. Med., 15 gen. — G. GOGGIO. Il carbone endovenoso nell'ascesso polm.

Quart. Journ. Med., gen. — A. M. COOKE e R. PASSMORE. Trattam. della miastenia grave. — R. W. B. ELLIS e al. Epato-nefromegalia glicogenica: morbo di von Gierke. — M. C. G. ISRAËLS e J. F. WILKINSON. Anemia acrestica. — R. W. ELLIS e al. Gargolismo (distrofia condro-ossea ecc.).

Bull. Acad. Méd., 14 gen. — A. STOLZ e al. « Reazione del cancro » di Aron.

Presse Méd., 25 gen. — A. TOURAINE. Anidrosi con ipotricosi e anadontia. — J. PANEL e A. LEMAIRE. Trattam. chirurgico delle forme gravi di « cardio-tireosi ». — J. MASSON. Immagini in rilievo nell'esploraz. radiologica del colon.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 12 gen. — O. PASCONE. Altralgie.

Riforma Med., 25 gen. — A. BARASCIUTTI. Anisocitosi dei leucociti neutrofili nei tumori mal. — G. PENNETTI. Iniezioni endotracheali di acqua nelle emottisi.

Bull. Méd., 25 gen. — Fratture.

Rass. di Terapia e Patol. Clin., dic. — A. CHISTONI. Azione antidotica del rosso neutro nella intossicazione cianidrica.

Prensa Méd. Arg., 8 gen. — C. DE TOMMASO. Tono del cuore. — I. L. RESIO. Sindrome bantiana.

Practitioner, feb. — Numero semi-monografico sulle malattie del colon. — J. S. SMELLIE. Diagnosi precoce e trattam. della paralisi infant.

Rass. internaz. di Clin. e Ter., 15 gen. — G. IZAR. Cura dell'uremia cronica e della inerente ipertensione arter.

Pathol., 15 gen. — B. BENCINI. Fenomeni metaplastici. — M. TORRIOLI e L. SCALFI. Cellule giganti midollari.

Giorn. di Batter. e Immun., gen. — M. PERGOLA. Scheptofilassi o tachifilassi da tonno e sardine sott'olio guasti. — A. QUAGLIA-SENTA. Pneumococciemia nel decorso della polmonite franca.

Arch. di Patol. e Clin. Med., nov. — G. BAGNARESI. Pleuriti franche. — A. GORANYI. Blocco e veleni del sistema ret.-end.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., gen. — J. V. GROTT. Regolazione dello zucchero sanguigno.

Paris Méd., 1 feb. — Numero di radiologia.

Presse Méd., 29 gen. — J. TINEL e G. UNGAR. Regolazione della circolaz. cerebrale.

Id., 1 feb. — G. RAMON e al. Anatossina stafilococcica.

Brit. Med. Journ., 1 feb. — A. CLIFFORD e al. Ipertrofia prostatica. — G. PARISH e al. Immunizzazione con tossoide difterico precipitato da allume.

Giorn. di Cl. Med., 20 gen. — U. BASSI. La densità ottica nella diagn. differ. di essudati e trasudati. — R. RIGNANI. L'olio di chaulmoogra nella terapia tubercolare.

Brasil-Med., 7 dic. — A. PINTO VIEGAS. Dosaggio del colesterolo nel sangue.

Id., 14 dic. — F. MOURA COUTINHO. Clima e tbc.

Arch. It. di Chir., gen. — F. ZANARDI e A. PREVITERA. Epatiti subacute e nodulari della litiasi bil. — E. POLICHETTI. Cromoscopia gastrica col rosso neutro.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 20 Aprile 1936 - XIV Num. 16

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA

Direttore: Prof. L. VILLA.

Ulteriori osservazioni sulla batteriuria, con particolare riferimento agli effetti della tonsillectomia.

Dott. DELFINO BARBIERI, assistente.

Dott. L. PASQUALI, all. interno.

In una precedente nota sono stati riferiti i risultati di un gruppo di ricerche nelle quali era stato da noi studiato il fenomeno della batteriuria in individui portatori di focolai settici e comparativamente in altri clinicamente indenni da infezioni cosidette focali. Da quelle ricerche era risultato, a conferma di quanto avevano poco prima osservato altri, che la maggior parte degli individui portatori di foci esaminati eliminavano colle urine germi morfologicamente e culturalmente simili a quelli isolati dal focolaio settico, anche se in detti pazienti mancavano segni di lesioni renali in atto o pregresse, mentre negli individui non portatori di infezioni focali, almeno clinicamente non diagnosticabili, l'eliminazione dei germi colle urine poteva molto più raramente essere constatata.

Lo studio sistematico, morfologico e culturale, dei due ceppi isolati (germe del focus e germe delle urine) ci aveva portato ad ammettere una possibile corrispondenza morfologica fra di essi piuttosto costante, mentre solo eccezionalmente si era verificata anche un'identità di comportamento sierologico (agglutinazione col siero del paziente) ed allergico (reazioni cutanee). Malgrado la sconcordanza di questi ultimi elementi, aventi incerto significato, avevamo allora concluso che all'urinocultura si dovesse riconoscere valore, potendo essa costituire un dato semeiologico di notevole interesse, qualora però fosse stata sempre vagliata sulla base dei dati clinici: senza d'altra parte voler paragonare il valore

diagnostico a quello comunemente conferito all'emocultura. Da queste prime ricerche sono derivate alcune considerazioni, le quali, unitamente al parere completamente opposto di coloro che non riconoscono pressochè alcun valore alla batteriuria, ci hanno indotti a completare lo studio del fenomeno batteriurico in condizioni particolarmente adatte.

Risultando infatti a noi l'eliminazione di germi per le urine legata, se non esclusivamente, certo prevalentemente alla presenza di focus accertati, lo studio del fenomeno assumeva un'importanza maggiore qualora fosse stato possibile seguirlo sistematicamente anche dopo rimozione del focolaio settico, tanto più che fra le numerose ricerche sulle infezioni focali difettano indagini sistematiche sugli effetti che l'eliminazione di focolai settici induce sulla batteriuria precedentemente constatata.

A questo riguardo è bene ricordare le ricerche di Battistini, che riferisce otto casi di nefrite embolica parcellare in soggetti portatori di focolai settici, nei quali ha isolato dalle urine uno streptococco anemolitico in quattro casi, uno emolitico in due, uno stafilococco aureo e uno albo nei rimanenti. Identici germi l'A. ha pure coltivato dai rispettivi focolai settici e in due casi anche dal sangue; morfologicamente e culturalmente il ceppo del focus ha corrisposto a quello delle urine.

L'A. dopo rimozione del focolaio settico ha, con accurato controllo culturale delle urine, ritrovato anche dopo parecchio tempo dall'intervento la stessa positività dell'urinocultura per i germi precedentemente isolati, come non ha ottenuto modificazione alcuna nel decorso della forma morbosa. In seguito soltanto a terapia vaccinica (autovaccino) le condizioni urinarie sono invece nettamente migliorate e la cultura delle urine ha dato esito negativo. Battistini si sofferma a discutere sull'insuccesso terapeutico della tonsillectomia, che si dovrebbe, nei casi in questione, probabilmente al fatto che i germi provenienti dal focus avevano già determinato una localizzazione secondaria nel parenchima renale, così da doversi di conseguenza interpretare la batteriuria come espressione di localizzazione renale secondaria, piuttosto che come una semplice eliminazione di germi.

Anche Arrigoni, Cossali e Orthmann riferiscono i risultati a distanza della tonsillectomia in forme morbose varie, alcune delle quali renali: nefriti acute diffuse, oppure circoscritte (parcellari); forme articolari reumatiche; incostanti modificazioni nel decorso clinico hanno notato in seguito all'intervento e più precisamente la tonsillectomia darebbe quasi sempre esito negativo, impiegata come mezzo terapeutico nelle forme flogistiche del rene, mentre darebbe risultati favorevoli nelle forme articolari reumatiche. Gli AA. non si sono occupati in queste ricerche delle indagini batteriologiche sulle urine prima e dopo l'intervento.

Ricerche personali.

Da parte nostra sono stati presi in esame numerosi, oltre cento, ammalati di forme morbose varie, per lo più nefritici, endocarditici, poliartritici, portatori tutti di focolai settici, nella maggior parte a sede tonsillare, con carattere locale per lo più ipertrofico, con processi infiammatori in atto o pregressi. In ognuno di essi è stata sistematicamente praticata la cultura dal focus e dalle urine, seguendo costantemente le norme atte a garantirci della attendibilità dei risultati culturali, quali abbiamo seguito nelle ricerche precedenti.

Sui germi isolati sono state condotte le solite ricerche per stabilire od escludere una identità fra i due ceppi. Per ragioni ovvie solamente in una ventina circa di casi è riuscito di giungere alla ablazione del focolaio settico e successivamente di controllare il fenomeno batteriurico per una discreta durata dopo l'intervento. Di questi 21 casi intendiamo qui occuparci. Nella maggior parte di essi il controllo culturale è stato possibile anche dopo molto tempo dalla rimozione del focolaio settico: in alcuni invece abbiamo dovuto limitare la ricerca soltanto a pochi giorni dopo, per un periodo non inferiore mai ai cinque.

Tecnica. — Per la tecnica usata riassumiamo in breve quanto è stato più ampiamente riferito nella nota precedente. E cioè le culture sono state eseguite col sedimento di 50 cc. di urina prelevata per catetere per la donna e a getto nell'uomo, previa disinfezione dei genitali esterni, nei terreni più comunemente in uso per queste ricerche, e cioè in brodo semplice, in brodo glucosato secondo Rosenow, in areo- ed in anaerobiosi.

Sui germi isolati sono state sistematicamente condotte le ricerche culturali, morfologiche ed immunologiche allo scopo di stabilire un rapporto fra i due ceppi. Particolare cura è stata posta nell'eseguire la urinocultura, nel ripeterla spesso più volte nello stesso soggetto, al fine di escludere ogni dubbio di reperti da inquinamento.

Riportiamo le tabelle delle ricerche eseguite nei vent'un casi prestatisi alla osservazione prima e dopo rimozione del focolaio infettivo.

Casi e diagnosi	Cultura da		Agglutinazione		Intradermoreazione		Urinocultura dopo la tonsillectomia
	Focus	Urine	Focus	Urine	Focus	Urine	
1) D. A. Tonsillite ipertrofica	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	Negativa	Legg. posit. 1:80	Negativa	Negativa	In 7ª giornata: + per lo strepto
2) M. E. Tonsillite ipertrofica	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	Spontanea 1:1280	Negativa	Negativa	Positiva intensa	In 13ª giornata: urine sterili. In 34ª giornata: + per lo strepto
3) C. M. Tonsillite follic.; reum. art. acuto	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico e stafilo aureo	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	In 17ª giornata: urine sterili
4) P. E. Tonsillite ipertrofica	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	In 7ª giornata: + per lo strepto
5) S. M. Tonsillite	Diplo, Strepto	Diplo, Strepto e tetrageno	Negativa	+ 1:160	Negativa	Negativa	In 7ª giornata: urine sterili
6) L. A. Tonsillite ipertrofica	Strepto viridante	Stafilo albo	+ 1:160	Negativa	Positiva intensa	Negativa	In 10ª giornata: + per lo strepto
7) B. J. Tonsillite ipertr. Endocardite e reum. art. in atto	Strepto viridante	Coli	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	In 10ª giornata: + per il coli. Dopo 1 mese: + per il coli
8) N. P. Tonsillite ipertr. Reum. artic. acuto	Strepto anemolitico	Tetrageno	Spontanea	Negativa	Negativa	Negativa	Dopo 1 mese: + per il tetrageno
9) F. M. Tonsillite ipertr. Nefrite subacuta	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	+ 1:640	Negativa	Negativa	Negativa	In 12ª giornata: urine sterili
10) A. L. Tonsillite ipertrofica	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	In 17ª giornata: + per lo strepto

Casi e diagnosi	Cultura da		Agglutinazione		Intradermoreazione		Urinocultura dopo la tonsillectomia
	Focus	Urine	Focus	Urine	Focus	Urine	
11) D. M. Tonsillite ipertr. Endocardite reumat. Nefrite cronica	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	In 12ª giornata: urine sterili
12) G. E. Tonsillite; glomerulonefrite acuta	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	Negativa	+ 1:320	Negativa	Negativa	In 40ª giornata: urine sterili. Dopo 7 mesi: + per lo strepto. Dopo 1 anno: urine sterili.
13) B. C. Tonsillite. Nefrite cron.	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	—	—	—	—	In 20ª giornata: urine sterili. Dopo 15 mesi: urine sterili. Dopo 20 mesi: urine sterili
14) B. F. Tonsillite. Nefrite cron.	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	In 10ª giornata: urine sterili
15) S. R. Tonsillite	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	Spontanea 1:640	Negativa	Negativa	Negativa	In 16ª giornata: urine sterili
16) M. E. Tonsillite. Artrite cron. deform.	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	In 30ª giornata: + per lo strepto. Dopo 12 mesi: assente lo strepto
17) Z. G. Tonsillite follicolare	Strepto emolitico	Strepto emolitico	—	—	—	—	In 7ª giornata: + per lo strepto. Dopo 10 mesi: + per lo strepto
18) S. C. Angina follicolare	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	In 16ª giornata: urine sterili
19) R. L. Tonsillite	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	+ 1280	Negativa	Negativa	Negativa	Dopo 1 mese: urine sterili
20) N. N. Pulpite. Irite	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	+ 1:640	Negativa	Negativa	Negativa	In 5ª giornata: + per lo strepto
21) P. A. Tonsillite; nefrite emorragica	Strepto anemolitico	Strepto anemolitico	—	Negativa	Negativa	Negativa	In 15ª giornata: urine sterili

Considerazioni.

Per quanto le osservazioni si limitino a 21 casi, dai risultati ottenuti si possono tuttavia trarre alcune considerazioni. Anzitutto abbiamo potuto confermare i reperti già riferiti nella prima nota sulla possibilità di isolare dalle urine di individui portatori di focolai settici germi aventi caratteri morfologici e culturali simili a quelli presentati dal ceppo isolato dal focus. Anche in questi casi le prove a carattere immunitario sono state per lo più negative, nè è stato possibile osservare nelle poche positive una concordanza qualsiasi di reperti fra i due ceppi. Nella maggior parte dei casi il germe isolato dalle due origini è stato uno streptococco, per lo più anemolitico, in un caso solo uno strepto viridante della tonsille ed un coli dalle urine, in un altro caso uno strepto viridante dalle tonsille ed uno stafilo dalle urine, e pure in un solo caso uno strepto anemolitico dalle tonsille e un tetrageno dalle urine. Quindi solamente in 3 su 21 casi è risultata certa la diversità di germe delle due culture, dal focus e dalle urine.

L'urinocultura eseguita a intervalli di tempo diverso nei diversi casi dopo ablazione del focolaio settico è stata negativa in undici di essi, dei quali quattro presentavano forme renali; mentre i rimanenti o presentavano altre forme morbose varie, quali reumatismo, endocardite reumatismale, oppure erano semplicemente portatori di focolai settici, tutti però senza lesioni urologiche clinicamente rilevabili. Nove pazienti invece hanno presentato urinocultura positiva anche dopo l'intervento: ma di questi tre sono stati seguiti solamente per pochi giorni (5-7), negli altri la cultura delle urine è risultata positiva dopo l'intervento, in alcuni anche a distanza di molti mesi. In un caso (n. 12) la cultura dapprima negativa, è ritornata ad esser positiva dopo 7 mesi, infine negativa dopo 12 mesi dall'intervento.

A questo punto è bene ricordare che in tre soggetti di quest'ultimo gruppo (n. 6, n. 7, n. 8) il germe isolato dalle urine non aveva corrisposto a quello isolato dal focolaio settico e quindi evidentemente meno probativo poteva ritenersi, per giudicare dell'effetto dell'intervento sul focus, il confronto culturale.

In complesso quindi abbiamo constatato che non sempre l'ablazione del focolaio settico è sufficiente a far cessare l'eliminazione dei germi colle urine. A parte la questione dell'esistenza di un focolaio secondario non sempre facilmente appurabile, è ammissibile che in alcuni casi l'eliminazione possa continuare per qualche tempo dopo la rimozione del focolaio settico o di una parte predominante del suo territorio, per permanenza ulteriore di germi nell'organismo, senza peraltro doversi da ciò dedurre sempre che si siano stabiliti nuovi focolai infiammatori. Ciò può far comprendere i reperti positivi nelle ricerche fatte a breve distanza dalla operazione in alcuni casi.

Riguardo ai casi nei quali la batteriuria è stata controllata positiva anche dopo parecchi mesi dalla rimozione del focus, siamo portati ad ammettere una diversa interpretazione e presumibilmente la provenienza dei germi da una sede o localizzazione secondaria del processo settico, che può sfuggire alle possibilità diagnostiche.

Crediamo opportuno poi soffermarci, sia pure brevemente, su alcuni casi nei quali alla tonsillectomia sono seguite modificazioni particolarmente suggestive del quadro clinico.

L'osservazione n. 12 si riferisce ad un giovane nel quale ad una tonsillite acuta era seguita una forma di glomerulonefrite diffusa emorragica, ipertensiva, uremigena. Lo stato renale non era stato modificato dalle comuni terapie. Per quanto le condizioni del soggetto si presentassero gravissime, si era creduto opportuno consigliare la tonsillectomia essendo l'urinocultura risultata, in parecchi esami, positiva per uno streptococco anemolitico.

La situazione ha subito una netta modificazione a breve distanza di tempo dall'intervento: lo stato generale e le condizioni renali hanno avuto un progressivo, quanto insperato miglioramento; a 30 giorni dalla tonsillectomia la cultura delle urine è risultata negativa; l'ematuria, fino allora tenacemente persistente, è diminuita; lo stato uremico è cessato; si è così pervenuti a dimettere l'ammalato dall'Istituto.

Da due anni il paziente viene seguito in ambulatorio; l'urinocultura è stata solo transitoriamente negativa, dopo sette mesi, infatti, dalle urine è stato nuovamente coltivato uno streptococco anemolitico, con gli stessi caratteri di quello precedentemente isolato. Ma recentemente la cultura delle urine è risultata di nuovo negativa ed in ripetuti esami persiste tale; le condizioni generali si sono mantenute sempre buone, permanendo solamente una notevole ipertensione.

Anche il caso n. 13 riguarda un ragazzo più volte ricoverato in Istituto per nefrite acuta non uremigena nè ipertensiva; il soggetto soffriva da tempo di tonsillite. La tonsillectomia, consigliata fin dall'inizio della forma

morbosa, è stata praticata solamente dopo la terza recidiva. All'intervento è seguito un sensibile miglioramento delle condizioni renali ed in ventesima giornata l'urinocultura è risultata negativa. Anche questo paziente è stato seguito ambulatoriamente per oltre due anni e durante tale periodo ha presentato costantemente urine sterili alla cultura, coerentemente le condizioni renali si sono mantenute normali.

Da ultimo, nel caso n. 21 è stata consigliata la tonsillectomia in considerazione di una nefrite caratterizzata da un'imponente e tenace ematuria, immodificata dai comuni mezzi terapeutici, risultando inoltre l'urinocultura positiva per uno streptococco anemolitico avente caratteri morfologici e culturali analoghi a quelli presentati da un germe della stessa specie isolato dalle tonsille. Dopo pochi giorni dall'intervento il processo emorragico ch'era durato lunghe settimane invariato, è andato manifestamente, sebbene gradualmente attenuandosi, in 15ª giornata le urine sono risultate quasi prive di sangue e sterili alla cultura. Il soggetto è tuttora in osservazione.

Questi casi sono stati scelti come i più evidenti e convincenti. Si può desumere che queste ricerche, oltre a fornire elementi per la conoscenza del fenomeno batteriurico, danno anche indicazioni di ordine pratico, specialmente nei riguardi dell'intervento sui focolai settici ed in particolare sull'apparato tonsillare nel corso delle infezioni focali.

Pur ammettendo, anche per le osservazioni altrui, che ciò non possa essere generalizzato, tuttavia da alcuni dei nostri casi; seppure non da tutti, risulta infatti la opportunità della eliminazione del focolaio infettivo, la cui relazione con la cessazione della batteriuria è a nostro avviso difficile a negarsi e dà ragione così di tale opportunità terapeutica. E ciò anche prescindendo da una valutazione della batteriuria nei riguardi del suo significato patologico per il rene, questione che non può essere affrontata su questa sola base.

In complesso noi abbiamo riportato la convinzione che, prescindendo dalla questione particolare della batteriuria, la tonsillectomia da un punto di vista clinico abbia un'importanza da valutarsi secondo i criteri attualmente più in onore e quindi a norma anche di quelli scaturiti dalla discussione fatta da eminenti clinici nel corso della discussione seguita presso la Soc. Lombarda di Medicina Interna alla comunicazione di Arrigoni, Cossali e Orthmann.

CONCLUSIONI.

1) La cultura del focus e delle urine ha riconfermato nella maggior parte dei casi i dati delle precedenti ricerche: corrispondenza morfologica e culturale dei due ceppi.

2) La rimozione del focus ha determinato incostantemente la scomparsa della batteriuria, senza riferimento alla esistenza o meno di lesioni cliniche dei reni, od all'eguaglianza o meno dei germi coltivati.

3) L'assenza di germi nelle urine è stata in alcuni casi transitoria, in altri duratura, probabilmente come espressione del diverso comportamento della infezione nei due casi, con formazione o meno di focolai secondari, o persistenza nel primo caso di focolai già costituiti, quali presumibilmente le localizzazioni nel rene stesso, oppure effetto di gettate in circolo e conseguente eliminazione di germi provenienti da altri foci non diagnosticabili e non allontanati.

Vi sono evidentemente dei limiti alle nostre possibilità di un distinto riconoscimento di queste singole modalità patogenetiche. A complemento di quanto abbiamo esposto, vogliamo far presente che la tonsillectomia, anche quando non ha determinato la cessazione della batteriuria, è stata seguita nella grande maggioranza dei nostri casi da un sensibile miglioramento dello stato morboso, così che crediamo di confermare il parere di coloro che ritengono l'intervento di netta indicazione quando focus e batteriuria coesistono.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno osservato che l'ablazione di un focolaio settico (nel loro caso si è trattato della tonsillectomia) determina incostantemente la scomparsa della batteriuria precedentemente constatata. L'urinocultura, dopo l'intervento, è stata in alcuni casi permanentemente negativa, in altri transitoriamente, in relazione probabilmente al vario comportamento dell'infezione.

Per il sensibile miglioramento della forma morbosa, rilevato nella maggior parte dei casi in seguito alla tonsillectomia, ritengono l'intervento opportuno nei casi in cui focus e batteriuria coesistono.

BIBLIOGRAFIA.

ARRIGONI, COSSALI e ORTHMANN. Atti Soc. Lomb., 1933, n. 5.

BARBIERI e PASQUALI. Boll. Soc. Med. Chir. Pavia, 1934, VI (con ulteriore bibliografia).

BATTISTINI. Min. Medica, 1934, n. 23.

PRETI. Rass. Clin. Scient. dell'I.B.I., 1932, n. VI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali
della R. Università di Roma.
Direttore: Sen. Prof. ALDO CASTELLANI.

Sopra un caso di febbre columbense.

Dott. GIUSEPPE SCOTTI, assistente incaricato.

Considerazioni generali cd etiologia. — La febbre columbense, varietà delle febbri paratifoidosimili del Castellani, è conosciuta clinicamente ed etiologicamente dal 1905, epoca in cui il Castellani isolò per la prima volta a Ceylon il b. columbense, agente etiologico della malattia, e ne descrisse il quadro clinico. Altre osservazioni furono fatte dallo stesso Castellani nel 1913. Kalhed e Peruzzi l'hanno riscontrata in Egitto, De Mello in India, Iacono e Conte a Napoli, Jordan e Mc Broon (1934) a Portorico e nella zona del Canale di Panama. Marmo asserisce essere frequente in Eritrea. Infezioni da ritenersi come febbre columbense hanno descritto Sarnelli nell'Yemen e Barbuto a Massaua.

Il b. columbense è un bacillo mobile, gramnegativo, aerobio ed asporigeno, non fluidificante la gelatina nè il siero coagulato; non coagula il latte; è indoligeno. Si sviluppa assai bene nei comuni terreni di coltura. In genere non ha alcun potere fermentativo sul lattosio. Fermenta con produzione di acidi e di gas la glicerina, la sorbite, la dulcite, il rammosio, l'arabinosio, lo xilosio, il glucosio, il levulosio, il galattosio, la mannite, il maltosio, la salicina. Resiste discretamente all'essiccamento e alle variazioni di temperatura. Castellani, Marmo ed altri lo classificano nel genere Salmonella Lignières emendavit Castellani e Chalmers della sottotribù Ebertho-aerogeneae della tribù Ebertheae Castellani e Chalmers; essi ammettono una netta distinzione di questo bacillo dai paratifi comunemente noti e dal gruppo dei coli-bacilli. Prescindendo dalla sieroagglutinazione specifica il b. columbense si differenzia dal genere Escherichia perchè non coagula il latte e perchè non fermenta il lattosio; si distingue dai paratifi sensu stricto per la produzione di acidi e di gas nella glicerina, dal bacillo pseudoasiatico e dall'asiatico perchè non provoca la fermentazione del saccarosio e non dà sviluppo di acidi e di gas nella dulcite, ed infine dal gruppo morgan perchè gli organismi appartenenti a quest'ultimo gruppo non hanno alcuna azione fermentativa sul maltosio. Secondo la classificazione del Castellani e Chalmers la tribù Ebertheae-Castellaneae comprende tutti quei bacilli intestinali conosciuti col nome di bacilli tifosi, paratifosi, alkaligenes, coli-gruppo (Escherichia). Essa è suddivisa in due sottotribù: *a)* la prima comprende i bacilli che non producono gas nel glucosio e in nessun altro idrato di carbonio (sottotribù Ebertho-anaerogeneae); *b)* la seconda comprende i bacilli che producono gas nel glucosio e generalmente anche in altri zuccheri (sottotribù Ebertho-aerogeneae). I caratteri distintivi della tribù Ebertheae e delle due sottotribù sono esposti nella seguente tabella che riporto da Marmo « Il b. columbense Castellani, 1905 ». (Vedi tabella seguente).

Le febbri causate da questi germi sono state classificate da Castellani in un unico gruppo (febbri tifoidi e tifoidosimili) suddiviso in tre sottogruppi. Ciascun sottogruppo comprende parecchie varietà, la cui differenziazione si fa esclusivamente con l'indagine batteriologica:

Febbri tifoidi e tifoidosimili: 1) febbre tifoide sensu stricto (da b. Typhosus Ebert);

2) febbri paratifoidi: da b. paratyhosus A, da b. paratyphosus B, da b. paratyphosus C;

3) febbri paratifoidosimili (o febbri intestinali del Castellani): a) F. columbense; b) F. asiatica; c) F. alkaligenes.

Coadiuvano e predispongono l'insorgenza di queste infezioni tutte quelle cause, sia intrinseche che estrinseche, che diminuiscono la resistenza dell'organismo, e fra esse hanno particolare importanza il caldo eccessivo e specialmente il colpo di calore, il quale spesso segna l'inizio della malattia; per questi motivi nei paesi tropicali possono verificarsi con maggiore frequenza durante il periodo di acclimazione dell'individuo.

L'infezione si trasmette per contagio diretto dal malato al sano o per contagio indiretto attraverso oggetti, acque od alimenti infetti ed insorge dopo un periodo di incubazione di cui si ignora la durata.

Sintomatologia. Le manifestazioni cliniche dell'infezione da b. columbense sono rappresentate da due tipi febbrili di cui uno è assai simile alle infezioni tifoidee (forma tifoide) e l'altro, di durata più lunga, presenta nel suo decorso periodi di apiressia e di completo benessere e si può confondere con la febbre ondulante, la malaria e le febbri ricorrenti (forma ondulante o cronica). La forma tifoide inizia con febbre gradualmente ascendente e raramente alta sin dall'inizio, con malessere generale, cefalea, astenia, nausea, inappetenza, lingua patinosa; si aggiungono poi gorgoglio ileo-cecale, meteorismo addominale e tumore di milza. La stipsi è assai più frequente della

TRIBÙ EBERTHEAE. — « Bacillacee che si sviluppano bene nei comuni terreni di coltura, non formano endospore, aerobie e spesso anaerobie facoltative; non fluorescenti; incapaci di liquefare la gelatina e di produrre pigmento; sprovviste di capsula e di colorazione bipolare, gram-negative ».

Sottotribù		GENERE	Motilità	Latte tornasolato	Glucosio	Lattosio
Ebertho-anaerogeneae	castellaneae	Alkaligenes Castellani e Chalmers 1918	±	0 alc	0 alc	0 alc
		Vibriothrix Castellani (*)	+	0 alc	0 alc	0 alc
		Eberthella Buchaman emend. Castellani e Chalmers . . .	±	0	A	0
		Castellanus Cerruti	—	C o Cr	A	A
Ebertho-aerogeneae	castellaneae	Salmonella Lignières emend. Castellani e Chalmers	+	0	AG	O
		Wesembergus Castellani e Chalmers 1918	—	0	AG	A
		Balkanella Castellani e Chalmers 1918	—	C	AG	A o 0
		Escheridia Castellani e Chalmers 1918	+	C	AG	AG

(*) I germi del genere Vibriothrix presentano le stesse reazioni biochimiche del genere Alkaligenes, ma se ne differenziano per il loro polimorfismo.

Leggenda: O = non coagula il latte, non produce acidi, nè gaz; alc = alcalinizzazione; C = coagulazione; Cr = ritardo nella coagulazione; — = non è mobile; + = è dotato di mobilità; A = acidificazione; AG = produzione di acidi e di gaz.

diarrea. Non sono mai stati descritti esantemi ed emorragie intestinali. Dopo una a quattro settimane si ha defervescenza per lisi.

La forma ondulante è caratterizzata dal decorso più lungo con febbre meno elevata e dal ritorno di questa dopo periodi più o meno lunghi di apiressia e di assenza di qualsiasi sintomo.

Complicazioni frequenti della malattia sono le cistiti e le pieliti.

Prognosi. La prognosi è favorevole: finora non sono stati descritti casi mortali.

Diagnosi. La diagnosi clinica è assai difficile: clinicamente è possibile fare soltanto diagnosi di gruppo o di sottogruppo. Solo l'esame batteriologico permette di stabilire con certezza la diagnosi etiologica: nei primi giorni si praticherà l'emocultura, dopo la prima settimana dall'inizio dell'infezione la sieroagglutinazione con eventuale prova di assorbimento del Castellani, successivamente l'esame batteriologico delle feci. « tutte le volte che con ceppi di laboratorio si ha un'agglutinazione 1/40 oppure 1/80 (controllate microscopicamente) procedere ad esami ripetuti delle feci per cercare di isolare il germe » (da Marmo: il b. columbense Castellani 1905). Isolato un bacillo mobile, gram-negativo, che cresce nella gelatina e nel siero coagulato senza determinare fluidificazione e che non coagula il latte, per identificarlo e differenziarlo dai paratifi lo si saggia con il sieroagglutinante specifico e lo si semina nei vari terreni zuccherati per ricercarne il potere fermentativo; per valutare le caratteristiche fermentative, nella pratica corrente, ci possiamo servire della seguente classificazione pratica dei paratifi che compendia, oltre i caratteri generici, la differenziazione biochimica di questi germi. (Vedi tabella seguente).

Terapia. La cura è da una parte sintomatica (degenza a letto, dieta liquida, urotropina specialmente nelle cistiti e pieliti, salolo, benzonaftolo) e dall'altra proteinica e vaccinica con etero od autovaccino.

Profilassi. Castellani ha consigliato un vaccino misto (b. columbense + b. tifico + b. paratifici) per prevenire l'infezione tifosa e paratifica oltre quella da b. columbense.

**

Allo scopo di richiamare l'attenzione sulla febbre columbense e di contribuire alla sua conoscenza clinica ed etiologica dell'attuale momento in cui vi è grande affluenza di militari e di operai nelle nostre colonie africane ho creduto opportuno rendere nota l'evenienza

Caratteri generici	Maltosio	Mannitolo	Indolo	Glicerina	Saccarosio	Raffinosio	Salicina	Dulcitolo	Reazione batteriofago-simile del Castellani	Classificazione pratica
Bacilli gram-negativi, mobili o immobili, asporigeni, aerobi facoltativi, non fluidificanti la gelatina, asporigeni sprovvisti di capsula; nessuna coagulazione del latte. Acidificazione e produzione di gaz sul glucosio, nessuna fermentazione sul lattosio (0)	AG	AG	0	0	0	0	0	AG	+	Paritifi « sensu strito »
	AG	AG	+	AGs	0	0	AG	AG	+ o —	Paratifo columbense
	AG	AG	+	AGs	AG	AG	0 o AG	0	+ o —	Paratifi asiatici
	0	0	++	0	0	0	0	0	0	Paratifi morgani

a me occorsa di avere isolato un germe — identificato biochimicamente e sierologicamente come b. columbense — dalle feci di un individuo, ricoverato in Clinica reduce dall'A. O., convalescente di un processo febbrile durato alcuni mesi mentre si trovava a Massaua.

Anamnesi. L. C., da Roma, di anni 32, coniugato. Nulla a carico del gentilizio e dei collaterali. Normale si è svolta tutta la vita fisiologica. A 13 anni soffrì rosolia ed a 16 spagnola. A 23 anni contrasse blenorragia. Nega l'infezione luetica.

Nel maggio del 1935 si recò in Eritrea per ragioni di lavoro ed è stato a Massaua fino all'agosto, epoca in cui fu rimpatriato perchè malato. L'8 giugno ebbe lieve colpo di calore, dal quale si rimise immediatamente. L'11 giugno fu colto nuovamente da colpo di calore cui seguì per circa una settimana febbre alta: questa febbre discese successivamente a 37°,3-37°,9 e si accompagnò a cefalea intensa, astenia profonda, inappetenza, stitichezza e meteorismo; essa durò vari mesi interrotta di tanto in tanto da periodi di apiressia e di benessere completo. Quando entrò nella nostra Clinica si lamentava di cefalea e di sensazione di profonda astenia, mentre la febbre era scomparsa da non molto tempo.

Esame obbiettivo. Al momento dell'ingresso in Clinica il paziente si trovava in condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione discrete e nulla presentava all'esame dei vari apparati; solo la milza arrivava in alto all'8° spazio intercostale ed in basso debordava lievemente dall'arco costale.

Nulla di importante si rinvenne all'esame delle urine.

Esame del sangue: gl. rossi 4.400.000; gl. bianchi 9.400; Emoglobina 73; valore globulare 0,82, Neutrofili 49 %, Eosinofili 3 %: Basofili 0 %, Linfociti 38 %, Monociti 9 %. Reazione Wassermann negativa. Cutireazione di Pirquet positiva (+).

Sieroagglutinazioni. Malgrado il paziente avesse subìto, prima di partire per l'Africa, la vaccinazione per tifo e paratifi A e B, la sieroagglutinazione per questi bacilli risultò negativa, pure negativa risultò la ricerca delle agglutinine del paratifo C, del micrococco melitense, del paramelitense e dell'abortus. Il ceppo di b. columbense del nostro laboratorio fu agglutinato dal siero del malato alla diluizione di 1/80 (agglutinazione microscopica). Con feci fresche, appena emesse, furono insemenzate 6 piastre di Petri contenenti terreno di Mac Conkey e da esse si isolò un germe che fu agglutinato sia dal siero del malato sia dal sieroagglutinante specifico ottenuto inoculando ad un coniglio il b. columbense; insemenzato nei terreni zuccherati dimostrò un comportamento fermentativo identico al ceppo di columbense del nostro laboratorio.

***

Il caso da me riferito conferma l'esistenza della febbre columbense riscontrata da Marmo, alcuni anni or sono, in Eritrea ove egli isolò il b. columbense in cinque casi febbrili ed in un campione d'acqua di Edaga Berai (Massaua). Esso dimostra che alcune febbri comuni nei tropici, con reperto sieroagglutinante negativo per il tifo ed i paratifi e ritenute correntemente come febbri ad etiologia sconosciuta, sono da attribuirsi al b. columbense. La conoscenza delle febbri paratifoidosimili o febbri intestinali del Castellani deve spingere a ricercare gli agenti etiologici specifici richiedendo al laboratorio, in casi di febbri criptogenetiche, oltre la Widal per il tifo ed i paratifi anche quella per il gruppo paratifoi-

dosimile e specialmente per il b. columbense: alcuni processi febbrili potranno, in tal modo, essere chiariti nella loro etiologia e nella loro reale frequenza nei vari paesi tropicali e temperati.

N. B. — Sarò lieto di fornire colture del B. Columbensis, a chiunque si interessi del soggetto.

RIASSUNTO.

L'A., dopo avere esposto brevi note sull'etiologia, sintomatologia, diagnosi e cura della febbre columbense, ne descrive un caso clinico in un individuo proveniente da Massaua, dalle cui feci ha isolato il b. columbensis. Egli consiglia di saggiare l'agglutinazione del siero verso questo germe e di ottenerne possibilmente l'isolamento in casi di febbri criptogenetiche con agglutinazioni negative per tifo e paratifi.

BIBLIOGRAFIA.

1907. CASTELLANI A. *Note on cases of fever frequently confounded with typhoid and malaria in the tropics.* Journ. of Hygiene, vol. VII, n. 1.

1913. ID. *Note on cases of fever due to Bacterium columbense* (Cast. 1905). Jour. Ceylon Branch of the British Medical Association, oct. 18.

1914. ID. *Note on a case of osteo-periostitis developping after a probable attach of Febris columbensis.* Journ. Ceylon Branch British Medical Association, june 15.

1914. ID *Bact. columbense Castellani.* Centr. f. Baht, I, Abt, orig., 74, 197.

1917. ID. Journ. Trop. Med. and Hyg., 20, 181.

1920. CASTELLANI e CHALMERS. An. Ist. Pasteur, 34.

1927. DUDGEON L. and PULVERTAFT. *On slow lactose fermenting B. coli in urinary and intestinal infections.* The Journ. of Hygiene, v. XXVI, n. 3, 10 august.

1923. KHALED K. *Parenteric fever in Egypt.* Journ. of Hyg., vol. XXI, n. 4.

1924. ID. *Parenteric fever in Egypt.* Journ. Trop. Med. and Hygiene, mar. 15.

1916. LURIE G. A. *Febris columbensis.* Lancet, I, pag. 350.

1932. MARMO A. *Observations on bacillus Columbensis fever* (Castellani's fever). The Jour. Trop. Med. Hyg.

1931. PERUZZI M. *Sull'etiologia delle febbri enteroidi, dissenterie e diarree di Alessandria d'Egitto.* Ann. di Med. Nav. e Col., v. II, fasc. III-IV.

1915 SPAAR E. *Case of fever due to b. columbensis Castellani.* Jour. Trop. Med. and Hyg., dec. 15.

1935. MARMO A. *Il b. columbensis Castellani 1905.* Roma, Tip. Operaia Romana, 1935.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI.

Alcune considerazioni etiopatogenetiche e cliniche sull'associazione sifilide e tubercolosi polmonare.

(C. ZOBOLI. *Archivio di Medicina e Chirurgia*, ottobre 1935-XIV).

Durante il suo soggiorno presso la Clinica della Tubercolosi dell'Università di Parigi, l'A. ha avuto dal prof. Bernard l'incarico di ricercare nel vasto materiale di detta Clinica i casi di tubercolosi e sifilide associate. I casi raccolti nello schedario sono stati 27 sopra 2500 malati (1,08 %); tale cifra è sicuramente inferiore alla realtà, se si pensa che nella letteratura sull'argomento la percentuale dei malati tubercolotici sifilitici oscilla tra 4 e 22 %.

A giustificazione di ciò l'A. riferisce che l'accertamento della R. W. era stato nei malati della Clinica eseguito solo quando la conferma era imposta da evidente sospetto o da esplicita confessione del paziente. Questa statistica pertanto, data l'incompletezza dell'accertamento, non può portare un fondato contributo al problema della percentuale di tubercolotici sifilitici.

Tuttavia ragguagliando alla media proporzionale delle due malattie associate, il quoziente di morbilità generale della sifilide, l'A. ne deduce che non esiste una maggior diffusione della sifilide nei tubercolotici; questa costatazione autorizza ad affermare che dal lato statistico non esiste elemento alcuno permettente di attribuire alla sifilide la proprietà di favorire l'infezione tubercolare. Questo fatto è anche dimostrato dalle ricerche fatte dall'A. a Garbagnate su 100 tubercolotici comuni, nei quali la R. W. è risultata positiva in due soli casi.

Ciò posto egli passa ad indagare se nei casi di sovrapposte infezioni sia possibile accertare la precedenza della sifilide sulla tubercolosi e se le singole malattie possono influenzarsi nel decorso, per quale meccanismo e verso quale forma clinica.

Nei casi di sifilide congenita e di sifilide recente l'associazione delle due malattie è stata molto nociva per i pazienti, evenienza questa che si è presentata cinque volte nei malati della Clinica di Parigi, sia che precedesse l'infezione sifilitica o la tubercolare. Questo fatto sta a dimostrare che non esiste una effettiva sensibile diversità di potere patogeno legato all'una piuttosto che all'altra infezione.

Riguardo ai casi di malati con sifilide antica sia che questa infezione precedesse o seguisse la tubercolare, essi non hanno presentato nel loro decorso differenza apprezzabile alcuna da quelli unicamente tubercolari. I pazienti tras-

sero benefici risultati dalle cure generali (oltre il trattamento antiluetico), e alcuni dalla collassoterapia.

Anche la maggioranza degli Autori è di avviso che la sifilide acquisita non favorisce o predispone alla tubercolosi polmonare e nemmeno è sicuramente provato che essa sia capace di imprimere un particolare carattere di benignità alla tubercolosi (particolare tendenza alle forme cirrotiche).

Nell'ultima parte del suo lavoro l'A. tratta l'importante problema della cura dei tubercolotici sifilitici.

Come è noto, il maggior pericolo dei medicamenti specifici treponemicidi sta nella loro elettiva tossicità per la cellula epatica: ora è proprio nella tubercolosi che il fegato è chiamato più che in altre malattie al compito importantissimo dello svelenamento dell'organismo infetto; di qui la necessità di conservarne al massimo la integrità funzionale e di tenerlo lontano da tutto ciò che potrebbe essere ad essa dannoso. L'arsenico ed il mercurio sono tossici per il fegato, ma il primo molto più dell'altro il quale è meglio tollerato. Il bismuto è particolarmente utile specialmente associato all'iodio o al mercurio. L'iodio infine merita un posto che a torto da alcuni gli è stato conteso: esso è ben tollerato dai luetici tubercolotici specie nelle forme tbc. torpide e sclerotiche e nella sifilide terziaria.

In conclusione esiste in ogni caso una cura contro la associazione sifilide e tubercolosi polmonare, ma per ogni medicamento vanno usate le dosi medie ed anche piccole, interrompendo la cura ai primi sintomi di intolleranza.

L'unica controindicazione assoluta è data dalla insufficienza epato-renale. Negli altri casi si possono ottenere risultati buoni e spesso veramente efficaci adoperando con intelligenza l'armamentario farmaceutico attualmente in uso.

VICENTINI.

A proposito della diffusione, diagnosi e terapia del morbo di Bang.

(R. FISCHER, P. SCHENK, *Münch. mediz. Wochenschr.*, 14 gennaio 1936).

Col diffondersi delle nozioni sulla malattia provocata dalla *brucella abortus*, e dei metodi di laboratorio relativi alla diagnosi di tale affezione, il numero dei casi osservati va sempre aumentando; sembra che tale fenomeno abbia anche e sopratutto per causa un reale e progressivo propagarsi dell'infezione, tanto che essa da molti viene considerata quale una delle « malattie dell'avvenire » e sin d'ora viene invocata l'azione su vasta scala internazionale per prevenire il fenomeno prima che assuma proporzioni minacciose (Lignières); va notato in proposito che alcuni degli animali domestici (cavalli e buoi) ospitano la *brucella abortus* nella proporzione di 15-20 % (Beatie); in molte regioni tale proporzione raggiunge i 50 % e circa la metà delle vacche infette elimina il germe col latte. Il più frequente veicolo di trasmissione dell'infezione è rappresentato infatti dal latte e dei suoi derivati; si noti però che mentre il bacillo rimane attivo e virulento nel latte (non pasteurizzato) e nei latticini ricchi di grasso (crema, panna), meno pericolosi sono i formaggi magri, fermentati e anche il burro del commercio (perchè fatto col latte parzialmente scremato e leggermente acido).

La difficoltà della diagnosi clinica della malattia è condizionata dalla scarsa specificità della sintomatologia; fra le manifestazioni più importanti va annoverata la febbre, il decorso ondulante della quale imita perfettamente quello della febbre melitense. Le localizzazioni cliniche possono essere diverse: così sono state osservate neuriti, plessiti, meningomieliti; la forma poli- o monoartritica non è rara; l'A. cita un caso nel quale ogni riaccensione febbrile si accompagnava a tumefazione non dolorosa di un ginocchio. Secondo le osservazioni di Brater la malattia può iniziarsi col quadro di pielocistite o di nefrolitiasi. Talora prevalgono fenomeni epatici con quadro di colecistite ed ingorgo del fegato. È stata descritta anche spondilite ed endocardite; in quest'ultima nelle proliferazioni dell'endocardio è stato riscontrato il b. di Bang. Fra le osservazioni dell'A. figura anche un caso di ulceri multiple del prepuzio (l'esame batteriologico delle quali ha dato esito negativo) con regressione rapida sotto l'influsso del trattamento generale da lui preconizzato.

L'A. sottolinea l'importanza diagnostica della cenestesi perfetta che tali malati presentano negli intervalli apirettici; sarebbero addirittura caratteristici lo stato di euforia e il buon umore degli individui affetti dal morbo di Bang.

La conferma della diagnosi spetta alle prove batterio- ed immunologiche; il potere agglutinante del sangue raggiunge proporzioni elevatissime (fino a 1:12800 in un caso dell'A.); la prova dell'agglutinazione è da considerarsi positiva solo al disopra di 1:100. Anche le prove cutanee coll'*abortina* di Haxthausen o con le paste diagnostiche di Diehl e Roth sono di grande utilità. Va notato che in molti dei batteriologi che hanno lavorato colla brucella di Bang è stata riscontrata un'agglutinazione positiva, pur non essendovi stata alcuna manifestazione clinica della infezione; tale fenomeno ci spiega il perchè la malattia si manifesta più frequentemente negli individui che sono « ai primi contatti » colla brucella.

L'emocoltura riesce di solito positiva quando l'affezione presenta decorso settico.

I molteplici tentativi terapeutici praticati finora nella malattia di Bang, a parte la terapia sintomatica, sono stati orientati sia verso l'uso

di antisettici generali (tripaflavina, salicilati, iodio, neosalvarsan), sia verso la provocazione di immunità attiva o passiva, specifica o paraspecifica. L'A. cita fra altro i risultati favorevoli ottenuti col B. C. G., con sieri antitossici, con vaccini mono- o polivalenti (ricavati da molti ceppi della brucella).

L'A, avrebbe ottenuto dei risultati molto favorevoli coll'uso di vaccino TAB (tifo-paratifo) iniettato per via endovenosa durante i periodi febbrili. Il momento dell'iniezione dev'essere scelto in modo che la reazione febbrile successiva (che raggiunge i 40° con fatti generali imponenti) venga a intercalarsi e ad interrompere il ciclo febbrile caratteristico della malattia. Nei due casi trattati in tale modo la febbre discendeva rapidamente già dopo la seconda iniezione per non più ricomparire; in tutto sono state praticate cinque iniezioni di vaccino; è degno di nota che contemporaneamente alla guarigione clinica si manifestava una rapida caduta del potere agglutinante del siero. Lo stesso è avvenuto in un caso trattato con associazioni iodo-arsenobenzoliche ed emetina. Comunque, l'A., giudica quale più sicuro il trattamento endovenoso col vaccino tifo-paratifico, col quale evidentemente viene provocata una specie di immunità paraspecifica. S. MINZ.

ENDOCRINOLOGIA.

Ricerche nuove sull'ipertiroidismo.

(J. BAUER. *Presse Méd.*, 5 febbraio 1936).

È innanzi tutto necessario stabilire una *classificazione* degli stati ipertiroidei. È classico isolare il gozzo esoftalmico, l'ipertiroidia e lo adenoma tossico; inoltre si è individualizzato lo stato basedovoide e le forme fruste del male. Alcuni AA. e tra essi M. Labbé oppongono il gozzo esoftalmico, a uno stato di semplice ipertiroidismo; Bauer pensa invece che qui le differenze siano dovute semplicemente al grado variabile della intossicazione tiroidea ed alle varie modalità reazionali individuali. Negli stati leggeri di ipertiroidismo ora reagirà più il sistema cardio-vascolare, ora il nervoso, ora il digestivo, ora il metabolismo, ora le glandole sudoripare onde ecco le varie forme fruste, oligosintomatiche ecc. Secondo l'A. poi interviene un altro fattore che rappresenta un concetto del tutto personale: quello della « *disarmonia ormonale* ». Secondo questo concetto, la soglia della azione ormonale non è eguale per i vari organi; vi possono essere cioè dei vari organi che presentino una soglia per la tirosina isolatamente diminuita, onde pure non esistendo vera insufficienza generale di tirosina, un dato organo reagisce come se vi fosse reale insufficenza in quanto che la sua soglia di reazione è elevata isolatamente rispetto alla tirosina; questo l'A. chiama disarmonia ormonale e tira in ballo sopra tutto per spiegare le forme monosintomatiche.

Secondo Labbé e allievi si devono separare dall'ipertiroidismo quei disturbi a tipo basedoviano nei quali però manca la elevazione del metabolsimo basale: costituiscono questi la cosidetta *sindrome parabasedoviana* che si dovrebbe a irritazione del simpatico senza intervento della tiroide. L'A. non crede a ciò. Pensa invece che anche qui si tratti di un nuovo esempio di disarmonia ormonale: vi sarebbe una ipertiroidia così leggera che il metabolismo basale non ne resta ancora influenzato, mentre l'irritabilità del simpatico è così grande si che la sua soglia di eccitabilità resta abbassata onde egli reagisce più presto di ciò che non lo faccia il metabolismo.

L'elevazione del metabolismo basale è un segno importante ma non indispensabile per la diagnosi di ipertiroidismo, esso in ogni modo non permette di classificare le varie forme, esse sono invece in rapporto al grado di malattia, alla struttura morfologica della glandola, ed alla causa patogenetica.

Riguardo al *grado della malattia* si distinguono facilmente forme gravi, medie e leggere, con limiti non bene netti, ma bene distinguibili dall'aspetto clinicogenerale. Il riconoscere i casi gravi è di capitale valore per la terapia, essi infatti non reagiscono a una cura puramente medica e dopo due o tre mesi di prova bisogna operarli. L'exeresi della maggior parte della tiroide dà risultati ottimi e rapidi specie se fatta precedere da opportuna preparazione del malato: (somministrazione di jodio prima e qualche giorno dopo l'intervento (Plummer).

Devono anche operarsi i casi di ipertiroidismo di media intensità che non han reagito a cura medica e radiologica protratta per 6 mesi. I casi medi e leggeri danno i migliori risultati con la radioterapia. I casi leggeri sono di dominio medico: medicine, dieta e clima. Senza entrare in dettagli ricordiamo l'acido feniletilbarbiturico e l'ergotamina che occupano il primo posto.

La *cura jodica* dà luogo a grandi discussioni. In Francia, Belgio, Rumania essa è assai in voga. L'A. invece con gli Americani non crede alla azione curativa della jodoterapia nell'ipertiroidismo. I sintomi ipertiroidei migliorano in modo spiccato, ma non si assiste alla loro totale scomparsa anche prolungando la cura in modo continuo o intermittente; per di più si assiste talora a ricadute assai gravi dopo la soppressione della cura jodica. Lo jodio (afferma Bauer in base a ricerche istologiche) agirebbe facendo accumulare il colloide della tiroide nelle sue vescicole, ma non diminuendone la produzione; sarebbe come un rimedio oppiato che arresta la diarrea ma non la cura. È utile invece per approfittare dell'arresto di eliminazione del secreto tiroideo per operare in questo periodo di arresto. Vi sarebbero poi delle paradosse per cui in tiroidi a vescicole vuote lo jodio favorisce l'accumulo del secreto, mentre in tiroidi

poco attive a vescicole piene lo jodio mobilizzerebbe il colloide. Da ciò deriva la necessità di sforzarzi di conoscere la *struttura morfologica* della tiroide nei singoli casi.

Si deve, sotto questo aspetto, distinguere l'ipertiroidismo primitivo, che si svolge cioè su una tiroide prima normale, e quello secondario che evolve sopra un gozzo: è il gozzo basedovificato. Nel primo caso la tiroide contiene poco colloide e lo jodio darà notevoli vantaggi, mentre sarà meglio astenersi dallo jodio nel secondo caso.

Un altro argomento di notevole interesse è quello dello studio delle *sostanze protettrici* nei riguardi della tirosina.

L'A. crede poco all'effetto del sangue o latte di animali tiroidectomizzati (Moëbius). Blum nel 1906 trovò un'azione protettrice nel sangue normale. Anselmino e Hoffmann nel 1933 isolarono dal sangue e dai tessuti una sostanza lipoidica che attenua l'azione tossica della tirosina. Così pure si sono studiate varie altre sostanze sperimentalmente ad azione simile, ma Bauer non si è mai potuto convincere di un vero successo terapeutico in clinica umana.

Recentemente si è data grande importanza alla sostanza di jodiotirosina. Molti AA. ne han vantato grandi successi. A Bauer pare che agisca come lo jodio morganico e debba essere usata con le stesse precauzioni.

Bauer e Schaechter sono riusciti a creare una *resistenza* alla tirosina (nei conigli) con uso prolungato di piccole dosi di questo ormone. Ciò era già stato ottenuto da Collip e allievi contro gli ormoni pituitari, tireotropi e gonadotropi, e l'ormone stimolante la crescenza. N. Ehrlich (Vienna) ha perfino ottenuto una R. Bordet-Gengou contro un ormone gonadotropo dell'ipofisi dopo immunizzazione provocata con iniezioni prolungate di questa sostanza. Questa resistenza tirosinica non è trasmissibile in serie. Non si può prevedere l'importanza clinica di questi fatti.

Sarebbe necessario anche classificare gli ipertiroidismi in base alla *patogenesi*. La tiroide funziona in dipendenza di altre glandole (ipofisi sopratutto) ed è anche regolata dal sistema nervoso vegetativo. La clinica ha da molto tempo registrati casi di ipertiroidismo consecutivi a emozioni forti o connesse a crisi psichiche. Già nel 1912 Bauer parlava di *nevrosi tiroidee* come si parla di nevrosi cardiache o intestinali.

Bisogna distinguere i casi di ipertiroidismo per alterazione primitiva della glandola e quelli di origine nervosa. Schittenhelm parla di forme centrogene della m. di Basedow. Non solo lesioni funzionali dei centri vegetativi possono produrre ipertiroidismo, ma talora si tratta di vere lesioni organiche (encefaliti) di detti centri.

Circa l'ipertiroidismo di *origine ipofisaria* è da alcuni negato, da altri invece considerato come costante. La verità, al solito, è nel mezzo. L'esistenza di un ormone tireotropo ipofisario è però provata sicuramente. Forse per l'azione ipofisaria si richiedono alcune circostanze che ignoriamo ancora. L'età critica con i suoi mutamenti di funzioni ormonali può rappresentare un'altra causa patogenetica. Da quanto sopra risulta evidente che se in questo campo molte sono le acquisizioni, molte anche permangono le incertezze.

L. TONELLI.

Paratiroidectomia e reumatismi cronici.

(L. BERNARD, H. THIERS e M. HENRY. *Presse Méd.*, n. 49, 1935).

Da Oppel e Leriche la cura dei reumatismi cronici con la paratiroidectomia parziale è divenuta una questione di piena importanza, per la brillantezza di alcuni successi, la difficoltà delle sue indicazioni, il mistero del suo modo di agire.

Riguardo all'*anatomia chirurgica* gli AA. insistono solo sulla notevole vascolarizzazione delle paratiroidi; e ciò sopratutto per segnalare il numero enorme delle anastomosi esistenti, il che fa loro considerare come sicuramente inefficace la legatura delle arterie proposta da alcuni operatori.

Deve ancora essere segnalata la fragilità del sistema paratiroideo, per cui è pressochè impossibile asportare questi organi senza lederli, anche quando si intervenga su di essi con la massima delicatezza. Da questa fragilità derivano due conseguenze: 1) non intervenire che unilateralmente affine di non esporsi a conseguenze gravi da lesione involontaria di tutto il sistema paratiroideo (tetania mortale); 2) le lesioni traumatiche involontarie e non riconosciute possono forse dare la spiegazione dei risultati favorevoli che si possono avere anche quando non si è riusciti ad asportare le paratiroidi.

Le indicazioni operatorie non sono facilmente valutabili. Oppel ritiene l'intervento indicato quando vi è reumatismo con ipercalcemia e ipotonia muscolare. Jung dà importanza alla sola ipercalcemia. Collip e Enselme dicono che questa non è sufficiente, ma occorre una modificazione del rapporto Ca: PO_4; cioè ipercalcemia con ipofosforemia. Gli AA. credono che fino a ora non vi siano criteri chimici sufficienti ad una esatta decisione e ci si debba invece basare sui *criteri clinici*.

Ciò è comprensibile se si pensa che nessuno finora ha risolto l'enigma del reumatismo.

Dalla loro esperienza risulta che le forme di artrite cronica uni- o bilaterale del ginocchio o della spalla danno facilmente delle disillusioni. Particolarmente bene riesce invece l'intervento nelle spondilosi pure o con altre localizzazioni associate. Le poliartriti in cui predominano i versamenti sinoviali sono poco migliorate. Capitale sembra la regola che la operazione ha tanto più probabilità di successo quanto minore è il grado di evolutività del

reumatismo. La stessa radiografia non fornisce indicazioni.

Circa i risultati clinici: talora si hanno successi che paiono miracoli: e si è notato che i risultati paiono permanenti. Si deve quindi quando si riscontrano le indicazioni sopra dette proporre al malato questo intervento avvertendolo che egli ha una probabilità di guarire e una di restare come è; in ogni caso mai di peggiorare.

Interessante è la discussione sul *modo di agire* di questo intervento, sebbene non si possano fin oggi che emettere ipotesi. Si è perfino dubitato se il risultato dipenda proprio dalla esportazione di una parte del sistema paratiroideo o no. Simon ammette che l'operazione determini una simpaticectomia periarteriosa che provoca una vasodilatazione e quindi un iperfunzionamento tiroideo.

Questa ipotesi pare si possa rigettare sopra tutto perchè allora una opoterapia tiroidea dovrebbe essere molto efficace nel reumatismo, mentre non lo è che in pochi casi. Di più in alcuni casi oltre alle paratiroidi si è fatta asportazione di mezza tiroide, il che certo non provoca un iperfunzionamento tiroideo invocato nella teoria di Simon, eppure si è avuto lo stesso un beneficio. È quindi questo dovuto proprio alla esportazione del tessuto delle paratiroidi. Ma con che meccanismo? Non si crede che la causa del reumatismo risieda proprio nelle paratiroidi, che per di più nei casi la cui asportazione recò guarigione, si trovarono anatomicamente normali. Nè soddisfa il dire che vi poteva essere in atto una alterazione funzionale. Gli AA. emettono l'ipotesi che la paratiroidectomia agisca intervenendo sulla eccitabilità simpatica.

Da Charcot e Lancereux in poi sono note le frequenti stigmate simpatiche che si trovano nei reumatici cronici (pelle liscia e saponosa, o secca e desquamantesi, scanalatura e friabilità ungueale, manifestazioni sudorali paradossali). Già Leriche ha notato che la paratiroidectomia agisce profondamente sul simpatico. In questa azione sarebbe il segreto della operazione. L. TONELLI.

FEGATO.

Contributo allo studio della funzionalità epatica con la prova della santonina.

(V. DELFINO. *Pathologica*, 15 febbraio 1936).

Nel 1933 M. Akil Mouktar e Hadidjé Djevat hanno proposto un nuovo metodo di esplorazione della funzionalità epatica per mezzo della santonina. Si somministrano a digiuno ctgr. due di santonina, cui segue ogni ora la somministrazione di mezzo bicchiere di acqua; vengono poi raccolti i campioni delle orine eliminate ogni ora, per nove ore. L'esame delle orine raccolte va fatto il giorno stesso della prova nel modo seguente: in un tubo da saggio si mettono cc. 3 di orina di ogni campione e vi si aggiungono due cc. di liscivia di soda diluita a metà con acqua: la santonina eliminata nell'orina assume un colore che va dal rosa al rosso carico. Ogni tubo viene paragonato ad una scala campione di soluzioni di eosina a varie concentrazioni.

L'A. ha studiato questa prova in trenta individui affetti da svariate malattie (febbre melitense, arteriosclerosi, nefrite, ulcera gastrica e duodenale, diabete, alcoolismo, cirrosi epatica, ittero caratarrale ecc.). I risultati da lui ottenuti non sempre concordano con quelli degli AA. francesi, come ad es. in casi di dispepsia, Egli non ha ottenuto risultati attendibili in quei malati nei quali esistevano lesioni renali. In conclusione se la prova della santonina è capace talvolta di svelare alterazioni della cellula epatica di lieve entità, altrimenti difficilmente rilevabili, nei casi di gravi alterazioni del fegato non dice nulla di più dei comuni metodi di indagine, anzi in alcuni casi le curve di eliminazione non danno valori corrispondenti al grado di alterazione del fegato.

L'A. si è servito come metodo di controllo dalla prova della bromosulfonftaleina che è tenuta in buon conto dai vari sperimentatori che l'hanno usata. VICENTINI.

Sulla questione dell'ittero nei diabetici.

(A. BADE, *Münch. Mediz. Wochens.*, 31 gennaio 1936).

La questione dell'esistenza di un rapporto causale fra ittero e diabete o dell'eventuale influenza che l'alterato ricambio può avere sul decorso dell'ittero è certamente degna di interesse. Infatti, è vero che se l'ittero nella sua etiologia è indipendente dal diabete, è probabile però che il diabete predisponga all'ittero sia per l'alterazione del ricambio che esso comporta, sia anche per le lesioni del parenchima epatico che spesso coesistono. In tali casi infatti l'anamnesi è quasi sempre negativa per spiegare l'insorgenza dell'ittero: malattie biliari pregresse non sono quasi mai dimostrabili. Molti AA. credono che si debba ammettere una causa infettiva in un fegato diminuito di resistenza per il diabete: il virus ne è sconosciuto.

L'A. riporta cinque casi, due dei quali con reperto necroscopico, di soggetti diabetici, in cui si ebbe, durante il decorso della malattia insorgenza di ittero. Nel primo caso l'ittero si accompagnava a fenomeni colangitici, nel secondo caso (reperto necroscopico) si aveva pericolecistite e pericolangite, in un terzo caso l'ittero era di origine epatocellulare e si era presentato in seguito ad angina, nel quarto caso l'ittero si era presentato senza causa apparente plausibile dopo un periodo di assoluta carenza di carboidrati, e nel quinto caso, anche questo venuto a morte dopo un periodo

di carenza assoluta di carboidrati, l'esame necroscopico mise in evidenza una cirrosi epatica biliare.

Da notare particolarmente che, specie negli ultimi due casi si ebbe, durante il decorso dell'ittero una notevole diminuzione di peso dei soggetti nonostante l'adatto regime dietetico: l'A. crede di poter spiegare il fenomeno ammettendo una disturbata formazione di glicogeno dagli alimenti e perciò una produzione anomala di glicogeno da parte di sostanze che non contengono carboidrati, p. es. grassi, i quali vengono convogliati dai depositi adiposi dell'organismo verso il fegato.

Per quanto riguarda appunto gli ultimi due casi l'A. crede che un fattore importante per la genesi dell'ittero sia da considerare la carenza dei carboidrati. Il fegato, povero di glicogeno, è meno resistente verso cause infettive ascendenti o ematogene.

Concludendo, l'A. non crede che possa essere riconosciuto un fattore costante o uniforme per la produzione dell'ittero nei diabetici. L'ittero nel diabetico è etiologicamente lo stesso che in un non diabetico; solamente le condizioni sono differenti. La diminuita resistenza del fegato causata dall'alterato ricambio nel diabete è responsabile del fatto che stimoli, che sarebbero senza conseguenze per un fegato normale, siano sufficienti a provocare un ittero in un diabetico. G. LA CAVA.

MISCELLANEA.

La sindrome di Volkmann.

(M. F. BERTRAND. *Gazette des Hôpitaux*, 13 aprile 1935).

La sindrome descritta da Volkmann nel 1872 è caratterizzata da un'attitudine tipica della mano e delle ultime quattro dita: flessione e pronazione della mano, estensione o iperestensione delle ultime falangi, flessione più o meno pronunziata delle prime falangi. Questa attitudine si accompagna ad impotenza funzionale più o meno pronunziata.

L'affezione colpisce di più il sesso maschile (66 %), sopra tutto verso l'età di 5-10 anni.

Segue per lo più ad un trauma: frattura dell'omero, delle ossa dell'avambraccio e della clavicola; lussazione del gomito e del polso; compressione o contusioni delle parti molli accompagnate da lesioni muscolari ed ematomi specie negli emofiliaci; rottura d'un vaso o embolie; fasciature troppo strette; flemmoni.

Le lesioni anatomo-patologiche si riscontrano sopra tutto a carico dei muscoli della regione anteriore dell'avambraccio, flessori e pronatori, e talvolta anche dei muscoli delle eminenze tenari ed ipotenari.

I muscoli, in primo tempo, appaiono infiltrati di sangue ed edematosi. Segue l'atrofia e la retrazione cicatriziale. Compaiono callosità nelle masse muscolari grigiastre che al taglio non sanguinano nè si retraggono.

Istologicamente si osserva in primo tempo un'abbondante infiltrazione leucocitaria con placche limitate di necrosi asettica. In seguito la miosina si coagula, le fibre muscolari subiscono una frammentazione nummulare che annunzia la degenerazione cerea di Zenker. Poi l'infiltrazione leucocitaria scompare per far posto ad un'intensa proliferazione di tessuto connettivo a tipo cicatriziale.

Le arteriole muscolari terminali o anche tronchi vasali importanti, come l'omerale, sono rotte o trombizzate.

Come complicazione della sindrome possono riscontrarsi lesioni ossee e nervose locali.

Parecchie teorie sono state avanzate per spiegare la patogenesi della sindrome di Volkmann: nervosa rachidea, simpatica, meccanica muscolare, ischemia muscolare.

La patogenesi più accettabile è quella che tien conto insieme dell'ischemia muscolare, dell'infiltrazione sanguigna e dei fenomeni simpatici.

Alla base del processo morboso sta una lesione arteriosa. Questa determina una zona di necrosi limitata senza reazione infiammatoria e senza miosite. Ai confini di questa zona si stabilisce una stasi venosa per disturbi della circolazione controlaterale, donde infiltrazione sanguigna del muscolo che provoca una sclerosi che aggrava considerevolmente la lesione iniziale. D'altra parte i riflessi vasomotori partenti dall'arteria lesa determinano uno stato di contrattura che favorisce le modificazioni connettivali dei muscoli ed i disturbi trofici che danno al quadro clinico il suo carattere definitivo.

Dal punto di vista clinico si distinguono un periodo prodromico ed uno di stato.

Il periodo prodromico è caratterizzato da: 1) dolori all'avambraccio irradiantisi alle dita ed all'ascella, d'intensità variabile, costituiti talvolta solo da un senso d'incordamento di tutto l'arto, da un senso di freddo e di formicolio alla mano ed alle dita, e accompagnati spesso da ipoestesia cutanea; 2) edema della mano che può estendersi alle dita ed all'avambraccio; 3) cianosi più o meno diffusa e più o meno uniforme.

Nel periodo di stato i fatti essenziali sono: 1) l'attitudine dell'avambraccio in semipronazione, della mano in flessione più o meno accentuata, delle prime falangi in estensione e delle altre falangi in flessioni (il pollice può rimanere indenne o mettersi in adduzione con flessione della 2ª falange): quest'attitudine è irriducibile anche sotto narcosi; 2) l'impotenza funzionale specie della mano e delle dita; 3) l'atrofia muscolare che colpisce sopra tutto i flessori ed i pronatori: i muscoli dorsali ed esterni rimangono presso che indenni.

I fatti accessori sono costituiti da: 1) distur-

bi di origine simpatica: cianosi, ipotensione ed ipotermia locale, alterazioni trofiche della cute (aspetto succulento), della unghie, ulcerazioni, escare; 2) disturbi della sensibilità, che sono vari e sono costituiti da ipoestesia tattile, dolorifica, termica e muscolare.

Le forme cliniche che può assumere la sindrome di Volkmann sono molto varie in quanto possono essere colpiti dalla lesione solo parte dei muscoli interessati nella forma completa. Possono essere interessati solo i flessori o i pronatori, solo i tenari oppure solo gli interossei. È stata infine descritta una forma localizzata all'arto inferiore costituita da piede varo-equino consecutivo a retrazione dei muscoli posteriori.

La sindrome di Volkmann ha tre tappe:

1. Periodo anatomico: nel quale si costituisce rapidamente l'infiltrazione ematica e talora un focolaio di necrosi ischemica;

2) Periodo fisiologico: nel quale si ha un certo aggravamento con organizzazione delle zone infiltrate dal sangue, favorita da riflessi simpatici suscettibili di cure fisiologiche;

3) Periodo ortopedico: nel quale si ha la consolidazione definitiva della condizione.

La diagnosi si basa su i dati anamnestici, sulla resistenza della constatazione ad ogni manovra di riduzione anche sotto anestesia, la normalità dei riflessi e delle reazioni elettriche.

Per la diagnosi differenziale conviene tener presente le sindromi analoghe, ma che pure se ne distinguono fra elementi più o meno marcati: le contratture pure (neurosiche o da lesioni piramidali), le retrazioni cicatriziali tendinee, le retrazioni cicatriziali delle parti molli, la fissazone dei flessori da antico focolaio d'osteite, il raccorciamento congenito dei muscoli dell'avambraccio, il morbo di Dupuytren, la poliomielite, le paralisi periferiche.

La profilassi della sindrome di Volkmann consiste nell'evitare ogni forma di bendaggio troppo stretto. Le dita devono essere mantenute libere. Occorre sorvegliare attentamente la medicatura per sorprendere all'inizio i sintomi (dolore, edema, cianosi) che impongono una sollecita asportazione dell'apparecchio.

La cura varia a seconda le fasi della malattia. Nella fase iniziale sono consigliabili i bagni e le doccie d'aria calda. Ma quando i sintomi sono pronunziati occorre praticare senz'altro l'aponeurotomia, la simpatectomia periomerale ed, in caso di occlusione dell'omerale, l'arterioectomia.

Nel periodo di stato le cure fisiche possono essere considerate solo adiuvanti di quelle chirurgiche: la simpatectomia e l'arteriectomia. In questo periodo giovano abbastanza le cure ortopediche: raddrizzamenti lenti di tutte o delle singole dita con metodi elastici o rigidi.

Nel periodo inveterato non giova che l'ortopedia chirurgica: 1. Operazioni musculari (escissione di noduli fibrosi, innesti muscolari e meglio di tutto sezioni o deinserzioni muscoli); 2. operazioni tendinei, tra le quali le più efficienti e più innocue sono le tenoplastiche; 3. operazioni ossee, tra le quali la più consigliabile è la resezione diafisaria del radio e del cubito.

I mezzi terapeutici di cui oggi si dispone consentono di non più considerare inemendabile la sindrome di Volkmann. È possibile in tutte le fasi dell'affezione prevenire, fare abortire o correggere in buona parte i disturbi in evoluzione o già pronunziati. Non è esagerato affermare che la prognosi della sindrome di Volkmann si è trasformata. DR.

Sintomi cerebrali nell'infarto acuto del miocardio.

(H. KJAERGAARD - *Acta Medica Scandinavica*, Fasc. 2-4 1936).

Parkinson distingue tre forme del decorso dell'infarto acuto del miocardio, e cioè, 1) Morte improvvisa; 2) Casi con stato anginoso è choc e 3) Casi con dispnea e insufficienza cardiaca ma senza dolore. Il quadro classico dell'infarto acuto del miocardio manifestantesi con uno stato anginoso, con collasso, e dispnea, insufficienza cardiaca, febbre e complicazioni polmonari, è troppo noto perchè qui ne sia fatta un'analisi.

Il materiale studiato dall'A. riguarda 25 casi, in 16 dei quali la diagnosi fu verificata all'autopsia. Ventuno di questi pazienti presentavano le caratteristiche cliniche dello stato anginoso febbrile con disturbo circolatorio; nove di essi morirono durante gli attacchi. Indubbiamente i fenomeni polmonari rappresentano la complicazione più frequente tanto che possono essere considerati pressochè costanti nel quadro clinico. Dei 19 casi capitati all'osservazione dell'A. entro un mese dall'attacco 14 presentavano fenomeni polmonari abbastanza gravi.

Per quanto riguarda la terza forma clinica — e cioè i casi con dispnea e insufficienza cardiaca, ma senza dolore — l'A. ha notato questa sintomatologia in due casi: ambedue i pazienti vennero a morte; un tipo clinico di questa malattia meno noto è quello, in cui esistono sintomi che fanno pensare a lesioni addominali acute. Se il disturbo circolatorio sfugge in tali casi, è possibile commettere degli errori diagnostici gravi; infatti il forte dolore addominale, la nausea, il vomito e talvolta persino la palpazione dolente e la difesa delle parti alte dell'addome fa fare diagnosi di addome acuto. Questa sintomatologia a tipo gastrico dell'infarto del miocardio, non è stata frequente nei malati studiati dall'A.; soltanto 5 di questi si lamentarono di nausea e vomito. L'A. però ne ha visti due casi nella pratica privata; uno di questi, un uomo sui 50 anni, aveva avuto un grave attacco doloroso; in corrispondenza dell'ipocondrio destra presentava difesa addominale e febbre, che faceva pensare

all'inizio di una colecistite acuta: egli morì dopo 4 giorni.

L'altro caso riguardava un uomo sui 60 anni, che fu colto improvvisamente da grave senso di malessere con forte dolore epigastrico e vomito: morte nella notte successiva. Se i fenomeni polmonari e gastrointestinali nell'infarto acuto del miocardio erano già stati oggetto di studio e di menzione nella letteratura, non altrettanto si può dire dei fenomeni cerebrali. Dei 25 malati studiati dall'A. in tre il quadro clinico della malattia era dominato completamente dai sintomi cerebrali. Uno di questi casi aveva l'apparenza di una malattia mentale con grave agitazione psicomotoria e stato di confusione che si presentavano ad attacchi anche di lunga durata: l'A. pensa che questi sintomi potevano anche essere attribuiti ad una coesistente arteriosclerosi cerebrale o forse anche a piccoli emboli cerebrali staccatisi dall'aneurisma cardiaco. Gli altri due casi erano ambedue caratteristici per il loro decorso estremamente rapido: uno di questi pazienti morì nove ore dopo l'inizio della sindrome con convulsioni epilettiche, con collasso, agitazione, e stato d'incoscienza. L'altro caso venne trasportato all'ospedale in stato comatoso e il quadro clinico era molto simile a quello di un avvelenamento. In tutt'e tre i casi l'infarto del miocardio fu constatato all'autopsia. Poichè in questi tre casi il quadro clinico dell'infarto acuto del miocardio è stato dominato quasi completamente dai sintomi cerebrali, l'A. crede sia giustificato il classificare tali casi in un gruppo a sè designabile come tipo cerebrale dell'infarto acuto del miocardio.

Secondo l'A. dunque i tipi più importanti del decorso clinico dell'infarto del miocardio sono:

1) morte istantanea;
2) stato anginoso febbrile;
3) tipo senza dolore;
4) tipo gastrico;
5) tipo cerebrale. Il dato comune a tutti questi tipi è l'insufficienza cardiaca acuta, ed è appunto su questo criterio che dev'essere fatta la diagnosi perchè bisogna ricordare che ogni deficienza cardiaca acuta negli adulti deve far sospettare l'infarto di miocardio.

G. La Cava.

DIVAGAZIONI

Errori in medicina.

Il primo aforisma di Ippocrate « experientia fallax », conserva ancora tutto il suo significato, malgrado il senso della parola esperimento sia molto cambiato dal V secolo avanti Cristo ad oggi. Dobbiamo infatti riconoscere che l'esperienza non è una guida infallibile e che i fatti apparentemente confermati dall'esperimento e dall'osservazione, non sempre resistono al vaglio del tempo. Spesso nella storia della diagnostica e della terapia troviamo che i fatti accettati senza riserve da una generazione vengono considerati degli errori dalla generazione seguente. Trent'anni fa sembrava che i vari tipi del cosidetto morbo di Bright fossero delle malattie primitive del rene. Oggi riteniamo che le lesioni renali non siano in realtà che una parte delle alterazioni che coinvolgono numerosi organi, tessuti e funzioni.

La medicina moderna è tutta fondata sull'esperimento. Tuttavia spesso il giovane medico dopo un primo periodo nel quale viene guidato solo da uno stretto razionalismo dettatogli dagli studi dai quali esce, viene a poco a poco sostituendo ad esso l'empirismo che si fa strada nella sua mente attraverso l'esperienza pratica: così spesso la scienza medica finisce per diventare un'arte. Senza negare che qualche buon medico possa formarsi anche attraverso questa evoluzione, bisogna tuttavia riconoscere che un medico di reale valore non può aversi che da una equilibrata combinazione di un sano scetticismo con il desiderio di comprendere e di apprezzare il valore del metodo scientifico.

In genere i medici sono piuttosto troppo proclivi ad accettare come dimostrati anche i fatti meno fondati su solide prove. E ciò è in parte dovuto al sistema di insegnamento, che permette solo a pochi di passare attraverso l'ambiente del laboratorio scientifico, dove la conoscenza dei metodi di indagine anche quando non aumenta di molto il campo della cognizione, contribuisce notevolmente ad acuire il senso critico del futuro medico. (Questa osservazione si riferisce ai sistemi di insegnamento inglesi. In Italia lo studio delle scienze biologiche e sperimentali ci sembra sia sufficientemente coltivato. N. d. R.).

Claude Bernard ci ha insegnato che « anche quando l'esperienza conferma l'idea preconcetta, dobbiamo ancora dubitare ». Noi non dobbiamo mai sposare un'idea in modo che sia impossibile il divorzio — dice ora M. E. Shaw (*Br. Med. Journ.*, 14 marzo 1936).

Del contrasto fra fatti ed errori fra empirismo e razionalismo è un chiaro esempio la storia della terapia digitalica, Whithering nel 1776, avendo appreso da una vecchia donna che le virtù curative della digitale nell'idropisia, la usò e si convinse del suo valore. Noi non possiamo non sorridere nell'immaginare

la delusione di Whithering nel constatare l'insuccesso della digitale nella cura della cisti ovarica, allora considerata come una forma di idropisia. Occorse mezzo secolo perchè Bright distinguesse l'idropisia renale dalla cardiaca, ed un'altro secolo perchè l'azione specifica della digitale sulla fibrillazione auricolare fosse finalmente dimostrata. Ed ancora oggi vediamo preparati di digitale usati, se non nella cisti ovarica, in condizioni nelle quali è assai poco probabile il suo effetto terapeutico.

Analogamente la chinina introdotta dai Gesuiti nel 1632 venne per molto tempo usata in tutte le malattie febbrili.

Un altro fattore che contribuisce a moltiplicare le concezioni errate è la suggestionabilità dalla quale nessuno di noi va esente. Sotto questo aspetto i medici sono vittime della pubblicità dei produttori di medicinali: « la dimostrazione più evidente della efficacia del prodotto è l'esperimento clinico » scrivono questi. Non bisogna mai dimenticare a questo proposito che — anche quando è condotto con la massima buonafede — l'esperimento clinico è quello che più facilmente può condurre sulla falsa strada. Ciò è in parte dovuto alla difficoltà che si trovano nello stabilire dei controlli dell'esperienze, ma di più al fatto che all'esperimento clinico partecipa non soltanto il cervello ma anche il cuore dello sperimentatore.

È bene diffidare dei risultati isolati. Un rimedio che ha al suo attivo soltanto successi occasionali, ha probabilmente acquistato una reputazione immeritata; i medicamenti veramente efficaci danno risultati in percentuali che si avvicinano al 100 % dei casi. Ma la incostanza dell'effetto di molti medicamenti è dovuta non tanto alla mancanza di specificità d'azione quanto al nostro impiegarli in casi nei quali la diagnosi non è esatta. Quello che è accaduto per l'idropisia, come abbiamo detto parlando della digitale, è avvenuto ed avverrà in molti altri casi: l'ittero veniva fino a non molto tempo fa ritenuto una malattia mentre ora è a tutti noto che non è che un sintomo di molti stati morbosi. Lo stesso può dirsi per la sciatica. Il grande gruppo delle malattie reumatiche è forse destinato a subire delle analoghe scissioni. E il criterio terapeutico non è spesso estraneo a questi grandi rivolgimenti nel campo della patologia: la malaria venne differenziata per mezzo del chinino dagli altri tipi di febbre.

Passando dagli errori di terapia a quelli di diagnosi, diremo che la assoluta certezza è raggiunta soltanto quando non vi è possibilità di provare il contrario. I nostri padri erano in questo senso assai più fortunati di noi. Di fronte ad una febbre di natura oscura essi potevano dogmaticamente e tranquillamente porre la diagnosi di febbre tifoide, sicuri che soltanto la autopsia avrebbe potuto smentirli. Chi oggi oserebbe affermare la diagnosi di tifo se la siero agglutinazione fosse negativa? E chi sosterrebbe a lungo la diagnosi di tubercolosi, contro il parere del batteriologo e del radiologo? E il peggio si è che tanto il chimico, quanto il batteriologo, quanto il radiologo non sono infallibili.

Nel raccogliere l'anamnesi le cause d'errore sono più che mai numerose: i pazienti ignoranti hanno in genere poche facoltà di osservazione di analisi, e di espressione, e al contrario il paziente colto teme di guastare una storia per lui chiara rimanendo troppo aderente alla realtà. Inoltre alcune parole hanno significato diverso per il medico e per il paziente.

Dobbiamo dunque costantemente guardarci sia da un eccesso di empirismo, sia da un esagerato razionalismo. Soltanto apprezzando il valore dei fatti dimostrati, e cercando di valorizzarli con l'esperimento riusciremo ad affinare i nostri mezzi diagnostici ed a perfezionare i nostri metodi terapeutici. E. C.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Le diabète sucré. Questions controversées de clinique et de pathogénie. Vol. in-8° di pagine 200, Masson, Paris 1935, Fr. 32.

Il libro, di cui qui diamo qualche cenno, consta di una raccolta di lezioni, tenute all'ospedale di Bordeaux sotto la direzione coordinatrice di P. Mauriac, da P. Broustet, M. Traissac, G. Bessière, F. J. Traissac, E. Aubertin, O. Hirsch.

Nella prima è tracciata una sindrome infantile, caratterizzata da alterazioni del metabolismo degli zuccheri; che possono giungere al diabete, arresto di sviluppo, adiposi e notevole epatomegalia con circolo collaterale e senza splenomegalia. L'A. ne illustra alcuni casi di personale osservazione e interpreta il quadro clinico quale espressione di uno squilibrio pluriglandolare cronico. Nella seconda lezione sono descritti e commentati casi di coma diabetico senza acetonuria; è lecito però trarre dalla lettura del capitolo l'impressione che questi casi non siano stati sufficientemente studiati.

Il successivo capitolo: diabete giovanile a reazione insulinica intensa e breve, è dei più interessanti ed importanti, sia dal punto di vista dottrinale che pratico. La regola che esiste una dose di insulina utile che non deve essere sorpassata, poichè ogni eccesso di ormone dà ipoglicemia senza prolungare la fase di attività ne riceve ampia conferma. Ed è molto chiaramente detto dell'opportunità e delle indicazioni all'uso di insulina in soluzione oleosa in certi determinati casi.

Alcuni tipici casi di diabete intermittente sono riferiti e commentati nella IV^a lezione: l'origine neuro-endocrino-simpatica della malattia è affermata dall'A., che dice essere que-

sta patogenesi di più frequente osservazione che la pancreatica. Vedute queste che risultano in gran parte, come è noto, da osservazioni e ricerche della scuola di Pende.

P. Brustet fa una lunga esposizione delle « complicazioni nervose del diabete » tentando anche una classificazione la cui base è la separazione patogenetica dei disturbi nervosi del diabete puro, giovanile, magro, da quelli, più vari, del diabetico anziano grasso che spesso è anche gottoso, arteriosclerotico, iperteso, ecc.

La sesta lezione tratta delle complicazioni oculari del diabete.

La settima è di grande interesse pratico: esame e sorveglianza del diabetico prima, durante e dopo il trattamento con insulina. Essa comincia con queste parole: « dirigere la cura di un diabetico è un compito difficile, che esige molto senso clinico e sopratutto molto buon senso » — tutto il capitolo è permeato dell'uno e dell'altro. Altrettanto bella è la lezione ottava, di E. Aubertin, sulla precisazione della presenza e del grado dell'insufficienza pancreatica nei diabetici: l'ultimo capitolo tratta del valore della glicemia e delle varie prove funzionali in uso nell'accertamento del diabete. Nel complesso questo libro oltre ad essere indispensabile ai diabetologi, e molto interessante per tutti coloro, i quali vogliono conoscere più a fondo i problemi tuttora insoluti che si riferiscono alla clinica, alla patogenesi, alla cura della malattia. M. COPPO.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

F. BERTHOLD. *Das chirurgische Operationssaal.* III edizione. Edit. Springer, Berlino, 1935, pag. 184, 302 figure. RM. 4,50.

La nuova edizione è stata riveduta e ampliata dal Vogeler in modo che il libro, scritto dall'infermiera della camera operatoria della clinica chirurgica di Berlino, si è accresciuto di alcune nozioni più complete e più moderne. Il libro contiene tutto ciò che una infermiera di sala operatoria deve conoscere dalla sterilizzazione ai ferri, dalla preparazione della camera operatoria a quella della medicatura, ecc.

Il libro sarà utile anche al chirurgo che vorrà organizzare in modo sistematico il lavoro e disporre di aiutanti veramente provette. VALDONI.

ALBERT JENTZER. *Indications opératoires d'urgence dans les lésions traumatiques fermées récentes du crâne et de l'encéphale.* Masson, Parigi 1936, Fr. 25.

L'esperienza dell'A., clinico chirurgo dell'Università di Ginevra verte su 837 casi di contusioni cerebrali e fratture del cranio. Di tutti i casi vengono dati i segni più importanti e il risultato immediato e a distanza: i dati sono raccolti in tabelle che formano la parte più grossa del fascicolo.

L'A. è favorevole all'intervento in molti casi di contusioni e fratture e basa la sua opinione su reperti molto dimostrativi. VALDONI.

G. AXHAUSEN. *Technik und Ergebniss der Ganmenplastik.* Edit. G Thieme, Lipsia 1936. Vol. di pag. 126 con 176 figure. RM. 17.

In contrapposto alle affermazioni di Veau, l'A. vuole dimostrare come anche il metodo classico di Langenbeck, se opportunamente modificato, sia capace di reggere il paragone con il metodo francese, non solo ma possa presentare in alcuni casi addirittura un perfezionamento.

La tecnica personale dell'A. e i numerosi accorgimenti di tecnica sono esposti chiaramente e molto bene illustrati. VALDONI.

R. R. RODRIGUEZ. *Enfermedades por infeciòn de las amigdalas.* Un vol. in-8° di pp. 165. Imprenta de la Divina Pastora. Av. Blasco Ibañez, Sevilla. Prezzo, 7 Pes.

Le nozioni sulle infezioni focali di origine tonsillare si sono largamente diffuse in questi ultimi anni. L'A. si occupa da tempo del problema che ha trattato in varie conferenze e lavori su riviste mediche, che qui riporta, ordinandole in modo da esporre sistematicamente lo stato della questione. Dà alcuni cenni di anatomia, fisiologia, batteriologia, passando alla diagnosi del focolaio tonsillare ed alle varie complicazioni da esso derivanti (renali, circolatorie, nervose, oculari, cutanee, ecc.). Discute poi le indicazioni per l'amigdalectomia, di cui descrive la tecnica e riporta numerose storie cliniche riguardanti 250 casi operati.

L'A., oltre ad una sua tecnica personale per l'amigdalectomia ha, per la diagnosi di focolaio amigdalinico un suo metodo che egli chiama di pulizia delle tonsille, consistente nel l'espressione delle cripte tonsillari, con aspirazione che, negli individui in cui le febbricole sono dovute a tale causa, determina la caduta della temperatura. *fil.*

CHOMPRET, DECHAUME et RICHARD. *Technique Chirurgicale Bucco-Dentaire.* Volume di pagine 344, con 174 figure. Masson et C.ie. Editeurs, 1935. Franchi 55.

La fama di cui godono gli autori di questo volume della collana pratica della ben nota casa editrice ha varcato i confini della Francia ed assicura al libro il migliore successo.

La tecnica chirurgica degli interventi buccodentari è esposta con esemplare chiarezza, non infarcita di pensieri e nozioni inutili ed infatti lo scopo di tutti i numerosi volumi di questa magnifica collana è quello di esporre non tutte le tecniche per una data operazione o per le confezioni degli apparecchi, ma solamente

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

quella che col generale consenso è giudicata la più perfetta.

Il manuale è diviso in sette parti. La prima di cui è autore il Dechaume tratta dell'anatomia topografica della faccia; la seconda di cui è autore il Richard tratta della sala d'operazione, dei materiali chirurgici, della sterilizzazione, dell'operatore e dell'operato; la terza, compilata dal Dechaume, svolge l'anestesia generale, o locale e regionale; la quarta, compilata dallo Chompret, dettaglia le tecniche delle estrazioni sia nei bambini che negli adulti. Nelle parti quinta, sesta e settima Dechaume riferisce sugli interventi delle ossa mascellari e cioè sulle inclusioni dentarie, sulle amputazioni radicolari, sui trapianti, sulle cisti mascellari; sulle disembrioplasie benigne dei mascellari: adamantinomi odonplastici, epiteliomi adamantini, embriomi cancerosi, sulle disorganoplasie, sui tumori dei mascellari di origine non dentaria, sulle fratture dei mascellari, sulle osteiti, sulle sinusiti, sugli accidenti cellulari di origine bucco-dentaria, sulle affezioni congenite ed acquisite.

In questo libro, cosa che non sempre si riscontra nei comuni manuali, è da notare una proprietà di linguaggio che facilita molto la lettura e la comprensione. DE VECCHIS.

BERCHER, FARGIN-FAYOLLE, FLEURY e LACAISSE. *Pathologie Dentaire.* Un volume di 562 pagine con 289 figure. Masson & C. Paris 1935. Franchi 70.

Non è questo un volume esclusivamente teorico come indica il titolo, ma anche pratico in quanto vi sono esposte numerose affezioni mascellari di cui i denti sono la causa.

Poichè la patologia presuppone l'embriologia e l'anatomia, gli AA. trattano, in rapida sintesi, della formazione dei denti, dell'alveolo e del ligamento alveolare, dell'istologia dello smalto, della dentina, della polpa dentaria, del cemento e del ligamento.

Gli AA., prima di addentrarsi nella patologia speciale, espongono quella generale e particolarmente si occupano della infiammazione, della degenerazione, della nerobiosi.

Nella lunga trattazione della carie dentaria v'è di nuovo una chiara esposizione sugli ormoni e sulle vitamine in rapporto alla etiologia del processo morboso.

Vengono successivamente passate in rassegna le lesioni traumatiche dei denti e dell'articolazione alveolo-dentaria, la milolisi e la rizolisi, le varie anomalie di forma, di volume, di sede, di numero, di direzione, e gli accidenti della dentizione ed in particolar modo quelli della disodontiasi del terzo molare mandibolare.

Al termine di piorrea, gli AA. hanno preferito quello di polialveolisi al quale si oppone la monoalveolisi che originariamente è traumatica. Della polialveolisi sono trattate ampiamente la etiologia e l'anatomia patologica.

I tumori connessi col sistema dentario sono divisi in tre gruppi. Nel gruppo infiammatorio o iperplastico sono compresi i granulomi e le cisti; nel gruppo disembrioplastico gli adantinomi e gli epiteliomi adamantini; nel disorganoplastico i dentomi.

Gli AA. riferiscono infine sui rapporti patologici tra i denti e i seni mascellare, frontale, sfenoidale.

È questo uno dei manuali fondamentali su cui poggiano tutte le tecniche della specialità, sia chirurgiche che protesiche, e perciò ne va raccomandato vivamente lo studio.

DE VECCHIS.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 dicembre 1935.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Considerazioni su 100 casi di resezione gastrica per ulcera.

Prof. G. MATRONOLA. — L'O. riferisce su 100 casi di resezione gastrica per ulcera personalmente operati. Accenna ai dati tecnici, ai vantaggi, agli inconvenienti, e riporta i dati della mortalità avuta.

Il prof. ALESSANDRI fa notare che la percentuale di mortalità può migliorare coi perfezionamenti della tecnica: ricorda i dati della sua Clinica, i cui risultati sono migliorati progressivamente, pur aumentando il numero delle resezioni totalitarie che rappresentano la vera indicazione nell'ulcera gastro-duodenale.

Risponde il prof. MATRONOLA ringraziando e notando che talora con le resezioni parziali si hanno buoni risultati.

Due altri casi di tumore dell'ipofisi in pazienti acromegalici, operati con successo per via transfrontale.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. riferisce su 7 interventi eseguiti su 6 pazienti affetti da tumori sellari e parasellari: 3 con sindrome acromegalica, ed 1 di questi con sindrome poliglandulare.

Due dei pazienti operati vennero a morte.

Nei casi di acromegalia si trattava di adenoma a tipo misto a frammenti eosinofili; in un caso di adenoma cromofilo, in un altro di un voluminoso tumore misto, infine in un altro di aracnoidite cistica della base. Gli interventi furono praticati per via transfrontale. I quattro pazienti sopravvissuti sono notevolmente migliorati: scomparsa la cefalea, miglioramento delle condizioni visive. L'esposizione è documentata con proiezioni e con presentazione di malati.

Risultati della terapia pancreatica nella distrofia muscolare progressiva.

Prof. G. MELDOLESI. — L'O. riferisce i buoni risultati ottenuti e presenta i malati.

Il prof. ARCANGELI riporta le origini della distrofia muscolare progressiva alla eredolue, sia diretta o che avvenga attraverso alcuni membri della famiglia e sia solo distrofica. Nel primo caso po-

tranno giovare le cure specifiche antiluetiche, nel secondo caso gioverà la cura con estratti pancreatici.

Risponde il prof. MELDOLESI che nelle sue ricerche e negli alberi genealogici dei suoi malati tale eredità non è evidente.

Embolectomia dell'arteria polmonare.

Prof. P. VALDONI. — L'O. riferisce su un caso capitato in Clinica nel quale fu diagnosticata e curata chirurgicamente una grave embolia polmonare. Descrive la tecnica, gli incidenti operatori, le conseguenze sulla pleura nel decorso postoperatorio, e presenta il malato guarito.

Tutti gli accademici presenti applaudiscono unanimamente all'ardito atto operativo, coronato da successo.

Il Segretario: T. PONTANO.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 6 aprile 1936.

Presidente: Prof. E. SPIRITO.

Azione delle soluzioni ipertoniche sulla pressione endocranica. Valore della pressione retinica.

Dott. R. MARTINETTI. — L'O. riferisce di proprie esperienze in cui si studiò l'azione del glucosio ipertonico endovenoso sulla pressione endocranica e sulla pressione retinica. I dati ottenuti dall'O. depongono favorevolmente circa all'impiego terapeutico delle soluzioni ipertoniche.

Le curve della pressione endocranica e della pressione retinica in seguito a glucosio ipertonico sono concordi nell'affermare un primo fugace aumento della pressione endocranica, cui segue una progressiva caduta che si prolunga per 12-24 ore.

In più la caduta della pressione arteriosa retinica è indice prezioso di una vasodilatazione cerebrale arteriosa.

Contributo allo studio del rapporto tra sapore e costituzione chimica.

Prof. A. NERI e G. GRIMALDI. — Gli OO. ritenendo opportuno il dettagliato esame di singole serie di composti chimici allo scopo di stabilire l'influenza dei sostituenti e della loro posizione sul sapore, hanno eseguita la sintesi di derivati solfonici delle naftoisotriazine. Sono stati per ora preparati gli acidi 2.3—difenil, 2.3—diidro, 1.24—naftoisotriazin, 8—solfonico; l'acido 2.3—defenil, 2.3—diidro, 1.3.4—naftoisotriazin, 6—solfonico; l'acido 2.3—defenil, 2.3—diidro, 1.2.4—naftoisotriazin, 24.8—disolfonico; e l'acido 2.3—defenil, 2.3—diidro, 1.3.4—naftoisotriazin, 34.6—disolfonico. Queste ricerche preliminari portano a ritenere che condizione essenziale perchè si manifesti il sapore dolce è in questi prodotti l'esistenza del gruppo solfonico nel residuo fenilico attaccato all'azoto in posizione p. rispetto all'azoto stesso. La posizione degli atomi di azoto nel nucleo eterociclico sembra non avere importanza. Il composto con un solo gruppo solfonico nel residuo della naftalina in posizione 6 è insipido, quello col gruppo solfonico nello stesso residuo in posizione 8 è intensamente amaro ma diviene dolce per la introduzione di un secondo gruppo solfonico in p. nell'N-fenile.

Sul valore immunizzante della diftero-anatossina batterica.

Prof. D. D'ANTONA e dott. M. VALENSIN. — L'anatossina difterica preparata con tossine non filtrate, contenenti in sospensione bacilli difterici morti, ha un potere immunizzante superiore all'anatossina ordinaria.

L'immunità conferita dall'anatossina batterica è sempre di natura antitossica.

L'azione dei bacilli sospesi nell'anatossina è identificabile con quella di altre sostanze aspecifiche che esaltano l'immunità col favore di reazioni locali.

Considerazioni sulla patogenesi e sulla evoluzione del pneumotorace opaco.

Dott. I. GHIBELLINI. — L'O. fa alcune considerazioni sulla patogenesi e sulla evoluzione di una trentina di pnt. opachi riscontrati su di un migliaio di pnt. da lui osservati nell'ultimo quinquennio ed arriva a queste conclusioni:

1) L'ombra radiologica paradossa cominciò a manifestarsi durante la presenza di un versamento in pnt.

2) Questo versamento divenne prima o poi purulento.

3) Probabilmente l'ombra paradossa più che alla presenza è legata alla qualità del versamento, cioè alla sua purulenza.

4) Nella totalità dei casi per la progressiva sinfisi pleurica il pnt. fu dovuto abbandonare.

Saggio comparativo sui terreni liquidi recentemente proposti per la coltura degli anaerobi.

Prof. G. MAZZETTI per il dott. D. GORI. — L'O. dopo aver ricordato le difficoltà che si riscontrano nella coltivazione degli anaerobi riferisce di alcune prove comparative svolte su quattro terreni liquidi recentemente proposti allo scopo. I terreni presi in esame sono stati: il brodo-fegato sterilizzato alla Tarozzi, il brodo al ferro porfirizzato secondo D'Antona, il brodo-fecola-laccamuffato di Petragnani e il terreno colloidale di Klodnizky. Su questi vari mezzi ha coltivato 17 differenti ceppi di anaerobi e dalle osservazioni fatte conclude che essi si prestano assai bene allo sviluppo di tali germi. I terreni alla Tarozzi e alla D'Antona dànno però in confronto agli altri uno sviluppo più rigoglioso e più rapido, mentre il brodo-fecola laccamuffato di Petragnani può fornire utili indicazioni diagnostiche per le diverse modificazioni che in esso determinano i vari stipiti.

La conservazione delle varianti batteriche in siero e in sangue essiccati.

Dott. M. CITERNI. — L'O., costatati i buoni risultati che il Pauli ha ottenuto nella lunga conservazione di molti stipiti batterici in siero di sangue di cavallo essiccato, ha voluto studiare se con tale metodo fosse possibile conservare immodificate le varianti microbiche.

Per ragioni di indole pratica l'O. ha sostituito al siero di sangue di cavallo il siero ed il sangue defibrinato di coniglio.

In base ai risultati delle proprie ricerche l'O. giudica abbastanza buono il procedimento seguito poichè consente di mantenere i germi in uno stato di vita latente che li rende poco o nulla sensibili a quegli agenti che in condizioni ordinarie di vita sono capaci di modificarne i caratteri.

Il Segretario: Prof. G. MAZZETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'aspetto della lingua nella diagnostica funzionale gastrica.

C. Arullani (*Rivista Ospedaliera*, gennaio 1936) ha indagato in 105 individui, quasi tutti presentanti disturbi a carico delle vie digerenti, gli eventuali rapporti tra aspetto della superficie della lingua e stato secretorio gastrico. Dal punto di vista della secrezione i malati sono stati distinti in normoacidi e ipoacidi, iperacidi, achilici.

Gruppo I. Normoacidi e ipoacidi: 31 casi, dei quali solo 10 (32 %) mostrano un aspetto della lingua quasi normale; questo fatto sta a dimostrare che un aspetto anormale della lingua non è in linea di massima dimostrativa per l'esistenza di un disturbo della secrezione. Colore della lingua: per lo più roseo o roseo pallido, solo eccezionalmente rosso o rosso violaceo. Patina linguale presente nel 64 % dei casi. Papille filiformi per lo più di forma rotondeggiante normale; papille fusiformi più spesso di colore bianco, talora rosso o rosa. Mai osservate lingue con atrofia della mucosa e solo eccezionalmente lingue striate da incisione superficiali o profonde. Rari i casi di lingue a bordi lisci.

Gruppo II. Iperacidi: 42 casi; l'aspetto normale della lingua figurava 10 volte (24 %). Colore per lo più roseo o roseo pallido, di rado rosso o rosso violaceo. Patina linguale abbondante nel 45 % dei casi, scarsa nel 16 %. Papille filiformi in forma tondeggiante nel 28 per cento dei casi, per lo più con aspetto particolare di S, che apparivano allungate, sporgenti, con forma villosa (prominenti). Le papille di aspetto prominente costituivano un elemento caratteristico nei casi di iperacidità. Papille fungiformi sia bianche, sia roseo-rosse, sia commiste le une alle altre, in percentuali non caratteristiche. Raro il reperto di bordi linguali lisci. Rarissime le chiazze di atrofia e le incisure superficiali o profonde.

Gruppo III. Achilici: 32 casi; in nessun caso lingua di aspetto normale. Colore per lo più roseo o roseo pallido; frequentemente colore rosso o rosso violaceo. Palina linguale presente nel 28 % dei casi, cospicua solo nel 12 %, mancante nel 72 % dei casi.

Papille filiformi a volte di aspetto normale (19 %), di rado prominenti; per lo più grossolane o distanziate, di aspetto irregolare e mal definibile (50 %). Papille fungiformi mancanti nell'81 %. Bordi lisci in modica percentuale. Atrofia della lingua: figurava nel 57 % dei casi di achilia sia sotto l'aspetto a chiazze, sia di forma diffusa. Molto frequenti erano le incisure linguali.

Dalle precedenti osservazioni l'A. deduce che esistono frequenti particolari rapporti tra il comportamento di alcuni caratteri della lingua e lo stato della funzione secretoria dello stomaco. Questo fatto conferma che nel determinismo delle alterazioni morfologiche linguali deve intervenire necessariamente o direttamente un fattore inerente alla secrezione gastrica, o indirettamente un fattore in rapporto all'assorbimento ed alla utilizzazione di principî alimentari dipendenti della turba secretoria stessa.

Per quanto riguarda il problema diagnostico queste sono le conclusioni cui giunge l'A.:

a) una lingua di aspetto normale mentre non depone in favore di una normale secrezione gastrica, piuttosto che di una iperacidità, consente però di escludere con quasi certezza l'esistenza di una achilia.

b) Il colore della lingua è per lo più roseo o roseo-pallido. Una lingua di color rosso o rosso-violaceo si riscontra di rado negli iperacidi, ma è abbastanza frequente negli achilici.

c) La patina linguale si riscontra con pari frequenza nei soggetti normo- ed iperacidi; ma in questi ultimi è più spessa. Molto rara è nella achilia.

d) Le papille filiformi di aspetto tondeggiante depongono per una normoacidità; quelle di aspetto prominente di una iperacidità; quelle irregolari e distanziate, di una achilia.

e) Le papille fungiformi bianche, regolari e ben distribuite indirizzano verso la normoacidità; un aumento delle rosse, verso la iperacidità; la scomparsa verso l'achilia.

f) L'atrofia linguale è presente nella achilia in oltre il 50 % dei casi.

g) Analogamente si comportano le incisure linguali.

VICENTINI.

Ileo da uva.

Hugel (*Münch. med. Wochens.*, 11 ottobre 1935) riferisce due casi del genere. In uno, si trattava di una ragazza, antecedentemente operata di appendicite, che in seguito a notevole consumo di uva ebbe forti dolori addominali, arresto di feci e gas, vomito fecaloide. All'operazione, un'ansa del tenue ridotta ad una salsiccia compatta, piena di bucce di uva e di vinaccioli; inizio di gangrena. Resezione, guarigione.

L'altro caso, riguardava un giovane che, durante la vendemmia, aveva mangiata molta uva nera. Sintomi analoghi del caso precedente; masse fecaloidi estratte con la lavatura gastrica. All'operazione, un tratto di 15-18 cm. del digiuno era ripieno di bucce d'uva e di vinaccioli, che svuotati formavano una massa di 250 cmc. Reazione peritoneale, ma alla fine guarigione.

Nel primo caso, le aderenze intestinali dovute alla prima operazione avevano facilitato il riempimento della parte inferiore del te-

nue. Nel secondo caso, l'ostacolo era dato dalla divergenza dei due fogli mesenterici, destro e sinistro, per cui il tubo intestinale era un poco inginocchiato verso destra ed aveva così permesso l'accumulo di tutti i resti dell'uva, facilitato anche dal rigonfiamento che questa produce.

Particolare cautela si deve seguire nell'ordinare le cure di uva ad individui che hanno già subìta un'operazione addominale.

fil.

Emorragie gastriche gravi consecutive ad interventi sullo scheletro.

E. Papin (*Bordeaux Chirurg.*, n. 3, 1935) riferisce due casi personali di ematemesi comparsa il giorno seguente ad operazioni sullo scheletro (riduzione cruenta di lussaz. cong. anca; osteosintesi interspino-vertebrale sec. Albee) di cui uno così grave da richiedere una trasfusione. Riporta pure un caso mortale osservato da un collega dopo operaz. di Albee. Ematemesi di lieve entità è stata osservata dall'A. pure dopo operazioni addominali, pure dopo operazioni in anestesia locale, e dopo raddrizzamenti manuali forzati di piedi torti. La maggior frequenza spetta però alle operazioni scheletriche, eseguite in narcosi, specie se traumatizzanti.

Il tempo di emorragia e di coagulazione in tali infermi è stato trovato normale.

L'A. sostiene che tali ematemesi postoperatorie, che non riconoscono una lesione organica gastro-duodenale, sono non troppo rare, ma in genere sfuggono perchè di lieve entità. Conoscendoli si può, intervenendo a tempo nelle forme gravi, salvare con la trasfusione il paziente.

R. Grasso.

Le terapie dell'ulcera gastro-duodenale.

Osserva giustamente P. Alessandrini (*L'Attualità medica*, febbr. 1936) che i medicamenti specifici dell'ulcera gastro-duodenale procedono con un crescendo impressionante, spesso insinuati subdolamente nella stampa medica, specialmente di quella inviata in omaggio ed il povero medico pratico, e più ancora il paziente, passano periodicamente dalla sfiducia allo scoraggiamento.

Ora è la volta dell'istidina, che è stata introdotta in terapia da Aaron e Weiss; i risultati sarebbero confortanti, specialmente per quanto riguarda le manifestazioni dolorose, ma non mancano voci discordanti e, soprattutto se si considera la scarsa efficacia nell'evitare le recidive a breve scadenza, si deve concludere che gli entusiasmi meritano molte riserve.

L'efficacia terapeutica nei riguardi di una malattia recidivante, come l'ulcera, va giudicata soltanto in rapporto con il potere di evitare le recidive. Poco ci possono dire i fenomeni dolorosi. Il dolore gastrico è una reazione subbiettiva, variabile da individuo ad individuo e, nello stesso, in rapporto con vari fattori (emozioni, stagioni, condizioni umorali); esistono, d'altra parte, ulcere anche profonde che non hanno mai determinato la minima sensazione subbiettiva, mentre la fase dolorosa guarisce spesso spontaneamente (quasi costantemente in seguito ad una dieta lattea rigorosa). *La scomparsa del periodo doloroso non significa quindi la guarigione del processo* (salvo nelle forme erosive a carattere acuto), il quale può quindi continuare la sua evoluzione.

Nè altri criteri sicuri soccorrono: non le emorragie latenti, che possono mancare, non la gastroscopia, che è utile soltanto in certe condizioni, non i segni radiologici, per varie considerazioni che l'A. espone.

Nella massima parte dei casi, un'igiene dietetica è sufficiente per fare scomparire i dolori ed avviare alla guarigione. Sul principio, dieta lattea limitata a qualche giorno e poi seguita da un graduale passaggio a quella abituale (in questo passaggio sta il segreto della cura!). Per i nuovi medicamenti, occorrono osservazioni statistiche di decenni prima di poterne trarre conclusioni definitive.

I principali rimedi proposti possono così raggrupparsi: 1) Preparati endocrini, varie vitamine e quelli destinati a favorire un riflusso duodenale: si sono dimostrati inefficaci; 2) bismuto e preparati di argento: esercitano azione specialmente sull'ulcera; 3) antispastici: hanno spiccata azione sui dolori e diminuiscono l'ischemia della zona ulcerata (belladonna, sali dell'acido benzoico, bromuri, luminal, sali di calcio); spesso, per le minori restrizioni che consentono, possono (meno che i sali di calcio) favorire l'emorragia; 4) proteinoterapia (vaccini batterici, proteine vegetali, peptone, siero- ed emo-terapia, amminoacidi, ecc.); la proteino-terapia aspecifica ha determinato una vera inondazione del mercato farmaceutico. Bisogna però, nell'ulcera gastro-duodenale, evitare quelle cure che determinano un forte *shock* febbrile che, oltre le dannose reazioni generali, può provocare le emorragie e favorire l'esplosione di malattie infettive latenti. Fra le forme più consigliabili di proteino-terapia, è l'auto emoterapia, che l'A. usa da oltre un decennio, con successo.

fil.

Un caso di retto-sigmoidite emorragica da B. di Morgan. Risultati dell'autovaccinoterapia.

Nel *Journ. Belge d. Gastro-entérologie*, (maggio 1935, n. 5, p. 396) viene esposto il seguente caso:

Una giovane donna di 24 anni da circa due anni presentava una sindrome emorragica non riferibile a lesioni ulcerative alte dell'intestino o neoplastiche del grosso intestino. Mai sindrome diarroica. Il riscontro rettale non lasciava apprezzare nulla di speciale. Obbiettivamente non dolori lungo il colon sinistro. Non febbre. Radioscopicamente si mi-

sero in evidenza delle irregolarità parietali finissime nella branca discendente del sigma e nella parte interna dell'unione ileo-sigmoidea, che furono interpretate come lesioni colitiche parietali. Clisteri medicamentosi riuscirono infruttuosi per 8 settimane.

Di poi la sigmoidoscopia dimostrò una sigmoidite emorragica ulcerosa tipica. Dei frustoli di mucosa delle zone ulcerose prelevati fecero isolare B. Morgan, B. coli, streptococchi, enterococchi, coi quali fu allestito autovaccino, che venne somministrato per bocca. Dopo circa 2 mesi guarigione completa.

JURA.

Trattamento chirurgico del dolicocolon.

Sénèque et Milhiet (*Journ. d. Chir.*, t. 46, n. 2, p. 187, agosto 1935) dopo aver esposte le generalità sul dolicocolon, e le sue indicazioni operatorie (stitichezza, crisi dolorose addominali ed aerocoliti ecc.) riassumono i processi operatorii e riferiscono la tecnica della resezione colica in un tempo con sutura termino-terminale esteriorizzata, usata dagli AA. Essi praticano un'incisione di 15-20 cm. nella zona iliaca sinistra come per quella di Mac Burney e praticano la resezione del colon, avendo cura di isolare il campo operatorio con l'intestino esteriorizzato. L'anastomosi termino-terminale è compiuta con sopragitto muscolo-sieroso posteriore, muco-mucoso, muscolo-siero anteriore; chiude la breccia mesocolica e lascia esteriorizzata l'anastomosi. Si completa questa esteriorizzazione a mezzo di larghe pezze di garza accollate tra le due labbra dell'incisione della parete. Sull'intestino si applicano compresse vasellinate. Si prescrive dieta idrica, evitando, con opportuni trattamenti, il passaggio di materie fecali per 8 giorni. Al 6° giorno si tolgono le strisce di garza; se la sutura mantenne, l'intestino si affonda. Se parzialmente vi diminuì, la fistola si richiuse ed al più tardi dopo 45 giorni si ebbe la guarigione (in 5 casi così trattati dagli AA.).

JURA.

Nuova operazione palliativa nel cancro inoperabile dello stomaco.

Westhues (*Arch. Klin. Chir.*, Vol. 183, pag. 17, 1935) ha pensato di applicare ai cancri inoperabili dello stomaco una operazione simile alla derivazione delle feci nei casi di cancro del retto con l'idea che come in questi, l'esclusione del tumore dal circolo intestinale porti a un miglioramento delle condizioni locali e generali del malato evitando specialmente l'assorbimento di materiale tossico dalle ulcerazioni.

L'operazione consiste nella sezione dello stomaco a monte del tumore e nella ricostruzione della continuità con una anastomosi del digiuno con la porzione cardiale dello stomaco.

L'A. ritiene che questa tecnica sia da preferirsi alla semplice G. E. perche in questa non si ha mai l'invasione della stomia da parte del tumore e perchè si ha una esclusione completa del tumore.

L'operazione è applicabile ai tumori localizzati nell'antro; invece della sezione completa dello stomaco, l'esclusione può essere ottenuta anche con l'applicazione di una doppia fila di grappette con la pinza di De Petz.

VALDONI.

NOTE DI RADIOLOGIA

Contributo alla diagnosi differenziale radiologica dei calcoli reno-ureterali.

Le possibilità d'errore nella diagnosi radiologica della calcolosi reno-ureterale sono numerose. Lauber (*Z. f. Urologie*, v. 29, f. 8, 1935) riunisce in tre gruppi le cause d'errore che più frequentemente entrano in discussione nella diagnosi differenziale radiologica di tale affezione.

In un primo gruppo vengono comprese le possibilità d'errore dipendenti da tecnica difettosa.

Nel secondo illustra le immagini opache non calcolose, incluse nell'ombra del rene stesso o in organi vicini, a seguito delle affezioni le più svariate, indicandone gli elementi diagnostici differenziali. Nell'ultimo infine descrive le possibilità d'errore derivanti dalla falsa interpretazione di particolari aspetti pielografici tutt'altro che rari.

Il corredo di radiogrammi e l'esposizione di casi clinici rende il lavoro di Lauber utile al radiologo meno esperto.

L. BIANCHINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'aninsulina.

Tra i fattori che intervengono nell'accrescimento dei tessuti cancerosi, il metabolismo dei glucidi ha un ufficio di primo piano: non solo per l'azione energetica della materia zuccherina in sè stessa, ma perchè è stato dimostrato (Barral) che l'insulina costituisce un vero fattore ormonale di moltiplicazione cellulare, che si rende per es. anche bene evidente in laboratorio sull'accrescimento del sarcoma di Jensen nei ratti.

Barral (*Jour. de Méd. de Lyon.*, 5 marzo 1936) sottoponendo in condizioni speciali che descrive l'insulina alla azione combinata del calore e del formolo ha ottenuto una sostanza che denomina *aninsulina*, la quale sarebbe sprovvista di proprietà ipoglicemizzante, ma dotata invece di proprietà antigeniche speciali.

Basandosi su queste proprietà l'A. è riuscito a organizzare una reazione di deviazione del complemento, che appare invero di una tecnica molto delicata per la piccola attività degli anticorpi messi in giuoco. Tuttavia rimane ac-

quisito che l'iniezione di aninsulina nel coniglio fa apparire una reazione positiva nel sangue di questo animale. Questa reazione è negativa nei soggetti non cancerosi, mentre è positiva nella maggior parte dei portatori di un cancro, sebbene in proporzione assai variabile a seconda della localizzazione del tumore. Ad ogni modo il fenomeno merita di richiamare la nostra attenzione perchè, come nei conigli iniettati con aninsulina, la positività di questa reazione nei cancerosi dimostrerebbe che in essi esistono degli anticorpi speciali.

L. TONELLI.

VARIA

Servizi sanitari in Etiopia.

Da una corrispondenza di S. Aponte, in data 1° aprile da Gibuti al « Corriere della Sera » riportiamo:

È transitato da Gibuti per tornare in Europa il sanitario della Croce Rossa olandese, Van Schelven, che i compagni avevano dato come morto dopo l'assalto dei Galla alla carovana. Narrando l'avventura, egli ha raccontato che con un altro membro della missione aveva ricevuto l'ordine di ripiegare dalle rive dell'Ascianghi su Quoram. L'ambulanza ebbe 17 armati amhara come scorta. Di nottetempo i rivoltosi galla, non accortisi della presenza dei bianchi, attaccarono la scorta, uccidendo tutti e compiendo barbare mutilazioni. Van Schelven, colpito da una fucilata, cadde svenuto. Rinvenne all'alba sotto l'azione di violente punture. Un predone lo punzecchiava con la lancia per assicurarsi che fosse proprio morto. Intorno non vi erano che i cadaveri denudati degli amhara. Van Schelven trovò la forza d'impugnare la rivoltella, e potè così mettere in fuga il predone. Per due giorni, egli si trascinò poi per le campagne, invano chiedendo soccorso nei villaggi ove gli indigeni gli rifiutavano cibo ed ospitalità. Finalmente incontrò un vecchio galla, che lo ristorò alquanto e l'aiutò a raggiungere l'ambulanza inglese a Quoram. Curato e trasportato a Addis Abeba, Van Schelven vi trovò il suo compagno, che gli narrò come la tragica notte, vistolo cadere e ritenutolo morto, avesse provveduto a salvarsi con l'unico muletto.

Il medico olandese ha confermato che anche il maggiore inglese Burgoyne, intorno alla cui morte la stampa sanzionista inscenò uno sconcio clamore attribuendola a una bomba italiana, venne assalito e ucciso dagli indigeni. Si conferma anche che 150 infermieri, recatisi in Abissinia dal Chenia tempo addietro hanno fatto sapere di voler tornarsene al loro paese. Il principe Ismail Daoud, le cui vicende quale capo della Mezzaluna egiziana sono in gran parte note, ha lasciato l'Etiopia con sentimenti che la popolazione di Gibuti ha facilmente immaginato osservando le precauzioni prese per impedire ai giornalisti di avvicinarlo. Accolto alla stazione dal console etiopico ed ospitato al consolato, il principe venne accompagnato al piroscafo e circondato fino al momento della partenza da autorità e agenti etiopici. Con lui è partito Abdul Hamid Said, che, come si ricorderà, si era recato in Abissinia ad ispezionare la gestione dei fondi della Mezzaluna, a dirimere le controversie con il Governo abissino e a rifornire la missione con mezzi in parte raccolti mediante una sottoscrizione e in parte di oscura provenienza.

Sulle orme dei nostri pionieri.

L'idea di fondare stazioni scientifiche-ospitaliere in Africa nacque nel Congresso di Bruxelles nel 1876 convocato da Re Leopoldo del Belgio per aprire l'Africa alla civiltà e reprimere la tratta degli schiavi.

Menelik, allora Re della Scioa, concesse a titolo di esperimento l'occupazione di Let-Marefià e due furono i direttori medici di essa, prima il dottor Traversi poi il dottor Ragazzi, i quali debbono essere considerati gli applicatori fedeli delle direttive di Orazio Antinori, nobile perugino, decano degli esploratori italiani in Etiopia, naturalista, che ebbe il merito di comprendere la grande importanza umanitaria e politica di una stazione a carattere ospitaliero.

L'Istituto Farmacoterapico Italiano di Roma, proseguendo la collana di propaganda « Medici Italiani Pionieri in Etiopia », illustra l'opera di questa stazione-osservatorio, medica e politica insieme, impiantata dal genio e dall'audacia degli italiani. Si trattava allora non solo di fare del lavoro medico (un vero e proprio ambulatorio) ma anche di eseguire ricerche geografiche, meteoriche e naturalistiche.

Il dott. Alfieri, altro medico italiano, il quale assistè fino agli ultimi momenti l'Antinori a Let-Marefià, esercitò per molti anni in Etiopia, in circostanze anche drammatiche; fu accolto molto bene dal Re Goggiam, padre del famoso Ras Ailù (vittima ai nostri giorni di Ailè Sellassiè) e fu da lui costretto a partecipare alle guerre contro gli Scioani; preso prigioniero da Menelik (5 giugno 1882), ferito alla fronte, fu ben trattato, ed ebbe chiare attestazioni di stima e simpatia per le sue capacità professionali. Il 6 giugno 1882 l'Alfieri presenziò alla battaglia di Gudnà, come medico di Menelik e dimostrò molto coraggio; successivamente andò a finire nel Transvaal, dove morì in circostanze che ci sono ignorate.

In questo momento di palesi dimostrazioni delle nostre opere di civilizzazione nell'Etiopia, è opportuno il ricordo di tal coraggiose figure di ottimi medici italiani, che circa sessant'anni fa prodigavano laggiù la loro opera umanitaria, sapiente e politicamente preziosa.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Concorsi pubblici.

Continua la incerta vicenda giurisdizionale dei concorsi pubblici: incerta, per le applicazioni concrete, sebbene alcune direttive siano state fissate dalla giurisprudenza. Altra volta le riassumemmo sinteticamente. Ma l'attuazione pratica risente delle particolari circostanze dei casi, sicchè anche le direttive generali non sono effettivamente rigide. Accenniamo a qualche risoluzione. Se la Commissione abbia omesso di valutare alcuni titoli di un concorrente, la graduatoria è illegittima (decisione 6 luglio 1935, n. 689). Premesse le precedenti riserve di relatività, questa regola si può considerare astrattamente costante: tutti i titoli devono essere valutati. Ma in qualche caso, considerata la scarsa rilevanza del titolo omesso, il risultato del concorso si è salvato.

I titoli concernenti benemerenze militari o politiche, efficaci al fine della preferenza nel caso di parità di merito, non sono valutabili agli effetti del giudizio di idoneità. È quindi illegittima la graduatoria se la Commissione abbia valutato meriti politici o militari. Questa è regola costante: non ci risultano eccezioni. Tra le sentenze più recenti, sono da segnalare quelle del 6 luglio e 29 agosto 1935 della V Sezione del Consiglio di Stato, n. 691 e 795.

I titoli di questa natura possono essere rilevanti anche dal punto di vista della idoneità specifica, quando corrispondano allo scopo del concorso. Per i sanitari questa condizione non si verifica, perchè la Commissione deve accertare la *idoneità tecnica all'ufficio* di assistenza medico chirurgica. S'intende, però, che se il titolo militare abbia per oggetto attività sanitaria, questa è valutabile come tale e non perchè sia indice e riconoscimento di benemerenza militare.

Specialmente se si tratti di concorsi importanti, la giuriprudenza richiede che la Commissione stabilisca preliminarmente i criteri direttivi, e divida i titoli in gruppi astratti e concreti, attribuendo a ciascun gruppo un coefficente numerico adeguato alla importanza di esso; esamini poi tutti i titoli, e dia ragione del giudizio, espresso con indici numerici per singoli gruppi. Nei concorsi poco numerosi e di limitata importanza si può prescindere dal *rigore* di questo processo formativo del giudizio; ma devono almeno risultare gli elementi fondamentali del sillogismo, almeno quanto basti per controllare, dal punto di vista della legittimità, l'attività e il giudizio della Commissione.

Queste segnalazioni di indirizzo si riferiscono almeno per i sanitari comunali, ad un ordinamento formalmente modificato sebbene ancora applicato nei concorsi singoli. Ma è noto che con R. D. 11 marzo 1935, n. 281, è stata disciplinata diversamente la valutazione dei titoli nei concorsi a posti di sanitari dipendenti dai Comuni e dalle Province. Le norme di questo regolamento sono state molto discusse. Ne hanno trattato Carapelle e Iannitti (Commento del nuovo T. U. delle leggi sanitarie, Roma, 1934, pag. 69, Editore Pozzi); Pappalardo, (Commento id., U.T.E.T., p. 73); Biancorosso (« i concorsi per l'assunzione del personale sanitario », Bologna 1935, pag. 74) e Carapelle, (nel Diritto Pubblico Sanitario 1935, pag. 201 e 749).

Recentemente ha pubblicato altro accurato e brillante studio il Consigliere di Stato Pappalardo, nella Rivista Amministrativa del Regno, 1936, pag. 3.

« Queste disposizioni — egli premette — hanno dato luogo a dubbi gravi da indurre a credere che, almeno nella loro letterale formulazione, *sarebbero pressochè inapplicabili.* Io non ho e non voglio assumermi il compito di difendere il regolamento; voglio semplicemente tentare di vedere se le disposizioni in esame, interpetrate secondo la loro lettera e il loro spirito, possano essere applicate senza inconvenienti o con minori inconvenienti ».

Probabilmente è difficile raggiungere questo scopo, senza una interpretazione prudentemente correttiva. Esaminerò, in altra nota, questo delicato argomento e dirò la mia opinione. Ma sin da ora credo di poter affermare la necessità di una revisione per evitare inconvenienti pratici che i mezzi interpretativi, anche se usati con larghezza, non potrebbero prevenire.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Le disposizioni di legge per combattere la lebbra.

La lebbra è, fortunatamente, una malattia molto rara nel nostro paese; si calcola che ve ne siano solo poche centinaia di casi, in prevalenza importati dal Sud-America nell'epoca in cui i figli d'Italia erano costretti ad andare a cercar lavoro in quelle lontane contrade.

Di tali casi alcuni sono disseminati sporadicamente, altri riuniti in pochi e piccoli focolai, senza tendenza espansiva, localizzati a preferenza nel Mezzogiorno e nelle Isole.

Quantunque, in considerazione della scarsa diffusione della malattia, non si possa attribuirle notevole importanza epidemiologica nè demografica, pure il Governo Fascista non ha trascurato di combatterla con una serie di adeguati provvedimenti.

Infatti, fino dal 1923, con Decreto ministeriale del 12 settembre, fu resa obbligatoria la denunzia dei casi, anche sospetti, di lebbra, e in quell'occasione fu effettuato un censimento dei lebbrosi esistenti e furono diramate istruzioni sulle misure dirette ad impedire la diffusione del contagio.

Successivamente, in base alla legge 11 febbraio 1926 n. 272, lo Stato si assumeva le spese di ricovero dei lebbrosi poveri affetti da manifestazioni contagiose, limitatamente al periodo di contagiosità, ed il Ministero dell'Interno stipulava apposite convenzioni con gli ospedali comuni e colle cliniche dermosifilopatiche universitarie per l'istituzione di reparti per la cura di persone affette da manifestazioni contagiose di lebbra. Collo stesso provvedimento si stanziava una somma annua per la concessione di sussidi statali per le spese relative a provvedimenti di profilassi e di cura della lebbra, per la istituzione dei reperti sopraindicati o di speciali luoghi di ricovero per lebbrosi, nonchè per le spese che i Comuni potessero sostenere per l'isolamento e la cura a domicilio di detti infermi.

Queste disposizioni, riportate successivamente, negli articoli 286 a 290 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie 27 luglio 1934 n. 1265, hanno trovato pratica applicazione nell'impianto di reparti ospitalieri e clinici e di lebbrosari, ed anche nel ricovero, a carico dello Stato, di numerosi ammalati, e si sono dimostrate indubbiamente utili ad impedire la diffusione della malattia. Esse tuttavia presentavano una lacuna importante, infatti i lebbrosi, che, per la lunghissima durata della loro infermità, non di rado sono insofferenti di qualsiasi misura profilattica coercitiva e sopratutto del ricovero, non sempre si lasciano internare negli ospedali o vi rimangono il tempo necessario alla guarigione delle manifestazioni contagiose.

Questa lacuna viene colmata da un recente provvedimento legislativo, ispirato ad un superiore interesse di tutela della salute pubblica, che dà facoltà di procedere all'isolamento coattivo degli ammalati di lebbra. Infatti il R. Decreto-legge 13 febbraio 1936 n. 356, che modifica l'art. 286 del T. U. delle Leggi Sanitarie, dispone testualmente che « l'Autorità sanitaria che venga comunque a co-« noscenza di casi di lebbra con manifestazioni con-« tagiose in atto deve disporre l'isolamento degli « infermi nel modo che crederà più opportuno e « finchè non sia scomparso ogni pericolo di con-« tagio, provvedendo di ufficio quando gli interes-« sati non ottemperino alle disposizioni impartite. « Qualora per l'isolamento sia richiesto il ricovero, « questo deve essere effettuato negli appositi re-« parti delle cliniche dermosifilopatiche o degli « ospedali comuni ».

Tale nuova provvidenza completa nel modo più efficace gli ordinamenti legislativi diretti a combattere la lebbra ed offre fondata speranza che in un prossimo avvenire potremo veramente considerare la lebbra come una malattia esotica a somiglianza di quanto è già accaduto per il colera, per la peste ed anche per il vaiuolo.

A. FRANCHETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

BERGAMO, per Nembro, Pontida, Romano L., Schilpario, Villongo (Credaro); scad. 31 maggio.

CALTANISSETTA, per Mazzarino; scad. 31 maggio.

CAMPOBASSO, per Montagano, S. Giuliano del Sannio; scad. 30 giugno.

COSENZA, per Caloveto, Casale Bruzio, Civita, Frascineto, S. Donato Ninea (2ª cond.), Saracena, Villapiana, Rovito; scad. 31 maggio.

FIRENZE, per Cerreto Guidi; scad. 31 maggio.

MANTOVA, per Roverbella, S. Giorgio di Mantova; scad. 31 maggio.

MILANO, per Bovisio, Brembio, Cesano Maderno, Desio, Mairago, Marcallo e Mesero, Milano (3 posti), Sesto S. Giovanni, Sovico, Trezzo sull'Adda, Varedo. Scadenza ore 16 del 31 maggio.

PARMA, per Compiano; proroga 31 maggio.

PERUGIA, per Foligno (3 condotte), Gubbio (2 condotte), Perugia, Torgino; scad. 31 maggio.

SALERNO, 3 condotte; scad. 31 maggio.

SIENA, per Casale d'Elsa, Castellina in Chianti, Montalcino, Montepulciano, Sarteano; scad. 31 maggio.

TERAMO, per Ancorana, Castelli, Valle Castellana, scad. 31 maggio.

TERNI, per Guardea; scad. 31 maggio.

TORINO, per consorzio Formo Canavese-Pratiglione, cons. Rivoli-Rosta (2 condotte), Torino (4 condotte), Casalborgene, Carignano, Luserna S. Giovanni, cons. Oulx-Salbertrand; scad. 31 maggio.

TRAPANI, per Marsala; scad. 31 maggio.

VERONA, per consor. Boscochiesanova-Grezzana, Monteforte d'Alpone; scad. 31 maggio.

N. B. — La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha diramato una circolare ai Prefetti del Regno e Autorità assimilate, in data 21 febbraio u. s., per invitarli a fissare al 31 maggio p. v. la data di scadenza dei concorsi per sanitari condotti. Perciò per tutti i concorsi precedentemente annunziati e per quelli annunziati in questo numero è fissata la scadenza suddetta; vien fatta eccezione per i concorsi delle province di Campobasso e di Catania, i quali scadono rispettivamente il 30 giugno e il 1° giugno.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

DESIO (*Milano*). *Ospedale di Circolo.* — Concorso al posto di medico primario. Età massima anni 45. Stipendio L. 12.000 annue oltre l'abitazione. L'Ospedale dispone di 230 letti e presta servizio ai 12 Comuni del Circolo Ospedaliero con una popolazione di oltre 80.000 abitanti. Scadenza ore sedici del giorno otto giugno 1936-XIV.

LITTORIA. *Municipio.* — Direttore del dispensario antivenereo comunale. Prorogato al 31 maggio.

TERNI. *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario direttore del Reparto traumatologia e ortopedia dell'Ospedale Civile; L. 12.000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1100 serv. att. e c.-v.; età limite 50 a.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Francesco Giugni che fu già aiuto e collaboratore del sen. prof. Gabbi, è stato destinato dal Ministero delle Colonie all'Ospedale Regina Elena dell'Asmara, come primario di medicina in quell'importante Ospedale. Congratulazioni all'insigne clinico.

Il premio Guido Banti, istituito presso l'Università di Firenze per un lavoro di anatomia ed istologia patologiche, con speciale riguardo all'eziologia e alla patogenesi, è stato conferito al prof. A. H. Roffo, di Buenos Aires, per il suo studio: « Sviluppo del cancro per azione dei raggi solari ». La commissione comprendeva i proff. B. De Vecchi, rettore dell'Università, presidente, F. Pentimalli, G. Rossi, F. Schupfer.

Il prof. Roffo ha destinato l'importo del premio, in L. 5000, alla Lega italiana per la lotta contro il cancro, affinchè venga istituito un premio per un lavoro che tratti il tema: « La radiobiologia nell'eziologia del cancro ».

Il prof. sen. Riccardo Versari è nominato cavaliere di gran croce nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro. I proff. Silvestro Baglioni, S. E. Filippo Bottazzi e sen. Giacinto Viola sono nominati ufficiali nello stesso Ordine.

Come abbiamo annunziato, S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale ha nominato alla carica di presidente dell'Accademia delle Scienze Mediche e Naturali e Fisico-Matematiche di Ferrara, il prof. gr. uff. Gaetano Boschi, direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Ferrara; e a quella di vice presidente il prof. Gastone Lambertini, direttore dell'Istituto di Anatomia dell'Università di Ferrara.

Valendosi della facoltà conferitagli dallo Statuto accademico, il presidente prof. Boschi ha nominato alle altre cariche: consiglieri, il prof. cav. uff. Filippo Calzolari e il comm. dott. Nerino Nenci; segretario il dott. Ferdinando Barison; vice segretario il dott. Luciano Limentani; cassiere-tesoriere il prof. Francesco Nassetti; bibliotecario il dott. cav. Armando Ciaccia.

A sostituire il prof. K. Radonivic nella direzione della Clinica medica di Zagabria è stato invitato il prof. N. Jagic, direttore della 1ª Clinica medica di Vienna, il quale ha declinato l'offerta, pur dichiarando i suoi sentimenti di fedeltà alla famiglia slava. L'invito è stato poi diretto al prof. Ivan Botteri, libero docente alla Facoltà di Zagabria e primario nell'« Ospedale della Fondazione » della stessa città; egli lo ha accettato.

NOTIZIE DIVERSE

Il convegno franco-italiano di medicina generale.

Il 6 aprile hanno avuto luogo a Nizza le assise di medicina generale franco-italiana, a cui parteciparono 220 medici italiani e 325 francesi.

I lavori si sono svolti nel grande anfiteatro del Centro universitario mediterraneo. All'inaugurazione la vasta aula presentava un aspetto imponentissimo, per il numero dei convenuti e per le alte personalità della scienza medica francese e italiana, e più ancora per lo spirito latino che ha dominato e che ha trasformato la riunione in una grandiosa indimenticabile manifestazione italo-francese.

Avevano inviato telegrammi di adesione il nostro ambasciatore a Parigi e molti altri. Fra i presenti erano il sen. Borletti, presidente del Comitato Italia-Francia e il nostro console generale Cancellari.

Grande merito di questa imponente manifestazione italofila va agli organizzatori francesi, le cui rinnovate dichiarazioni di amore e di ammirazione per la nuova Italia fascista non ci hanno sorpresi e sono un altro indice che il vero popolo di Francia, quello non legato a forze più o meno occulte, è con noi.

E i dirigenti francesi del Comitato Italia-Francia e delle assise ce lo hanno manifestato in parecchi modi. Tra i vari ferventi discorsi accenniamo solamente a quello del sig. Medecin, sindaco e deputato di Nizza, che dichiarò, applauditissimo, l'indissolubilità dell'unione franco-italiana e conferì a nome del Governo il cavalierato della Legion d'Onore al prof. Luigi Zoia e al dott. Gerbi, presidente e segretario rispettivamente delle assise italiane; a quello del prof. Carnot, che abbracciò il nostro presidente delle assise; a quelli dei medici De Giovanni, D'Oelmitz, Godlewski, Cunéo, Bezançon e altri; a quello del prof. Zoia; a quello del prof. Donati.

I lavori del convegno si sono svolti sul tema: « Postumi remoti di appendiciti croniche operate »; tra gl'italiani parteciparono alla discussione i proff. Quarelli, Donati, Maiocchi e Solieri.

Dopo la seduta, al banchetto che riunì ancora i convenuti, parlarono il sen. Borletti, che fu spesso interrotto da prolungati e reiterati applausi all'indirizzo del Duce; Madelin, presidente del Comitato Italia-Francia; Carnot ed altri numerosi.

Nella serata i congressisti si recarono a Montecarlo per la serata di gala al teatro del Casino.

Il Congresso ha inviato al Duce il seguente telegramma:

« Il Congresso franco-italiano di medicina generale, riunitosi a Nizza sotto il patronato di S. E. l'Ambasciatore d'Italia, del Comitato Italia-Francia e del Comitato Francia-Italia — alla presenza delle più eminenti autorità mediche italiane e francesi — ha proclamato, davanti alla numerosa assemblea la sua profonda riconoscenza e la sua ammirazione per il grande Capo della Nazione italiana, esprimendo il suo rallegramento ed esaltando l'opera dei suoi ammirevoli soldati per le brillanti vittorie che l'armata della civiltà ha ottenuto ed ottiene definitivamente contro la barbarie e la schiavitù. Protesta contro le inique sanzioni tendenti a colpire un popolo nobile — degno della massima ammirazione ed esempio insuperabile di disciplina e di progresso — ed augura di tutto cuore che le due Nazioni trovino finalmente la via per unirsi in completa solidarietà per il bene dei loro popoli e per la felicità nella pace. — Jean Medecin, deputato; Louis Malin, Sindaco di Nizza; senatore Borletti ».

Un altro telegramma è stato inviato dal prof. Cunéo e dal dott. Martiny al Duce e ad A. Sarraut, per auspicare la cessazione degli ostacoli attuali tra l'Italia e la Francia.

3ª Sessione delle "Giornate Mediche di Parigi".

Il Comitato permanente delle « Journées Médicales » di Parigi ha deciso di organizzare, in occasione dell'Esposizione Internazionale del 1937, delle Giornate che ricorderanno, nelle loro linee generali, quelle delle due prime sessioni (1926 e 1929) e che riuniranno i medici borghesi, militari di terra e di mare, i farmacisti, i veterinari ed i biologi, fisici e chimici francesi e stranieri, con il patronato ed il concorso del Comitato di redazione della « Revue Médicale Française ». Saranno presiedute dal prof. Carnot; vice-presidenti saranno i medici generali ispettori Rouvillois e Morvan, i proff. Perrot, Goris, Leclainche e Nicolas; segretario generale: dott. Henri Godlewski; segretario generale aggiunto: dott. Pierre-Bourgeois.

Il Comitato francese delle esposizioni ha voluto incaricarsi, come per le sessioni precedenti, dell'organizzazione delle esposizioni abituali e ne ha affidata la direzione al sig. Jean Faure.

Le mattinate saranno consacrate, secondo la tradizione, alle dimostrazioni pratiche, organizzate negli ospedali civili e militari, come pure nelle scuole e istituti di biologia, e raggrupperanno tutti i rami dell'attività medica. Le sedute del pomeriggio saranno riservate allo studio pratico del seguente tema: « Ormoni e terapeutica endocrina » (1° giorno: Ipofisi; 2° giorno: Ghiandole genitali; 3° giorno: Tiroidi, paratiroidi e surrenali; 4° giorno: Fegato, pancreas e timo). Le sedute del pomeriggio avranno luogo nel recinto dell'Esposizione Internazionale, a prossimità degli stands riservati agli espositori delle Giornate Mediche.

È stato preveduto un programma di feste brillanti come quelle delle Giornate del 1926 e 1929. Questo programma sarà pubblicato ulteriormente.

Le persone, studenti, medici, farmacisti, veterinari e biologi, desiderose d'interessarsi alle Giornate Mediche di Parigi 1937, sono pregate d'indirizzarsi al: Service des Journées Médicales: « Revue Médicale Française », 18, rue de Verneuil, Paris 7ème. Quota: 50 franchi; 30 franchi per i membri della famiglia del congressista e per gli studenti.

Altri congressi e convegni prossimi.

Il 1° Congresso Internazionale delle Case di Cura e delle Cliniche d'Interesse Privato avrà luogo a Budapest in settembre. Le carte d'invito saranno diramate agli interessati appena possibile. I partecipanti al Congresso sono pregati fin da ora a voler comunicare i riassunti dei temi delle loro eventuali conferenze al Comitato d'organizzazione per poterli mettere sull'ordine del giorno. Lingue ufficiali sono: il francese, l'inglese, l'italiano e il tedesco. Comitato d'organizzazione: Casa di Cura, Isola Sta. Margherita, Margitsziget, Budapest.

Per rispondere al desiderio manifestato da S. E. Balbo, governatore della Libia, si è deliberato che la 25ª Riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze si tenga a Tripoli nell'autunno del corrente anno.

Un Raduno medico-sportivo si terrà il 5 agosto al Rifugio « Carlo Bonardi », al Monte Maniva, in provincia di Brescia, col seguente tema generico di relazione: « La medicina e la chirurgia relative allo sport dello sci e all'alpinismo di alta montagna ». Tutti i medici vi possono partecipare inviando la loro adesione al prof. E. Raverdino, corso Zanardelli 32, Brescia.

Il Convegno Regionale Ligure Antitubercolare sarà in quest'anno ospitato dalla Città di La Spezia, nei giorni 30 e 31 maggio.

Tema Biologico: Attività tossiche e immunizzanti dei bacilli tubercolari vivi e morti e dei loro filtrati tubercolari.

Tema Clinico: Forme rapide progressive e regressive di malattie tubercolari.

Tema Chirurgico: La cura delle osteoartriti tubercolari.

Le comunicazioni vanno annunziate al delegato regionale prof. G. Breccia, corso Podestà 5-3, Genova, inviando il titolo e il sunto, che dovrà essere pubblicato negli atti.

Sarà tenuto un banchetto sociale e per parteciparvi e per eventuale prenotazione di alberghi rivolgersi al Fiduciario provinciale prof. V. Pietroforte, via Chiodo 11, La Spezia.

La Sezione Ligure sarà ben lieta se gli studiosi della regione e di altre regioni d'Italia vorranno portare la loro adesione e partecipazione al Convegno Regionale. I Comuni Liguri sono pregati a farsi rappresentare.

La Sezione Emilia e Romagna della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi terrà il suo Convegno regionale il 30-31 maggio prossimo a Ferrara. Verranno discussi i seguenti temi: 1) « Definizione dell'attributo di tubercolotico ai fini della sua segnalazione per la profilassi e l'assistenza », relatore il dott. E. Miceli; 2) « Il disciplinamento delle visite dispensariali nella pratica attuazione », relatore il dott. A. Ciaccia. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Sezione Emilia e Romagna, via Dante 6, Bologna.

Ricordiamo che la 27ª riunione della Società Roentgenologica tedesca si terrà dal 23 al 25 aprile a Wiesbaden, nel Paulinen-Schlösschen. Segreteria: Rossplatz 12, Leipzig C 1, Germania.

Il 2° Congresso internazionale per lo studio delle radiazioni solari, terrestri e cosmiche è indetto a La Malon (Hérault, Francia) dal 15 al 17 luglio. Segreteria: rue Verdi 24, Nizza.

La Facoltà medica di Montpellier contro il Ministro.

Il ministro francese dell'educazione nazionale, con dispaccio del 22 febbraio scorso, informava il Rettore dell'Università di Montpellier che, per rispondere a un desiderio manifestato dal Governo svedese, aveva deciso di cedere, allo stesso, 22 volumi di manoscritti della regina Cristina di Svezia, depositati presso la Facoltà di medicina. In cambio, veniva posta a disposizione della Facoltà la somma di 100.000 franchi, il cui reddito poteva essere devoluto a mantenere uno studente svedese in una qualsiasi delle Facoltà francesi. Il ministro faceva notare i motivi d'ordine internazionale che avevano determinato la cessione; adduceva anche delle giustificazioni giuridiche, in quanto i volumi erano stati acquistati nel 1804, dal bibliotecario della Scuola di Medicina, prof. Prunelle, con i fondi del tesoro pubblico. Il rettore dava comunicazione il 4 marzo del dispaccio ministeriale al decano della Facoltà, e questi convocava il Consiglio di Facoltà, che ad unanimità, il 10 marzo, ha elevato una formale protesta contro il ministro ed ha incaricato il decano, ove sia necessario, di opporsi ad essa con i mezzi legali.

Un po' dovunque.

La campagna antitubercolare va svolgendosi con celere ritmo; ne daremo le notizie riassuntive.

I giornali hanno dato notizia da Gibuti che quasi tutti gl'infermieri indigeni della Somalia inglese e del Chenia i quali facevano parte delle missioni britanniche della Croce Rossa in Etiopia, hanno lasciato la regione, dopo esservi rimasti per cinque mesi; erano in numero di circa centocinquanta; alcuni di essi hanno dichiarato che le tende della Croce Rossa servivano agli abissini per la difesa controaerea.

I giornali hanno dato notizia che la Croce Rossa inglese ha abbandonato Gondar occupata dagli italiani; il dott. Kelly, direttore dell'ospedale, ha espresso il suo rammarico per essersi recato in Etiopia.

Subito dopo veniva ripristinata l'ambulanza italiana presso il nostro Consolato.

I giornali hanno dato larghe notizie sull'attività umanitaria spiegata in A. O. dai medici italiani a favore degli indigeni.

Una nota inviata dall'on. Suvich alla Segreteria della Società delle Nazioni, mette in chiaro la personalità del sedicente dott. Belau, catturato sull'Amba Aradam dalle truppe italiane. Accolto nell'Ospedale di Massaua egli dichiarò che la sua firma ad una protesta contro il bombardamento italiano degli ospedali della Croce Rossa a Dessiè gli era stata estorta; poi a Ginevra ha affermato che anche la dichiarazione fatta a Massaua gli è stata estorta. Risulta, tra l'altro, che il suo nome effettivo è Belof; che è disertore dall'Esercito polacco; che è un truffatore.

La Giornata medica di Milano, innestata alla Fiera internazionale campionaria, si terrà il 25 aprile; raduno a ore 9, all'ingresso principale della Fiera (piazzale Giulio Cesare).

Si è tenuto a Roma l'8° congresso nazionale di psicologia, il quale ha avuto dei riflessi anche nel campo medico. Ne daremo un breve resoconto.

La Società Piemontese di Chirurgia si è adunata l'11 gennaio, sotto la presidenza del prof. L. Bobbio. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Stropeni, A. V. Maggi, Biancalana.

La Società Laziale di Ostetricia e Ginecologia si è adunata il 6 marzo, sotto la presidenza del prof. P. Gaifami. Sono state fatte comunicazioni dai soci: E. Fronticelli, M. E. Rossi, B. M. Cetroni, V. Donadio, O. Margarucci, G. Sannicandro.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 21 febbraio, il 6, il 20 e il 27 marzo, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. Sono state fatte comunicazioni da: S. Zucchi, Gemma Barzilai, M. Goyer; B. Pincherle, R. Moro, E. Oliani, A. de Grisogono; D. Lagroscino, P. Pacini; P. Iacchia, E. Oliani, G. Battigelli. Varie comunicazioni sono state accompagnate da proiezioni, presentazione di pezzi anatomici, presentazione di malati.

Presso la Confederazione dei Professionisti e degli Artisti si è riunito il Direttorio Nazionale del Sindacato fascista dei veterinari. Il Direttorio ha preso in esame questioni inerenti alla Cassa di assistenza e previdenza sindacale, ai corsi di aggiornamento professionale, alla recente riforma degli insegnanti universitari di medicina veterinaria, alla difesa ed all'incremento del patrimonio zootecnico ecc.

Sono stati convertiti in legge i due Regi Decreti 20 giugno 1935, nn. 1070 e 1071, concernenti il Riordinamento del Consiglio Superiore della Educazione Nazionale e Modifiche ed aggiornamenti al Testo Unico delle Leggi sulla Istruzione superiore.

Accogliendo la proposta di emendamento all'articolo 12, avanzata nella discussione al Senato del Regno (seduta 14 dicembre 1935), è soppresso l'ultimo comma dell'art. 12 del R. D. n. 1071, il quale stabilisce che « per l'ammissione ai concorsi occorre non aver superato 30 anni di età alla data di presentazione della domanda. Tale limite di età è prorogabile per un periodo uguale al servizio eventualmente prestato come aiuto o come assistente ordinario, salve le disposizioni generali per cui sono prorogati i limiti di età ».

Il Vice Segretario del Partito ha convocato a Palazzo Littorio una Commissione per l'esame del trattamento alimentare da prescriversi per le colonie climatiche estive nell'anno XIV.

Il prof. G. Petragnani, direttore generale della Sanità Pubblica, ha tenuto alla Scuola di Applicazione di Sanità Militare una conferenza sul tema: « L'anafilassi nell'immunità ».

A Trieste, nella sede della Società Adriatica di Scienze Naturali, il prof. P. Gall, direttore dell'Ospedale Regina Elena, ha tenuto una conferenza sull'« Iconografia del taglio cesareo ».

Col 25 febbraio è andata in vigore nell'Ungheria la nuova legge concernente la camera medica. Viene istituita una Camera nazionale, cui sono collegate otto camere regionali; i territori sono calcolati in modo che il numero degli inscritti sia approssimativamente di mille per ciascuno, fatta eccezione per la camera di Budapest, in cui il numero è più elevato.

Si è spenta in questi giorni la

Dott^a. Prof^a. CARMELITA CASAGRANDI ROSSI

consorte del prof. ODDO CASAGRANDI.

Laureata in scienze naturali ed in medicina, libera docente in igiene, lascia numerose pubblicazioni (specialmente nel campo della parassitologia e della batteriologia), in cui la solida preparazione biologica e naturalistica forma una base sicura per le varie applicazioni.

Fra i Suoi lavori originali, sono specialmente degni di menzione quelli sulla dimostrazione della tossicità delle spore di un Actinomyces (osservazione unica nella letteratura) e sulla scoperta della « anatossina tetanica », che affatto recentemente ha trovato la sua applicazione pratica. Aveva anche allo studio l'anatossina botulinica.

Anima fervente di italiana, non aveva limitata la Sua attività nel chiuso campo del laboratorio, portando la tenacia inflessibile della Sua volontà ed il Suo ardente entusiasmo negli ospedaletti da campo durante la grande guerra, dove fu infermiera volontaria e medico della C. R. I., nella fondazione del primo Fascio femminile padovano — nel 1920 — e della colonia elioterapica di Campo S. Martino.

Organizzò, nel 1924, l'offerta simbolica del Comando ai Marescialli d'Italia, Diaz e Cadorna.

Era insignita della medaglia d'argento dei benemeriti della Salute pubblica, della medaglia d'argento della C. R. I., della medaglia delle Fatiche di guerra, del Brevetto della Marcia su Roma.

Al prof. Casagrandi che perde in Lei la cara compagna della vita e la preziosa collaboratrice ed animatrice, le nostre più sentite condoglianze.

Si è spento a Pavia, in età di 58 anni, il prof. TULLIO GAYDA, ordinario di fisiologia ed incaricato di chimica fisiologica e di chimica fisica in quella Università.

Nato a Roma, si educò a Torino: fu allievo di Mosso e di Herlitzka. Nel 1925 era stato nominato titolare della cattedra di fisiologia di Cagliari; passò poi a Bari e nel 1927 a Pavia. Note sono le sue ricerche sulla fisiologia degli organi sopravviventi, sull'elettrofisiologia, sulla termogenesi nell'organismo, sul ricambio nei singoli organi. Intelligenza superiore, avrebbe potuto rendere ancora molto alla cattedra e alla scienza.

Al fratello Virginio, direttore del « Giornale d'Italia », ed a tutti i congiunti « Il Policlinico » esprime sentite profonde condoglianze.

L. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 9 marzo al 15 marzo 1936: Morbilla 320 (2086); Scarlattina 141 (310); Pertosse 110 (388); Varicella 133 (355); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 108 (153); Infezioni paratifiche 19 (20); Febbre ondulante 40 (47); Dissenteria 6 (6); Difterite e croup 260 (430); Meningite cerebro-spinale epidemica 19 (19); Poliomielite anteriore acuta 9 (10); Encefalite letargica 3 (3); Anchilostomiasi 5 (8); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 45 (53), dichiarata — (—); Pustola maligna 3 (4); Febbre puerperale 29 (30).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Minerva Med., 28 gen. — L. CONDORELLI. Pneumo-mediastino artificiale. — G. FERRARI e F. FERRONI. Tempo di circolo e pressione venosa.

Journ. A. M. A., 18 gen. — H. C. HAGEDOM e al. Insulato di protamina. — J. V. KLAUDER. Terapia febbrile della micosi fungoide.

Nutrition, 4. — Numero sulla pratica dei regimi alimentari.

Ann. di Ost. e Gin., 31 gen. — O. MACCHIARULO. Rapporti tra ipofisi e mammella. — F. MATTACE. Amenorrea e ormonoterapia.

Paris Méd., 8 feb. — G. CARRIÈRE. Protidemia degli ipertesi.

Journ. Méd. Franç., gen. — Numero sull'esploraz. funzionale dei reni.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 30 gen. — Numero sull'idrologia.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 gen. — J. PAVOT e R. CHEVALLIER. Gastropatie allergiche.

Riv. di Malariol., 6. — G. PECORI e G. ESCALAR. Campagna antimalarica nell'Agro Romano.

Riv. di Chir., gen. — M. THORAK. Fattori di mortalità dopo colecistectomia.

Athena, feb. — R. SIMONESI. Spasmo di torsione nell'infanzia. — G. DI MACCO. Azione della tirossina nell'ipertermia passiva. — G. TACCONE. Sindromi nervose post-vaccinali.

Rinasc. Med., 31 gen. — V. CARDELLI. Porpora fulminante. — A. M. CICCHITTO. Distomatosi epatica umana.

Haematologica, I. — P. L. CADITTE. Granulazioni patologiche dei plinucleati neutrofili. — B. BABUDIERI. Ellipsocitemia.

Deut. Med. Woch., 7 feb. — KLINGE. Iperergia. — HAGEDORN. L'ipertrofia prostatica.

Brit. Med. Journ., 8 feb. — R. WARREN. Ostruzione intestin. — J. H. DOGGART. Iridociclite. — N. MUTCH. Trisilicato idrato di magnesia nelle ulcerazioni peptiche. — D., R. e E. T. THOMPSON. Immunizzaz. contro le infezioni respiratorie per via orale.

Med. Welt, 8 feb. — MÜHLENS. Malaria endemica in Germania.

Sang, 2. — J. JOLLY. Organi linfo-epiteliali. — N. NICOLAIEFF. Classificaz. dei leucociti del sangue.

Marseille Méd., 5 gen. — J. E. PAILLAS. Complicazioni nervose della malattia serica.

Paris Méd., 15 feb. — Numero sulle malattie respir.

Presse Méd., 15 feb. — M. LOEPER e al. Fonocardiografia.

Minerva Med., 4 feb. — A. FRANCAVIGLIA. Pneumo-mediastino artif.

Gaz. d. Hôp., 15 feb. — R. BECKERS. L'evoluzione della neurologia.

Arch. Ital. Mal. App. Diger., dic. — C. ARULLANI. Dieta nelle malattie dello stomaco. — G. DIENA. Schistosomiasi intestin.

Münch. Med. Woch., 14 feb. — H. FUCHS. Vie, scopi, dottrina e insegnamento nell'ostetr. e nella ginec. — R. FISCHER e P. SCHENK. Morbo di Bang.

Deut. Med. Woch., 14 feb. — SCHULTE. Diagn. dell'obesità congenita. — KESSLER. La V. S. del sangue nella diagnosi di tumori mal.

Brit. Med. Journ., 15 feb. — S. WILSON, G. LANGHTON SCOTT. Trattam. della fibrosite.

Journ. Nerv. a. Menl. Dis., feb. — C. LANDIS. Studio della personalità. — A. J. ROSANOW. L'ostetricia discussa da un punto di vista psichiatrico.

Amer. Journ. Med. Sc., feb. — W. J. MCNEAL

e al. Il batteriofago nelle setticemie streptococciche. — J. EDEIKEN e C. C. WOLFERTH. Dolore alla spalla persistente nell'infarto miocardico. — M. KRAEMER e M. ASHER. Eritremia e ulcera duodenale. — F. H. L. TAYLOR e W. B. CHEW. Creatinuria in maschi adulti.

Croce Rossa, nov.-dic. — A. SIGNORELLI. La semeiotica, branca fondamentale della medicina pratica. — G. LUPACCIOLI. Diagnosi cliniche e diagnosi radiologiche al controllo operatorio. — A. FUSARI. Teratomi sacrococcigei. — R. MORO. Oleotorace.

Rif. Med., 15 feb. — D. OTTOLENGHI. Igiene e rendimento. — V. PATRONO. Rapporti tra stomaco e fegato.

Ann. d'Ig., gen. — G. BRUSCHETTINI. Agglutinazione del Bacterium coli. — A. CORRADETTI. Flebotomi e leishmaniosi in Abruzzo. — G. SANARELLI. Vaccinaz. multivalente locale.

Attualità Med., gen. — P. RONDONI. Direttive nello studio dei tumori. — P. GAIFAMI. Luteina. — L. PATENI. Chirurgia nelle malattie mediche.

Journ. d. Prat., 15 feb. — N. FIESSINGER. Le sindromi ipofisarie.

Presse Méd., 19 feb. — G. RAMON e al. Immunità antistafilococcica.

Riv. San. Sicil., 1 feb. — A. BOTTO MICCA. Varici dei legamenti uterini.

Giorn. di Cl. Med., 10 feb. — G. SOTOGIU. Aminoacidi nel trattam. dell'ulcera gastr. e duod.

Mediz. Welt, 22 feb. — H. J. LAUBER. Le vitamine quale mezzo curativo in chirurgia.

Acta Med. Scand., V-VI. — H. MARCUS. Istopatologia della demenza precoce. — H. SUNDELINS. Lipoidosi. — T. GEILL e K. SECHER. Il cuore nella pinguedine. — I. HOLHREM. Reazione dei cancerosi alla tubercolina.

Arch. Sch.- u. Tr.-Hyg., feb. — C. SCHILLING. La malaria di Ceylon.

Arch. Mal. d. App. Dig. ecc., feb. — G. CARRIÈRE e al. Esploraz. funzionale del fegato con la xantonina.

Minerva Med., 11 feb. — O. CATALANO. Pneumoperitoneo artif. — P.-C. BORSOTTI. L'acetilcolina nella paresi intestin. post-operat.

Arch. It. Malar. App. Dig., gen. — G. MONTALDO. Megacolon idiopatico. — G. BENZONI. Ulcera sperim. da istamina. — A. GAVAZZENI. Diverticoli dell'esofago.

Deut. Med. Woch., 21 feb. — MATTAUSCH. Terapia causale dell'asma. — OEFELAIN. Terapia della cirrosi epatica.

Ann. de Méd., gen. — I. SNAPPER e al. Ileite regionale. — P. COTTENOT e R. HEIM DE BALSAC. Chimografia cardio-vascolare.

Arch. internal Med., gen. — H. HENNELL. Malattia cistica dei polm. — A. H. ELLIOT e F. R. NUZUM. Colesterolo ematico e ipertensione arter. — R. J. NEEDLES. Fragilità delle emazie nella polmonite.

Pediatr., 1 feb. — C. FEJES. Bambini ipotonici. — G. RAVA. Fisiopatologia del timo.

Riv. di Cl. Pediatr., gen. — P. BRUSE e N. ORLANDI. Lesioni cerebro-meningee nel neonato.

Proc. R. Soc. Med., feb. — Discussione sul trattamento della sinusite acuta frontale. — Casistica.

Riforma Med., 22 feb. — P. TAGARIELLO. Diagnosi biolog. dei tumori mal.

Arch. It. Mal. App. Diger., mar. — A. ALLODI e al. Minerali nella bile. — G. BAGGIO. Concetto nosologico di appendicite. — L. BORDOLI. Iperglobulia nell'ulcera gastro-duod.

Brasil-Med., 11 gen. — J. MUNIZ e P. REGENDANZ. Coltivaz. del virus del tifo esantem. di San Paolo.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 27 Aprile 1936 - XIV Num. 17

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L 100	L 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6: della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Autovaccinoterapia endovenosa nella sepsi stafilococcica.

Dott. VITTORIO DE ANTONI, assist. e docente.

Nello scorso anno scolastico sono capitati in osservazione nelle corsie della Clinica tre casi di sepsi stafilococcica documentati dall'etiologia, dal decorso classicamente metastatico, ed infine dall'emocultura in ciascuno dei casi ripetutamente positiva per lo stafilococco aureo. Come di norma in questa malattia si ebbe lungo e, specie in due dei malati, disperante decorso, con impronta di estrema gravità di male: in tutti e tre però con esito finale in guarigione. Dato tale felice risultato in un tipo di sepsi comunemente di prognosi fra le più severe, intendo in questa nota di segnalare la terapia seguita, pur non potendo logicamente sperare che essa, sempre, in ogni caso, possa così bene servire come in quelli che riporto.

È intanto da tener presente che in tutti e tre i miei malati si trattava di forma che per impronta clinica, decorso, localizzazioni metastatiche secondarie, è da classificare fra le sepsi subacute. Ben poco credo si avrebbe potuto sperare anche dalla terapia autovaccinica, come del resto da qualsiasi altra terapia, in forme acute, ipertossiche, nelle quali mancano di solito anche, probabilmente per la rapidità dello svolgimento, apparenti localizzazioni all'infuori del focolaio primario. È anche da segnalare che in tutti e tre i casi in esame l'autovaccino endovenoso non è stato l'unica terapia praticata. Oltre che medicazione sintomatica, ad esso è stato accoppiato (ed in due casi è stato anzi di parecchi giorni preceduto) chemioterapia, in un caso proteinoterapia. Nel

terzo caso è preceduta al vaccino una breve serie di iniezioni endovenose di alcool.

Se si può ammettere, come credo, che il buon esito nei casi in questione sia in gran parte almeno conseguenza delle cure fatte e non dovuto solo a particolare resistenza individuale (il Lemierre calcola un tasso di mortalità del 95 % in questa malattia), per precedenti esperienze negative ben poco o nullo benefico influenzamento sul decorso credo di poter attribuire a queste altre terapie eseguite. A riprova di ciò il fatto che in due dei malati le altre cure erano già state sperimentate prima di iniziare la terapia vaccinale, nel primo anzi per parecchie settimane, assistendo non ostante esse ad un costante e progressivo peggioramento della malattia. In questo malato il vaccino si è appunto iniettato come tentativo estremo, dopo che tutte le altre cure sembravano aver fallito allo scopo.

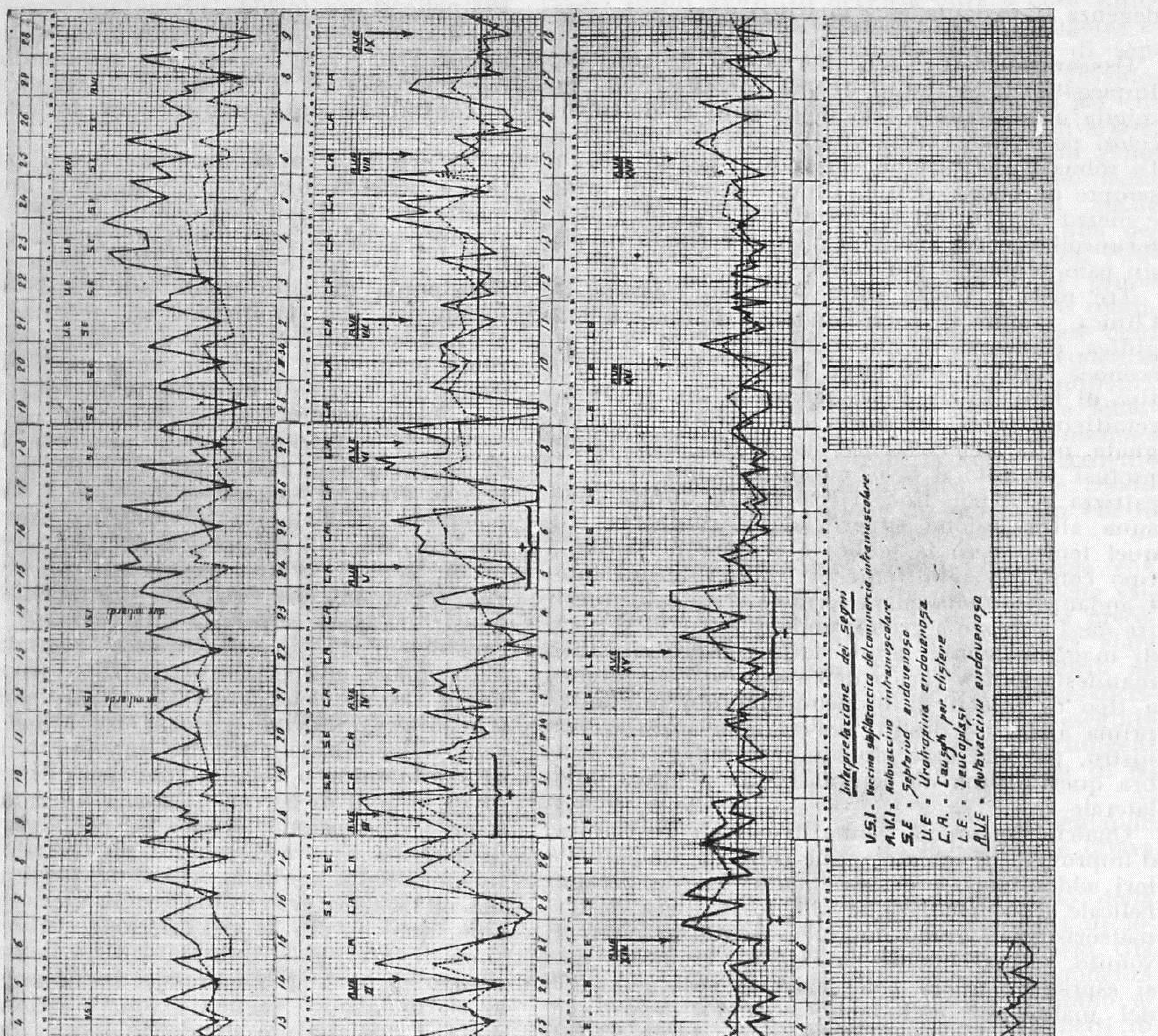
OSSERVAZIONE I. — G. Bruno, di anni 27. Operaio, di famiglia sana, di abitudini di vita corrette.

Se si toglie una bronchite sofferta due anni fa, sembra abbia goduta per lo passato sempre buona salute. Sposato da cinque anni, la moglie ha avute tre gravidanze a termine, nessun aborto.

In condizioni di salute ottima circa un mese prima del suo ingresso in Clinica notò la comparsa di un primo foruncolo all'avambraccio sinistro. Curato con impacchi caldoumidi, questo dopo qualche giorno si apriva spontaneamente con fuoriuscita di poco pus giallo cremoso. Intanto due altri foruncoli comparivano alla regione zingomatica ed alla regione mastoidea sinistre. Essi foruncoli sembravano volgere a guarigione, quando dopo una decina di giorni l'avambraccio sinistro con riacerbazione del processo suppurativo si faceva notevolmente tumefatto e dolente. A questo periodo di tempo risale l'attuale malattia. Con la riacutizzazione del foruncolo all'avambraccio, con un violento dolore comparso qualche giorno dopo alla schiena in corrispondenza della regione dorsale (tutti i movimenti erano impediti dal dolore: la palpazione delle masse muscolari dolentissima) inizia febbre a tipo continuo remittente, sembra non preceduta da brivido, accompagnata e più ancora seguita nella defervescenza da profusa sudorazione. Non cefalea iniziale.

Obbiettivamente, alla sua entrata in Clinica, il malato presenta condizioni generali discrete, sensorio però torpido, aspetto tossico. Non rilievi particolari sui diversi organi ed apparati. I foruncoli iniziali sono ormai cicatrizzati. Il polso è frequente, molle, ipoteso. La pressione arteriosa Mn. 65, Mx 110. L'esame delle orine, le sieroreazioni per lue, le sieroagglutinazioni per tifo, paratifi, melitense, l'esame radiologico della colonna vertebrale dorsale, sono negative. All'esame emocromocitometrico anemia di modico grado a tipo secondario, lieve leucocitosi neutrofila (leucociti 12.000 con 81 % di polinucleati neutrofili). Nelle settimane seguenti si assisterà ad una progressiva anemizzazione; il numero dei leucociti e formula rimarranno pressochè invariati. L'emocultura è positiva per lo stafilococco aureo. Ripetuta e controllata la positività di essa, si inizia la cura specifica con vaccino stafilococcico polivalente del commercio per via intramuscolare. La reazione sia locale che generale da vaccino è pressochè nulla: assai scarsa anche all'iniezione di 2 miliardi di germi. Non accenni a miglioramento. Nei giorni seguenti anzi la malattia rapidamente peggiora: il paziente, tormentato da violente cefalee, sudorante, con bocca e labbra fuliginose, di aspetto profondamente intossicato, irrequieto, subdelirante, è scosso da febbri violente a tipo continuo remittente, precedute da brivido e seguite da profuse sudorazioni. L'altezza della curva termica non si mantiene costante ed uguale nei vari giorni: a periodi di qualche giorno si hanno oscillazioni nelle puntate massime, sorpassando queste a volte i 40°, non arrivando altre volte a 39°. La funzione circolatoria si fa più fiacca, con polso molle, frequente; la pressione ulteriormente si abbassa (Mn. 55, Mx. 100). Alla base polmonare destra compare un focolaio di broncopolmonite che rapidamente si estende. Al dorso un flemmone superficiale che viene curato localmente previa incisione e drenaggio. Le orine si fanno torbide, con tracce di albumina e sangue all'esame chimico: numerose emazie, leucociti, e qualche cilindro jalino all'esame microscopico del sedimento. Frattanto, oltre a terapia sintomatica, venivano praticate iniezioni giornaliere di septoiod (cc. 10) per via endovenosa, continuate per più di un mese; per qualche giorno anche di urotropina (sospese poi per le condizioni renali). Si tenta inoltre la vaccinazione con autovaccino per via intramuscolare. Il risultato ugualmente sembra nullo.

Dopo più di un mese di degenza, in condizioni assai gravi, si inizia la autovaccinoterapia endovenosa. Date le condizioni generali, si incomincia con l'iniettare una piccola dose di assaggio (1 milione di germi). La reazione generale sembra presente e discretamente intensa: si ha qualche brivido accompagnato da riacerbazione della cefalea, e la temperatura che nel giorno precedente aveva raggiunto un massimo di 37°,5 (di poco avendo sorpassato tale cifra anche nei giorni immediatamente precedenti) tocca i 38°,5 (vedi grafica). Il giorno dopo con brividi e sudori si hanno 3 puntate febbrili successive, di cui l'ultima quasi a 41°. A distanza di 6 giorni si ripete il vaccino portando la dose a 2 milioni. Si ha pure reazione con temperatura superiore di un grado a quella del giorno precedente. Le condizioni locali (polmone, rene, flemmone del dorso) sembra che lievemente migliorino. A tre giorni di distanza si iniettano 4 milioni di germi. Anche questa volta si ha pure buona reazione febbrile. Da allora il vaccino venne periodicamente iniettato con intervallo di 2 giorni per le prime nove iniezioni, ad intervalli gradatamente più lunghi poi, mano a mano che il malato migliorava. Le dosi andarono gradatamente aumentando, fino a raggiungere i 100 milioni di germi per singola iniezione. Benchè la reazione febbrile dopo le prime iniezioni andasse scemando d'intensità e fosse a volte anche nulla, non si è creduto di aumentare le dosi di germi con più grandi scalini, date le condizioni di grande debolezza del malato, tali da render dubbia la sua possibilità di resistenza ad una eventuale violenta reazione da vaccino. Così procedendo il paziente va lentamente, ma con sicura progressione migliorando, la febbre a poco a poco cede


Interpretazione dei segni
A.V.I. = Autovaccino intramuscolare
S.E. = Septacrol endovenoso
U.E. = Urotropina endovenosa
A.V.E. = Autovaccino endovenoso

per lisi, e dopo quattro mesi e venti giorni di degenza il paziente esce guarito.

OSSERVAZIONE II. — C. Fernando, di anni 36. Impiegato, di abitudini di vita corrette. Nella famiglia una sorella morta molti anni fa di tubercolosi polmonare. Altri quattro fratelli sono sani. Di robusta costituzione, ha goduto per lo passato sempre di buona salute. Unici disturbi un anno e mezzo fa, plurimi foruncoli alle regioni glutee, foruncoli apertisi spontaneamente e ripetutisi per un paio di mesi a più riprese.

Tre mesi e mezzo prima del suo ricovero in Clinica, sempre in corrispondenza di una regione glutea, comparsa di nuovi foruncoli, che confluiscono a formare una larga lesione suppurativa a tipo di favo. Inizia allora febbre, a tipo continuo remittente, non preceduta da brividi, accompagnata nella defervescenza da sudori non molto profusi. Intanto il favo, curato con impacchi, cicatrizza, e di poi, fino al ricovero in Clinica, nessuna altra lesione superficiale è comparsa. Da quel tempo però la febbre è sempre persistita a tipo continuo remittente, a volte intermittente. L'andamento della curva termica è stato in questi tre mesi e mezzo a grandi ondate. Ad ogni periodo di maggior febbre hanno fatto sempre riscontro manifestazioni a carico dell'apparato respiratorio, a tipo di focolai di bronco-polmonite migrante: prima alla base destra, poi al lobo superiore sinistro, poi alla base sinistra, accompagnata sembra quest'ultima da complicazione pleurica omolaterale.

Qualche settimana prima di entrare in Clinica, d'improvviso il malato venne colto da violenti dolori addominali, prevalentemente a sede periombelicale, con irradiazione alla fossa iliaca destra, meteorismo di grado notevole, vomito e conati di vomito, saltuariamente singhiozzo. I curanti non si espressero allora con sicurezza sulla etiologia del male, pur escludendo secondo deposizione del paziente, una peritonite vera e propria. Tali dolori in poci giorni si attenuarono e più non ricomparvero così acuti, pur accusando il malato ogni tanto dolori addominali vaghi.

Complessivamente il paziente alla sua entrata in Clinica è febbricitante da circa tre mesi e mezzo, è di aspetto sofferente, dimagrito, pallido, defedato, tossicoloso, con abbondante escreato mucopurulento. Alla regione mammaria sinistra subito sotto all'areola, presenta un piccolo foruncolo suppurante, da poco comparso e che con cura locale in pochi giorni cicatrizzerà. Il polso è ritmico, molle, piccolo, normoteso (Mn. 80, Mx. 128), nulla di particolare al cuore. Al lobo polmonare inferiore sinistro focolaio di broncopolmonite. Alla percussione base polmonare inferiore sinistra immobile. Più in basso del focolaio di broncopolmonite si evidenzia una sottile striscia di ottusità a tipo pleurico. Alla base destra nelle profonde inspirazioni si ascoltano dei gruppetti di piccoli rantoli.

L'addome è trattabile, indolente, il fegato ingrandito (in alto alla V costa, in basso sporge circa mezzo centimetro, a margine liscio, aumentato di consistenza, poco dolente alla palpazione). Le sieroreazioni per lue, le sieroagglutinazioni per tifo, paratifi, melitense sono negative. La glicemia è di 1,09 ‰. L'esame dell'escreato ripetuto è negativo per il b. di Koch. All'esame emocromocitometrico modica anemia di tipo secondario con leucocitosi (leucociti 13.500). Formula leucocitaria normale. Le orine sono di normale quantità nelle 24 ore, torbide, presentano tracce evidenti di albumina e sangue all'esame chimico, numerosi leucociti e scarse emazie nel sedimento all'esame microscopico. L'emocultura è replicatamente e controllatamente positiva per lo stafilococco aureo.

Nei primi giorni di degenza oltre a cardiocinetici e sedativi nevrosi, si iniettano quotidianamente cc. 10 di septoiod endovena, e si somministrano per bocca gr. 1,5 di Causyth. La curva termica a tipo continuo remittente tocca per qualche tempo massimi quotidiani di 39 ed oltre, scende poi per stabilizzarsi su massimi di 37°,5 o di poco superiori. Intanto, mentre la localizzazione polmonare migliora, si fanno sempre più evidenti i segni di un versamento pleurico sinistro. L'emocultura è sempre positiva.

Date le condizioni generali discrete, il coincidente periodo di remissione febbrile, si inizia la terapia endovenosa con autovaccino a dose molto maggiore che nel caso già descritto. Ad una prima iniezione di 20 milioni di germi, preceduta di un giorno da una piccola iniezione di assaggio, segue intensa reazione (puntata febbrile di quasi due gradi superiore alla massima temperatura del giorno precedente) accompagnata da violenti dolori all'ipocondrio destro a tipo di epatalgia, tali da richiedere l'uso di pantopon per os. Con intervalli di due giorni fra l'una e l'altra vengono praticate altre tre iniezioni endovenose di vaccino fino a raggiungere nell'ultima la dose di 80 milioni di germi. Ciascuna iniezione è stata seguita da reazione termica ed epatalgia come la prima; ma di grado sempre più scarso. Il giorno precedente a quello in cui fu praticata l'ultima, il malato era apirettico; il giorno del vaccino, qualche ora dopo l'iniezione, toccò un massimo di 37°,7; ebbe puntata a 37°,4 il giorno successivo; di poi stabile apiressia. Da notare che oltre al rialzo termico seguente come reazione immediata a qualche ora dopo l'iniezione, ogni volta anche nel giorno successivo si è notata una temperatura a brusca elevazione; a puntata bifida, con massimo superiore agli usuali, di tipo analogo a quello osservato qualche volta anche nel primo caso già descritto. Su tale fatto ritornerò più avanti.

Dopo la IV iniezione, sospesa la via endovenosa, in ammalato apirettico, la vaccinazione venne ancora proseguita a titolo prudenziale, per qualche giorno, per via intramuscolare. Venne usata tale via anche per la opposizione del malato a lasciarsi vaccinare endovena causa il malessere ed il dolore in sede epatica che ognuna delle precedenti endovenose gli aveva procurati. Così iniettato il vaccino non diede più alcuna reazione.

Il versamento pleurico sinistro aumentato di quantità nei primi giorni di degenza in Clinica, senza però mai raggiungere un grado elevato, si riassorbì quasi completamente nei giorni corrispondenti alle prime iniezioni di vaccino. Presentò poi verso la fine della vaccinazione un secondo aumento nella quantità, non accompagnato da febbre, per riassorbirsi del tutto e stabilmente a vaccinazione endovenosa da qualche giorno ultimata. Il liquido estratto durante il primo episodio (cc. 30) era giallo citrino, torbido, a Rivalta intensamente positiva, di densità 1030 con il 36 ‰ di albumina. Quello estratto nel secondo episodio (cc. 110) aveva aspetto e Rivalta come il primo, presentava densità di 1045 con il 48 ‰ di

albumina. Ambedue i campioni erano batteriologicamente sterili nei comuni terreni di coltura. Nel sedimento numerosi leucociti, con prevalenza di linfociti nel primo, di polinucleati neutrofili nel secondo.

Dopo un mese e mezzo di degenza il malato esce guarito.

OSSERVAZIONE III. — N. Furio, di anni 26. Aviatore, di famiglia sana, di abitudini di vita corrette. Di robusta costituzione, ha condotto una vita sempre fisicamente molto attiva, bene sopportando disagi e fatiche. Sposato da un anno, ha un figlio sano. Nessuna malattia degna di nota per il passato.

Poco più di un mese prima della sua entrata in Clinica, improvvisamente, senza speciali disturbi, comparve febbre preceduta da brivido, febbre che durò circa un giorno e mezzo toccando un massimo di 39°. Dopo una settimana di apiressia, con intenso dolore alla regione lombare destra, ripresa delle febbre, che, preceduta a volte da brividi, accompagnata sempre da sudorazione, continuò nei giorni successivi con decorso a tipo continuo remittente raggiungendo massimi quotidiani fino a 39°. Un medico che allora lo visitò riscontrò stomatite aftosa grave (già da parecchio tempo il paziente avvertiva bocca cattiva, impaniata, e gengive dolenti), e, all'apparato respiratorio presenza di sfregamenti alla base sinistra.

D'allora la febbre non è più cessata. Solo ha presentato per una settimana diminuzione di altezza nella curva, per riprendere poi, sempre con i medesimi caratteri, più violenta di prima con massimi pomeridiani fino a 40°,5. Nessuna particolare sintomatologia a carico dei vari organi. Un esame di orina eseguito nei primi giorni di malattia ha dato reperto di albuminuria non dosabile, scarsa cilindruria, leucociti ed emazie nel sedimento.

Obbiettivamente alla sua entrata in Clinica (dopo circa un mese di malattia) il malato si presenta in condizioni generali non molto scadute, di aspetto sofferente, con sensorio discretamente libero. L'alito è maleodorante: le labbra sono secche, lievemente cianotiche, le gengive arrossate, tumide, in parte scollate dal dente, e spremute lasciano fuoriuscire dall'interstizio fra esse ed il colletto dentario goccioline di pus. La lingua è rossa, desipitelizzata, le tonsille modicamente ingrossate, infiammate, il faringe iperemico con zaffi mucopurulenti. Le linfoghiandole sottomandibolari un po' ingrossate, spostabili, dolenti. Il polso è molle, ritmico, di frequenza in rapporto normale con la temperatura, normoteso. Non rilievi degni di nota sugli altri organi ed apparati, tranne modicissima epatomegalia senza speciali caratteri. L'esame delle regioni lombari è negativo: non si nota succulenza delle pareti, non si provoca dolore con la palpazione. Le sieroreazioni per la lue, le sieroagglutinazioni per tifo, paratifi, metilense, sono negative. All'esame emocromocitometrico lievissima anemia a tipo secondario con leucocitosi (20.000 globuli bianchi). Nulla di patologico nella formula leucocitoria. Le orine sono torbide, con abbondanti tracce di albumina all'esame chimico, numerosi leucociti all'esame microscopico del sedimento. Ora non emazie nè cilindri. Emocultura ripetutamente e controllatamente eseguita, positiva per stafilococco aureo.

Nei primi giorni di degenza oltre a cura sintomatica cardiocinetica e ricostituente, vengono eseguite iniezioni endovenose quotidiane di septoiod, sostituite dopo qualche giorno da alcoolterapia endovenosa di Causyth per bocca e per clistere. Le alte temperature continuando invariate, peggiorando progressivamente le condizioni generali mentre da parecchi giorni si avevano segni di localizzazioni all'apparato respiratorio, anche tali ultimi medicamenti vennero, dopo una decina di giorni, abbandonati e sostituiti con l'autovaccino endovenoso. Analogamente al primo caso riportato, date le febbri altissime, le condizioni generali gravi, la funzione cardiaca ogni giorno più fiacca, si inizia con grande prudenza, iniettando piccola quantità di germi (2 milioni). Tale dose viene nelle iniezioni successive lentamente aumentata, spesso ripetendo l'iniezione della dose già somministrata la volta precedente quando per lo stato iperpirettico, per le condizioni gravi si aveva ragione di temere un effetto pericoloso da una eventuale reazione forte.

Le iniezioni venivano eseguite di regola con intervalli di due giorni, di tre o più qualche volta, quando la puntata febbrile del giorno precedente a quello destinato all'iniezione, era stata particolarmente violenta. Le reazioni febbrili da vaccino che si ebbero furono sempre di modicissimo grado, a volte anche nulle. Furono eseguite in tutto una quindicina di iniezioni raggiungendo nelle ultime la dose massima singola di 60 milioni di germi.

La febbre cominciò a decrescere presentando qualche netta remissione, fra la settima e ottava iniezione, poi lentamente cadde per lisi.

Come già dissi, poco prima dell'inizio della vaccinazione si era assistito alla comparsa di localizzazioni a carico dell'apparato respiratorio. Già nei primi giorni di degenza, in corrispondenza del lobo polmonare inferiore destro si erano ascoltati sotto i colpi di tosse scarsi gruppetti di fini crepitii, e più in basso, alla base, una coroncina di sfregamenti. Nei giorni successivi si ha aumento della tosse con abbondante escreato mucopurulento: a dieci giorni dall'entrata si hanno segni di versamento pleurico che dapprima lentamente, poi a più rapido andamento, aumenta di livello, rimanendo però sempre nei limiti di un modico versamento. Vennero in due sedute successive evacuate piccole quantità di liquido (cc. 300 e cc. 400) con relativa immissione di aria nel cavo pleurico.

Il liquido estratto era leggermente torbido, a Rivalta fortemente positivo, con il 35 ‰ di albumina. Negativa la semina nei comuni terreni di cultura. Nel tratto di polmone sottoposto al versamento, iniziali focolai multipli di broncopolmonite ad andamento torpido, senza tendenza a risoluzione, che hanno presentato in un secondo tempo evoluzione a tipo ascessuale. Si ebbe formazione di una escavazione ovalare, delle dimensioni di un gosso uovo, circondata da una larga zona di reazione a tipo fibrotico. Dopo più di un mese di degenza, gradualmente, mentre la febbre cadeva per lisi, la lesione polmonare si avviò a cicatrizzazione, il versamento riassorbì, residuando solo uno spesso coltrone pleurico. Uscito dalla Clinica apirettico dopo due mesi dall'entrata, il malato proseguì la vaccinazione endovenosa a casa per una decina di giorni, poi fece semplici cure ricostituenti generali. Nessun disturbo re-

siduò neanche dal sofferto processo polmonare, ed a quasi un anno di distanza il paziente è stato finora sempre bene.

Fra le varie sepsi la stafilococcica passa per essere una delle più gravi, a mortalità altissima, non ostante i numerosi e differenti procedimenti terapeutici proposti per combatterla. Nelle forme gravi, ad andamento iperacuto, per concorde osservazione qualsiasi terapia è vana. Dove molto si discute e molto si tenta è nelle forme subacute e croniche. In esse svariate sono le terapie proposte e sperimentate, e casi sporadici di successi non trascurabili si annoverano per molte di esse. È da notare che larghe esperienze terapeutiche non sono possibili per la scarsa casistica che questa malattia fortunatamente offre.

La chemioterapia venne usata su larga scala, sperimentando tutti i vari preparati (sublimato, urotropina, composti di iodio, derivati della acridina, metalli colloidali ecc.) che l'industria chimica può offrire, nel complesso con risultati scarsi o nulli (Boeri: nella relazione dell'ultimo Congresso di Medicina Interna). Noto che nessun per lo meno apparente giovamento dalla somministrazione endovenosa di septoiod si ebbe anche nei miei casi.

Contrastanti, benchè nella maggioranza poco favorevoli, sono i giudizi sulla proteino e stomosinoterapia. Più che sola, può la proteinoterapia riuscire utile associata alla terapia vaccinica specifica della quale può potenziare l'azione (Boeri, Cantani, Micheli). Uguale il giudizio anche per l'ascesso da fissazione; recentemente Gonzáles Suárez riporta un caso così trattato con evoluzione favorevole; Mañé invece un altro in cui per esso non si ebbe alcun vantaggio.

Anche l'alcoolterapia endovenosa è stata usata, specie da medici tedeschi, sempre con variabili risultati. Recentemente Luna Gañàn ha riferito di un caso così curato con assai scarso giovamento. Nessun vantaggio ha ottenuto da tale terapia il terzo dei miei malati, che ad essa fu sottoposto per una decina di giorni.

Come in sepsi di altra eziologia, anche nella stafilococcica pure contrastanti sono nel complesso gli effetti ottenuti dall'immunotrasfusione: risultato ottimo da ripetute trasfusioni hanno ultimamente riferito di aver ottenuto in una forma grave a lungo decorso, a molteplici localizzazioni, Raybaud e Cousin.

Il carbone sospeso in soluzione fisiologica ed iniettato endovena, animale (Saint Jacques) e vegetale (Touraine e Menetrel) è stato pure proposto ed usato sembra con risultati iniziali incoraggianti. La sua utilizzazione è però del tutto recente ed ancora allo studio.

La sieroterapia specifica è già stata da molti anni sperimentata in molteplici casi, ed, a differenza che nelle forme streptococciche, dai più ora nelle sepsi stafilococcica abbandonata per gli scarsissimi risultati ottenuti. Recentemente veniva consigliata da Whitby associata a piccole trasfusioni sanguigne che potenzierebbero l'azione del siero. Questo autore ritiene la sieroterapia particolarmente utile nelle forme ad impronta altamente tossica, se precocemente iniziata ed a larghe dosi condotta.

Non è da escludere però che i risultati favorevoli che in qualche caso dal siero si sono ottenuti, siano dovuti non tanto ad un'azione specifica quanto aspecifica da particolare proteinoterapia. Ricordo a questo proposito come nell'ultimo Congresso di Medicina Interna Boeri abbia riferito dei benefici effetti avuti in alcuni casi dalla sieroterapia non specifica, con siero antimelitense.

Il trattamento mediante batteriofago è stato preconizzato da d'Hérelle come procedimento di elezione in tutte le affezioni stafilococciche.

Nelle forme generalizzate, setticemiche, consiglia Egli una somministrazione unica di batteriofago per via endovenosa. La sua azione curativa sarebbe rapidissima, di effetto quasi immediato attraverso una violentissima reazione a tipo di choc. A parte il fatto che è in ogni modo discutibile se un eventuale potere curativo così esplicato possa ritenersi in funzione veramente di un'azione specifica da batteriofago, oppure ad una azione aspecifica da choc per i prodotti batterici solubilizzati che con il batteriofago si iniettano, i reali risultati ottenuti sono dai più messi in dubbio.

Secondo Hauduroy mentre il batteriofago trova la più brillante delle applicazioni in tutte le affezioni stafilococciche localizzate, si dimostra completamente inattivo nelle sepsi. In nessuno di quattro casi da Lui così trattati si è avuta guarigione. Haudoroy sconsiglia poi la somministrazione endovenosa per le violentissime, pericolose reazioni che essa procura.

All'opposto, più recentemente, Raiga ha estesamente riferito alla società dei chirurghi di Parigi di un grave caso di sepsi secondaria ad ascesso pararenale, con duplice localizzazione flebitica a livello dei grossi tronchi degli arti inferiori, nel quale si è avuto caduta della febbre per crisi e rapida guarigione in seguito ad iniezione endovenosa di cmc. 10 di stock batteriofago antistafilococcico. La

guarigione si è avuta attraverso una violentissima reazione iperpirettica a tipo di choc. Aggiunge Egli di aver curati nel medesimo modo anche altri casi di sepsi (8 in tutto) sempre con buoni risultati (2 soli decessi).

Raiga fa precedere alla somministrazione del batteriofago autoemoterapia quale trattamento preparatorio. Secondo questo A. le esperienze negative sarebbero dovute al fatto che il siero di sangue del malato — ambiente in cui nella sepsi si dovrebbe svolgere la batteriofagia — è sovente sfavorevole al processo batteriofagico per presenza in esso di antifagi (antiphages). Sarebbero questi di due tipi: antifagi di resistenza microbica — quando esaltano la resistenza del germe; antifagi di inattività del batteriofago — quando inibiscono la virulenza del batteriofago stesso. La loro presenza nel siero di sangue sarebbe frequentissima negli individui che hanno precedentemente avuta vaccinazione stafilococcica. Tanto per l'uno come per l'altro tipo di antifagi l'azione contraria al fenomeno di d'Hérelle sarebbe vinta dall'autoemoterapia. La spiegazione teorica, appoggiata anche da alcuni dati sperimentali di laboratorio, è suggestiva: nel malato credo manchino però tuttora prove sufficienti per poterla confermare in pratica.

La cura vaccinina ha fautori e negatori: più numerosi forse i secondi che i primi.

Il Fieschi nella relazione in argomento all'ultimo congresso di Medicina interna (alla quale rimando per più dettagliate notizie) pur riportando le conclusioni negative della maggioranza degli autori, non esclude, anche per esperienza personale, che in alcune forme si possano avere notevoli vantaggi dalla vaccinoterapia endovenosa. Nella relazione stessa riporta due casi così trattati. In uno di essi si ebbe guarigione definitiva. Nell'altro si ebbe per la vaccinazione rapida guarigione di un focolaio settico ad una spalla e decorso abortivo di due altre localizzazioni insorte in corso di malattia. Il paziente venne poi a morte in un secondo tempo probabilmente per qualche focolaio ignorato e non drenato che sosteneva la sepsi.

Anche la percutanea come via d'introduzione del vaccino è stata provata. Alberto Mañé ne riporta recentemente un caso con esito in guarigione. Si trattava di una donna affetta da sepsi secondaria ad aborto, in gravi condizioni, in cui altre terapie già tentate avevano fallito allo scopo. La vaccinazione venne effettuata con autovaccino a germi vivi. Eseguite delle scarificazioni dermiche in una zona della regione esterna di una coscia, venne ivi strisciato ed indi fissato in sito un batuffolo di cotone imbevuto in una sospensione del germe in soluzione fisiologica. A pochi giorni dalla applicazione insieme con la comparsa in sede di vaccinazione di un violento processo infiammatorio con abbondante secrezione purulenta, ed insieme a localizzazioni multiple a distanza, si ebbe brusca caduta della temperatura e rapido miglioramento fino a guarigione.

* * *

I casi da me riportati richiedono poche parole di commento dal lato decorso e terapia.

In tutti tre i casi si tratta di sepsi ad andamento subacuto (o cronico per il secondo) nei due primi malati secondaria a foruncolosi, nel terzo probabilmente a processo settico del cavo orale. Come di norma si ebbero nel corso della sepsi localizzazioni secondarie. Comune a tutti tre i pazienti la localizzazione respiratoria a tipo di focolai multipli di broncopolmonite, risoltasi come tale nei primi due casi, decorsa con ulteriore evoluzione in ascesso nel terzo caso.

Nei due ultimi malati il processo polmonare si accompagnò a versamento pleurico, con liquido a caratteri di essudato, torbido, abbondantemente corpuscolato, privo però di germi. Comune pure in tutti la compromissione renale a tipo emorragico. I pazienti vennero in osservazione quando la malattia era già iniziata da qualche tempo; da 20 giorni nel primo, da un mese nel terzo, da ben tre mesi e mezzo nel secondo. La vaccinazione endovenosa ebbe perciò inizio tardivo, quando la sepsi era in corso già da parecchio tempo: da più di due mesi nel primo (dato che si provarono prima a lungo altre terapie), da più di quattro mesi nel secondo, da circa un mese e mezzo nel terzo. Alla cura vaccinica si accompagnò per qualche tempo terapia antiinfettiva generale — in tutti septoiod, in due causyth, in uno anche proteinoterapia (leucoplasi), in un altro alcoolterapia. Dalla diretta osservazione dei pazienti non pare che queste terapie abbiano per nulla influenzato il decorso della malattia. Come si vede dalla grafica di uno dei malati, che riporto come quello che fu sottoposto a maggior numero di tentativi terapeutici (oss. prima), nessuna influenza hanno esse dimostrato neanche sull'andamento della curva termica, che non varia per esse nè per altezza, nè per tipo, che mostra sia in loro presenza che in loro assenza le medesime modalità di reazione da vaccino.

Per la preparazione dell'autovaccino si è seguita la tecnica usuale: Germi da patine di agar culture di 24 ore ottenute da diretto insemenzamento dall'emocultura, ripresi in soluzione fisiologica fenicata al 0,5 % ed uccisi a calore (bagnomaria a 60°). Determinazione mediante conta al microscopio nella comune camera di Thoma Zeiss del numero dei germi contenuti per centimetro cubico in tale sospensione madre. Allestimento da essa delle varie diluizioni, e, previo controllo di sterilità in aereobiosi ed anaereobiosi, infialettatura.

Nel primo e nel terzo caso date le gravi condizioni generali dei malati, le dosi di vaccino usate furono sensibilmente inferiori a quelle di solito consigliate (in Fieschi: relazione al Congresso) essendosi iniziata la vaccinazione rispettivamente con uno e due milioni di germi. Da notare che anche con queste piccole dosi in uno dei casi (il primo) si ebbero buone reazioni febbrili. Scarsissime invece costantemente nell'altro. Efficaci fin dalla prima le iniezioni nel secondo caso, subito incominciate con dosi più alte.

La reazione al vaccino iniziava di solito verso la terza, quarta ora dopo la iniezione con disturbi generali (malessere, cefalea, senso di freddo, a volte brividi) variabili nella loro intensità in modo proporzionale all'altezza della puntata termica che poi si aveva. Nel secondo caso, trattato fin dall'inizio con dosi più generose, e nel quale si aveva qualche segno di compromissione epatica, ciascuna reazione vaccinale è stata accompagnata da epatalgie, violentissima quella seguita alla prima iniezione, per la quale si ebbe corrispondentemente anche massima reazione termica.

La reazione febbrile raggiungeva di solito il suo acme verso la settima-ottava ora, per diminuire poi rapidamente. Variabile era il modo di comportarsi della temperatura successiva alla puntata reattiva: A volte, analogamente a quanto si osserva come regola per la vaccinazione endovenosa nella brucellosi (Signorelli) subito dopo il massimo raggiunto si notava una caduta della temperatura al disotto dei minimi abituali, con riprese febbrili che non raggiungevano nel giorno dopo ed in quelli subito seguenti i massimi toccati precedentemente al vaccino. Altre volte invece, dopo una scarsa caduta della temperatura subito successiva alla massima che per il vaccino si era raggiunta, si aveva nel giorno dopo altra forte puntata febbrile a cuspide unica, o certe volte anche duplice o triplice, superiore ai massimi precedenti (vedi grafica segno +). Al terzo giorno poi l'altezza della febbre diminuiva rapidamente. Tale modalità di comportamento si nota sia nel primo che nel secondo caso trattato. Reazione protratta da vaccino? Non sono queste due osservazioni uniche, poichè fenomeno analogo avevamo già notato qui in Clinica in due malati di brucellosi in corso di autovaccinoterapia endovenosa.

Altra particolarità di comportamento è da notare nel grado dell'intensità di reazione alle successive iniezioni nel corso della vaccinazione. Nelle malattie infettive normalmente nel malato sottoposto a vaccinoterapia endovenosa specifica le singole iniezioni eseguite con dosi di germi via via maggiori danno sempre reazione, siano fatte esse in periodo febbrile o dopo lo sfebbramento. Nei miei casi invece, irregolarmente nel primo, con regolare progressione nel secondo, mentre la dose di vaccino veniva progressivamente aumentata, andava progressivamente esaurendosi, nel primo caso fino a mancare a volte del tutto, la reazione febbrile. Anche questa non prima osservazione in proposito: modalità di comportamento analogo è stata già notata da Magnano in due casi di brucellosi. Affaccia Magnano l'ipotesi che dalla comparsa di tale fenomeno in malato che prima reagiva normalmente alla introduzione del vaccino, si possa forse trarre indice prognostico favorevole di guarigione a breve scadenza. Tale ipotesi sembrerebbe confermata dalle due mie osservazioni. Infatti in tutti e due i malati il fenomeno si è osservato in periodo di tempo di poco precedente allo sfebbramento: nel primo caso più resistente, in fase di malattia più acuta, dopo parecchie iniezioni; nel secondo caso che ha avuta rapida risoluzione, fin dall'inizio.

In tutti e tre i casi trattati lo sfebbramento è avvenuto gradualmente. Nel comportamento fondamentale della curva termica verso la lisi si è notato dapprima un progressivo abbassamento delle temperature minime delle singole giornate, spesso con minimi subnormali, restando in un primo tempo le massime pressochè invariate (le oscillazioni termiche si sono fatte cioè più ampie). Nel tempo successivo si è notato graduale rimpicciolimento delle oscillazioni termiche quotidiane, sia per abbassamento progressivo delle massime, che per innalzamento delle minime, fino a raggiungere temperatura ed oscillazioni normali.

Un'ultima osservazione riguardo al meccanismo d'azione dell'autovaccino introdotto endovena. È noto e da tutti ammesso come normalmente esista un diretto rapporto fra inten-

sità di reazione febbrile ed efficacia curativa del vaccino. Ora, per quanto è concesso dedurre da una casistica così limitata come la mia, non sembrerebbe che questa dovesse essere regola assolutamente costante sempre ed in ogni caso. Probabilmente anche altri fattori, oltre la reazione febbrile, e da questa indipendenti, benchè quasi sempre con essa coincidenti, intervengono nel meccanismo d'azione della vaccinoterapia endovenosa. Infatti dallo studio del decorso dei miei malati, mentre il modo di reagire al vaccino dei due primi casi autorizza a dare la massima importanza alla reazione febbrile (netta coincidenza nel primo caso dell'inizio del miglioramento con la presenza di buone puntate febbrili reattive, più rapida guarigione nel secondo in cui singolarmente violenta è stata la reazione già alla prima iniezione), la costantemente scarsa o nulla reazione del terzo vi è contraria. Dovuta la poca reazione solo ad insufficienza quantitativa delle singole dosi di vaccino iniettate? Non lo affermerei con sicurezza, perchè anche in questo malato non ostante la povertà di reazione febbrile, si è avuto con la vaccinazione, sia pure in modo più tardo e lento che negli altri casi, graduale miglioramento fino alla guarigione. Dosi quindi che sembrerebbero terapeuticamente sufficienti. Che terapia vaccinica e marcia verso la guarigione siano state due cose indipendenti fra di loro, e solo casualmente coincidenti, non sembra. Lo prova il netto rapporto, come da causa ad effetto, che si è potuto notare fra di loro. Per le prime sette od otto iniezioni il quadro della malattia, la curva termica continuarono immutati. Ma dalla settima, ottava in là si è visto che il miglioramento che iniziava ed andava mano a mano consolidandosi, non procedeva ad andamento uniforme, ma sembrava seguire quasi a tappe ad ogni successiva iniezione. Lo controprova inoltre il modo di variare della curva termica da quando il malato ha incominciato a migliorare. È andata essa via via abbassandosi seguendo modalità analoghe a quelle dei due casi precedenti bene reagenti termicamente al vaccino: oscillazioni cioè da principio più ampie per più accentuate remissioni, graduale successivo abbassamento poi anche delle temperature massime con conseguente progressiva diminuzione nell'ampiezza delle oscillazioni quotidiane.

Anche quest'ultima mia osservazione non è isolata nel campo della vaccinoterapia nelle malattie infettive: già il Signorelli dallo studio di due casi di brucellosi aveva notato come non sempre esista un diretto rapporto fra altezza della reazione termica ed efficacia terapeutica del vaccino endovenoso.

RIASSUNTO.

L'A. descrive tre casi, con esito in guarigione, di sepsi stafilococcica trattati con autovaccino endovenoso.

In tutti tre i pazienti la malattia era a tipo subacuto, in due secondaria a foruncolosi, in uno probabilmente a processo settico del cavo orale. In tutti si avevano tipiche localizzazioni secondarie. La vaccinazione diede ottimi risultati anche se iniziata tardi (da un mese e mezzo a più di quattro mesi dopo l'inizio della malattia). Le dosi iniziali del vaccino variarono da 1 e 2 milioni di germi nel primo e terzo caso (malati in condizioni generali gravi) a 20 milioni nel secondo. La guarigione fu rapida nel secondo caso, più lenta negli altri due. In corso di vaccinazione si sono potuti osservare particolari modi di comportamento sia nelle singole reazioni al vaccino che nella loro successione cronologica.

LAVORI CITATI.

Boeri. *Terapia aspecifica delle malattie infettive.* Relaz. al 40° Congresso Med. Int., Roma, ottobre 1934.

Cantani. Comunicazione in sede di relaz. al 40° Congresso Med Int., Roma, ottobre 1934.

D'Hérelle. *Le bactériophage et son comportement.* Masson ed., Paris, 1926.

Fieschi. *La vaccinoterapia delle infezioni da piogeni e delle artropatie.* Relaz. al 40° Congresso Med. Int., Roma, ottobre 1934.

Gonzáles Suárez. La medicina ibera, 1933, n. 810-813, 1934, n. 862.

Hauduroy P. Presse Méd., 1931, n. 10.

Lemierre. Cit. sec. Raybaud.

Luna Gañán. Seduta 24 aprile 1933 dell'Accademia medico-chirurgica spagnola: in med. Ibera, 1933, n. 810, pag. 716.

Magnano L. Comunicazione alla soc. Med. chir. di Catania: nel volume: « la cura specifica delle brucellosi » di Di Guglielmo, pag. 131, Muglia ed., 1933.

Mañé A. Comunicazione alla Soc. Méd. des Hôpit. de Paris, sed. 7 dicembre 1934, in Bull. et mém. de... n. 22, dic. 1934.

Micheli. Comunicazione in sede di relaz. 40° Congresso med. int., Roma, ottobre 1934.

Raiga A. Bull. et mém. de la soc. des chir. de Paris, 1931, n. 11.

Raybaud et Cousin. Marseille méd., 1934, n. 9.

Saint Jacques. Bull. de l'Acad. de méd., 1934, t. CXI, n. 4.

Signorelli S. Comunicazione alla soc. med. chir. di Catania, nel volume « la cura specifica delle brucellosi » di Di Guglielmo, pag. 89, Muglia, ed., 1933.

Touraine e Menetrel. Presse méd., 1934, n. 99.

Whitby L. E. H. Lancet, ottobre 1934, n. 14.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale del Littorio in Roma - Reparto Urologico
Primario: Prof. E. MINGAZZINI.

Su un caso di cheratosi del glande.

Dott. GIULIO C. BIANCHI, assistente.

Fra i tumori benigni del pene, quelli che certamente si presentano più di rado alla nostra osservazione sono i *corni cutanei* o *cheratosi*. Hagedorn, nel 1911, da tutta la letteratura mondiale ne ha potuto riunire solamente 6 casi.

Non sappiamo quale sia l'origine di tali tumori: il più delle volte essi compaiono in individui affetti da fimosi congenita, specie quando non si siano sottoposti ad intervento chirurgico o lo abbiano fatto essendo già innanzi negli anni. Secondo Pick potrebbero essere punto di partenza di questi tumori anche dei condilomi acuminati e la psoriasi.

Il corno cutaneo si impianta sul glande, sia alla base che all'estremità, e non invade quasi mai il prepuzio: esso si presenta come una massa più o meno rilevata, costituita da croste sovrapposte l'una all'altra, friabili in superficie, ma saldamente impiantate alla base sul glande. L'altezza di questa massa varia da pochi millimetri a 9 o 11 centimetri (Pick). Di solito il corno si presenta di colorito rosso brunastro o giallastro e non è mai doloroso, a meno che non si cerchi di staccarlo alla base: esso sanguina difficilmente e non provoca mai alcuna reazione infiammatoria nei tessuti su cui si impianta.

Le linfoghiandole inguinali non sono mai invase dal processo, che si limita, almeno per molto tempo, esclusivamente al punto su cui si è impiantato.

Microscopicamente, il corno cutaneo è costituito da un piano basale (derma) a struttura papillare in cui sono i vasi sanguigni: a questo si sovrappone l'epidermide e poi uno strato, più o meno spesso, di masse dure, ondulate, poste irregolarmente una rispetto all'altra, di aspetto corneo.

Fra le papille, rimpicciolite e schiacciate, numerosi zaffi epiteliali si prolungano, più o meno regolarmente, in profondità.

Il decorso clinico di tali tumori è certamente benigno: ma per la tendenza degli zaffi epiteliali a prolungarsi nel tessuto sano, bisogna tener presente la eventualità della trasformazione della cheratosi in un tipico carcinoma cutaneo.

Ma anche eliminando questa possibilità, tali tumori rappresentano una grave infermità per il paziente, sia per l'impedimento che determinano alla funzione sessuale, sia perchè gemono più o meno continuamente una secrezione sierosa e sia perchè infine quando si impiantano attorno allo sbocco uretrale possono rappresentare un impedimento alla minzione.

L'unica terapia possibile è l'asportazione totale del tumore, fatta nel tessuto sano: quindi occorre talvolta arrivare sino all'amputazione completa del glande.

L'escissione fatta anche molto profondamente, è sconsigliata, date le lunghe propagini epiteliali.

Riferirò ora brevemente su un caso di cheratosi del glande che si è presentato alla nostra osservazione.

F. Carlo, a. 50, ammogliato con donna sana, da cui ha avuto due figli sani ed un figlio morto a due anni per malattia intestinale. Padre morto a 78 anni nel manicomio di Perugia, dove era stato ricoverato per demenza alcoolica. Madre vivente e sana; nulla nei collaterali.

Anam. pat. remota. Il paziente non ricorda alcuna malattia degna di nota. È affetto da fimosi sin dall'infanzia, senza però aver impedimento alla minzione ed al coito. Qualche volta però notava il riempirsi di orina dello spazio fra il glande ed il prepuzio.

Nel 1916 fu ferito da scheggia di granata alla reg. lomb. sin. ed alla regione coccigea. Rimase ricoverato in ospedale per circa 9 mesi ed in quel tempo ebbe dolori addominali, diagnosticati come coliche appendicolari. Non fu operato. Tre anni fa ebbe polmonite che risolse in circa dieci giorni.

Anamnesi pat. attuale: nel mese di ottobre del 1934 il paziente cominciò ad avvertire prurito e fitte dolorose al giande, senza notare arrossamento della cute ed elevazioni termiche.

Si fece ricoverare in ospedale, ove gli furono fatti impacchi caldi sulle parte e, dopo tre giorni, non avvertì più alcun disturbo. Fu consigliato a sottoporsi ad intervento chirurgico per togliere la fimosi. Fu operato il 24 novembre. Dopo l'operazione il glande si disepitelizzò completamente; per questa ragione furono fatti impacchi caldi locali. Lentamente si riformò la mucosa sul glande, ma contemporaneamente, il paziente notò il formarsi di una crosta brunastra attorno allo sbocco uretrale. Con nuovi impacchi caldi tale crosta cadde, ma limitatamente alla parte inferiore dello sbocco uretrale. Il paziente intanto avvertiva bruciore alla minzione e prurito. Dopo qualche tempo si riformarono nuove croste che aumentarono in spessore ed in superficie tanto da occludere lo sbocco uretrale, per cui il paziente aveva difficoltà alla minzione. Egli si fece nuovamente ricoverare in ospedale. Qui gli furono tolte le croste, senza che il glande sottostante sanguinasse, ma ben presto esse si riformarono, estendendosi a quasi tutto il glande. Per questi fatti il paziente domanda ricovero nel nostro ospedale. Mai febbre; alvo regolare.

E. O.: Condizioni generali buone; sensorio vigile; decubito indifferente. Pannicolo adiposo conservato. Musculatura tonica e trofica. Scheletro

normale. Si palpa qualche linfoghiandola nelle comuni stazioni. Cute di colorito normale. Cicatrice irregolare in corrispondenza dell'ipocondrio sin sul margine costale. Altra cicatrice rotondeggiante, un po' rilevata, in corrispondenza della 10ª costa, alla regione sottoscapolare sinistra.

Temperatura: 36°,3. Polso: 72.

Lingua umida, detersa. Dentatura sana. Nulla al faringe.

Torace: ben sviluppato in tutti i diametri, con ampi spazii intercostali. F.v.t. normale su tutto l'ambito. All'ascoltazione, murmure vescicolare normale. Apici e basi in sede normale.

Cuore: nei limiti, toni lontani. Non si avvertono rumori nè soffii. Fascio vascolare nei limiti.

Addome: trattabile, indolente. Organi ipocondriaci nei limiti.

Reg. renali: bilateralmente non si palpano i reni. Nessun punto renouretrale dolente. Giordano negativo.

Nel globo vescicale, non si palpa la vescica.

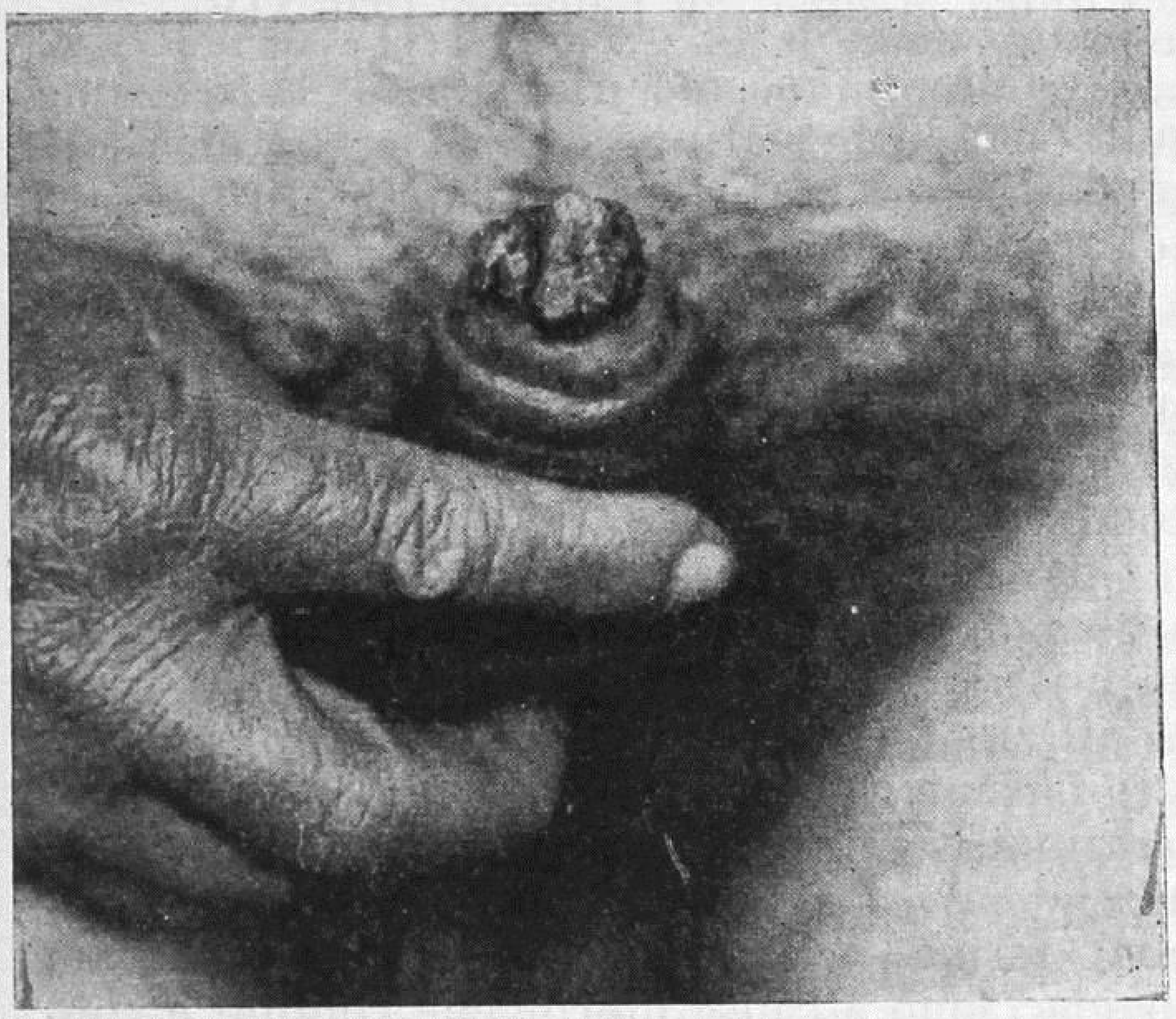


FIG. 1.

Sist. nervoso: pupille isocoriche, reagenti alla luce e all'accomodazione. Rotulei ed achillei presenti.

Organi genitali: nulla a carico dei testicoli e dello scroto. Il prepuzio è saldato al 3° inferiore del glande.

La mucosa di questo è per circa 1 cm., a partire dal punto di unione al prepuzio, lucente, in alcuni tratti rosea, in altri biancastra.

Tutta la parte superiore del glande (vedi fig. 1), è occupata da una massa, della grandezza di una noce, di aspetto crostoso, più rilevata nella parte centrale ossia in corrispondenza del meato uretrale, a superficie irregolarmente scabrosa, di colorito in alcuni punti giallastro, in altri rossobrunastro. Questa massa presenta una fenditura in corrispondenza del meato uretrale.

Il fondo di questa fenditura è di aspetto biancastro ed umido, mentre il resto della massa è secco.

Alla palpazione si nota che queste croste sono fortemente aderenti ai piani sottostanti, dure nelle parti più rilevate, duro-elastiche nelle parti inferiori, friabili, indolenti, non sanguinanti. Il distacco di una parte di questa massa non provoca dolore nè emorragia.

Corpi cavernosi normali. Calibro uretrale normale, oltrepassato il meato esterno. Prostata leggermente ingrossata, liscia, duro-elastica, indolente. Vescicole seminali deferenti, testicoli: nulla. nulla.

Esami di laboratorio:

Orine: P. S. 1016; Urea 20,40 ‰; Cloruri 0,15 ‰; Cloruri T. 24; Alb. ass.; Zucchero ass.; Sedimento nulla di patologico.

F.S.F.: 75 ‰.

Glicemia: 1 ‰.

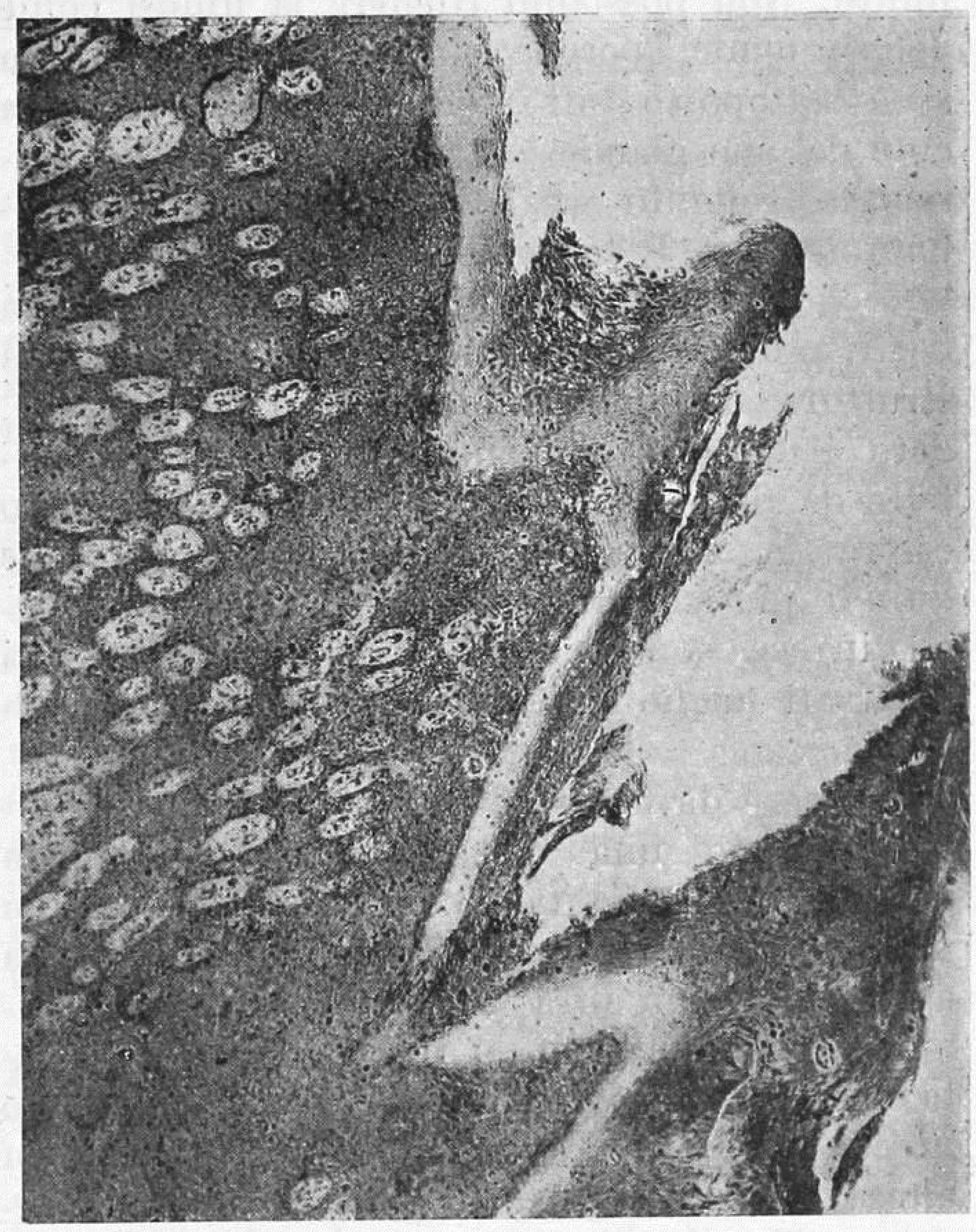


FIG. 2.

Azotemia: 0,40 ‰.

Colesterina: 1,40.

R. W.: negativa.

Prova del Nijri: 26,04.

Radiografia del torace: torace ampio, ben conformato, senza segni di lesioni parenchimali.

Operazione: Prof. E. Mingazzini. Eteronarcosi regolare.

Amputazione di tutto il glande. Plastica uretrale.

Esame istologico: La cute del glande è notevolmente ispessita specialmente per l'aumento dello strato corneo che presenta numerose cellule cariche di eleidina e che si continua con gli strati profondi dell'epidermide. Questa ha una manifesta struttura papillare. Manca completamente l'eterotopia e l'eterotipia. Si tratta quindi di un tumore a struttura fibroepiteliale, benigno.

Il tumore da noi preso in esame è certamente benigno, non tanto per il suo decorso, quanto per la circoscrizione del processo, per la sua natura, per la mancanza di metastasi anche nelle più vicine stazioni ghiandolari, per l'assenza di fenomeni generali, ed

infine, dato capitale, per il risultato dell'esame istologico che ha confermato tale diagnosi clinica.

Quale però possa essere la causa determinante del tumore, è quasi impossibile dirlo, come purtroppo avviene quasi sempre, di fronte ad un tumore.

Quello che è certo, è, che il tumore si è manifestato dopo un intervento operatorio per fimosi. Non possiamo ritenere la fimosi come determinante, perchè sinchè il paziente non si è sottoposto all'intervento chirurgico, la cute del suo glande è stata normale ed ha presentato soltanto qualche lieve fenomeno infiammatorio. E bisogna subito rigettare l'ipotesi che la sola irritazione prodotta dall'orina basti a determinare un cambiamento nella struttura dell'epidermide del glande poichè, dato il grandissimo numero di persone affette da fimosi, molto più comuni dovrebbero essere le alterazioni a carico del glande e quindi più comuni anche le cheratosi. Questi, invece, sono tumori rarissimi, e sono stati osservati anche in persone non affette da fimosi.

Invece è da notare che il tumore si è manifestato dopo una disepitalizzazione completa del glande. Dopo tale contingenza, solo una parte di esso è stato ricoperto da una nuova epidermide; un'altra parte invece, e precisamente quella intorno al meato uretrale, è stata occupata da formazioni crostose che più o meno lentamente sono andate crescendo in altezza ed in superficie determinando il tumore. Si potrebbe allora formulare l'ipotesi che nel processo di rigenerazione dell'epidermide distrutta, gli elementi cellulari non si siano arrestati alla disposizione normale, ma si siano sovrapposti disordinatamente, determinando da una parte la formazione di grossi zaffi epiteliali, dall'altra una sovrabbondanza di cellule cornee. Forse questa rigenerazione ha risentito del lunghissimo stato d'irritazione in cui era stata la cute del glande a causa della fimosi, e difatti il paziente aveva riferito che spesso avvertiva bruciori al glande in occasione di arrossamenti ed infiammazioni.

In conclusione si può ritenere che la cheratosi sia dovuta alla somma di due fattori: una predisponente: l'irritazione locale protratta per anni e legata alla fimosi; l'altro, determinante: la disepitelizzazione della mucosa dovuta allo stimolo o chimico (disinfettante), od operatorio, o ad ambedue insieme.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su di un caso di cheratosi del glande, stabilitasi dopo operazione per fimosi congenita e fa brevi considerazioni su quale possa essere la causa determinante del tumore.

BIBLIOGRAFIA.

KIRSCHNER e NORDMANN. *Die Chirurgie*, 1930, vol. VI, parte I, pag. 633.
KAUFMANN-LEHRBRUCH. *Path. Anatomie*, 1922.
LENORMANT. Presse Médicale, n. 36, pag. 723, 1934.
VON WINIWARTER. *Die Erkrankungen des Penis, Hoden... Hand. d. Urologie*, vol. III, Wien, 1906.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Faringe e gastropatie.

(F. BENCIOLINI e G. DALLA TORRE. *Giornale di Clinica Medica*, 29 febbraio 1936-XIV).

È stata di recente richiamata l'attenzione sulla patologia faringea considerata nei suoi rapporti con la fisiopatologia di altri organi ed apparati anche lontani; però ancora poco è stato indagato sopra le relazioni esistenti tra la faringe e l'esofago e lo stomaco e ciò è strano se si pensa ai legami anatomici, morfologici e funzionali che ne fanno un vero complesso organico.

Gli AA. si occupano di questo interessante argomento e propongono una classificazione su criteri eziologici e sintomatologici di quelle affezioni che costituiscono la patologia gastro-faringea: forme discendenti, in cui le alterazioni sono primitive della faringe; forme ascendenti, con alterazioni primitive gastriche; forme nelle quali entrambi gli organi soggiacciono a cause morbigene comuni e contemporanee.

Le forme discendenti sono legate a diversi meccanismi eziologici: ad un meccanismo per continuità; ad un trasporto diretto per deglutizione di materiale faringeo irritante, tossico o batterico nello stomaco. Ma le alterazioni primitive del faringe possono scegliere anche altre vie per le loro manifestazioni secondarie dello stomaco: la via ematogena e forse anche la via nervosa. Seguono la prima via le forme tossiche e le infettive a focolaio faringeo; incerta è la seconda via, cioè la nervosa perchè se alcuni ammettono l'esistenza di fenomeni gastrici neurovegetativi a punto di partenza faringeo, il loro meccanismo è pochissimo noto.

Le forme ascendenti, forse più interessanti delle precedenti vanno distinte in: alterazioni per continuità, per rigurgito o vomito, per via circolatoria, per via nervosa. Le due prime modalità si confondono tra di loro; un esempio di esse sono le lesioni riscontrate da Schwindt sulla base della lingua di ulcerosi. Le alterazioni per via ematica sono quelle dovute ad eliminazione faringea di germi o tossici provenienti dallo stomaco; tale tropismo elet-

tivo sarebbe tanto frequente da giustificare una sindrome gastro-entero-faringea. Questa comprende tanto le banali faringiti che si osservano dopo i disordini dietetici, quanto le faringiti legate a gastro-enteriti croniche che offrono un quadro polimorfo ed atipico. Le alterazioni gastrofaringee di origine nervosa, per quanto non vengano in genere considerate dagli studiosi, non possono assolutamente essere negate, date le strette relazioni neurovegetative che legano i due distretti.

Le alterazioni gastriche e faringee del terzo gruppo possono essere l'espressione di una stessa causa irritativa esterna (alcool, fumo) oppure di una causa interna infettiva (infezioni acute o croniche dell'organismo, malattie esantematiche) o tossica (faringite brightica, gastro-faringiti da ustioni diffuse della cute).

Onde portare un contributo allo studio delle relazioni fra la faringe e lo stomaco, gli Autori hanno sistematicamente esaminato 42 malati delle divisioni mediche e chirurgiche degli Ospedali Civili di Venezia, affetti da turbe gastriche svariate. Da un lato li sottoposero a tutte le ricerche atte a classificare la loro gastropatia, dall'altro ad un minuzioso esame del naso e della faringe. Come controllo studiarono nello stesso modo 15 individui indenni da turbe gastriche e faringee.

I gastropatici furono divisi in tre gruppi: ulcerosi dello stomaco e del duodeno, dispeptici non ulcerosi, neoplastici. In tre tabelle gli AA. hanno riportato in sunto i dati clinici, radiologici e chimici della funzione gastrica. Per quello che riguarda il faringe essi hanno adottato una classificazione schematica che distingue tre tipi di mucosa faringea: I tipo, nettamente atrofico; II tipo, presenza di granuli fibro-linfatici su fondo atrofico; III tipo, nettamente ipertrofico.

Il reperto faringeo del I tipo lo riscontrarono sopratutto nei soggetti a ristagno gastrico scarso o assente, a scarsa o mancante acidità a digiuno, con iposecrezione e privi di pirosi e rigurgito acido. Il reperto del II tipo lo trovarono nei pp. con ristagno gastrico medio o forte, con acidità a digiuno media o forte, con curva di secrezione normale o superiore alla media, con pirosi e rigurgiti acidi. Il terzo tipo invece non fu riscontrato associato a caratteristiche peculiari dei sintomi gastrici.

Da questi dati e da quelli pure molto interessanti tratti dalle ricerche sui controlli, gli AA. deducono che esistono certamente legami tra i quadri faringei e lo stomaco, ma che i primi non vanno interpretati in relazione diretta con una lesione gastrica per se stessa, ma con le turbe di funzionalità secretiva concomitante a detta lesione.

Concludono con un corollario pratico: è opportuno che il medico di fronte ai pazienti che a lui ricorrono per disturbi faringei ribelli alle cure usuali, tenga presente la possibilità che tali turbe siano legate ad altre della funzionalità secretiva dello stomaco e nel caso istituisca una adatta terapia.

Vicentini.

La gastrite precancerosa.

(F. Moutier. *Paris Médical*, 4 aprile 1936).

La coesistenza del cancro e della gastrite è fuori dubbio, come è rilevato dall'anatomia patologica e dall'endoscopia. Quel che importa precisare è se la gastrite è primitiva ossia anteriore al cancro, o secondaria ossia determinata dal cancro.

La gastrite del canceroso presenta una tendenza marcata all'atrofia ma di carattere particolare con ritorno a formazioni a tipo primitivo o poco differenziato: eteroplasie caliciformi in tutti i punti della mucosa, formazioni glandulari a tipo antropilorico nel fondo, acini con dilatazioni microcistiche.

I processi sono spesso dissociati: zone di gastrite atrofica di alternano con zone ipertrofiche. Si tratta di lesioni che possono incontrarsi a distanza di lesioni cancerose confermate ed in circostanze che consentono di considerarle lesioni autenticamente precancerose: nei casi favorevoli (ad es. stenosi pilorica precoce) nei quali si è potuto resecare cancri di soli uno o due cm. di diametro, e nei casi nei quali il neoplasma, stabilitosi su un fondo adenomatoso o polipoide, si sviluppa con focolai multipli.

In effetti non è raro rilevare tutte le fasi di passaggio dallo stato mammellonato della mucosa alla poliposi diffusa ed al cancro.

Il passaggio della gastrite al cancro è provato anche dal fatto che in certi casi l'epitelioma gastrico ha come punto di partenza le cellule caliciformi eteroplasiche; ed è noto che questi isolotti mucosi non esistono normalmente sulla superficie o nelle cripte glandulari dello stomaco.

L'esistenza di formazioni gastriche precancerose si dimostra anche nel cancro a forma di linite. Si sa che in questo tipo anatomico esiste uno spiccato contrasto tra l'inspessimento fibroso della parete gastrica e l'infiltrazione discreta con un tessuto epiteliomatoso che si sviluppa a spese della mucosa particolarmente atrofizzata. Ora questi inspessimenti linitici si possono riscontrare anche in parti di stomaco resecate per ulcera.

Le lesioni della gastrite precancerosa differiscono da quelle della gastrite preulcerosa.

In questa i fenomeni infiammatori sono prevalenti ed hanno uno sviluppo considerevole. Le reazioni della sottomucosa sono spiccate, i processi ipertrofici ed atrofici sono più ravvicinati senza però spingersi a formazioni così aberranti come quelle del cancro. Il tessuto mucoso ha uno sviluppo ridotto e la sua superficie è coperta da tutta una gamma di erosioni ed ulcerazioni.

Nella gastrite precancerosa invece prevalgono i processi d'iperplasia adenomatosa, di stratificazione cellulare, di sviluppo aberrante delle glandule. La degenerazione mucosa è più pronunziata. L'infiammazione è meno pronunziata che nell'ulcera.

D'altra parte le lesioni che s'incontrano nella gastrite senile hanno anch'esse qualche cosa di particolare. Si tratta di una gastrite con tendenza atrofica banale, ma senza proliferazione cellulare: una forma che conduce all'assottigliamento ed allo spianamento della mucosa.

Si può dunque dire che nell'ulcera appare sopra tutto una gastrite infiammatoria, nel cancro una gastrite con tendenza proliferativa e mixorreica, nei vecchi una riduzione semplice e proporzionale degli elementi.

Naturalmente la gastrite precancerosa esiste senza alcun dubbio nell'ulcera-cancro. Ma vi sono due forme di ulcera-cancro: in una il cancro si sviluppa alla superficie dell'ulcera o a suo contatto immediato, per modo che è una malattia se non della cicatrice della cicatrizzazione; nell'altra il cancro si sviluppa sulla gastrite che accompagna l'ulcera. Solo in quest'ultimo caso si rientra nella gastrite precancerosa.

Dal punto di vista clinico le vecchie opinioni sull'invasione brusca del cancro hanno ceduto il posto a constatazioni sempre più diffuse sui precedenti dispeptici dei pazienti. Numerosi autori hanno rilevato che il cancro può evolvere su una pregressa gastrite accertata. Hayem specialmente ha dimostrato l'incertezza della data iniziale del cancro dello stomaco. Esso si può sviluppare insidiosamente con fenomeni che ricordano quelli della gastrite cronica: senso di pienezza e di tensione all'epigastrio, rigurgiti acidi, pirosi, nausee, appetito irregolare, disgusto, dolori variabili, lento deperimento generale. È difficile dire se questi fatti siano in relazione alla gastrite precancerosa o allo stesso cancro che evolve insidiosamente.

Ma quel che importa si è che il cancro si sviluppa, senza dare manifestazioni cliniche per lungo tempo, in individui che sono stati dispeptici per molto tempo, talvolta anche per trent'anni e più. Si tratta d'individui che hanno sempre sofferto d'indigestione cronica, pesantezza di stomaco, rigurgiti, acidità, ecc., che non hanno mai cessato di lamentarsi, e per i quali è impossibile precisare in quale momento si è pronunziato l'innesto epiteliomatoso.

Conviene anche notare che lo studio delle sindromi gastriche (gastrite semplice o ulcerosa) dimostra che il ritmo dei dolori, l'esistenza di parossismi separati da periodi di accalmia, non è esclusiva solo dell'ulcera, ma appartiene anche ad altri tipi di gastriti.

È egualmente difficile interpretare lo stato esatto della mucosa nei così detti cancri a remissione sensibili al trattamento antisifilitico, che si tende a considerare di natura specifica all'inizio, la cui evoluzione può interrompersi anche per parecchi anni, e che finiscono per evolvere come un qualsiasi epitelioma. Anche in questi casi non si può dire in quale momento la mucosa si è veramente cancerizzata.

Vi sono gastriti (apogastriti) che coincidono con alterazioni evidenti di altri sistemi organici, cutaneo, ematopoietico, nervoso, e nelle quali le lesioni gastriche non sono discernibili senza il soccorso dell'endoscopia e del laboratorio. Esse comprendono le gastriti mute o quasi mute che Chevallier e Moutier hanno osservato nelle metanemie. Lo studio di queste forme dimostra i rapporti stretti tra gastriti atrofiche, acloridrie e le anemie iper- o ipocromiche.

Sono stati pubblicati casi di cancro dello stomaco sviluppatisi in individui guariti dall'anemia perniciosa, ma si tratta di fatti eccezionali. D'altra parte va rilevato che i pazienti di anemia perniciosa possono presentare false sindromi cancerose. L'astenia, la cachessia, la anemia può dare l'impressione di un cancro a forma anemica, convalidata dall'esame radiologico che mette in evidenza qualche lacuna antrale. Ora queste lacune possono essere dovute semplicemente a uno spasmo o ad altre cause transitorie (edema, corpo estraneo).

Ad ogni modo il cancro a forma anemica può essere considerato come sviluppantesi su una apogastrite con anemia. Tale cancro è a lenta diffusione e di lunga durata e può avere remissioni che fanno credere alla guarigione. Le lesioni incominciano nelle zone silenziose della faccia posteriore all'altezza del cardias e si diffondono verso le faccie. Tale topografia spiega come le stenosi siano rare o tardive. Sono cancri più infiltranti che vegetanti.

I dati istologici non consentono ancora di comprendere la patogenesi del cancro a forma anemica: forse si tratta di un epitelioma sviluppatosi su di una gastrite o più esattamente apogastrite. Tutte le ipotesi sono possibili e per sottolineare le difficoltà di interpretazione vanno notati i seguenti fatti: 1) che il cancro a forma anemica è situato in alto e estensibile in profondità, mentre il cancro antropilorico anche molto esteso non è accompagnato di solito da anemia; 2) che le gastroectomie, ossia le resezioni antrofondali basse, possono essere seguite da anemia perniciosa in un lasso di tempo di 18-36 mesi. DR.

Le gastriti allergiche.

(A. PIRERA. *Rinascenza medica*, 15 marzo 1936).

Recentemente è stata riconosciuta la natura allergica di alcune gastropatie, che del resto era già stata intravista da alcuni autori. Molhant aveva messo in rapporto con l'allergia alcune forme di gastro-duodenite; Gutman aveva notato che l'aspirina può provocare lesioni gastriche pseudoulcerose e Richet j. che

l'aceto poteva produrre lo stesso effetto; Noir notò che le crisi di emicrania e di orticaria possono essere accompagnate da dolori gastrici.

L'endoscopia gastrica ha posto su solide basi la concezione della patogenesi allergica di alcune gastropatie. Essa ha consentito di osservare l'integrità della mucosa gastrica o tutt'al più la presenza di alterazioni edematose, emorragiche o erosive variabili e fugacissime in un gran numero di gastropatie che parevano legate a lesioni organiche.

Le gastriti allergiche possono estrinsecarsi, solo con dolori gastrici accessionali, o anche con i segni clinici dell'ulcera e del carcinoma.

Il più delle volte i pazienti contemporaneamente oppure nella loro storia hanno altre manifestazioni allergiche: emicranie, orticaria, prurito, enterocolite, vertigini, nausee, riniti spasmodiche, asma, ecc.

In tali malati il chimismo gastrico è poco dimostrativo: la cloridria può essere normale, aumentata o diminuita.

Gli esami radiologici praticati durante le crisi di queste gastropatie mettono in evidenza reperti che simulano le più gravi lesioni organiche, ma sempre variabili e fugaci.

Gli esami gastroscopici, come si è detto, praticati durante le crisi gastralgiche spontanee o provocate dall'ingestione dell'antigene alimentare specifica, mostrano l'esistenza di lesioni edematose, emorragiche ed erosive che hanno la stessa variabilità e fugacità dei sintomi clinici e radiologici.

I pazienti di tal genere non migliorano con gli interventi chirurgici, nè con le ordinarie cure mediche. Essi si giovano invece delle cure disensibilizzatrici (autoemoterapia, iniezioni di latte, pepsinoterapia, peptoneterapia polivalente, cloruro di calcio, adrenalina ecc.).

Pavot e Chevallier hanno di recente proposto un nuovo metodo di cura: determinato lo alimento antigene lo somministrano per via orale al paziente; dopo un'ora con la sonda svuotano lo stomaco; il liquido ottenuto viene conservato in termostato per 12 ore e quindi filtrato; il filtrato viene diluito tre volte con siero artificiale e dopo essere stato neutralizzato con bicarbonato di sodio viene chiuso in fialette e tyndalizzato. Il preparato introdotto per via intradermica o sottocutanea costituisce un eccellente desensibilizzatore.

Per quel che riguarda il meccanismo patogenetico di queste gastropatie allergiche alcuni pensano che la sensibilizzazione avvenga in seguito ad ingestione massiva di albumine le quali, forzata la barriera intestinale, esplicherebbero la loro azione sensibilizzante. In secondo tempo basterebbe l'assorbimento di piccola quantità della stessa sostanza per produrre la crisi.

Secondo vedute più recenti il conflitto tra antigeni ed anticorpi avviene nella stessa mucosa gastrica. Questa sensibilizzata per una determinata sostanza reagirebbe non appena viene di nuovo a contatto con essa. DR.

La poliposi del tenue.

(GATERLEBEN. *Dtsch. Z. Chir.*, 245, 629, 1925).

Mentre la poliposi del crasso è una forma ben nota, e specialmente dopo la pubblicazione di Schmieden e Westhues, al centro dell'interesse dei chirurgi, la poliposi del tenue è assai poco nota, tanto che nel trattato recente di Kirchner e Nordmann il tenue viene dichiarato esente dalla poliposi.

L'A. riferisce un caso occorsogli: si trattava di una donna di 17 anni che era già stata operata a 9 anni per invaginazione del digiuno con cangrena del tratto intestinale che venne resecato per 22 cm. Purtroppo rimase ignoto l'esame anatomico del pezzo.

All'atto dell'ingresso in ospedale la p. presentava dolori a tipo colico, localizzati all'epigastrio, sangue occulto nelle feci, alvo chiuso. All'intervento si riscontra una dilatazione e ipertrofia parietale del digiuno fino a un punto situato circa a un metro a valle della vecchia resezione, in corrispondenza del quale si trova una invaginazione che si lascia facilmente svaginare. Alla palpazione del tratto invaginato si riscontrano dei noduletti duri grossi come nocciole che si rivelano all'apertura del pezzo quali tipici polipi. Analoghi noduli si riscontrano lungo tutto il tenue e vengono asportati traverso una piccola apertura della parete intestinale.

3 anni dopo la p. presentava di nuovo una crisi di occlusione del tenue, anche provocata da una invaginazione a sua volta dovuta a polipi. Stessa terapia della volta precedente. Da 6 mesi la p. sta bene.

Nella letteratura l'A. riscontrava 3 altri casi analoghi in cui la poliposi si era rivelata con crisi occlusive o ostruttive in tutti tre i casi ripetutesi 2-3 volte.

Cosicchè si hanno finora in tutti 10 operazioni con 4 casi. 8 volte fu eseguita una resezione, 2 volte enterotomia con asportazione del polipo. Le differenze fra poliposi del tenue e quella del crasso sono le seguenti: la prima è tipica dall'età adulta, la seconda si inizia nel primo o nel secondo decennio. Nella prima non è frequente la occlusione, nella seconda è tipica. Nella prima è tipica la frequenza delle emorragie che possono profondamente anemizzare il P. Su 4 casi di poliposi del tenue 3 si sono presentati in donne, nella poliposi del crasso predomina il sesso maschile con una percentuale del 62 %.

Di grande importanza è il problema dell'insorgenza di un cancro da polipi intestinali. Schmieden e Westhues dividono i polipi del crasso rispetto all'insorgenza di cancro in tre gruppi: il I gruppo comprende polipi assolutamente benigni, spesso solitari, e generalmente peduncolati, il II gruppo comprende polipi grassi, riuniti in colonie, a tipo istologico neoplastico ma senza caratteri di atipia, essi sono generalmente benigni ma sono da considerare come sospetti; il III gruppo com-

prende polipi offrenti un quadro istologico di atipia e infiltrazione, Schmieden li considera come precancri. Schmieden e Westhues notano inoltre come dei 28 casi di carcinoma del crasso da lui osservati 16 siano insorti da un polipo, cioè il 57 %.

È pertanto interessante la considerazione come anche da una poliposi del tenue si possa sviluppare un cancro. Difatti l'esame istologico del caso dell'A. corrisponde alla III categoria di Schmieden. A. CALÒ.

MISCELLANEA.

Le indicazioni del sanguisugio.

(H. BOTTENBERG. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 24 gennaio 1936).

Il sanguisugio fu adoperato in modo eccessivo dagli antichi. Seguì per reazione il discredito e quasi il disuso altrettanto deplorevole quanto l'abuso. Sta di fatto che convenientemente adoperata l'applicazione delle mignatte può rendere utili servigi in terapia, ed in effetti la medicina moderna tende a dare il giusto valore a questo non trascurabile metodo di cura.

Il sanguisugio ha effetti generali e locali.

Le *azioni generali* sono:

1. *Depletorica.* La diminuzione di 200-500 cmc. di sangue importa un sensibile alleggerimento dell'intero organismo, non solo nella pletora vera, ma anche nella pletora nel senso dei vecchi medici, nell'ipertonia, nella congestione polmonare, nell'insufficienza del miocardio, nell'ipertensione dei ventricoli cerebrali, nella stasi venosa e simili. In tali casi il salasso apporta un sollievo più immediato, ma non più duraturo.

2. *Depurante e disintossicante del sangue.* I lavori di Veil, Kollert, Strubel, Aschner ed altri hanno dimostrato, che una sottrazione di sangue nelle suddette proporzioni modifica profondamente le condizioni dei tessuti, determina lo scarico di tutte le scorie dei tessuti nel sangue e quindi la loro eliminazione. Pertanto il salasso o il sanguisugio dovrebbero essere indicati in tutti gli stati tossici endogeni e esogeni.

3. *Antiflogistica.* La sottrazione di sangue provoca un inspessimento dei piccoli vasi, e quindi è indicata in tutti i processi infiammatori più o meno localizzati specie delle sierose.

4. *Spasmolitica e calmante.* È stata perciò adoperata nell'emicrania, nell'epilessia, nella dismenorrea, nell'eclampsia e simili.

5. *Riassorbente.* Le sottrazioni di sangue generali o locali possono determinare il riassorbimento di essudati, ematomi ed in certi casi anche di ascessi, forse a causa delle modificazioni vasali e della diminuzione della viscosità del sangue che essa provoca.

Le *azioni locali*, che in effetti sono più spiccate di quelle generali, sono:

1. *Anticoagulante.* La mignatta inietta nella pelle una sostanza anticoagulante, la irudina, la quale è una deuteralbumosi, che viene in piccola parte eliminata con le urine ed in massima parte distrutta nell'organismo. Per la sua azione il flusso del sangue continua per parecchie ore e può raggiungere per ciascuna mignatta i 20-40 cmc.

2. *Accelerante la corrente linfatica.* Dalla morsicatura affluisce non solo il sangue ma anche la linfa dopo essersi raccolta negli spazi tissurali. Ne segue un miglioramento circolatorio: anche le vene profonde si svuotano e si facilita il circolo collaterale. Ciò spiega il particolare effetto favorevole nelle trombosi e nelle tromboflebiti, nonchè in tutte le stasi linfatiche e vasali, nei disturbi dipendenti da ulceri varicose, nell'ulcera varicosa, nel linfoedema cronico, ecc.

3. *Antitrombotica.* Il sanguisugio protegge e risparmia l'endotelio delle vene, e quindi elimina la formazione di altri trombi nella zona di applicazione ed il pericolo di emboli.

4. *Immunizzante.* La irudina non ha alcun valore antisettico, ma ha la proprietà di aumentare il potere fagocitario dei leucociti ed il potere battericida del siero. Secondo alcuni autori questo potere immunizzante non dipenderebbe dall'irudina, ma dai bacilli (gruppo subtilis) che vivono simbioticamente con le mignatte.

5. *Spasmolitica vasale.* Il sanguisugio produce nella zona di applicazione una modificazione della motilità vasale.

I fatti sopra accennati spiegano le seguenti indicazioni terapeutiche del sanguisugio:

1. Tutti i *processi infiammatori* acuti e meno quelli cronici, e più quelli localizzati che generali: meningite, irite, foruncolosi, carbonchio, otite media, mastoidite, pleurite, pulmonite, colecistite, parametrite, appendicite, tromboflebite, flemmone, linfoangioite, tutte le suppurazioni e molte altre condizioni prevalentemente locali.

2. Tutte le *affezioni non infiammatorie con ingorgo attivo o stasi passiva*: trombosi e loro conseguenze, cefalee congestizie dei pletorici, stravasi sanguigni a seguito d'insulti apoplettici, commozione cerebrale, distorsioni, lussazioni e tutte le condizioni con assorbimento lento o nullo. Koranyi ha trovato molto utile l'applicazione di mignatte sulla regione epatica in pazienti con fegato da stasi.

3. *Condizioni spastiche*, specie dei vasi sanguigni, quali l'emicrania, l'angina pectoris, la eclampsia, la dismenorrea, l'ipertonia vasale ,ecc.

4. *Mestruazione.* Il sanguisugio sul sacro, sul basso ventre o sulle coscie agisce come emmenagogo provocando o aumentando il flusso.

5. *Discrasie.* Il sanguisugio è indicato nell'uremia, nella diatesica urica, nelle tossicosi endogene o esogene, in molti casi di arteriosclerosi ed in certe forme di psicosi. La cefalea arteriosclerotica, spesso incurabile con i

comuni medicamenti e con i regimi dietetici speciali, non di rado cede rapidamente e per lungo tempo all'applicazione di parecchie mignatte sulla nuca. Nello stesso modo può scomparire la pesantezza di testa e l'incapacità di attendere a qualsiasi lavoro, di cui si lagnano molti individui depressi o schizofrenici.

6. Il sanguisugio, come è generalmente riconosciuto, è un buon profilattico delle *trombosi* e dell'*embolia*.

7. Il sanguisugio ha le medesime azioni del *salasso* e va praticato quando questo per ragioni tecniche non si può praticare, come nei bambini, nelle persone pingui, nelle contratture articolari ecc., oppure quando si richiede un effetto circolatorio locale. Nei bambini si dovrebbero applicare tante mignatte quanti sono gli anni di vita, ma questo non è un criterio fisso dovendosi regolare caso per caso.

Il sanguisugio rimane senza alcun effetto utile in tutti i processi degenerativi ed iperplastici, nelle neuralgie, nella sciatica, nell'artrite deformante, nelle affezioni reumatiche, nei tumori di tutte le specie. Solo nella lombaggine ha spesso una rapida azione curativa. È controindicato in una sola condizione, la emofilia.

Una particolare precauzione si deve avere in quegli infermi che praticano contemporaneamente una cura mercuriale interna o esterna. Prussak ha dimostrato che l'irudina aumenta la tossicità del mercurio.

Non esiste la possibilità di trasmettere germi morbosi. La infezione delle ferite prodotte dai morsi delle mignatte con rossore eresipelatoso e formazione di pus nel punto di applicazione è dovuto ad inquinamento accidentale (da grattamento) o ai germi che vivono in simbiosi con le mignatte stesse e che si possono isolare in cultura pura nel punto leso. Si tratta comunque di infezioni di nessuna importanza, e che possono essere evitate prolungando l'emorragia.

Tutto sommato il sanguisugio merita di riconquistare il favore dei medici. La sua tecnica è semplice, le sue indicazioni molteplici, i suoi effetti spesso notevoli, i pericoli nulli o, scarsi, certo molto minori di quelli che sono inerenti ad un abbondante salasso. DR.

L'ipocloridria nell'asma.

(M. GILLESPIE. *The Quarterly Journ. of Med.*, ottobre 1935).

Studi recenti hanno dimostrato come l'ipocloridria sia molto più frequente in soggetti allergici che nei normali. Il termine ipocloridria è riservato a quei casi nei quali la curva dell'acido cloridrico dopo pasto di prova non arriva alle venti unità di ac. cloridrico. Un fattore che bisogna considerare nel determinare l'acido cloridrico del succo gastrico è l'età del soggetto: nei soggetti normali si è visto che i valori bassi di HCl sono rari nei fanciulli e nella pubertà e diventano sempre più frequenti a mano a mano che si avanza in età: nei soggetti allergici invece pare che avvenga il contrario.

Scopo delle ricerche di M. Gillespie è di determinare la frequenza dell'ipocloridria a seconda dell'età in una serie di asmatici.

Le analisi riportate in questo lavoro furono praticate su una serie non selezionata di casi di asma non curata: in tutti, per quanto fu possibile si cercò di praticare le stesse ricerche dopo sei mesi di cura, allo scopo di osservare se vi fosse stata alcuna variazione. I pazienti sui quali si praticarono dei pasti di prova frazionati furono in tutto 109: di questi nel 51,5 % si trovò basso il valore dell'acido libero e nel 41,2 % basso il valore dell'acidità totale. L'ipocloridria si constatò anche più frequente nei bambini asmatici al disotto dei 15 anni, meno frequente nei giovani adulti: essa si mostrò poi di nuovo frequente nei soggetti di media età.

Dall'insieme delle ricerche pare all'A. di poter concludere che l'acidità gastrica non rimane la stessa per tutta la vita nei soggetti allergici, bensì che tenda ad aumentare, in una certa percentuale dei casi, intorno alla pubertà.

Nelle donne asmatiche la frequenza dell'ipocloridria è maggiore che nei maschi da 15 anni in su: fino a 15 anni pare non vi sia alcuna differenza. Non pare che esista alcun rapporto fra sensibilizzazione, come risulta dalle prove cutanee, e l'ipocloridria.

La ripetizione delle analisi dopo la cura mostrò variazioni nette nel 59 % dei casi: il miglioramento clinico coincideva con il miglioramento dell'acidità gastrica nei soggetti che originalmente si erano palesati ipocloridrici.

Quale sia la causa di questa ipocloridria negli asmatici è un problema che ancora rimane aperto. G. LA CAVA.

DIVAGAZIONI

La medicina e la musica.

Le relazioni tra la medicina e la musica sono antiche e molteplici. Con il tempo, con i progressi dell'una e dell'altra sono diventate sempre più intime e complesse.

La musica può essere un fattore di cura e di educazione e come tale costituisce oggetto di studio e di applicazione della medicina. Questa può indagare i meccanismi fisiopsicologici che sono alla base della espressione musicale nelle sue fasi proiettive e appercettive; studiare nelle loro grandi varietà le personalità del compositore, dell'esecutore e dell'ascoltatore.

M. Loeper in una conferenza pronunziata all'inaugurazione delle giornate mediche di Bruxelles del 1935 ha fatto al riguardo una brillante dissertazione.

Premette che i medici hanno sempre amato la musica, forse perchè vedono nella musica l'espressione più spontanea del sentimento umano, forse perchè inconsapevolmente trovano nella musica il corrispettivo del ritmo incessante che governa tutti i fatti biologici, forse perchè nel puro godimento musicale cercano un compenso alle impressioni che l'osservazione continue delle sofferenze umane lascia nel loro spirito.

Non è senza significato che la mitologia attribuisce la paternità di Esculapio ad Apollo.

È stato affermato che la musica è compresa solo dagli intelligenti, il che vorrebbe dire che coloro che non la gustano non sono intelligenti. Nulla di più arbitrario. Non è scarsa la lista di uomini di alta cerebralità incapaci di trovare il minimo godimento nella musica. Anatole France aveva in orrore la musica ed Ernesto Renan la considerava un detestabile rumore.

Sta di fatto che la facoltà musicale è in relazione allo sviluppo di particolari centri prossimi a quelli del linguaggio articolato e propriamente localizzati nei due terzi anteriori delle prima e seconda circonvulzione temporale, nel giro sopramarginale ed angolare. L'alterazione o la distruzione di questi centri provoca l'amusia che si sovrappone all'afasia, e come questa è motoria e sensoriale.

In alcuni individui la sproporzione tra l'intelligenza e la musicalità è notevole e si accentua in condizioni patologiche. Lo stato di demenza non si accompagna sempre ad amusia; alcuni idioti comprendono la musica e cantano; alcuni encefalitici conservano il senso armonico anche quando perdono la memoria di certe arie e la loro attitudine alla composizione. Tutto dipende dal grado e dall'estensione della lesione, eventualmente dall'integrità dei centri del linguaggio musicale.

Il valore di questi centri d'altra parte sarebbe confermato dal loro grado di sviluppo indipendentemente da alterazioni patologiche. Furono trovati molto sviluppati in Haus de Bulow, il primo marito di Cosima Wagner, che fu un valente direttore d'orchestra. Furono invece trovati poco sviluppati in Anatole France che, come si è detto, detestava la musica.

Alla predisposizione anatomica corrisponde un'ipersensibilità specifica che viene perfezionata dall'educazione, dall'esercizio, dalle condizioni di ambiente fisico e sociale. Non è dubbio che tutto lo psichismo, quale è condizionato dallo stato costituzionale e dallo stato affettivo reattivo alle vicende della vita si riverbera sull'opera del musicista. Beethoven vinto dalla disperazione rinunzia al matrimonio, compra un anello d'oro, l'infila al suo dito ed esclama « Sposo il dolore ». Ed in effetti il dolore domina tutte le sue composizioni.

D'altra parte il musicista di genio sembra essere la perfezione, la conclusione di una serie di progenitori con tendenze musicali. La fiamma può rimanere coperta per parecchie generazioni, può trasformarsi di padre in figlio o scoppiettare in vario modo in tutti i membri della stessa famiglia. Ne è un esempio la progenia dei Bach.

L'eredità, purtroppo, spesso non è troppo pura. Nella stessa famiglia vi sono sentimentali, artisti, malati, alcoolizzati, psicopatici. La tubercolosi infierì nella famiglia di Mozart. La madre di Schumann era una beona, la sorella un'alienata. Il padre di Beethoven un alcoolizzato.

È stato affermato che la malattia sia stato un eccitante dell'opera musicale: la tubercolosi avrebbe sferzato il genio di Chopin, la sifilide quello di Schubert, di Donizetti, di Smetana, di Hugo Wolf, le crisi enteralgiche quello di Beethoven, la ciclotimia quello di Schumann. Ma queste supposizioni sono in contrasto con altri grandi esempi. Si pensi alla florida salute di Bach e di Verdi.

Per quel che riguarda le reazioni della musica sull'ascoltatore conviene ricercare se la musica è capace di provocare nel nostro spirito le stesse impressioni che l'hanno suscitate.

È ovvio che il nostro cervello non è una cellula fotoelettrica capace di trasformare i suoni in impressioni e le impressioni in suoni.

Certo una rispondenza, tra le impressioni eccitatrici del suono e quelle suscitate negli ascoltatori si può avere nella così detta musica imitativa o evocativa. Ma un'idea, un sentimento, un dolore si trasmettono con minore facilità. Tra lo stato d'animo del compositore e quello degli ascoltatori vi sono infinite divergenze, che possono dipendere da condizioni momentanee di spirito, dai fatti che ven-

gono associati alla musica, fatti che sono sempre particolari alla personalità dell'ascoltatore.

I temi dei veri sentimenti non sono affatto specifici. Beethoven ha cantato il dolore, e la gioia con motivi diversi che ci toccano, ci turbano, ci commuovono, ci estasiamo facendo vagabondare la nostra fantasia su fatti e su cose che sono inerenti alla nostra esperienza ed alla nostra personalità, varia con i diversi ascoltatori e che sopratutto per ciò non può essere identica con quella del compositore.

Tuttavia vi sono reazioni fisiche o nervose che indiscutibilmente sono comuni.

La prima è quella dei fotismi musicali o dell'audizione colorata, ossia dei colori e delle imagini evocate dai suoni. In individui i suoni suscitano delle percezioni colorate o figurate. A seconda del suono, della sua altezza, della sua intensità, del suo timbro ed anche dello strumento che lo emette, si hanno percezioni di colore giallo, bruno, rosso o verde. Talvolta si ha anche un complesso di colori per un determinato ricordo ed anche un quadro per una sinfonia.

Questa simultaneità di percezione si può spiegare con la reazione sinergica dei centri sensoriali corrispondenti, con una particolare perveità delle rispettive vie associative.

Tali fatti rendono verisimile che la musica possa agire su altri centri, su altre funzioni cerebrali, su altre manifestazioni neuropsichiche, e come essa possa agire sulla condotta umana. Baudelaire fu trattenuto dal compiere il tentativo di suicidio ascoltando la musica del Tannhäuser; Farinelli guarì dell'ipocondria. Filippo V con la musica, Veron curava l'abulia con la marcia militare. Ma a parte questi aneddoti è certo che Dupré provocava l'ipnosi con la marcia funebre di Chopin e che Janet faceva scomparire con la musica le stigmate psicasteniche.

L'azione curativa della musica anche sulle malattie organiche è stata sostenuta. E senza abbandonarsi ad esagerazioni è certo che la musica agendo sul tono sentimentale e sulla circolazione del sangue attraverso il sistema autonomo può avere influenza sullo stato somatico.

È certo assurdo pretendere che la musica possa guarire la malaria, la tisi e la gotta come affermarono rispettivamente Roger, Alibert e Baglivi. Ma non si può escludere che la musica possa avere un'azione benefica sulle condizioni fisiologiche. In effetti essa ci avviluppa d'oro e di sogni e ci sottrae alle nostre miserie e ai nostri dolori; evoca ricordi e sensazioni che allontanano momentaneamente dalla coscienza la sensazione dello stato penoso in atto.

È possibile anche che le onde musicali con il loro vario ritmo possano agire a mo' delle altre onde sul nostro organismo. Berlioz e Grétry notarono che la musica modifica i battiti del cuore. Le arie tristi li rallentano, le cadenze mosse li accelerano. È possibile che possono aversi anche modificazioni della pressione vasale, della vasomotilità, della leucocitosi, del metabolismo.

L'intervento del sistema vegetativo è innegabile, allo stesso modo che è influenzato dai raggi luminosi, dalle onde elettriche, dai traumi emotivi. L'eccitazione del simpatico a mezzo della musica può dare la tachicardia, la leucocitosi e l'ipertensione, come l'eccitazione del vago può dare la bradicardia, la leucopenia, l'ipotensione.

Comunque la meloterapia poggia ancora su basi incerte, è ancora cieca.

Ma non è dubbio che la musica rimane il godimento più nobile, l'alleviatrice nelle nostre ore di stanchezza e di tristezza, intrecciando i nostri pensieri in una rete di sogni, sottraendoci dal giogo della realtà. Essa solleva e ci trasporta fuori del mondo materiale, ci distacca dalle nostre bassezze e dalle nostre miserie, c'infonde coraggio ed entusiasmo eccita i nostri sentimenti più nobili, la pietà, l'amore, il patriottismo. Essa è nobiltà e bellezza. Essa, come disse Billroth, s'indentifica con l'essenza stessa della vita, perchè come tutta la vita è ritmo.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Lavori dell'Istituto di Clinica Medica della R. Università di Bari, diretto dal prof. L. FERRANNINI, 1934-35.

Il prof. L. Ferrannini continua la bella abitudine di riunire i lavori pubblicati nella sua Clinica durante l'anno scolastico. È questo il IV volume della serie e consta di 28 lavori, di cui 6 dello stesso Direttore. Precede la lezione di chiusura dell'anno accademico in cui, fra l'altro, accenna alle finalità dell'insegnamento clinico ed alla notevole attività della sua Clinica, che si esplica largamente anche nel campo della medicina sociale, con i 3 ambulatori per cardiopatici, per diabetici e per le malattie parassitarie intestinali, con i contributi alla lotta contro la tubercolosi, il cancro, ecc. Fra le altre pubblicazioni dello stesso professore, ricordiamo anche la cura bulgara dell'encefalite letargica, la leishmaniosi viscerale in Puglia, l'asma dei mugnai.

Interessanti studi sul ricambio dei carboidrati e sulla glicemia fa il figlio, Alfredo, dello stesso Direttore. Altri di indole prettamente scientifica sono quelli di A. Milella (La funzione proteosintetica del fegato, il potere catalettogeno delle tossine del gruppo tifocoli, ecc.); M. Milella ne presenta uno sull'artrotropismo degli streptococchi tonsillari di

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

individui viventi in varie condizioni di ambiente, ecc. Un complesso di lavori importanti, che fanno onore alla Scuola ed al suo Direttore *fil.*

L'examen du malade. Editore Masson. Parigi. Prezzo, Fr. 30.

Questo piccolo volume compilato per le singole specialità da vari professori della Facoltà di Medicina di Montpellier, costituisce una guida preziosa per studenti e medici pratici. Certo esso non costituisce un trattato di semeiotica. Ma il suo pregio sta appunto nel fatto che mette in rilievo solo ciò che può essere veramente utile nelle esigenze della pratica ordinaria. DR.

K. WOLF. *Terapia vitalistico-costituzionale*. Editore G. Vannini, Brescia. Prezzo L, 8.

L'A. dimostra come il vantaggio della scuola vitalistico-costituzionale su quella materialistico-localistica si fa sempre più accentuato, sopra tutto nel campo della terapia.

Passa quindi in rassegna i metodi curativi somatici e psichici che s'inspirano alla detta concezione. DR.

V. FORMENTANO. *La trasfusione del sangue nella pratica medica*. Edizione I.E.M. Milano. Prezzo L. 10.

È una chiara e completa trattazione su le indicazioni e la tecnica della trasfusione del sangue, che costituisce una guida per il medico pratico. Alla fine del volume sono esposte l'organizzazione in Italia della trasfusione del sangue e le disposizioni legislative che la governano.

Precede una lusinghiera prefazione del professor R. Alessandri. DR.

L. MARANELLI. *Neozolfoterapia*. Vol. VIII. Istituto Editoriale Cisalpino, Milano, Varese.

L'ottavo volume di studi ed esperienze cliniche sulla terapia dello zolfo, che si vanno pubblicando sotto la guida del dott. Luigi Maranelli, come i precedenti, comprende una parte scientifica ed una pratica. Ambedue contengono pregevoli lavori originali e recensioni di altre pubblicazioni, che confermano sempre più l'importanza notevole dello zolfo nell'economia dell'organismo umano ed il suo valore terapeutico. DR.

La nuova legge sanitaria, raccolta e coordinata dal dott. E. DUSINI. Un vol. in-16° di 272 pagine. R. Zannoni, Padova, 1935. L. 10.

Il nuovo Testo Unico delle leggi sanitarie è qui accompagnato da appendici con le disposizioni di legge che vi si possono riferire, estratte dal Codice Penale, da quello di Procedura penale, nonchè dalla legge e relativo regolamento sulle farmacie. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

IIª Seduta della Società Italiana di Ematologia.

Si è tenuta a Torino il 29 marzo nei locali della nuova Clinica medica la II seduta della Soc. Ital. di Ematologia, sotto la presidenza del sen. prof. Ferdinando Micheli, e con la presenza di numerosi soci provenienti da ogni parte d'Italia; erano tra gli altri presenti i proff. Ferrata, Frugoni, Cesa Bianchi, Gamna, Greppi.

Il prof. GIOVANNI DI GUGLIELMO ha svolto una relazione sulle « *Eritremie* ». Questo nuovo importante capitolo della patologia del sangue ha trovato nella lucida profonda e completa relazione del Di Guglielmo la sua piena sistemazione; è questo un altro merito della Scuola ematologica italiana, perchè spetta appunto al Di Guglielmo l'aver per primo individuato e segnalato il problema delle eritremie, di avere fatto le prime osservazioni cliniche ed anatomopatologiche al riguardo, di avere già da molti anni concepito il più largo sviluppo del capitolo delle mielosi includendovi le forme morbose primitive e sistemiche del tessuto eritropoietico, di avere così aperto la strada alla più esatta interpretazione di sindromi ematologiche che possono oggi entrare a far parte del nuovo capitolo.

Questo indiscusso merito del Di Guglielmo, che si aggiunge ai molti altri del clinico di Catania, è stato pienamente riconosciuto in questo Congresso che ha accolto con entusiasmo la proposta fatta dal prof. Micheli di chiamare d'ora in poi questa forma morbosa « eritremia del Di Guglielmo ». Consistono le eritremie o mielosi eritremiche in affezioni primitive sistematiche dell'apparato eritropoietico, che si traducono dal punto di vista clinico, ematologico e anatomopatologico in quadri ben definiti. La primitività e la sistematicità della forma sono elementi che consentono di fare un parallelismo analogico con quanto si ha nel campo delle mielosi leucemiche; e così come esistono mielosi leucemiche acute e subacute e croniche, così anche esistono mielosi eritremiche acute, subacute e croniche. La forma di eritremia acuta è quella che corrisponde alla prima classica descrizione del Di Guglielmo; forma a rapido decorso, può o meno rapidamente anemizzante, con quadro clinico generale grave, con reperto del sangue circolante caratterizzato generalmente dalla presenza in circolo di numerose forme giovani della serie rossa normoblastica, e sopratutto caratterizzate da un tipico reperto anatomopatologico per cui i tessuti emopoietici, midollo osseo, milza, fegato, presentano una straordinaria iperplasia eritroblastica, ipoplasia della serie bianca e iperplasia reticolo-endoteliale; anche qui, come nelle leucemie, si assiste accanto alla trasformazione eritroblastica dei tessuti emopoietici, ad una mancata o insufficiente capacità evolutiva delle cellule eritroblastiche, per cui la gran parte degli elementi rossi è rappresentata dai più giovani elementi della serie: proeritroblasti ed eritroblasti basofili. A differenza però di quanto si ha nelle leucemie, la sistematicità dell'affezione non raggiunge le estreme possibilità delle leucemie, rimanendo interessati nella forma i tessuti midol-

lari, la milza ed il fegato, assai più rara essendo invece la partecipazione di altri tessuti emopoietici.

Tra le forme subacute e croniche vengono incluse quelle particolari anemie indicate con il termine di eritroblastosi familiari e che vanno anche sotto il nome di anemia di Cooley; forma per ora quasi esclusivamente limitata alla razza mediterranea, a carattere squisitamente familiare e che si accompagna, per quanto non costantemente, a particolari alterazioni ossee, le quali in genere completano la sindrome nella sua fase terminale, ma non ne costituiscono carattere fondamentale e indispensabile. Vanno inquadrate tra le eritremie a decorso spiccatamente acuto le eritroblastosi infantili che possono o no accompagnarsi ad ittero e ad idrope.

L'analogia che può essere fatta tra eritremie e leucemie non va però spinta, secondo quanto ha chiaramente affermato Di Guglielmo, oltre ad un determinato limite, trattandosi di affezioni ben distinte che hanno a comune il carattere della primitività e della sistematicità. Talvolta però si assiste ad un contemporaneo sviluppo delle due forme avendosi così quadri misti di eritroleucemia.

La serena discussione che è seguita alla relazione ha servito a mettere in maggior luce l'importanza della concezione di Di Guglielmo e a valorizzarne le osservazioni e a completarle. Le notevoli differenze esistenti tra mielosi leucemiche e mielosi eritremiche sono state messe in chiara luce dal prof. Micheli, che ha tra l'altro ricordato come le leucemie siano più spesso croniche e più raramente acute a differenza di quanto si ha per le eritremie, come in queste ultime (anemie di Cooley) sia dominante il carattere familiare, che sembra invece avere rarissimo riscontro nelle mielosi leucemiche.

Il prof. FERRATA ha notato come ben a ragione il Di Guglielmo non ha incluso tra le mielosi eritremiche l'anemia perniciosa la quale non è una mielosi e ne va tenuta ben distinta secondo i concetti della Scuola italiana, ed ha messo in evidenza la grande differenza esistente tra forme acute e croniche di mielosi leucemica in quanto le leucemie acute costituiscono un gruppo di malattie a sè, così come profonda distinzione deve essere fatta anche tra eritremie acute e croniche.

Il prof. GREPPI ha segnalato la possibile importanza di momenti patogenetici diversi quali fattori di anemia, particolarmente splenici ed emolitici, accennando alla possibilità che fattori diversi o gruppi di fattori intervengano a dominare il quadro anemico, ricordando altresì il valore ed il significato di semplici reazioni eritroblastiche.

Sono seguite numerose comunicazioni in parte inerenti al tema di relazione, quali quelle di FORNARA, POUCHÉ, BENEDETTI, STORTI, GRIVA, ed altre relative ad altri argomenti di ematologia, quali quelle di PIAZZA, MUSSA, PENATI, GIORDANO, CASAZZA, BATTISTINI, MANCA, BELTRAMETTI, BARBIERI, BAJARDI, CHINI.

Il congresso si è chiuso stabilendo Firenze quale sede della prossima riunione.

CH.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 25 gennaio 1936.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Telaio per realizzare la reclinazione supina e prona nel trattamento della tubercolosi vertebrale.

Prof. C. MARINO ZUCO. — L'O. dimostra il suo apparecchio registrabile nel senso della lunghezza, e graduabile nelle curvature, centrabile in corrispondenza del focolaio spondilitico. Sullo stesso telaio è possibile praticare interventi di osteosintesi vertebrale, e costruire corsetti gessati.

La simpatectomia cervicotoracica per via anteriore: tecnica, alcune indicazioni, qualche risultato.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. espone la tecnica, illustrandola con proiezioni, della via anteriore seguita, per la simpatectomia che egli ritiene preferibile alla posteriore. Accenna ai casi operati e ai risultati, tra gli altri di un caso di retinite pigmentosa. (La comunicazione è stata riportata nel fasc. 15).

Col consenso dell'Accademia il prof. NEUSCHULER, che ha seguìto questo caso, dà chiarimenti, affermando che in seguito all'atto operativo, ha notato un sensibile miglioramento nelle condizioni oculari.

Il prof. EGIDI si congratula col CHIASSERINI che in argomento, a Roma, è un vero pioniere.

Il prof. ALESSANDRI afferma che anche la via posteriore da lui finora seguìta può dare ottimi risultati. L'operazione non presenta gravi difficoltà, specialmente se si deve praticare in donne, in cui lo sviluppo muscolare non è molto grande. Il pericolo di aprire la pleura v'è anche nella via anteriore. La simpatectomia per quest'ultima via può avere le sue indicazioni caso per caso. Circa l'indicazione per la retinite pigmentosa, domanda se è necessario asportare sia il primo che il secondo ganglio toracico e se non ci si può limitare al simpatico cervicale.

Risponde il prof. CHIASSERINI che egli preferisce per la facilità di tecnica la via anteriore, che la sindrome di Horner lamentata si attenua col tempo, che infine egli asporta il 1° ganglio toracico per i rami comunicanti.

Resezione del corpo del pancreas per tumore.

Prof. V. LOZZI. — L'O. comunica un caso, felicemente operato, con asportazione del corpo del pancreas per tumore.

La cura degli empiemi col drenaggio a pressione negativa.

Dott. P. STEFANINI. — L'O. espone i risultati del trattamento col drenaggio a pressione negativa praticato in 36 malati affetti da empiema acuto metapneumonico di cui 30 a 35 in Clinica Chirurgica. I vantaggi sull'operazione a drenaggio aperto sono: diminuzione della mortalità, assenza di pneumotorace, rapida espansione del polmone, e precoce adesione alla pleura parietale, rapida guarigione.

Il prof. R. BASTIANELLI desidera far rilevare l'importanza della comunicazione del collega dott. STEFANINI, perchè i criteri con i quali si operano gli empiemi sono spesso arbitrari e non guidati da un principio fisiopatologico come quello dell'a-

spirazione permanente. I risultati funzionali ottenuti nei casi di empiemi totali dovrebbero servire di ammaestramento sopratutto negli ospedali, affinchè non avvenisse più che casi simili fossero operati con la toracotomia all'aperto che può essere origine di infezioni secondarie e di fistole.

Ha sempre sostenuto, anche in Congressi, e contro opposti pareri, che le toracotomie devono essere piccole e le medicature successive, per quanto è possibile, a tenuta d'aria, e si è convinto per l'esperienza fatta che l'aspirazione nei casi di empiema totale deve essere sempre preferita.

Invece del taglio posteriore basso gli pare preferibile quello sulla IV e V costa, fra le due linee ascellari, come già sostenevano D'Antona e König, perchè con questo si previene più facilmente la fistola toracica, mentre nel taglio basso il diaframma rialzandosi si pone di contro al tubo e si determinano condizioni sfavorevoli per il deflusso.

Il prof. CHIASSERINI preferisce l'uso del tubo di gomma al drenaggio con la Plazer. Il drenaggio a valvola non deve essere adoperato negli empiemi putridi.

Il prof. EGIDI non divide l'ottimismo del collega. Nei nostri ospedali i processi di aspirazione hanno una antica esperienza, ma non si può dire che i risultati siano tali da generalizzarne l'uso.

Il mantenere negativa la pressione pleurica è una condizione favorevole alla meccanica del respiro e al ritorno del polmone alla normale distensione; l'aspirazione della secrezione ed il lavaggio della cavità pleurica sono certo mezzi di cura per la sepsi. Ma il trattamento della sepsi che si fa in tal modo è un trattamento che si avvicina a quello chiuso e forse perciò non sempre basta.

Il CHIASSERINI ha indicato che gli empiemi putridi richiedono un trattamento aperto; egli aggiunge che in alcuni casi le masse fibrinose dell'essudato rendono imperfetta la funzione dei tubi e che infine talora la sepsi ha carattere invadente e si propaga come un flemmone alle pareti toraciche. I riguardi alle particolari condizioni fisiche della pleura nella cura dell'empiema costituiscono un momento pregevole, ma non sempre urgente, nè sempre necessario, nè sempre scevro d'interferenze dannose. La distensione del polmone, oltre che con la ipo-pressione pleurica, si può ottenere con la iper-pressione bronchiale e questa, che non ostacola mai la cura della sepsi pleurica, si può ottenere con mezzi semplici ed antichi, sebbene non perfetti.

A lui sembra che non si possa proclamare alcun procedimento buono per tutti i casi, ma che, tra i molti che hanno diverse caratteristiche, sia bene caso per caso e momento per momento scegliere quello più adatto.

Il prof. ARCANGELI ricorda i principi fondamentali per ottenere buoni risultati: operare subito e occludere con Bodrouche.

Il prof. ALESSANDRI fa osservare che la sua esperienza lunga e spesso dolorosa, nel trattamento degli empiemi, è del tutto favorevole al trattamento esposto dal dott. Stefanini, ed è lieto che anche quello del prof. Bastianelli sia concorde. Le osservazioni fatte dal prof. EGIDI gli sembra abbiano scarso valore, poichè rappresentano casi di eccezione. La durata del periodo di trattamento è molto abbreviata e gli esiti sono certamente di gran lunga migliori da quando in Clinica si adopera con la tecnica esposta la cura di aspirazione a tenuta.

Il dott. STEFANINI ringrazia il prof. Bastianelli per la sua approvazione. Circa la sede del drenaggio è del parere che questo va posto tra l'VIII e la X costa; il drenaggio nel 4°-6° spazio si è dimostrato nella sua esperienza insufficiente per ottenere un completo svuotamento del versamento almeno con l'aspirazione che è stata usata, pari a circa 40 cm. d'acqua. Il drenaggio sulla parete laterale del torace è certo più comodo per il malato, ma sembra più efficace quello sull'angolo posteriore fra ascellare posteriore ed emiscapolare, perchè è a questo livello che si verifica la maggiore difficoltà alla espansione del polmone.

Non è d'accordo col prof. Chiasserini nel praticare una larga breccia della pleura che è sempre difficile suturare a tenuta d'aria, poichè bisogna tener presente che la chiusura deve essere ermetica non solo in corrispondenza degli strati esterni della parete toracica, ma specialmente verso l'interno; se si lascia filtrare la secrezione tra tubo e pleura, quando sono chiusi a tenuta d'aria gli strati muscolari e la pelle, si formano dei flemmoni parietali, che bisogna drenare a tutto scapito della buona tenuta d'aria. Nella pratica della Clinica Chirurgica la Petzer si è dimostrata più utile del semplice tubo, perchè più facile è mantenerla in situ, e pazienti cure riescono sempre a mantenerla pervia.

Il prof. EGIDI dice di non essere favorevole al metodo che risponde ai dettami della fisiopatologia toracica. Che gli empiemi guariscano con la toracotomia aperta è dimostrato da larga esperienza di numerosi e valorosi chirurgi, ma guariscono certo meno rapidamente, e i malati vengono sottoposti a tutti i gravi e innegabili rischi di un pneumotorace aperto.

Non ha mai pensato di negare il loro valore alle punture evacuatrici che talora bastano da sole a guarire l'empiema, ma ciò non accade purtroppo di frequente e spesso si insiste troppo in questa pratica che prolungata per molto tempo porta più danno che vantaggio al malato.

Circa l'uso della maschera ad iper-pressione e quello della più semplice ginnastica respiratoria praticando il rigonfiamento di palloni di gomma, non può accordare col prof. EGIDI che abbiano lo stesso effetto della aspirazione col drenaggio a pressione negativa: questa è permanente, mentre la iper-pressione o la ginnastica respiratoria non possono essere che momentanee anche se ripetute; di più per mantenere l'effetto della distensione polmonare provocata con l'iper-pressione è necessario fare, came fa Sauerbruch, una medicatura impermeabile della toracotomia; mentre lasciando aperto il torace il polmone si retrae subito sotto l'effetto della pressione atmosferica. Pertanto mentre la iper-pressione e la ginnastica respiratoria possono essere di grande utilità se combinate col drenaggio a pressione negativa, esse hanno poca o punto efficacia in presenza di un pneumotorace aperto e non possono in queste condizioni sostituire l'aspirazione continua.

È d'accordo col prof. Arcangeli che sia utile operare presto gli empiemi, ma pensa che non convenga farlo a processo pneumonico ancora in atto, e che sia utile tentare prima uno o due svuotamenti con puntura, come vuole Sauerbruch. È desiderabile che all'atto dell'intervento il polmone sia per quanto possibile in condizione di espandersi. È certamente cosa utile associare le cure mediche vacciniche alla cura chirurgica. Non è d'accordo col prof. Arcangeli nel restringere agli empiemi tubercolari l'indicazione del D.P.N. per quanto è stato detto nella comunicazione.

Il Segretario: T. PONTANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

Contributo all'etiologia della necrosi pancreatica acuta.

Nella patogenesi della necrosi pancreatica acuta, viene generalmente considerato come fattore preponderante il potere fermentativo del succo pancreatico attivato, e, secondo le più recenti teorie, la causa più frequente di ciò è da ricercare nelle alterazioni prodotte dalla calcolosi biliare o in genere dalle malattie delle vie biliari. D'altra parte anche la genesi infiammatoria è in alcuni casi ammessa come possibile. (M. Mittelbach. *Med. Klin.*, 14 giugno, 1935), ha studiato dal punto di vista batteriologico e istologico un caso di necrosi pancreatica acuta in una donna di 51 anni, la quale era morta col quadro della morte pancreatica 3 giorni dopo una colecistectomia. Dal pancreas fu possibile coltivare in cultura pura il B. paratyphi B (Schottmüller), il quale si trovò anche nel materiale necrotico in gran quantità. L'A. discute sul significato di questo reperto nella genesi causale della malattia.

G. LA CAVA.

Infiammazione acuta del pancreas.

Elmann (*Soc. Gyn. et Obst.*, 1935) riporta sei casi proprii i quali hanno a suo modo di vedere. notevole importanza pratica purchè si tratti di lesioni del pancreas in individui operati di colecistectomia o comunque sofferenti alle vie biliari, in cui gli attacchi dolorosi facevano pensare ad una recidiva di calcolosi biliare ed eventualmente all'opportunità di un secondo intervento, mentre si trattava di disturbi da trattare con cure mediche. In alcuni si ricorse appunto ad un intervento per diagnosi di calcolosi del coledoco. Invece si trattava di una pancreatite acuta interstiziale, di origine evidentemente biliare, e con un quadro clinico ben diverso dalla pancreatite acuta emorragica. Secondo l'A. tali lesioni pancreatiche sarebbero dovute allo spasmo dello sfintere di Oddi per cui può penetrare della bile nel dotto pancreatico. Una cura medica come per le note pancreatiti croniche oltre ad un trattamento sintomatico durante gli attacchi dolorosi sono generalmente efficaci.

V. GHIRON.

Adenoma cistico del pancreas e pancreatite acuta.

V. Pettinari (*Atti e Memorie della Società Lombarda di chirurgia*, vol. III, N. 16, pagina 3314; 1935) illustra il caso di una donna di 70 anni ricoverata in ospedale con una sintomatologia addominale acuta e in cui all'operazione si trovò un tumore del corpo del pancreas e i segni di una pancreatite acuta senza però segni di steatonecrosi. Il tumore fu asportato mediante resezione del pancreas e fu inoltre praticata una colecistostomia. La p. è guarita senza alcun deficit nemmeno temporaneo della funzionalità pancreatica.

All'esame istologico il tumore asportato risultò essere un adenoma cistico e la biopsia del pancreas dimostrò una pancreatite acuta propriamente detta senza alcuna delle lesioni caratteristiche della necrosi acuta del pancreas.

G. GENTILE.

Forma disfagica del cancro del pancreas.

J. Govaerts (*Le scalpel*, 8 giugno 1935) ricorda le due forme di cancri del pancreas, quello del corpo (che si rivela con vivi dolori epigastrici con disturbi vaghi; i dolori dapprima intermittenti si fanno continui con crisi atroci, solari) e quello della testa che comprime il coledoco.

Il caso osservato dall'A. è interessante perchè si è manifestato con la sintomatologia classica della stenosi esofagea. Un uomo di 40 anni ha incominciato a risentire disturbi della deglutizione degli alimenti solidi, con rigurgiti alimentari senza nausea. La disfagia da intermittente diventò permanente al punto da ostacolare l'alimentazione e dare quindi un dimagrimento notevole. In tale momento, il malato segnala qualche dolore epigastrico irradiantesi al dorso, senza orario preciso.

Una prima radiografia mostra una stenosi esofagea tubulare con spostamento del cardias ed il malato entra in ospedale con la diagnosi di ernia diaframmatica. La disfagia è tanto marcata che alle volte il malato non può ingerire nemmeno l'acqua. All'esofagoscopia, stenosi serrata a monte del cardias. I dolori sono cresciuti e diventati permanenti. Una nuova radiografia mostra l'estensione della stenosi, con spostamento dello stomaco verso sinistra.

Alla laparotomia esplorativa, si scopre un tumore del volume di un pugno, che è in continuità diretta col corpo del pancreas. Gastrostomia; morte dopo 15 giorni per cachessia progressiva.

All'autopsia: tumore in continuità del corpo del pancreas, che aderisce alla faccia posteriore dello stomaco e stringe il cardias e l'esofago. Istologicamente: epitelioma di origine pancreatica.

Nell'interpetrazione dei sintomi, l'A. era stato alquanto suggestionato dalla stenosi esofagea. Pertanto, alcuni sintomi avrebbero dovuto richiamare l'attenzione. Anzitutto i dolori: a sede epigastrica, del tipo continuo, con crisi parossistiche indipendenti dagli alimenti, pancreatico-solari e non toraciche. Dall'altra parte, il fatto che lo stomaco era ricacciato verso sinistra.

Questa osservazione insieme ad altre dimostra il polimorfismo della sintomatologia del

cancro del pancreas che si distacca dalla forma classica di Chauffard, per manifestarsi con sintomi propri degli organi invasi e conduce così fatalmente ad errori di diagnosi.

fii.

Carcinoma delle isole di Langerhans con ipoglicemia sintomatica.

Power, Caagg e Lindem (*Proc. of. Staffmeething of the Mayo Clinic*, 11, 1936, 97) riferiscono il caso seguente: una donna di 41 anni, si presentò alla Clinica perchè da due mesi presentava delle lipotimie, precedute da confusione mentale, accompagnate da sudori, che erano dovute a crisi di ipoglicemia — così gravi, da richiedere il trattamento d'urgenza con iniezioni endovenose di zucchero —. Durante l'accesso la glicemia cadeva a 0,30 per mille circa.

Un intervento esplorativo, rivelò la presenza di un carcinoma diffuso del pancreas, con metastasi multiple nel fegato.

Dopo alcuni giorni la p. venne dimessa.

Essa morì otto mesi e mezzo dopo il primo attacco di ipoglicemia. La necroscopia fu compiuta un'ora dopo la morte, ed il fegato ed il pancreas vennero spediti sotto ghiaccio alla Clinica Mayo in areoplano. Vi arrivarono perfettamente conservati.

I noduli metastatici nel fegato ed il neoplasma pancreatico erano istologicamente costituiti di *solo tessuto insulare puro* di aspetto normale.

Gli AA. prepararono con tecnica adatta un estratto di fegato, dei noduli metastatici nel fegato e del tumore primitivo, onde saggiarne biologicamente il contenuto in insulina.

Gli accertamenti eseguiti sul coniglio dimostrarono che sia gli elementi del tumore primitivo, che quelli delle metastasi, contenevano notevoli quantità di ormone insulare.

Quindi nel caso descritto le crisi di ipoglicemia erano espressione di eccessiva produzione di insulina, perchè il neoplasma — con carattere di malignità (metastasi) — era un *insuloma*, funzionante come il normale tessuto insulare.

I casi come questo, in cui si fece diagnosi (confermata) di « insuloma del pancreas » sulla base di crisi ipoglicemiche, sono molto rari; 2 o 3 soltanto in tutta la letteratura sono quelli nei quali, come in questo, si potè dimostrare biologicamente la presenza di insulina sia nel tumore primitivo, che nelle sue metastasi.

M. COPPO.

Litiasi pancreatica. Diagnosi differenziale con la calcolosi renale.

La litiasi pancreatica appartiene alle più rare calcolosi degli organi addominali. Può decorrere completamente senza sintomi o dare un quadro niente affatto caratteristico. La diagnosi è difficile ed è stata fatta poche volte intra vitam. Tzschirntsch (*Ztsch. f. Urol.* v. 29, p. 639, 1935) riporta un caso di una ragazza di 19 a., che soffriva da 3 anni di dolori al dorso irradianti in basso, talora a tipo di colica. La radiografia diretta dimostrava nella sede del rene sin. circa 40 piccole ombrette che si spingevano a d. e in basso fino all'altezza della V lombare. Le ricerche urologiche poterono far escludere che si trattasse di una calcolosi renale. Fu posta la diagnosi di litiasi pancreatica, confermata da una laparatomia esplorativa. Non fu possibile asportare i calcoli per il loro gran numero; dopo 6 mesi le ombrette visibili radiograficamente erano circa 100.

P. STEFANINI.

Diagnostica delle lesioni pancreatiche.

Chiray e Bolgert (*Presse Méd.*, 14 marzo 1936) hanno proposto già dal 1930 l'uso della secretina endovenosa come stimolo della secrezione pancreatica, per farne un criterio delle condizioni anatomiche e funzionali del pancreas. Ora essi hanno ripreso le loro esperienze, usando una secretina nuova, purificata, ed introducendo un nuovo criterio nella valutazione dei risultati: e cioè lo studio della quantità totale di succo secreto, oltre che del contenuto percentuale di lipasi e di tripsina nel succo stesso.

Hanno studiato 65 ammalati, e in una ventina di essi l'intervento, la radiografia o l'autopsia confermarono la lesione pancreatica, che la prova della secretina aveva indicato.

La tecnica che essi seguono è questa: introduzione della sonda in duodeno. Esecuzione successiva di due prove di Meltzer-Lyon, una con solfato di magnesia liquido, l'altra (la seconda) con soluzione fredda. Eliminazione della bile B, e di tutta la bile C che è possibile ottenere, fino ad arresto o a grande rallentamento della secrezione. Iniettano allora endovena 2 fiale di secretina (Hormeduodina Byla). Tre minuti dopo l'iniezione si riottiene liquido duodenale, che raccolgono di 5 in 5', per 5 volte. Stabiliscono la media aritmetica delle attività diastasiche di ogni campione (lipasica e triptica). Tengono anche conto della quantità totale di succo raccolto, in media, per un prelevamento.

In tutti i casi studiati questa prova ha dato risultati confermati dalle indagini dirette: quando diminuisce l'attività diastasica del succo pancreatico, così studiata, il pancreas è leso. Questa prova ha anche il vantaggio di non richiedere più di tre quarti d'ora. In lavori successivi gli AA. si riservano di esporre gli elementi ricavabili dalla prova della secretina, che depongono per la natura infiammatoria o neoplastica della lesione pancreatica.

M. COPPO.

TERAPIA

Il trattamento delle anemie.

H. E. Bock (*Z. Blatt. f. inn. Med.*, 1935, n. 45) divide le anemie sotto il punto di vista della terapia in ipercromiche ed ipocromiche. Le prime, in cui si ha aumento di emoglobina ed emazie grosse, si trattano con le sostanze epatiche, mentre il ferro è inattivo.

Le A. ipocromiche si giovano invece del ferro, dell'arsenico ed anche del rame. Uno dei rimedi più efficaci è il cloruro di ferro bivalente; bastano già dosi giornaliere di 10 cg. di ferro; l'efficacia aumenta con l'aggiunta di acido citrico. Invece il ferro ridotto va somministrato in dosi molto più elevate (2-10 g.) per cui si possono avere disturbi gastrici.

Il rame è indicato quando con un basso contenuto emoglobinico, l'indice colorato è prossimo ad 1, poichè il rame eccita la formazione delle emazie.

Con i preparati arsenicali, è indicata la contemporanea introduzione orale e parenterale.

Nelle gravi anemie emolitiche ed in molti casi tossico-infettivi, è indicata la trasfusione.

Nelle forme emolitiche familiari il metodo di scelta è la splenectomia. L'elemento costituzionale ed ereditario va tenuto in considerazione anche nelle altre anemie. *fil.*

Il veleno del serpente tigrino dell'Australia nella cura delle emorragie accessibili.

In Australia vive un serpente denominato tigrino (Tiger-Snake) che appartiene alla famiglia dei Colubridi ed ha il nome scientifico di Notechis Scutatus; ora il veleno secco di questo serpente coagula rapidamente in vitro 12.800.000 volte il proprio peso di sangue citratato od ossalato. La conoscenza di questo potere risale a circa 42 anni fa; Martin nel 1893 la dimostrò per il primo in vivo. Vari altri AA. si sono poi occupati della cosa (Lamb 1903, Martin 1905, Kellaway 1933) e recentemente Rosenfeld e Lenke (*Amer. Jour. of the med. scienc.*, vol. 190, n. 6, dic. 1935) ritornano sull'argomento. Essi hanno controllato e confermato questo potere in vitro, di più lo hanno applicato con successo per applicazioni topiche per arrestare emorragie gravi da lesioni accessibili in 8 casi di discrasie ematiche. Il veleno del serpente tigre è riuscito a provocare prontamente una locale emostasi quando i comuni espedienti (compressione, tromboplastina, acido tannico, adrenalina, cloruro di ferro) avevano fallito. La minima quantità necessaria per ottenere il successo e il potere del veleno di chiudere subito le vie di assorbimento producendo una trombosi locale permettono di raggiungere l'effetto terapeutico, senza oltrepassare nel pericolo della dose velenosa. Esso non ha tuttavia agito che localmente, non ha cioè impedito il riprodursi dell'emorragia in altre parti del corpo per la stessa causa discrasica; la sua applicazione rimane limitata ai casi nei quali può essere usato nel luogo di emorragia.

(Applicazioni consimili possono attuarsi con veleni di altri serpenti, come la vipera russeli).

L. TONELLI.

SEMEIOTICA

Dolore persistente alla spalla consecutivo ad infarto del miocardio.

J. Edeiken e Ch. C. Wolferth (*Amer. journ. med. sciences*, febbr. 1936) riportano 14 casi del genere e calcolano che tale sintoma si manifesti nel 10 % dei casi che sopravvivono.

Il dolore può essere mite o grave e viene generalmente descritto come continuo, urente o a tipo di torsione o strappamento. Generalmente è interessata la spalla sinistra, ma può esserlo anche la destra, oppure il dolore può vagare dall'una all'altra. In qualche caso esso può essere più vivo alla regione del bicipite o del deltoide.

Può incominciare in coincidenza con un attacco di occlusione delle coronarie fino a 16 settimane dopo. Nei casi degli AA. persisteva per un tempo variabile da 7 settimane a 5 anni.

Il trattamento locale è inefficace; lo stesso si può dire dei comuni analgesici, dei nitriti e della diatermia; in vari casi è stata tentata la röntgenterapia profonda, ma senza risultato apprezzabile.

Per la maggior parte, i pazienti avevano foci infettivi; alcuni una lieve spondilite cervicale o dorsale superiore. Ad ogni modo, il rapporto con l'infarto del miocardio indica questo come il vero fattore etiologico.

Gli AA. vi vedono una certa analogia con la causalgia. *fil.*

TECNICA DI LABORATORIO.

Determinazione della coagulabilità del plasma sanguigno con la cellula fotoelettrica.

Un nuovo apparecchio per lo studio del tempo di coagulazione del sangue viene descritto da E. J. Baldes (*Proc. of the Staff. Meetings of the Mayo Clinic*, 4 marzo 1936). Esso è basato sull'osservazione che se si aggiunge a del plasma ossalato una soluzione di cloruro di calcio si ottiene un intorbidamento graduale parallelamente alla coagulazione del plasma. Ora se si fa passare attraverso la miscela di plasma e cloruro un fascio luminoso diretto su una cellula fotoelettrica, misurando l'intensità della corrente provocata dalla luce parzialmente assorbita, si può misurare il progressivo intorbidamento della miscela. Mediante un galvanometro le variazioni di intensità della corrente possono venire tracciate su carta

fotografica sotto forma di una curva, la quale viene così a rappresentare l'andamento della coagulazione. Le curve ottenute dimostrano un primo aumento dell'assorbimento della luce, che corrisponde alla coagulazione iniziale normalmente (circa 110 secondi dopo l'aggiunta del cloruro di calcio) ed un secondo più rapido aumento che giunge fino all'intorbidamento massimo, che corrisponde alla coagulazione completa (circa 80 secondi dopo l'inizio della coagulazione).

Il metodo è stato applicato alla clinica ed ha dato risultati soddisfacenti. Esso offre di fronte a tutti gli altri il vantaggio che le determinazioni vengono eseguite senza disturbare in alcun modo il processo di coagulazione.

E. CARLINFANTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Le infezioni inapparenti. - Al dott. D. F.:

Sono le infezioni che non determinano fenomeni morbosi rilevabili. Ch. Nicolle è arrivato alla loro dimostrazione mediante l'osservazione del decorso del tifo esantematico della cavia. Misurando, con una tecnica adatta la temperatura rettale di una cavia inoculata con sangue infetto di tifo esantematico, si rileva che la curva ha lo stesso andamento di quella dell'uomo, che si è infettato naturalmente. (Questo è stato un primo risultato ottenuto da Nicolle, in confronto dei precedenti ricercatori che, introducendo il termometro poco profondamente ottenevano risultati discordanti). Nicolle ha così dimostrato che la cavia è sensibile all'agente del tifo esantematico e può pertanto servire per conservare tale virus, invece delle colture che sono impossibili.

Vi sono però delle cavie che non hanno alcun aumento di temperatura. Questo corrisponde, del resto, all'osservazione della malattia spontanea nell'uomo, per cui si osserva che vi sono individui molto sensibili ed altri, invece, resistenti. Vi sono, quindi, delle cavie che non hanno nemmeno la malattia termometrica messa in luce dal Nicolle, ma in cui però l'infezione segue il suo decorso caratteristico. Di fatto, si ha lo stesso periodo d'incubazione (sicchè il sangue non è virulento che 5 giorni dopo l'inoculazione) e di terminazione (cessazione della virulenza del sangue); essa lascia inoltre una certa immunità, generalmente lieve e di breve durata, ma talvolta dello stesso tipo lasciato dalla malattia febbrile.

Questa forma inapparente è la sola che si ha, per il tifo esantematico, nel ratto e nel sorcio.

È probabile che tale forma inapparente si abbia in molte, se non in tutte, le infezioni, per le quali l'agente patogeno si sviluppa nel sangue (setticemie). Per varie è stato già dimostrato; così per la dengue (uomo, cavia), la poliomielite (uomo), la febbre gialla (scimmia), la sifilide (sorcio), il vaiuolo (cane) e diverse spirochetosi.

Si intuisce agevolmente la grande importanza che tali infezioni inapparenti possono avere nella conservazione delle malattie infettive e nella genesi delle epidemie. Sperimentalmente, si è già riusciti a trasformare un'infezione inapparente in una che determina sintomi morbosi. *fil.*

RILIEVI E PROPOSTE

Naturismo Fascista.

> « Io sono profondamente convinto che il nostro modo di mangiare, di vestire, di lavorare e di dormire, tutto il complesso delle nostre abitudini quotidiane deve essere riformato... Bisogna fare agire gli elementi della Natura sul nostro corpo... ».
>
> MUSSOLINI.

Numerose proposte sono state fatte or qui or là, su giornali e riviste, in conferenze varie ed in altre occasioni per distinguere il naturismo che possa avere in Italia larga rispondenza non solo fra gli studiosi, ma anche fra le masse del popolo italiano.

E allora, si è detto, basterebbe chiamarlo puramente e semplicemente: Naturismo italiano.

No, questa che può essere una bella e semplice denominazione non è accettabile, perchè ... non è completa.

Manca ad essa quel carattere particolare che dà subito la sensazione dell'energia nuova, della nuova molla che deve stimolare, vivificare, amalgamare e sopratutto riordinare e coordinare — unendole in un sol fascio — le varie tendenze, che nel naturismo si sono finora manifestate in Italia.

Ecco perchè la denominazione di « *Naturismo fascista* » comprenderà in sè il doppio significato:

primo, l'origine del risveglio delle tendenze naturiste in Italia per opera dello storico « discorso del Duce ai medici » nel novembre 1932;

secondo, la concorde volontà di eliminare dispersione di forze, accantonamento di energie, che invece debbono esser mobilitate e tutte sulla breccia, tutte operanti per raggiungere al più presto le mète segnate in quello storico discorso — che può considerarsi la carta di fondazione del « *Naturismo fascista* », senza bisogno di ricorrere a circonlocuzioni, superfetazioni et similia.

Dott. GIOVANNI PERILLI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Isolamento coattivo degli ammalati di lebbra.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica - Divisione VI C. - Sezione II) ha diramato ai sigg. Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare N. 44 in data 3 aprile 1936-XIV:

Si richiama l'attenzione delle EE. LL. sulle disposizioni emanate con R. Decreto Legge 13 febbraio 1936 n. 353, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 13 marzo u. s. N. 61, con il quale a modifica delle norme contenute nell'art. 286 del T. U. delle Leggi Sanitarie, è stata sancita l'obbligatorietà dell'isolamento dei lebbrosi con manifestazioni contagiose in atto.

Il provvedimento è stato dettato dalla necessità di evitare, attraverso l'idoneo isolamento degli infermi, il pericolo del contagio ed il diffondersi di una malattia che — se pure circoscritta a determinate zone — desta profonda impressione ed allarme nelle popolazioni delle zone colpite, sia per la sua gravità, sia per le manifestazioni deformanti e spesso repugnanti cui dà luogo.

Il provvedimento lascia al potere discrezionale dell'autorità sanitaria di stabilire, caso per caso, in quale modo possa effettuarsi l'isolamento degli infermi; il quale potrà, perciò, attuarsi, oltre che col ricovero negli appositi reparti delle cliniche dermosifilopatiche e degli ospedali comuni, anche con l'isolamento a domicilio, quando ciò sia possibile ed opportuno, in base alle particolari condizioni di fatto, da valutarsi di volta in volta.

Al riguardo le EE. LL. vorranno tener presente che tutte le volte in cui è possibile disporre l'isolamento a domicilio, questo dovrà essere preferito al ricovero negli Istituti di cura sia perchè riesce meglio tollerato dalle persone cui è imposto, sia perchè evita un troppo grave onere di spese a carico dello Stato, il cui fondo per le spese di ospedalizzazione dei lebbrosi poveri è assai limitato, nè può essere, almeno per ora, aumentato.

Appare appena ovvio aggiungere che l'isolamento a domicilio deve essere circondato da tutte le opportune cautele di ordine profilattico, della cui rigorosa osservanza dovranno assicurarsi il medico provinciale e l'ufficiale sanitario.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

CALTANISSETTA, per Mazzarino; scad. 31 maggio.

CAMPOBASSO, per Montagano, S. Giuliano del Sannio; scad. 30 giugno.

FIRENZE, per Cerreto Guidi; scad. 31 maggio.

LUCCA, per Lucca (Mutigliano), Vergemoli; scad. 31 maggio;

MANTOVA, per Roverbella, S. Giorgio di Mantova; scad. 31 maggio.

PERUGIA, per Foligno (3 condotte), Gubbio (2 condotte), Perugia, Torgino; scad. 31 maggio.

REGGIO EMILIA, per Luzzara (condotta rurale); scad. 16 giugno.

SALERNO, 3 condotte; scad. 31 maggio.

SIENA, per Casale d'Elsa, Castellina in Chianti, Montalcino, Montepulciano, Sarteano; scad. 31 maggio.

TERAMO, per Ancorana, Castelli, Valle Castellana, scad. 31 maggio.

TERNI, per Guardea; scad. 31 maggio.

TORINO, per consorzio Forno Canavese-Pratiglione, cons. Rivoli-Rosta (2 condotte), Torino (4 condotte), Casalborgone, Carignano, Luserna S. Giovanni, cons. Oulx-Salbertrand; scad. 31 maggio.

TRAPANI, per Marsala; scad. 31 maggio.

VERONA, per consor. Boscochiesanova-Grezzana, Monteforte d'Alpone; scad. 31 maggio.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La borsa di studio « Achille Sclavo » di L. 4000 offerta dall'Istituto Opoterapico Nazionale di Pisa è stata assegnata per il 1935-36 al dott. Marco Tullio Malato, assistente nella R. Clinica Medica di Roma.

Con recente deliberazione della Giunta Esecutiva dell'O. N. M. I., è stato chiamato a reggere la Divisione dei Servizi Sanitari della Opera stessa il prof. Alessandro Laurinsich, libero docente ed aiuto nella R. Clinica Pediatrica di Napoli.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Ferrara.

Manifestazioni culturali a Ferrara.

Organizzate dal Consorzio Provinciale Antitubercolare e dalla Federazione Fascista per la lotta contro la Tubercolosi, si sono svolte a Mantova alcune interessanti manifestazioni culturali.

Il 2 aprile, nella Sala delle Adunanze del nuovo Dispensario Provinciale, il prof. Alessandro Dalla Volta, docente di patologia speciale medica presso la R. Università di Modena, ha tenuto una lezione ai medici mantovani, trattando brillantemente dei moderni concetti scientifici sulla patogenesi della tubercolosi polmonare e insistendo sulle ricerche che si rendono necessarie per un tempestivo riconoscimento della malattia tubercolare nell'adulto.

Il 9 aprile, nello stesso Dispensario Provinciale, i primari dott. Mambrini e prof. Maccabruni hanno illustrato ai colleghi della provincia i problemi inerenti alla diagnosi precoce delle malattie tubercolari, rispettivamente in campo chirurgico e in quello ginecologico.

Altre manifestazioni culturali e di propaganda vanno svolgendosi nella stessa sede, a cura del Consorzio Provinciale.

In questi giorni il prof. Angelo Lurà, primario del Sanatorio Belfiore, ha tenuto una conferenza ai maestri della città e dei Comuni limitrofi, mentre il dott. Mario Lodigiani, direttore del Dispensario, svolgerà lezioni di propaganda igienica agli insegnanti ed agli studenti delle scuole medie.

NOTIZIE DIVERSE

XXI Aprile.

L'Italia Fascista celebra con speciale solennità il Natale di Roma e la Festa del Lavoro.

Si inaugurano nuove costruzioni, nuovi Enti, nuove attività nel campo culturale, assistenziale e produttivo; si distribuiscono i premi e le pensioni del lavoro.

Tra le opere inaugurate il 21 aprile a Roma sono le nuove sedi dell'Istituto di Malariologia e dell'Istituto di Radiologia. Ne riferiremo nel prossimo numero.

Corpus Iconum Morborum Cutaneorum.

Il Comitato organizzativo del IX Congresso di Dermatologia e Sifilografia si è fatto promotore di una interessantissima ed utile realizzazione pratica: la compilazione di un Atlante Dermatologico che col nome di « Corpus Iconum Morborum Cutaneorum », dovrà costituire una eccezionale raccolta di fotografie e microfotografie dei casi più istruttivi e più rari forniti dalla dermatologia. Dato che i servizi di dermatologia conservano generalmente, senza pubblicarlo, materiale del genere, il Comitato fa appello a specialisti, Cliniche, Servizi dermatologici, per ottenere la cooperazione alla bella ed utile iniziativa. Tale cooperazione si tradurrà inviando al Comitato promotore (Hungaria, Budapest, VIII, Mária-U-41) tutte le fotografie e le microfotografie che si riterranno utili all'opera suddetta. Col generale contributo il « Corpus Iconum Morborum Cutaneorum » riuscirà la quintessenza dei Musei Dermatologici del nostro tempo e fornirà una inestimabile fonte per la ricerca, la diagnosi, l'insegnamento superiore.

Fatta la selezione dei documenti verranno riprodotti in nero o a tre colori le fotografie di 400-500 casi scelti fra i più eccezionali. Tali fotografie saranno accompagnate da 5-10 linee di testo in francese, tedesco, inglese, italiano o latino illustranti: sesso, età, origine, stato di famiglia, professione, eredità, antecedenti, sintomi clinici, complicazioni, dati di laboratorio, evoluzione, terapia, epicrisi, ecc.

Le fotografie, chiare, precise, oltrechè alle classiche malattie della pelle, si riferiranno di preferenza alle affezioni cutanee e veneree provocate da parassiti rari, funghi esotici, virus filtranti; da malattie degli organi interni, allergia, rimedi; da insufficenze climatiche, fisiche, chimiche e di origine industriale; da tumori straordinari, malformazioni e degenerazioni, affezioni ereditarie; da malattie dei tropici, delle isole, delle lontane vallate.

Saranno ammessi anche i processi banali presentanti un eccezionale interesse per localizzazione, forma clinica, gravità, complicazioni, reazioni straordinarie ai rimedi. Saranno pubblicate volentieri le fotografie di parassiti rari presentanti interesse dermatologico. È sopratutto necessario che le illustrazioni abbiano un valore didattico e scientifico di gran lunga superiore a quello degli Atlanti comuni. Il materiale dovrà pervenire al Comitato non oltre la fine di aprile. Con tutta probabilità l'opera sarà pubblicata nel corrente anno.

Centrum Commutatorium Dermatologicum.

Il IX Congresso Internazionale di Dermatologia ha creato, come ne demmo già notizia, ad iniziativa del prof. Tommasi di Palermo, un Ufficio Centrale per lo scambio di materiale scientifico, il cui scopo è di facilitare l'arricchimento e il completamento delle collezioni scientifiche e con questo promuovere l'unificazione della nomenclatura e dell'insegnamento della dermatologia. Con questo Istituto Centrale si vuole rendere possibile alle cliniche come anche ai singoli studiosi di mettersi in grado di scambiare reciprocamente il loro ulteriore materiale d'insegnamento che riguarda specialmente scoperte recenti e malattie più rare. Tale materiale è costituito da fotografie, preparati microscopici, batteriologici, parassitologici, inclusioni in paraffina, peli epilati, squame epidermiche, modelli in cera, istrumenti, estratti di lavori scientifici, statistiche, relazioni, medaglie commemorative in rapporto alla dermatologia, ecc.

La partecipazione allo scambio è naturalmente volontaria. La quantità e la qualità del materiale offerto sono lasciati liberi ad ogni partecipante, ma pregasi di voler inviare per lo scambio esemplari non danneggiati, adoperabili e di assoluto valore scientifico. La Centrale procurerà possibilmente di far pervenire in cambio oggetti dello stesso genere e nella stessa quantità, per esempio l'invio di 30 esemplari fotografici di un caso interessante verrà ricambiato con 30 fotografie di casi interessanti diversi.

La partecipazione allo scambio è gratuita meno le spese postali di andata e ritorno; il pacco è dunque da inviarsi franco coll'aggiunta di buoni postali internazionali sufficienti per l'affrancatura del pacco di rinvio degli oggetti di scambio.

L'amministrazione della Centrale è affidata alla Clinica Dermatologica di Budapest (Mária-utca 41) dal IX Congresso Internazionale per la durata di cinque anni. Essa si rivolge quindi a tutte le cli-

niche, sezioni d'ospedali e colleghi specialisti interessati a voler comunicare la loro partecipazione, a voler mandare nel senso sopra indicato 30-40 esemplari del materiale da offrire senza ulteriore invito. L'imballaggio sia accurato e adatto per la rispedizione. Pregasi di indicare su ogni esemplare il nome dell'Istituto mittente come anche la diagnosi. Le fotografie sono da inviarsi senza incollatura ma difese da 2 cartoni. Pregasi d'inviare i preparati microscopici fissati in scatole opportunamente preparate per evitare eventuali rotture. Si raccomanda di spedire le culture viventi in provette di vetro a grosse pareti e collocate in astucci di legno. Si prega di aggiungere un elenco preciso del contenuto del pacco nonchè l'indirizzo del mittente su un foglio separato.

Congressi e convegni prossimi.

Nella Clinica Medica di Torino si è tenuto, il 30 marzo, il secondo raduno della Società Italiana di Ematologia. Nella seduta antimeridiana, presieduta dal sen. Micheli, il prof. Di Guglielmo ha prospettato il quadro clinico-ematologico e patogenico delle eritremie, il nuovo capitolo di malattie del sangue che egli ha individuato per primo, raccogliendo l'adesione dei più illustri clinici ed ematologi convenuti, fra i quali, oltre al prof. Ferrata, presidente della Società, erano i proff. Micheli, Frugoni, Cesa-Bianchi, Gamna, Vanzetti, Greppi, Introzzi ecc. Nella seduta pomeridiana si sono svolte numerose comunicazioni su argomenti varî.

Si terrà in Modena, sotto la presidenza del prof. R. Balli, negli ultimi giorni del settembre 1936.

Saranno svolte tre relazioni su temi di Radiogenetica, Raggi ultravioletti, Ultrasuoni. Saranno inoltre accolte comunicazioni su questi e su qualunque altro tema di Radiobiologia.

I soci del nucleo italiano di Hertzbiologia che desiderano fare comunicazioni a questo Congresso, sono pregati di inviarne il titolo al prof. Castaldi (Istituto Anatomico di Cagliari) che lo trasmetterà al Comitato organizzatore del Congresso.

Come da nostre precedenti comunicazioni, il 1° Congresso Internazionale dell'Insufficienza Epatica avrà luogo a Vichy, dal 16 al 18 settembre 1937. L'ufficio del Congresso è così composto: presidenti onorari: proff. Pende (Roma), Carnot (Parigi), Mariano Castex (Buenos Aires), Dustin (Bruxelles), Walter Langdon Brown (Londra), G. Marañon (Madrid), Marchoux (Parigi), Orlowski (Varsavia), G. H. Whipple (Rochester, Nuova York); presidente effettivo: prof. Maurizio Loeper (Parigi); vice-presidenti: proff. Cade (Lione), Giraud (Montpellier), Merklen (Strasburgo), Olmer (Marsiglia); segretario generale: dott. J. Aimard.

I lavori del Congresso saranno ripartiti in due sezioni:

Sezione di Medicina e Biologia, presieduta dal prof. Natale Fiessinger (di patologia sperimentale e comparata alla Facoltà di Parigi);

Sezione Terapeutica, presieduta dal prof. Mauriac (decano della Facoltà di Medicina di Bordeaux).

Rammentiamo che il Congresso dell'Insufficienza Epatica sarà preceduto dal Congresso Internazionale di Gastro-Enterologia, che si terrà a Parigi il 13, 14 e 15 settembre 1937.

Segreteria generale: boulevard des Capucines 24, Paris IXe.

Il congresso dei medici elettro-radiologi di lingua francese si adunerà a Parigi dal 17 al 20 ottobre, sotto la presidenza del prof. Réchoux di Bordeaux. Temi: *Radiodiagnosi*: « Semeiologia radiologica delle affezioni osteo-articolari dette reumatiche (artriti e artrosi) »; *Radioterapia*: « La radioterapia ad alta tensione »; *Elettrologia*: « L'elettroterapia nelle metriti ».

L'Associazione internazionale per la profilassi della cecità e l'Organizzazione internazionale della lotta contro il tracoma terranno l'assemblea generale l'11 maggio a Parigi nel Centro Berthelot (rue Saint-Dominique 28-bis). L'Italia è rappresentata nel Comitato esecutivo dal prof. Maggiore. Sede degli uffici: boulevard Saint-Michel 66, Paris VIe.

La campagna antitubercolare dell'Anno XIV.

Dopo la celebrazione della « Giornata delle due croci », che ha dato in tutte le provincie risultati superiori a quelli degli scorsi anni, l'azione di propaganda dei Consorzi provinciali antitubercolari, dei Comitati della Croce Rossa Italiana, dei Comitati organizzatori comunali è stata tutta orientata, ora, verso il più alto obiettivo di queste manifestazioni nazionali: la diffusione del libretto di francobolli antitubercolari.

Su tale azione è imperniato, infatti, il successo conclusivo della Campagna nazionale antitubercolare dell'anno XIV. A questo fine la Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi ha intensificato la propaganda, diretta dal centro, intesa a far confluire nella sempre più intensa azione dei Consorzi e dei Comitati l'apporto efficiente realizzatore della collaborazione degli enti, istituti e gerarchi della Nazione tutta.

Elargizioni cospicue sono di continuo segnalate dalla periferia: importante fra le già note quella del Comune di Alessandria, che, per l'annata in corso, ha devoluto al Consorzio della provincia L. 350.000 derivanti dai proventi netti dell'acquedotto comunale, con la specifica destinazione alla spedalizzazione degli infermi tubercolotici del comune.

La creazione di un Istituto per i mutilati del viso.

Presso l'Associazione mutilati si è tenuta una riunione a cui hanno partecipato i dirigenti dell'Associazione stessa e numerose personalità del campo combattentistico e sanitario. La riunione ha avuto per scopo la creazione dell'Istituto milanese per i mutilati del viso, destinato ad offrire ai deformati e traumatizzati del volto per vizio congenito, traumi di guerra o infortuni sul lavoro, un istituto e medici specializzati che possano curarli e ridarli alla vita.

La riunione è stata presieduta, in assenza dell'on. Gorini, dal consigliere della Mutilati cap. Antonio Giorgetti, cieco di guerra. Presidente dell'Istituto milanese mutilati del viso è stato acclamato l'on. Gorini, vice-presidente l'avv. cav. Franco Bassani, segretario il dott. Giuseppe Bottoni, tesoriere l'ing. dott. comm. Luigi Grossi. Del Direttorio fanno parte, tra gli altri, il sen. G. Gallarati Scotti e l'ing. Giuseppe Gorla.

Per le volontarie della Croce Rossa.

Con D. M. n. 3, del 29 febbraio u. s., il ministro conte De Vecchi di Val Cismon ha stabilito che le disposizioni del R. D. Legge 1° aprile 1935, e le relative norme esecutive del Decreto del Capo del Governo 6 novembre 1935, a favore del personale richiamato o trattenuto alle armi o arruolatosi vo-

lontario, sono applicabili anche « al personale femminile, di ruolo e non di ruolo, dipendente dalle amministrazioni statali il quale, col consenso delle amministrazioni stesse, presti servizio gratuito di infermiera nelle formazioni mobilitate della Croce Rossa ».

La medaglia d'oro alla memoria del tenente Francesco Azzi.

In data 12 aprile il maggiore Aimone-Cat, Comandante del Gruppo squadroni cui ha appartenuto il sottotenente Francesco Azzi, caduto sul fronte somalo, ha inviato il seguente telegramma al padre del caduto prof. Azzo Azzi dell'Università di Torino:

« Gli ufficiali si uniscono a me per comunicarle la concessione della Medaglia d'Oro al valor militare, sul campo, a suo figlio Francesco, sempre vivo fra noi nel suo spirito immortale. — Firmato: Maggiore Aimone-Cat ».

Il Segretario Federale ha inoltre inviato al padre dell'eroe un vibrante telegramma.

Si apprende infine che il Comando Superiore in A. O. ha disposto che il fortino di Enda Jesus sia intitolato al nome del sottotenente, Francesco Azzi.

In onore di Lambotte.

Gli amici, allievi e malati riconoscenti del dott. Albin Lambotte hanno deciso di offrire un libro giubilare all'insigne Maestro, che alla chirurgia osteo-articolare ha consacrato più di un quarantennio. Il libro, dedicato « al creatore dell'osteosintesi », inizierà con le conferenze tenute in occasione delle recenti feste giubilari rese al Lambotte nella città di Anversa, da Sauerbruch (di Berlino) e da Leriche (di Strasburgo). Recherà poi una serie di lavori originali di chirurgi reputati, tra cui V. Putti per l'Italia. Il libro comprenderà due volumi in ottavo grande, copiosamente illustrati. Sarà posto in vendita al prezzo di 30 belga. Le richieste vanno indirizzate al Dr. Jean Verbrugge, avenue van Ryswyck 75, Anvers, Belgio.

Congresso della Società Tedesca di Chirurgia.

A questo congresso, adunatosi in Berlino, hanno avuto parte attiva il prof. Roberto Alessandri di Roma e il prof. Attilio Catterina di Genova. Il prof. Alessandri ha data comunicazione del caso di *Embolia dell'arteria polmonare* operato dal suo aiuto prof. Valdoni: il primo caso operato in Italia con successo.

Esso verrà pubblicato, con relative figure, in un prossimo numero di questo periodico.

Un po' dovunque.

In tutti i settori dell'A. O. conquistati dalle nostre truppe i dispensari medici divengono come altrettanti luoghi di pellegrinaggio, cui affluiscono uomini, donne e bambini.

La Direzione della Croce Rossa olandese ha deciso di far rientrare in Olanda l'ambulanza recatasi in Abissinia, ritenendo inutile una sua ulteriore permanenza colà, dato che in seguito alle grandi vittorie italiane l'Etiopia tutta sarà tra breve completamente conquistata.

La Sezione di Ferrara della Società Italiana di Antropologia e Psicologia criminale si è adunata il 9 aprile u. s. nell'Aula delle Letture dell'Ospedale Psichiatrico sotto la presidenza del prof. G. Boschi, dell'on. avv. Verdi e del prof. avv. Gatti e con l'intervento di numerosi soci. Sono state svolte comunicazioni da: T. Gatti, G. Boschi, G. Campailla.

L'Associazione Medici Italiani Artisti, mentre prepara una più vasta manifestazione nazionale, allestisce in occasione della XXIX Fiera Campionaria di Milano una Esposizione di medici milanesi pittori e scultori. L'organizzazione è affidata alle solerti, competenti e ben provate cure del dott. Luigi Villa. La Mostra sarà tenuta nei locali della Soc. Assalonnia, via Gioberti 2, gentilmente concessi, e molto adatti per ampiezza e luminosità. L'accesso sarà gratuito a tutti per dar modo ai visitatori della Fiera (che è nelle vicinanze della Mostra) di affluirvi numerosi.

Si è organizzato a Marsiglia il « salone dei medici della Provenza », dal 25 aprile al 10 maggio, sotto il patronato del periodico « Provence Médicale » (rue Paradis 107); la mostra, che ha sede nella Galleria Detaille, comprende pitture, sculture, disegni, incisioni, ceramiche, fotografie ecc.

Si è costituita in Francia un'Associazione di medici e farmacisti scrittori; è presieduta dal prof. H. Roger.

I Sovrani d'Italia si sono recati, il 17 aprile, in forma privata, a visitare l'Istituto Sanatoriale « Carlo Forlanini » diretto dall'on. prof. Morelli. Sono stati ricevuti dal presidente dell'Istituto per la previdenza sociale, dal direttore generale della Sanità pubblica e dal Corpo sanitario dell'Ospedale. Sono stati accolti dai ricoverati con entusiastiche e cordiali manifestazioni. I Sovrani hanno espresso il loro compiacimento per l'efficienza e l'organizzazione del grandioso Istituto.

Il 20 aprile, per iniziativa del prof. Alessandri, ha cominciato a funzionare al Policlinico, nei locali della R. Clinica Chirurgica di Roma, un ambulatorio gratuito di chirurgia plastica per difetti e deturpazioni congeniti e acquisiti del viso e del corpo. L'ambulatorio è per bambini ed adulti di ambo i sessi e avrà luogo il lunedì e giovedì dalle 11 alle 12. Del funzionamento di tale ambulatorio è stato incaricato il prof. Arturo Manna, già noto in questo campo.

Il Principe di Piemonte ha visitato il 16 aprile ad Aversa il nuovo ospedale militare costruito in contrada Parco di Aversa. Egli è stato fatto segno ad una entusiastica dimostrazione.

La Regina Elena si è recata al Policlinico Umberto I di Roma per visitare il reparto ove sono accolti i malati di postumi di encefalite letargica, diretto dal prof. Panegrossi.

L'ing. Achille Gaggia, che aveva già messo a disposizione la somma di lire 1.250.000 per la costruzione del sanatorio di Feltre, ha ora, per onorare la memoria della moglie Maria Grazia Lande, offerto la somma di 1 milione per la costruzione di un nuovo ospedale in quella città.

L'ing. Filippo Alessandri, deceduto a Firenze, ha lasciato oltre 4 milioni di lire agli Ospedali Riuniti di quella città.

A Lipsia l'Istituto per la storia della medicina è stato allogato nel 2° piano dell'Istituto di zoologia; dispone di 20 ambienti; è diretto dal prof. v. Brunn.

Presso il Comando della Milizia Nazionale Forestale il console medico prof. Arturo Manna ha

tenuto il 21 marzo una conferenza sulla « Difesa anti-gas ».

Le norme per disciplinare l'attività sportiva delle giovani fasciste sono state concretate in una riunione tenutasi a Roma, al Palazzo del Littorio e alla quale partecipavano, tra gli altri, il prof. Petragnani, direttore generale della Sanità pubblica e il presidente della Federazione Medici Sportivi.

A un congresso regionale di ostetrico-ginecologi russi tenutosi in Sverdlosk con l'intervento di oltre 600 delegati, venne discusso il tema dell'analgesia ostetrica.

In Francia il ministro dell'educazione nazionale ha stabilito di elevare le tasse universitarie, per ragioni di bilancio. Ha nominato una Commissione, incaricata di studiare le modalità di attuazione ed ha accettato i voti da essa formulati. La Commissione ha proposto, tra l'altro, che siano esonerati dall'aumento gli allievi già iscritti. L'aumento non potrà eccedere il rapporto di 1:1,5. Si dovrà tendere ad uniformare le tassazioni in tutte le Università francesi. Il Ministro ha indirizzato una circolare ai Rettori, affinchè in ogni Facoltà vengano costituite delle commissioni incaricate di esaminare con la massima benevolenza le domande di esenzione dalle tasse.

La stampa medica italiana ha subìto una perdita sensibile con la scomparsa di uno dei suoi organi più reputati, « Il Morgagni », che contava ben 76 anni di vita.

La « Revue Médicale de l'Est » diviene la « Revue Médicale de Nancy »; la direzione, già tenuta dal compianto prof. Etienne, è stata assunta dal prof. A. Hamant. clinico chirurgo.

È partita dall'Europa per l'Estremo Oriente una Commissione del Comitato d'Igiene della S. d. N., incaricata di preparare una Conferenza d'igiene rurale nell'Estremo Oriente, indetta per il 1937. La Commissione è composta dei dottori: prof. E. J. Pampana (Italia), A. S. Haynes (Inghilterra) e C. D. de Langen (Olanda); il viaggio durerà cinque mesi e si svolgerà in India britannica, Malesia, India olandese, Filippine, Indocina, Siam e Ceylan.

Il 24 marzo all'Ospedale Santa Maria di Londra furono rese solenni onoranze ad A. Wright, di cui venne scoperto un bronzo; parlò H. Dale, cui rispose con un brillante discorso il venerando festeggiato.

Ricorrendo il 40° anniversario della scoperta dei raggi X, la Società Tedesca Roentgen ha inaugurato il 4 aprile ad Amburgo, nei pressi della « Casa Roentgen », una stele che reca i nomi di 160 studiosi rimasti vittime del nuovo agente fisico.

Si è anche commemorato il prof. Albers-Schönberg, morto ad Amburgo nel 1921 per azione dei raggi X.

Il dott. prof. Marco Levi Bianchini, direttore del Manicomio di Nocera Inferiore, durante la mattinata di Pasqua, mentre eseguiva una visita d'ispezione, venne aggredito con un pugnale, a due riprese, da un alienato; per fortuna le ferite erano lievi, del che ci compiacciamo cordialmente con l'illustre studioso.

Nell'ospedale di Helsinski (Finlandia) venne trasportata d'urgenza una bambina di cinque anni, che aveva inghiottito un chiodo arrestatosi in gola. Mentre il medico prestava la sua assistenza, con un colpo di tosse il chiodo veniva improvvisamente espulso e proiettato contro un occhio del medico, accecandolo.

Il 4 corrente si è spento improvvisamente il gen. med. VINCENZO SPINA. Aveva partecipato da valoroso alla campagna d'Africa del 1890-91 e alla guerra europea ed era molto apprezzato nel Corpo Sanitario Militare e nel mondo medico.

Alla desolata famiglia le nostre più vive condoglianze.

È morto a Londra, in età di 67 anni, il dott. ALBERT ALEXANDER GRAY, uno dei più reputati otologi, autore di importanti studi sulle lesioni labirintiche, sull'otosclerosi, sul sordomutismo e di un reputato Atlante di otologia; aveva anche eseguito interessanti ricerche di otologia comparata.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 16 marzo al 22 marzo 1936: Morbillo 280 (1760); Scarlattina 120 (254); Pertosse 121 (476); Varicella 135 (362); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 124 (181); Infezioni paratifiche 21 (27); Febbre ondulante 33 (40); Dissenteria 4 (4); Difterite e croup 244 (439); Meningite cerebro-spinale epidemica 17 (20); Poliomielite anteriore acuta 14 (16); Encefalite letargica 5 (5); Anchilostomiasi 4 (5); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 29 (39), dichiarata — (—); Pustola maligna 8 (9); Febbre puerperale 19 (21).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — Medicina infantile.

Wien. Klin. Woch., 28 feb. — WAGNER-JAUREGG. Significato biologico delle flavine.

Arch. di Patol. e Cl. Med., dic. — L. BELTRAMETTI. Ricambio idrico nel diabete insip.

Presse Méd., 26 feb. — P. ABRAMI e al. Ipertensione arteriosa volontaria. — 29 feb. A. BECLÈRE. Il cancro è una malattia virulenta?

Pathologica, 15 feb. — A. AGNECI. Pielonefriti ascendenti. — V. DELFINO. Funzionalità epatica; prova della santonina.

Arquivos da Esc. Méd.-Cir. de Nova Goa, Serie B, N. 6. — Numero sulla lebbra.

Mediz. Welt, 29 feb. — Numero sui raffreddamenti e le affezioni reumatiche.

Giorn. di Batteriol. e Immun., feb. — G. GIORDANENGO. Batteriemia nella colibacillosi. — G. P. CUCCO. Malattia di Cushing.

Edinburgh Med. Journ., mar. — Numero sulla tubercolosi.

Practitioner, mar. — Numero sulle malattie del sistema linfatico.

Riv. di Chir., feb. — G. CERULLI. Cavernomi della lingua e del collo in iniziale trasformazione cirsoide.

Sperimentale, dic. — L. MICHELAZZI. Cosidette pleuropolmoniti allergiche. — P. CELLI. Lesione rara da saturnismo. — A. COSTA. Morbo di Wilson nel quadro delle cirrosi epatiche.

Bull. Méd., 29 feb. — Otologia.

Brit. Med. Journ., 29 feb. — H. S. SOUTTAR. Recenti progressi sulla radiumterapia. — J. C. BELISARIO. Infezioni micotiche e loro trattam.

Giorn. del Med. Prat., feb. — M. BUFANO. Terapia degli ipertiroidismi e del m. di Flajani-Basedow.

Journ. A. M. A., 15 feb. — C. E. GALLOWAY. Prevenzione delle lesioni da nascita. — A. SIMON e C. F. RYDER. Ipersensibilità agli estratti pituitari.

Riv. di Clin. Med., 15-30 gen. — P. PARENTI. Complicanze vertebrali nelle infezioni tifo-paratifiche.

Haematologica, II. — B. BABUDIERI. Ellipsocitemia. — G. MONASTERIO. Porpore figurate.

Paris Méd., 7 mar. — Sifilide e malattie veneree.

Minerva Med., 3 mar. — G. CAMNA e A. FORCONI. Patogenesi della distrofia adiposo-genit. osteoporotica. — P. RAVENNA. Lo streptococco nel reumat. art. ac. — O. CANTONI. Genesi della depressione endopleurica.

Riforma Med., 29 feb. — G. LO MONACO. Radiochimografia del torace nella frenico-exeresi.

Journ. A. M. A., 22 feb. — Numero radiologico.

Acta Med. Scand., I. — M. ROCH e al. Rapporti tra glicemia e glicosuria. — E. ELDBLOM. Registraz. intermittenti continue della pressione arter.

Presse Méd., 22 feb. — H. CHABANIER e al. Decapsulazione ed enervazione dei reni negli stati ipertensivi permanenti. — R. MORICARD. Meiosi e mitosine.

Münch. Med. Woch., 6 mar. — G. HOLLAND. Clinica dell'acromegalia. — W. STRAUB. Convallaria; glicosidi *in toto*.

Deut. Med. Woch., 6 mar. — Numero sulle malattie della circolaz.

Riv. Ospedal., gen. — C. ARULLANI. L'aspetto della lingua nella diagnostica funzionale gastrica.

Giorn. di Cl. Med., 29 feb. — F. BENCIOLINI e G. DALLA TORRE. Faringe e gastropatie. — G. DELLO IOJO. L'istidina.

Klin. Woch., 8 feb. — H. CURSCHMANN. Leucemia familiare. — J. v. GAGYI. Azione battericida e antitossica della vitamina C. — 15 feb. G. BUDELMANN e G. KRANEL. Azione paradossa della chinina. — E. LORENZ e W. HASSMANN. Malattie dei sierotera-pizzati contro la difterite, durante la convalescenza.

Giorn. di Med. Mil., feb. — DE ALESSI. Vaccinaz. antitifica per inalazione. — ROMBY. Epidemiologia della malaria.

Brit. Med. Journ., 7 mar. — W. HARRIS. Neuralgia ciliare e suo trattam. — W. E. COSKE. Trauma polmonare.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 4 Maggio 1936 - XIV Num. 18

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6: della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LEZIONI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.

Direttore: prof. C. FRUGONI.

Mielosi eritremica.

LEZIONE del prof. C. FRUGONI, direttore, raccolta dall'assistente prof. E. ANTONIAZZI (1).

Vi presento un piccolo ammalato di tredici anni entrato in Clinica un mese fa con febbre alta e con diagnosi di probabile polmonite. Nel gentilizio nulla vi è che possa riallacciarsi alla malattia da cui è ora affetto: i genitori sono viventi e sani; dei cinque fratelli del paziente, uno presenta scarso sviluppo intellettuale e fisico, che si sarebbe delineato a seguito di una scarlattina. Il paziente è secondogenito, ha avuto allattamento regolare e fino a pochi mesi fa ha frequentato le scuole elementari ove ripetè alcune classi. Nell'anamnesi patologica remota, sorvolando sui dettagli di nessuna importanza, è da notare che nel 1925, a 4 anni di età, ebbe scarlattina complicata da otite sinistra; guarì della forma infettiva generale ma ne residuò una cronica localizzazione all'orecchio che da allora ha sempre continuato a gemere piccole quantità di pus e a dargli di quando in quando modiche riaccensioni dolorose; mai però febbre, cefalea, od altro. Tolta questa infermità, che tuttavia non doveva compromettere le sue condizioni generali, stette poi sempre bene fino all'agosto ultimo scorso e cioè fino a se mesi fa: è a tale data che possiamo verosimilmente fare risalire la malattia attuale. Essendosi trasferiti da Roma a Viterbo per trascorrervi le vacanze, i genitori si accorsero che il bimbo anzichè guadagnare in salute, andava lentamente diventando più fiacco, più pallido, meno vivace. Nel mese successivo, venne improvvisamente colto da brividi di freddo cui seguirono febbre piuttosto alta e mal di gola con impossibilità alla deglutizione. Ricoverato in ospedale, fu visitato da uno specialista che fece diagnosi di angina necrotica: la febbre e l'angina durarono 6 o 7

(1) La lezione fu tenuta il 28-IV-1935.

giorni e dopo altrettanti giorni il bimbo venne dimesso dall'Ospedale pur essendo ancora assai pallido, anoressico, astenico. Non essendosi ancora ripreso dalla malattia sofferta, a distanza di tre settimane il bimbo fu di nuovo colpito da una nuova ondata febbrile iniziata con brivido, mal di gola, difficoltà alla deglutizione: anche questa volta lo specialista che lo vide parlò di angina necrotica; anche questa volta la forma guarì in 7-8 giorni ed il bimbo potè essere dimesso dall'Ospedale con l'avvertimento che era guarito dalla forma gutturale ma che erano necessarie lunghe cure ricostituenti. Richiamo alla vostra attenzione questi due episodi in apparenza banali, perchè su di essi avremo occasione di ritornare nel corso della trattazione. È da notare che durante questa seconda degenza fu praticato un esame morfologico del sangue sul risultato del quale non ci è stato possibile raccogliere notizie. Ritornato a Roma verso la fine di settembre, il bimbo iniziò cure a base di arsenico e di Irrasterina, ma le condizioni generali rimasero tali per cui egli non potè riprendere gli studi: era cioè molto pallido, astenico, anoressico, svogliato, non partecipava ai giuochi come una volta, aveva perso gran parte della sua vivacità. Questa condizione di cose andò lentamente e progressivamente aggravandosi, finchè una forma febbrile insorta pochi giorni prima di entrare nella nostra Clinica, cioè all'incirca un mese fa, non lo mise sotto la nostra diretta osservazione. Un mese fa cioè, improvvisamente, il bimbo fu colto da brivido intenso, cui seguì febbre che rapidamente raggiunse i 39° e quasi contemporaneamente da un modico dolore alla base dell'emitorace destro, da cefalea, dispnea e lieve cianosi. Nei tre giorni seguenti la febbre si mantenne elevata; comparve tosse con catarro giallastro e per due volte ebbe modica epistassi: il medico che lo vide, senza fare affermazioni precise, parlò di polmonite e vedendo che in quinta giornata la febbre non diminuiva malgrado che le condizioni generali e polmonari fossero migliorate, lo fece ricoverare nella nostra Clinica.

Vi dissi all'inizio della lezione che il bimbo ha 13 anni ma voi potete constatare che il suo sviluppo corporeo è molto inferiore a quello che non comporti l'età denunciata: non gli si darebbero più di nove anni e purtuttavia egli è armonico nelle varie sezioni scheletriche, non presenta adiposità o magrezza patologica, non ha traccia di imbibizione mixedematoide, non ha deficiente sviluppo dei genitali esterni e la psiche è bene sviluppata: non presenta in altre parole nessuna di quelle stigmate riferibili a un deficit di questa o quella ghiandola endocrina e particolarmente della tiroide, dell'ipofisi, dei genitali che più particolarmente, come sapete, presiedono allo sviluppo euritmico del corpo e della psiche. Data l'età del paziente che non ha varcata la soglia della pubertà, non possiamo parlare di infantilismo che ha il suo fondamento appunto nella mancata crisi puberale: sarà più esatto dire che si tratta di iposomia o di ipoevolutismo armonico universale lasciando impregiudicato il problema patogenetico che in questo caso non offre facili appigli. Poichè ci mancano note endocrino-patologiche evidenti e dato che anche un fratello del paziente è scarsamente sviluppato, potremmo forse pensare ad un fattore congenito famigliare consistente in un difetto ereditario dell'impulso evolutivo di tutti i tessuti sempre agli ordini di più o meno dimostrabili disfunzioni endocrine: ma questa è soltanto un'ipotesi a proposito della quale è bene affermare la nozione che assenza di dimostrabile sintomatologia endocrina non significa sempre mancanza di alterazioni neuro ormoniche. Oggi infatti siamo tutti d'accordo nell'assegnare alle endocrinopatie tutte le forme di ipoevolutismo che non possono essere assegnate a malattie della milza, del pancreas o a cardiopatie congenite, ecc.

A parte queste note morfologiche, voi vedete che si tratta di un bimbo di costituzione piuttosto gracile che tiene a preferenza il decubito supino, giacendo immobile nel letto oppresso da una certa dispnea. Il numero dei respiri oscilla in questi giorni dai 26 ai 34 al minuto. La cute del viso e del corpo è di tinta pallida alabastrina a cui si sovrappone una lieve cianosi. Le mucose sono pure pallidissime, quasi esangui e sub-cianotiche. Il polso è ritmico, molle, assai frequente: 120 al minuto. La pressione è 95 la massima, 50 la minima al Riva Rocci, Le condizioni di nutrizione sono assai scadenti per la sottigliezza del grasso sottocutaneo e per l'ipotrofia delle masse muscolari: tale condizione di cose agevola il rilievo dell'assoluta mancanza di edemi o di imbibizioni patologiche. Ai lati del collo e alle ascelle si palpano facilmente numerose linfoghiandole di varia dimensione, da un grano di riso ad un piccolo fagiolo.

A carico del capo sono da segnalare dei dati positivi e dei dati negativi: fra i primi vi ha una notevole cofosi sinistra e segni di recente scolo puruloide nel condotto uditivo esterno; fra i secondi è da segnalare la normalità della mucosa orale ed in modo particolare di quella che ricopre la lingua e le fauci. Le tonsille, che come ricorderete dalla storia, furono ripetutamente sede di flogosi necrotiche, non presentano ora segno alcuno di flogosi e lo specialista ci informa che esse sono atrofiche e che alla spremitura non danno pus. Nulla a carico degli occhi, del naso e dei nervi cranici.

Il collo è sottile, animato dal rapido ondeggiamento delle giugulari ove si può ascoltare un netto rumore di trottola; la tiroide sembra piccola.

Il torace è di forma cilindrica con le basi un po' svasate, con spazi intercostali ampi e angolo di Loujs poco sporgente; a respiro tran-

quillo e forzato le due metà si muovono simmetricamente ma con escursioni un po' limitate. La pressione non desta dolore in nessun punto neppure sullo sterno e sulle costole come del resto indolente è la pressione su tutto il resto dello scheletro. Il F. V. T. è ovunque trasmesso bene, mentre con la percussione si riesce a mettere in evidenza una ipofonesi appena apprezzabile alla base di destra ove si ascolta respiro un po' aspro e dei rumori fini superficiali, non consonanti che solo in parte si modificano sotto i colpi di tosse: si ha cioè un reperto misto come per fatti pleurici e polmonari insieme quali appunto si possono realizzare nella cosidetta cortico-pleurite: a parziale conferma di ciò posso aggiungere che le escursioni della base di destra sono meno ampie di quelle del lato sinistro.

Interessanti sono i dati che si possono rilevare a carico del cuore, l'interpretazione dei quali, dico subito, ci ha lasciati non poco perplessi nel decidere se si trattasse di fatti organici o in totalità legati alla condizione anemica. All'ispezione la regione cardiaca non è sporgente e l'itto è visibile piuttosto ampio e scuotente in quinto spazio, circa all'emiclaveare. Alla palpazione non si avvertono fremiti, ma immediatamente prima dell'itto è apprezzabile in alcuni momenti un piccolo impulso che con l'aiuto dell'ascoltazione è facilmente interpretabile come dovuto all'esistenza di un ritmo di galoppo: sui caratteri di questo, se presistolico o protodiastolico, non è possibile fare precisazioni per la notevole tachicardia. La percussione eseguita secondo il metodo Orsi-Grocco, ci fa nell'insieme rilevare un cuore largo e lungo; la punta corrisponde alla sede fissata con l'ispezione; il limite superiore del diametro longitudinale corrisponde all'inserzione sternale della terza cartilagine costale sinistra; il limite destro sulla quarta costola è alla marginale destra dello sterno e verso sinistra raggiunge la emiclaveare; il tratto orizzontale sulla terza costola è di 2 centimetri abbondanti. Non esiste ipofonesi retromanubrio-sternale. L'angolo epato-cardiaco è retto.

All'ascoltazione, accanto al ritmo di galoppo corrispondente al reperto palpatorio di cui dianzi vi dicevo, si avverte che il primo tono è seguito da un rumore di soffio breve e rude che dalla punta si diffonde distintamente verso i focolai della base ed un pochino anche verso l'ascella; per il rimanente i due toni hanno caratteri normali su tutti i focolai di ascoltazione.

Tali reperti nel loro complesso e i reperti ascoltatori in modo particolare non hanno subito variazioni da un mese a questa parte, da quando cioè il paziente è sotto la nostra quotidiana osservazione.

L'addome non presenta nulla all'ispezione, alla palpazione e alla percussione. Gli organi ipocondriaci e specialmente la milza sono ingranditi: il fegato si delimita in alto al quinto spazio sull'emiclaveare e deborda di oltre due centimetri dall'arco costale presentando un margine quasi tagliente, di consistenza normale, indolente; la milza si percuote in alto alla quinta costola sull'ascellare media e col polo inferiore arriva ad oltre un dito sotto l'arco costale: sembra di consistenza aumentata.

Nulla di patologico si rileva a carico degli arti, dei riflessi tendinei, dei genitali esterni, del sistema pilifero.

Il malato è entrato da noi febbricitante e tale rimase per una dozzina di giorni: fu apirettico nei 4-5 giorni successivi e poi la febbre riprese, come all'inizio, con caratteri di grande irregolarità: remittente, intermittente con massimi e minimi oscillanti fra i 38°-40° e i 35,5°-36°. In questo frattempo, malgrado le cure molteplici di cui vi dirò, le condizioni generali sono andate lentamente declinando sopratutto per l'accentuarsi del suo stato anemico.

Gli esami di laboratorio hanno dato i seguenti risultati:

Nelle orine abbiamo trovato saltuariamente tracce di albumina e quasi costantemente urobilina con reazione talora intensamente positiva.

R. W., Meinike e Kahn: negative sul sangue del paziente e su quello del padre e dei parenti che diedero sangue per trasfusione.

Esame delle feci: presenza di rare forme cistiche di entamoeba coli.

Radiografia del torace: torace di trasparenza leggermente diminuita in toto per notevole accentuazione del disegno polmonare. Ili ampi e densi, specialmente il destro. Cuore ingrandito in toto debordante a destra; seconda curva a sinistra leggermente sporgente, terza curva spianata. Diametri L. 11 cm., Dmd. 3 cm. Dms. 7,3 cm.

Elettrocardiogramma: normale.

Ricambio emoglobinico: U. T. eliminate nelle 24 ore: 115; I. E. 3,6.

Agglutinazioni per tifo, paratifi, melitense: negative.

Emocultura: ripetutamente negativa.

H. Van den Berg diretta: negativa. Bilirubinemia: indosabile.

Esame del succo gastrico:

A digiuno, acido cloridr. libero: assente; acidità totale 0,15-0,20, Hb ass. Dopo istamina: acido cloridr. libero: tracce; acidità totale 0,20-0,30, Hb. assente.

Es. fondo oculare: O. O. emorragie retiniche a fiamma lungo i vasi ed emorragia preretinica nella regione maculare.

Resistenze globulari: Mx. 0,36, Mn. 0,46.

Degli esami di sangue ripetutamente praticati durante il mese di degenza, vi ho fatto trascrivere i dati medi raccolti, non essendosi osservate variazioni numeriche o quantitative importanti:

Hb. 28; Gl. rossi 1.100.000; Val. glob. 1,27; Gl. bianchi 2000; Piastrine 85.000; Reticolociti 1,6 %; Neutrofili 11; Eosinofili 0; Basofili 0; Linfociti 80; Prolinfociti 2; Monociti 7; totale 100.

Emocitoblasti 1; Proeritroblasti 2; Eritrobl. basofili 3; Eritrobl. policromatofili 16; Eritrobl. ortocromatici 7; Megaloblasti 3; C. Türck 2; totale 34.

Anisocitosi e lieve poichilocitosi. Numerosi macrociti acidofili e policromatofili. Rari megalociti.

Numerosi macrociti giganti basofili e policromatofili. Numerose piastrine giganti. Volume globulare medio: μ^3 110 (normale μ^3 84-92).

Prima di entrare nel vivo della discussione dello strano reperto ematologico, voglio mettervi a parte, per escluderle rapidamente, delle ipotesi diagnostiche che da un punto di vista puramente clinico ci siamo in un primo tempo prospettate: di fronte ad un malato da lungo tempo febbricitante, profondamente anemico, con un reperto cardiaco quale avete sentito, con milza grossa, che ha presentato segni di condizione emorragica (epistassi, emorragie del fondo oculare) l'ipotesi che prima si affacciò alla nostra mente fu che potesse trattarsi di una sepsi subacuta a localizzazione endocardica o più verosimilmente di una endocardite lenta: clinicamente una distinzione netta fra l'una e l'altra forma non era possibile mancando note differenziali caratteristiche quali il segno di Osler e l'ematuria microscopica proprie dell'endocardite lenta da un lato, contro la quale per altro stava la mancata nozione o dimostrazione di un precedente vizio cardiaco, e dall'altro il decorso più travolgente e ad una maggiore impronta settica più propria di una sepsi di altra natura. Considerando perciò in blocco queste due ipotesi, si poteva dire che nessun dato tassativo esisteva — per lo meno ad un esame diretto — che potesse senz'altro farcele mettere da parte: non l'esito negativo dell'emocultura che non sempre riesce positiva, non la mancanza di segni orinari che deponessero per una nefrite embolica a focolaio che in alcuni casi può mancare, non i caratteri del reperto cardiaco che, come vi dissi, poteva benissimo essere interpretato come dovuto ad una localizzazione mitralica del processo infettivo. D'altra parte la mancanza di precedenti reumatici, per riferirci all'endocardite lenta, non è un argomento negativo di carattere assoluto dal momento che vizi congeniti o forme reumatiche passate inosservate, ad esclusiva localizzazione endocardica, possono benissimo farne le veci. Ma un dato stonava senz'altro con le ipotesi prospettate, ed era lo strano reperto riscontrato all'esame del sangue, che dimostrava sostanzialmente una grave diminuzione dei polinucleati ed una grave anemia di tipo ipercromico con presenza di gran quantità di globuli rossi nucleati. Vero è che la letteratura registra numerosi casi di sepsi, specie se in bambini e specie se lo streptococco è in causa, in cui le reazioni midollari si avvicinano a quelle presentate dal nostro paziente, ma nel caso nostro l'atipia del reperto era tale da farci escludere a priori una tale possibilità. Non sarà inutile comunque di fermarci un po' su questo punto.

Voi sapete che il tessuto emopoietico può reagire variamente di fronte ad agenti infettivi vari, a seconda cioè della loro natura, dell'intensità dell'infezione e a seconda della predisposizione e dell'età del soggetto. Sapete ad esempio come vi siano malattie quali le infezioni tifo-paratifiche, il morbillo, la parotite, l'infezione melitense, e la malaria, ecc. che di solito si accompagnano a leucopenia, e altre invece — polmonite, sepsis, meningite cerebro-spinale, ecc. — che si accompagnano a leucocitosi: sapete altresì che queste variazioni quantitative sono legate al modo di reagire del midollo e all'intensità dell'azione tossica stimolante o inibitrice su di esso esercitata dall'infezione: è attraverso variazioni di questo tipo che noi possiamo vedere come malattie, che di solito decorrono con aumento dei polinucleati, talora invece possano dare fin dall'inizio o a decorso inoltrato leucopenia; e si sa che lo streptococco è appunto uno dei germi che più facilmente può dare leucopenia in luogo di leucocitosi. Vi è noto altresì, come nei gradi estremi di queste opposte possibilità si possa arrivare ad aumenti numerici dei globuli bianchi talmente notevoli da doversi parlare addirittura di reazioni leucemoidi, mentre nella condizione opposta si può giungere al quadro della cosidetta agranulocitosi. Per quanto riguarda quindi il comportamento della serie bianca che nel nostro caso è notevolmente diminuita di numero, non troviamo dati che discordino in maniera tassativa con la diagnosi possibile di una sepsi lenta.

Ma se tutto ciò è ammissibile in linea teorica, esistono obbiezioni che infirmano le considerazioni dianzi fatte e la principale è che quando una forma setticemica che di solito suol dare aumento dei granulociti decorre col quadro di una ipo o di una agranulocitosi, in genere si tratta di forme assai gravi sì da implicare prognosi per lo più rapidamente infausta. Se l'ipogranulocitosi nel nostro caso fosse secondaria o comunque legata ad una condizione di setticemia il decorso sarebbe stato più travolgente e qui mi riferisco anche a precedenti mie lezioni (1) o per lo meno alle oscillazioni e interruzioni della forma febbrile avremmo dovuto assistere ad analoghe consensuali modificazioni della formula ematica. Niente di tutto ciò nel caso nostro, ove dal tipo di febbre, dall'aspetto del malato, dal comportamento del sensorio e da tutto il complesso sintomatico è facile vedere che le sofferenze e la gravità non sono condizionate da uno stato settico allarmante o da conseguenti gravi compromissioni degli organi profondi, ma bensì dallo stato di grave anemizzazione che ha resistito a tutti i nostri interventi terapeutici. Ciò che predomina quì dunque è la anemia ed è alla serie rossa quindi che dovremo sopratutto rivolgere la nostra attenzione.

---

(1) FRUGONI. *Lezioni di clinica Medica.* Ed. Pozzi, 1934: *Mielosi globale iperplastica semplice e mielosi globale aplastica*, pag. 95.

Avete visto dalla formula che il numero dei globuli rossi è sceso circa alla quinta parte della cifra normale, che il valore globulare è notevolmente superiore all'unità e che per ogni 100 elementi nucleati della serie bianca circa 25 se ne trovano della serie rossa, alcuni dei quali sono da classificare tra i più tipici megaloblasti. Ora, se è vero che gli organi ematopoietici dei bambini godono di una maggiore reattività che non quelli degli adulti e se è vero che in essi con facilità, per cause diverse possono passare eritroblasti in circolo, talora in discreto numero, se è vero che l'anemia dell'endocardite lenta può in qualche raro caso (Micheli) assumere impronta emolitica e dare allora reazione eritroblastica, e se è possibile che casi rari di sepsi streptococcica cronica possano decorrere con sintomi di una anemia perniciosa (Loewenhardt), il che non è da tutti ammesso, bisogna convenire che nel caso nostro tutte queste eccezioni si troverebbero riunite, tanto che ci sembra di poter senz'altro escludere, che il tipo di anemia che presenta il nostro paziente, possa essere considerata secondaria ad una forma qualunque di sepsi.

Per gli stessi motivi e a più forte ragione non è il caso di metterci a discutere le anemie leucopeniche che si accompagnano alla tubercolosi o alla maltese, forme che con la malattia presentata dal nostro paziente avrebbero in comune molti dati obbiettivi quali la febbre, la splenomegalia e, nel caso della tubercolosi, il reperto polmonare.

Prima di passare a discutere altre possibilità diagnostiche quali ci venivano imposte sopratutto dal quadro ematologico che logicamente doveva essere messo in primo piano, sarà bene sgomberare il terreno dal quesito del reperto cardiaco che, come avete sentito, ha valso in un primo momento ad indirizzarci verso la diagnosi di una sepsi streptococcica subacuta con endocardite ulcero-poliposa o di endocardite lenta. Siamo cioè di fronte ad un vizio organico di cuore, verosimilmente da una endocardite mitralica, o il reperto è di ordine funzionale, legato al grave stato anemico? Avendo convenuto che la diagnosi di sepsi del nostro caso deve essere messa da parte, voi capite che la risposta è ora alquanto facilitata; ma non crediate che il compito sia sempre agevole. Qui infatti abbiamo a che fare con un cuore sopratutto largo, su cui si ascolta, a volte sì e a volte no, un manifesto ritmo di galoppo ed in più un rumore di soffio sistolico breve e rude che dalla punta si diffonde e verso la base e verso l'ascella. Data la notevole tachicardia non è possibile dire se di galoppo presistolico o protodiastolico si tratti. Si dice in genere che i soffi anemici sono dolci e comunque meno aspri dei soffi organici, il che non è sempre vero, che non coprono il tono, che sono per lo più mesocardiaci e che non escono fuori dell'aia cardiaca pur diffondendosi a preferenza verso il focolaio della polmonare, che sono incostanti, che non si accompagnano a modificazione dei diametri cardiaci e dell'intensità dei toni su altri focolai e che si modificano con la diversa attività dell'azione cardiaca: ma se tutto ciò è vero nella grande maggioranza dei casi, dovete tener presente che molto spesso la regola soffre eccezioni ed io ricordo appunto soffi sicuramente anemici essere stati rudi ed intensi, avere caratteri costanti e accompagnarsi a modificazioni notevoli del diametro trasverso per dilatazione ipotonica passiva del cuore.

Va concluso quindi che con tutta probabilità rumore di soffio e ritmo di galoppo sono legati allo stato di grave anemia e ipotonia miocardica lasciando tuttavia una piccola riserva per una eventuale lesione mitralica comunque slegata dalla malattia fondamentale di cui il paziente attualmente soffre.

Messa così da parte la possibilà di una sepsi subacuta o di una endocarite lenta, e chiarito in parte il significato del reperto cardiaco, dobbiamo ora passare rapidamente in rassegna quelle altre malattie che presentandosi talora col quadro clinico di una sepsi si accompagnano, come nel caso nostro, a gravi alterazioni della composizione sanguigna: leucemie acute, agranulocitosi, forma acuta della mielosi globale aplastica.

Dopo un breve periodo di decadimento generale, il bimbo ebbe a breve distanza l'una dall'altra due angine, da uno specialista qualificate entrambe come angine necrotiche; da allora il decadimento generale e l'anemizzazione avrebbero assunto un andamento progressivo. Avrà avuto il paziente una cosidetta angina agranulocitica a ripetizione di cui ora vedremmo le conseguenze? Non è difficile escludere una tale ipotesi per i seguenti motivi: il bimbo ha cominciato a deperire e ad anemizzarsi circa un mese prima che l'angina insorgesse e voi sapete che nella forma classica di Schultz l'inizio è brusco, immediatamente accompagnato da febbre e mal di gola, cui corrispondono alterazioni necroticoulcerative e difteroidi delle tonsille o della mucosa orale o, all'infuori di queste, del tubo digerente o dei genitali; l'agranulocitosi ha decorso rapidamente travolgente da pochi giorni a poche settimane e anche nei rari casi in cui si giunge a guarigione il miglioramento si verifica in breve spazio di tempo: il nostro paziente viceversa è ammalato da circa 6 mesi. Nell'agranulocitosi la serie rossa non è colpita affatto o solo lievemente in via secondaria, mentre nel nostro caso la diminuzione dei globuli rossi non è meno grave di quella dei polinucleati e per di più con un valore globulare superiore all'unità; infine noi vediamo che attualmente la gola è perfetta, che altri processi necrotici non sono dimostrabili in altri punti del corpo e tuttavia la leuco-

penia permane di grado elevato: non è questo il modo di comportarsi della forma di Schultz, nè di alcuna delle sue varietà che più o meno si scostano dal quadro classico. E d'altra parte ci resterebbero sempre da spiegare l'aumento di volume della milza, e del fegato e la lieve micropoliadenia. Possiamo quindi escludere che di tipica angina agranulocitica il bimbo abbia sofferto e che di sue conseguenze ora si possa trattare, pur avendo avuto angina e fra l'altro anche condizioni di agranulocitosi, d'onde l'impronta necrotica assunta.

Vi dissi che insieme al sistema granulopoietico è colpita nel nostro caso anche la serie rossa; e dalle cifre segnate notate pure che le piastrine sono notevolmente diminuite: siamo allora di fronte ad una di quelle gravi malattie che colpiscono in blocco tutta l'attività midollare nella sua triplice estrinsecazione e che con terminologia moderna si chiamano mielosi globali aplastiche? In genere questa forma ha decorso cronico e può durare parecchi mesi, ma vi sono forme che fin dall'inizio o a poca distanza da questo assumono andamento acuto e febbrile specie quando complicazioni di tipo settico o necrotico aggiungono i loro sintomi al quadro clinico abbreviandone notevolmente la durata: clinicamente, ove si tolga l'aumento di volume degli organi ipocondriaci, il quadro presentato dal nostro paziente è in tutto sovrapponibile a quello di un'anemia aplastica: il decorso, la febbre, l'anemia, la diatesi emorragica, le manifestazioni necrotico-ulcerative e persino l'ipochilia o achilia gastrica possono pure far parte di questo tipo di mielosi. Un semplice sguardo all'esame del sangue tuttavia basterà a farci escludere anche questa possibilità poichè se è vero che ci troviamo di fronte ad una grave diminuzione numerica di tutti e tre i tipi di cellule che esprimono l'attività midollare (granulociti, eritrociti, piastrine) come appunto nella mielosi globale aplastica si ha, tuttavia vi sono note che sono in netto contrasto con la diagnosi prospettata. E voglio riferirmi non tanto al valore globulare superiore all'unità che da alcuni AA. sarebbe stato riscontrato in casi sicuri di quella malattia, nè all'indice emolitico superiore all'unità il che sta a denotare indirettamente la attività distruttiva e rigenerativa dei globuli rossi, vale a dire un ricambio emoglobinico superiore alla norma, nè alla splenomegalia che potrebbe essere spiegata con la secondaria sovrapposizione di fatti settici veri e propri, ma bensì alla presenza in circolo di gran numero di cellule nucleate della serie rossa, profondamente situate nella scala genetica. Con la loro presenza in circolo queste cellule stanno a denotare una notevole attività rigenerativa del midollo il che, insieme al ricambio emoglobinico aumentato, contrasta per definizione col fondamento anatomico di questa forma che, come sapete, ha per base un'aplasia arigenerativa anemopoietica del midollo stesso in tutti tre i suoi costituenti. Con questa diagnosi infine non sapremmo come interpretare la presenza in circolo di un certo numero di megalociti e di megaloblasti, elementi questi che insieme al valore globulare superiore all'unità conferiscono all'anemia una nota di perniciosità che, per restare nel campo della mielosi globale aplastica, potrebbe spingerci a considerare se mai questa forma, come esito lontano di una precedente anemia perniciosa vera e propria. È questa una evenienza che ci accade di incontrare abbastanza spesso nella pratica ed è legata al fatto che sotto l'azione prolungata dei fattori anemizzanti propri dell'anemia di Biermer, i tessuti emopoietici cadono un po' alla volta in uno stato di grave esaurimento funzionale a cui corrisponde una condizione anatomica di più o meno grave aplasia: a lungo andare, cioè, ove la terapia non soccorra, l'anemico pernicioso si anemizza progressivamente: diminuiscono i gl. rossi, i gl. bianchi, le piastrine e a testimoni della forma primitiva non rimangono nel sangue che rari elementi della serie megaloblastica con valore globulare alto. Ma qui nessun dato anamnestico esiste in favore di una preesistente anemia di Biermer e troppo intensa è la reazione normoeritrocitaria perchè una tale supposizione si possa sostenere.

Ci restano così a considerare le leucemie acute che, come abbiamo detto, possono pure presentarsi col quadro clinico di una sepsi accompagnata da grave anemia: ma prima di passare ad esse merita che il campo sia del tutto sbarazzato dall'anemia di Biermer o dalle anemie perniciosiformi con le quali, come abbiamo visto, vi sarebbero nel caso nostro molti punti di contatto: anemia, leucopenia, ipercromia, iperemolisi, presenza di megalociti e megaloblasti, achilia gastrica. Non certo della forma classica può trattarsi contro la quale stanno la temperatura febbrile, il decorso rapido, l'eccessiva reazione eritroblastica, l'assenza di edemi, la notevole splenomegalia, la quale ultima porterebbe al tipo Bignani-Strumpel. Ma è da dire che di contro al quadro classico a tutti voi noto, proprio dell'età media e adulta, a decorso lento e progressivo, sono stati più recentemente registrati numerosi casi che insorgendo a preferenza nei giovani, possono assumere decorso acuto, febbrile e accompagnarsi a più intensa reazione eritroblastica: io, però non credo che possa trattarsi di una simile varietà, perchè pur avendo il decorso un andamento non acuto, ma subacuto, la temperatura è più elevata dei massimi sin qui registrati, perchè la reazione eritroblastica va al di là di quel che sono i limiti compatibili con l'aplasia del midollo normale che nell'anemia di Biermer di regola si verifica, perchè l'ingrandimento della mil-

za è pure più cospicuo di quel che si sia soliti vedere nelle forme comuni, perchè non esiste quell'imbibizione edematosa dei tessuti che quasi mai manca nelle forme tipiche, perchè infine un tentativo di intensa terapia epatica non ha sortito neppure l'effetto di modificare sensibilmente la megaloblastosi che si sa essere sensibile a questo trattamento anche nei casi in cui non di vera anemia perniciosa si tratta. Per tutte queste ragioni e specialmente per l'esito negativo del trattamento epatico che sappiamo essere un mezzo curativo specifico ed infallibile, dobbiamo ritenere che non si tratti di anemia perniciosa vera.

Vi dissi all'inizio della discussione del caso che vari tipi di sepsi e quella streptococcica in modo particolare, possono in determinati casi influire talmente sulla integrità anatomica e funzionale dei tessuti ematopoietici che si può giungere alla riproduzione dei quadri più multiformi di mielosi iperplastiche o ipoplastiche, parziali o totali, tantochè per molte di esse, e specie per quelle a decorso acuto, è stata prospettata una etiologia infettiva. Il dibattito non è ancora chiuso e posso dirvi che se per la maggior parte degli studiosi italiani si tratta di forme autoctone ad ignota etiopatogenesi in cui la sepsi si sovrapporrebbe in via secondaria, favorita nel suo impianto da una minorata difesa antibatterica, esistono tuttavia casi in cui l'etiologia infettiva è talmente suggestiva per particolari rapporti di tempo, per peculiare impronta clinica e per l'esito felice di una pronta terapia, che una tale ipotesi è logicamente sostenibile. Ove per poco si pensi all'intimo meccanismo che nei vari casi può essere messo in giuoco per azione di stimolazione o di inibizione tossica o batterica, su tutti o su alcuni dei componenti del parenchima ematopoietico e più diffusamente sul sistema reticolo-endoteliale, non è difficile renderci conto delle varie evenienze e dei vari aspetti morfologici a cui una sepsi può di volta in volta dar luogo: reazioni leucemoidi se stimolazione sul sistema granulopoietico, reazioni eritroleucopiastrinoblastiche se l'azione eccitoformativa si esercita su tutti tre i sistemi del midollo, anemie perniciosiformi di origine infettiva se azione complessa inibente e metaplastica sul sistema eritropoietico, reticolo-endoteliosi se il sistema istiocitario venga particolarmente interessato, agranulocitosi se azione inibitrice o distruttiva sul sistema granulopoietico, angina monocitica se azione di stimolazione su particolari distretti cellulari del sistema istiocitario, sono tutte possibilità registrate dalla letteratura, batteriologicamente controllate, tutte con la veste clinica più tipica di sepsi. Vi ha anche chi sostiene che dalle forme a chiara etiologia infettiva con quadro ematologico più o meno atipico si può passare per gradi alle forme che in nulla differiscono dai quadri tipici di mielosi acute a etiologia sconosciuta: così dalle leucanemie settiche si passerebbe per gradi alla leucemia acuta criptogenetica, dalle monocitosi infettive alla vera leucemia monocitica, dalle sindromi aplastico-emorragiche tipo aleucia emorragica di Frank alle anemie aplastiche croniche. Ma gli ematologi tendono a mantenere distinti i due campi e a separare sopratutto le forme sintomatiche di sepsi da un lato e le forme a decorso cronico o quelle a decorso acuto ma ad eziologia sconosciuta dall'altro, a base delle quali bisogna ammettere non un movente infettivo ma un primitivo pervertimento proliferativo ed evolutivo delle cellule staminali.

Comunque, e questa è la conclusione a cui volevo portarvi, è certo che esistono emopatie infettive a decorso acuto o subacuto ad impronta ipercromica, emolitica, leucopenica, che riproducono quindi in quasi ogni punto il quadro clinico ed ematico dell'anemia di Biermer. Voglio qui riferirmi a quelle forme che descritte per primo dal Lederer nel 1925 e separatamente da Brill nell'anno successivo, hanno poi avuto seguito in una casistica non molto numerosa ma in compenso assai eloquente in Italia specialmente per gli studi di Greppi, di Semenza e del mio allievo Corelli. Si tratta di forme che colpiscono i giovani, ad inizio brusco, a decorso acuto o subacuto febbrile, in cui accanto alle note di una profonda anemia che rapidamente si instaura, si ha dal lato ematologico una netta impronta perniciosa con iperemolisi oltremodo esagerata: alcuni di questi casi differiscono dal quadro tipico dell'anemia di Biermer per l'esistenza di una notevole leucocitosi mentre in altri anche questo dato differenziale manca. Ma ciò che sopratutto serve a tener distinte le due forme è la possibilità di poter troncare l'anemia di Lederer-Brill in modo rapido e definitivo con la trasfusione e con l'epatoterapia separatamente o insieme associate. È questo il dato che sopratutto costringe gli studiosi a tener separata l'anemia acuta febbrile perniciosiforme tipo Lederer dal campo della vera anemia perniciosa ove, come sapete, la terapia di trasfusione non ha che un effetto sintomatico transitorio e l'epatoterapia un risultato che per mirabile e pronto che sia, in nessun caso tuttavia porta alla guarigione definitiva. Nella forma di Lederer invece alla trasfusione segue immediatamente una caduta della patologica iperemolisi e di conseguenza si assiste ad una rapidissima ripresa della eritropoiesi normale, la febbre dilegua e l'ammalato guarisce definitivamente nello spazio di pochi giorni: è bastato in alcuni casi una unica trasfusione di 100-200 cc. di sangue per determinare questo inatteso risultato che insieme all'impronta clinica della malattia, al decorso febbrile, alla possibile concomitante leucocitosi, rende oltremodo verosimile l'ipotesi di un'eziologia infettiva tuttora comunque sconosciuta. Si tratterà allora nel caso

nostro di un'anemia perniciosiforme tipo Lederer-Brill? Possiamo dire che se per l'impronta settica, febbrile, per il decorso, per l'assenza di edemi e di glossite, il quadro offerto dal nostro malato si avvicina di più alla forma di Lederer anzichè a quella di Biermer tipica, tuttavia anche per questa vi sono dati discordanti uno dei quali di valore assoluto e tale da escludere qualunque possibilità di discussione: fra i primi è da notare che nel caso nostro l'impronta emolitica non è così spiccata come nei casi sin qui registrati di anemia di Lederer-Brill ove le cifre dell'indice emolitico sono fra le più alte riscontrate in patologia all'infuori di quelle del vero ittero emolitico, tanto che si parla anche di anemia emolitica acuta febbrile perniciosiforme; in secondo luogo il decorso non è stato così rapido come quello che si è osservato nelle forme sin qui descritte; ma ciò che ci fa escludere tassativamente una tale ipotesi diagnostica è il fatto che anche da noi è stata praticata la terapia delle trasfusioni associata ad intensa terapia epatica e tuttavia nessun risultato è stato ottenuto all'infuori di quello di modificare temporaneamente la crasi sanguigna.

Non quindi anemia di Biermer, non anemia perniciosiforme neppure nella varietà acuta febbrile iperemolitica suscettibile di guarigione. E allora? Vi dissi poco fa che una volta sbarazzato il campo dalle anemie perniciose e perniciosiformi, non ci rimanevano a considerare come ultima possibilità che le leucemie acute. Vediamo quindi se e a quale di queste il caso nostro può essere assegnato, e poichè entriamo in puro campo ematologico, è necessario che voi consideriate nuovamente a fondo il quadro istologico che presenta il sangue del nostro paziente. Esiste anzitutto, come vedete, una notevole leucopenia e la diminuzione è quasi esclusivamente a carico dei polinucleati: i linfociti sono in numero assoluto pressochè normale e fra di essi scorgiamo qualche rara forma giovane a tipo di prolinfocita; ma le alterazioni più gravi si trovano fra gli elementi della serie rossa molti dei quali sono nucleati, trovandosi circa 25 elementi nucleati della serie rossa per ogni 100 elementi della serie bianca e di quelli alcuni appartengono alla serie megaloblastica. Il grado di immaturità di questi elementi ci costringe a risalire molto nella scala genetica fin quasi ad arrivare ai capostipiti che come sapete sono l'emocitoblasto per la serie rossa midollare normale, l'emoistioblasto per la serie megaloblastica; vi troviamo elementi con nucleo di vario aspetto a seconda dell'età e del tipo, con protoplasma più o meno basofilo a seconda che più o meno si trovino vicini ad assumere il pigmento emoglobinico, altri sono in fase policromatofila altri in fase acidofila; vi è inoltre discreta anisocitosi, scarsa poichilocitosi; in complesso prevalgono le forme grandi e vi faccio notare che di queste solo una piccola parte sono ipercromiche e tali quindi da meritare il nome di veri megalociti. Abbiamo misurato col metodo dell'ematocrito il volume medio dei globuli rossi ed esso è risultato aumentato: μ^3 110 in confronto alla cifra media normale che è di μ^3 84-92; abbiamo eseguita la formula eritrocitometrica, vale a dire abbiamo calcolato il diametro dei singoli globuli rossi usando un oculare micrometrico adatto, secondo il metodo di Gamna, e abbiamo visto che la formula stessa è allargata con estensione sopratutto verso destra, le misure oscillando fra un minimo di μ 4,2 e un massimo di μ 10,92: tutto ciò traduce in dati numerici il fatto che esiste un certo grado di anisocitosi con prevalenza di globuli rossi grandi al di là dei limiti massimi fisiologici. Il valore globulare ha oscillato sopra l'unità fra 1,20 e 1,40; le resistenze globulari sono normali; il ricambio emoglobinico è modicamente aumentato.

È evidente che non siamo qui di fronte ad una semplice reazione eritroblastica: la presenza di note degenerative quali l'anisocitosi e la poichilocitosi e la presenza di gran quantità di elementi immaturi profondamente situati nella scala genetica esclude questa possibilità che importa tutt'al più l'immissione in circolo di eritroblasti acidofili o policromatofili. Siamo quindi di fronte ad una vera emopatia che interessa sopratutto la serie rossa, che pure accompagnandosi a diminuzione anzichè ad aumento di questi elementi, tuttavia si estrinseca con tali alterazioni qualitative quali non si riscontrano in nessun'altra emopatia non primitiva. Vale cioè per la serie rossa il concetto che si ammette per la serie bianca per il quale a dare l'impronta leucemica ad una determinata emopatia non vale tanto la modificazione numerica degli elementi in causa, quanto le loro alterazioni qualitative.

Di che tipo di mielosi si tratta e quali il decorso e la terapia? È evidente che siamo nel campo delle malattie del sistema eritroblastico la cui sistemazione nosografica non trova concordi fra loro gli ematologi italiani e gli ematologi stranieri: la Scuola italiana, per merito sopratutto del Di Guglielmo, ha fatto in questo campo opera di chiarificazione modificando la sistemazione antica e apportando chiari contributi che noi riteniamo rispondere ad esatti criteri scientifici degni senz'altro di essere da tutti seguiti. Non sarà inutile pertanto un breve richiamo alla sistemazione proposta appunto dal Di Guglielmo.

Un tempo si era soliti parlare di leucemie e di pseudoleucemie, distinguendole in linfatiche e mieloidi: sostituendo a questi termini rispettivamente quelli di mielosi e di linfoadenosi si è voluto utilmente indicare la sede principale delle varie forme morbose. Ma la-

sciando ora da parte le linfoadenosi che non ci riguardano, sappiamo che il midollo osseo consta di tre sistemi: leucoblastico, eritroblastico, piastrinopoietico, generatori rispettivamente dei granulociti, degli eritrociti, delle piastrine. Questi tre sistemi possono ammalare isolatamente o a due alla volta ovvero tutti e tre insieme, cosicchè si possono rispettivamente avere mielosi parziali, mielosi miste e mielosi globali. Nel primo caso, a seconda del sistema colpito, potremo avere mielosi parziali leucemiche; mielosi parziali eritremiche e mielosi parziali piastrinemiche; nel secondo caso avremo mielosi miste eritroleucemiche o leucopiastrinemiche, nel terzo caso infine mielosi globali eritroleucopiastrinemiche.

Ma tutte queste forme di mielosi possono manifestarsi con un aumento dell'attività proliferativa delle cellule rispettive del midollo, o con una diminuzione o con una paresi o paralisi cosicchè bisognerà di ognuna di esse fare una sottodistinzione in forme iperplastiche, ipoplastiche e aplastiche; si parlerà quindi di mielosi parziali, miste o globali iperplastiche, ipoplastiche, aplastiche. Vi ricordo infine che esistono forme che si presentano con quadro ematologico di tipo aplastico a cui corrisponde invece un reperto midollare di tipo iperplastico: si parla allora di forme pseudoaplastiche che, a loro volta, dobbiamo distinguere in globali, miste e parziali.

Con questo quadro sott'occhio è facile catalogare l'emopatia del nostro paz. che per essere del sistema eritroblastico e a questo solo localizzata (la diminuzione dei gl. bianchi è da considerarsi come fatto secondario) con impronta fortemente rigenerativa deve essere definita come una mielosi parziale iperplastica eritremica.

Per rendere più chiara l'idea possiamo dire che come esistono mielosi parziali leucemiche, acute o croniche che interessano il sistema granulopoietico, così esistono mielosi parziali eritremiche che interessano esclusivamente il sistema eritropoietico: nel primo caso, come sapete, si tratta di una tumultuosa e disordinata iperplasia primitiva, midollare ed extramidollare, con incapacità alla completa differenziazione degli elementi mieloblastici primitivi, nel secondo caso invece l'iperplasia normo ed eterotopica più o meno tumultuosa, più o meno disordinata, con incompleta differenziazione riguarda gli elementi primordiali in orientamento eritropoietico. Il distacco fra una forma e l'altra non è così netto come può sembrarvi a prima vista, perchè esistono forme miste a varia e graduale prevalenza degli elementi della serie rossa o di quelli della serie bianca, le quali vengono a costituire come una specie di ponte di passaggio fra l'una e l'altra forma: possiamo avere quindi mielosi leucemiche, mielosi leucoeritremiche o eritroleucemiche, mielosi eritremiche. Secondo questo modo di vedere quindi le mielosi eritremiche, dette anche eritremie di Di Guglielmo, sono l'equivalente per la serie rossa di quello che le mielosi leucemiche o leucemie sono per la serie bianca, entrambe avendo come caratteristica un'iperplasia normo- ed eterotopica, cioè midollare ed extramidollare, normo ed eterotipica, cioè con fatti di anaplasia vale a dire con incapacità alla completa maturazione degli elementi proliferati.

Per questo motivo non è giusto classificare fra le eritremie, come fanno gli ematologi stranieri, la policitemia rubra o morbo di Vaquez nel quale si osservano solamente alterazioni quantitative dei globuli rossi e non qualitative: per avere eritremia, è bene ripeterlo, non è necessario che vi sia aumento numerico degli eritrociti, alla stessa guisa che la leucemia non è contradistinta dalla quantità ma bensì dalla qualità delle cellule bianche circolanti. Nel caso del morbo di Vaquez l'iperplasia del sistema eritroblastico non è extramidollare, non è mai atipica, si tratta cioè di un'iperplasia normotopica semplice incapace di mettere in circolo elementi fortemente immaturi: non vi è quindi possibilità di analogia fra la mielosi leucemica e la iperplasia primitiva eritroblastica semplice che è il substrato anatomico del morbo di Vaquez.

Da quanto vi ho brevemente accennato voi potete facilmente comprendere quale è il fondamento anatomico dell'eritremia che implica iperplasia con orientamento eritropoietico non solo dell'elemento staminale tipico del midollo, l'emocitoblasto, ma di tutti quegli elementi diffusi nel connettivo dell'organismo e che costituiscono il sistema degli emoistioblasti: come nelle tipiche leucemie anche nell'eritremia questi elementi possono riprendere la funzione ematopoietica che avevano nell'embrione e possiamo quindi renderci ragione della trasformazione eritroblastica degli organi che, come la milza, il fegato e le linfoghiandole sono più particolarmente ricchi di elementi emoistioblastici o reticolo endoteliali: è per l'attività di queste cellule che vediamo comparire in circolo in casi di eritremia elementi di tipo megaloblastico poichè è da quelle che questi derivano.

E dunque il nostro paziente affetto da eritremia? Io ritengo senz'altro che sì, poichè in questa forma, come nel nostro paziente, si tratta di malattia ad impronta infettiva, acuta o subacuta, febbrile, profondamente anemizzante, con ipercromia, con epato e splenomegalia, con prevalente normoeritroblastosi, con scarsi megaloblasti, con leucopenia, con accentuata emolisi: nessun dato esorbita quindi dal quadro classico quale risulta dalla descrizione dei pochi casi fin qui raccolti quasi tutti per opera di ematologi italiani con a capo in questo campo Di Guglielmo, se non la durata abnorme e il reperto di forma ipercromica anzichè a basso valore globulare come nelle eritremie abitualmente si ha.

Comunque la riprova che di eritremia realmente nel nostro caso si tratti, l'abbiamo avu-

ta dall'esito della puntura del midollo la quale ci ha mostrato accanto ad una grave ipoplasia del sistema granulopoietico, l'esistenza di gran quantità di cellule primordiali (emoistioblasti ed emocitoblasti) in prevalente orientamento normoeritropoietico e in grado minore megalocitopoietico e cioè numerosi tipici proeritroblasti, eritroblasti basofili, ortocromatici e acidofili e in minor numero megaloblasti tipici in varie fasi di maturazione. Prevalenza assoluta e relativa quindi dell'eritropoiesi normale su quella megaloblastica a differenza di quanto accade nel midollo dell'anemia perniciosa ove all'ipoplasia grave del sistema leucopoietico corrisponde una cospicua diminuzione degli elementi eritroblastici, entrambi sostituiti dalla patologica invadente ematopoiesi megaloblastica. Differenze queste tuttavia che in singoli casi non sarebbero risultate tali da impedire anche un tentativo di avvicinamento tra la mielosi eritremica e l'anemia perniciosa, forme che per ora sembra invece più opportuno tener distinte, benchè i reciproci rapporti non si debbano ancor considerare definitivamente stabiliti.

La letteratura registra appena una ventina di casi di eritremia i primi dei quali appartengono al Di Guglielmo a cui spetta quindi il merito di avere identificato la forma isolandola da quelle mielosi miste o di passaggio dette eritroleucemie.

Malattia di solito acuta, abbiamo detto, a cui la febbre e la gravità stessa di tutto il quadro morboso imprimono un carattere settico: sotto questo aspetto quindi l'eritremia non differisce dalla fisionomia clinica che tutte le leucemie acute sogliono assumere, per cui dall'osservazione del malato difficilmente potremo trarre un criterio per stabilire di che forma ematologica si tratti. Come nelle leucemie acute anche qui spesso si hanno complicazioni con flogosi di tipo necrotico nelle tonsille o nella mucosa orale e segni di diatesi emorragica, come nelle leucemie acute decorso a rapida e fatale parabola. È chiaro così il significato da dare alle tonsilliti necrotiche di cui il p. ebbe a soffrire, come ricorderete, nello scorso settembre e alla forma febbrile che lo condusse un mese fa da noi con diagnosi di polmonite: sarà stata con tutta probabilità una complicazione broncopolmonare con risentimento della pleura sovrastante a guisa di cortico-pleurite, ma possiamo dire che attualmente non è questa sicuramente la causa della temperatura che rimane altamente febbrile malgrado che le condizioni respiratorie siano quasi totalmente ritornate alla norma.

L'etiologia ci è completamente sconosciuta dal momento che tutto fa pensare che i vari germi di volta in volta isolati non siano se non espressione di infezioni secondarie sovrapposte, favorite nel loro impianto e nel loro sviluppo dalla grave caduta della difesa antibatterica a cui la profonda alterazione della formula ematica inevitabilmente conduce.

Con queste premesse, naturalmente, la terapia non può essere che sintomatica e di sostegno: arsenico, ferro, tonici cardiaci, trasfusioni; e non tralasceremo la terapia epatica tenendo conto della sua dimostrata azione favorevole oltre che sulle note di perniciosità della forma, sulla granulopenia che all'anemia si accompagna: dobbiamo dire però che nel nostro caso neppure questo risultato è stato ottenuto nonostante che si sia iniettato in un mese tanto estratto di fegato da corrispondere a circa 15 chilogrammi di organo fresco.

EPICRISI. — Malgrado ripetute trasfusioni il decorso successivo segnò un rapido peggioramento dello stato anemico che in capo a un mese con una complicazione broncopolmonare condusse a morte il piccolo malato. All'autopsia risultò che l'endocardio era normale, che il fegato e la milza erano ingranditi, che le linfonghiandole in quasi tutte le stazioni erano ingrossate e rossastre, che il midollo aveva aspetto rosso grigiastro. L'esame istologico di strisci e di sezioni dei vari organi fece rilevare una avanzata metaplasia eritroblastica con fortissima reazione reticoloendoteliale delle linfoghiandole, del fegato, della milza, del polmone, dei surreni e dell'omento.

Il caso verrà illustrato per esteso dal mio allievo E. Antoniazzi.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DI MAREMMA - CAMPIGLIA MARITTIMA

Contributo allo studio della calcolosi intraghiandolare della sottomascellare.

Prof. GIORGIO MILLUL, chirurgo direttore.

Tra le varie affezioni del pavimento della bocca e delle ghiandole salivari in genere la calcolosi intraghiandolare non capita frequentemente alla nostra osservazione, per tale fatto non credo cosa inutile illustrare un caso clinico che ebbi agio di studiare durante la mia permanenza nell'Ospedale di Piombino.

Storia clinica. — F. A., di anni 49, maritata, con prole, domiciliata a Piombino, ricoverata in Ospedale il 7 febbraio 1934, VII.

La paziente racconta che da alcuni anni a questa parte avverte dolori ora lievi e transitori, ora assai intensi in corrispondenza della bocca — specie lato sinistro — e della regione sopraioidea corrispondente; tali dolori a volte rimanevano circoscritti alla sede sopra accennata, mentre a volte si irradiavano verso la lingua o verso il mento. La paziente inoltre precisa che l'inizio delle sofferenze avveniva in un primo tempo avanti dei pasti ed erano accompagnate da una speciale sensazione di gonfiore circoscritto al lato sinistro del pavimento della bocca. Questi disturbi durarono per alcuni mesi senza destare

preoccupazione alcuna, successivamente la sintomatologia clinica si è modificata ed oltre ad essere più vivo il dolore fu avvertita difficoltà a parlare e lieve difficoltà alla masticazione. Contemporaneamente all'aggravarsi della sintomatologia subiettiva fu notato che non poche volte durante il pasto compariva una tumefazione assai appariscente nella regione sopraioidea sinistra ed in modo più preciso nella sede della ghiandola sottomascellare.

Per un ulteriore periodo di tempo la paziente non si preoccupò eccessivamente di quanto avvertiva e di quanto aveva notato, persistendo però i fatti ricordati fu costretta a consultare un medico, il quale consigliò — secondo quanto viene raccontato — un trattamento iodo-arsenicale per os. Nessun giovamento fu tratto dalla cura, anzi — a detta della paziente — fu notato un ulteriore peggioramento: si accorgeva cioè che la tumefazione notata in corrispondenza della regione soprajoidea sinistra non più appariva saltuariamente, ma andava aumentando gradatamente di volume. Quasi contemporaneamente alla constatazione accennata la paziente cominciò ad avvertire cattivo sapore in bocca e di quando in quando nausea; essa riferisce molto esattamente che ebbe l'impressione di avere in questo periodo come della « marcia in bocca ».

Da pochi giorni a questa parte è comparsa temperatura subfebbrile e di quando in quando crisi dolorose assai violenti in corrispondenza della regione più volte nominata.

Nell'anamnesi personale non si rilevano fatti degni di particolare importanza, solo è da notare che la paziente ha avuto in passato una affezione definita come esaurimento nervoso.

Negativa è l'anamnesi familiare remota.

Es. Ob. — Donna di costituzione scheletrica normale, stato di nutrizione discreto, mucose visibile rosee, micropoliadenia.

Negativo è l'esame dei vari apparati, solo in corrispondenza della regione soprajoidea — lato sinistro — nella sede propria della ghiandola sottomascellare esiste una tumefazione simile per forma e volume ad una grossa noce. La cute della regione è di colorito normale ed in parte aderente ai piani sottostanti; tale aderenza è evidente in corrispondenza della parte centrale della tumefazione stessa.

Il pavimento orale, mentre è normale nella parte destra, si presenta a sinistra lievemente prominente: ad un esame più attento si riconosce che in un punto del solco alveololinguale di sinistra esiste un arrossamento più evidente e nella parte centrale di detta zona esiste una boccuccia da cui fuoriesce — previa pressione dall'esterno — saliva mista a pus.

Con la palpazione si riconosce esatta la forma ed il volume della tunefazione e si rileva inoltre la consistenza di essa che è dura ed a superficie lievemente irregolare. Con la palpazione combinata si apprezza in modo preciso i caratteri della ghiandola sottomascellare e sembra di avvertire una consistenza assai più marcata.

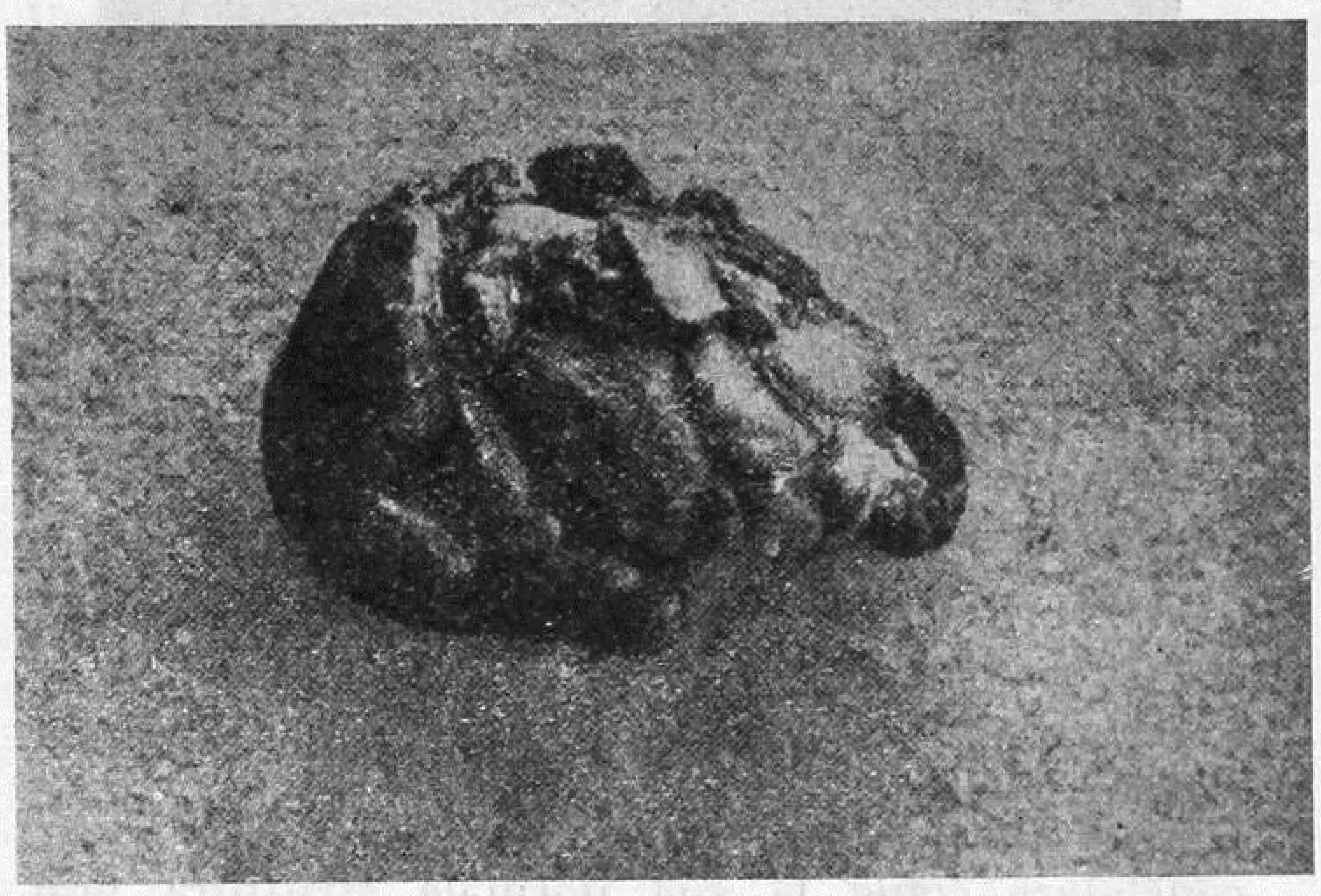
L'esame radiografico permette di riconoscere in corrispondenza della parte centrale della ghiandola sottomascellare un'ombra assai intensa, simile per forma e volume ad un piccolo cece.

Stabilita la diagnosi di calcolosi intraghiandolare della sottomascellare sinistra, si propone l'intervento chirurgico che viene accettato dalla paziente.

Operazione. — In anestesia eterea, pratico una incisione lunga circa cinque centimetri parallela al margine della mandibola; incisa la cute e procedendo cautamente a strati isolo e pratico la sezione dei vasi facciali; facilmente riesco a scollare con il dito la ghiandola in alto ed in profondità cadendo così sul dotto di Warton che seziono previa duplice legatura. Isolata ancora più completamente la ghiandola stessa ed isolato il peduncolo dei vasi facciali asporto la sottomascellare previa sezione tra due legature dei vasi. Fatta in modo accurato l'emostasi suturo a strati in catgut i piani profondi e suturo a punti staccati in seta la cute.

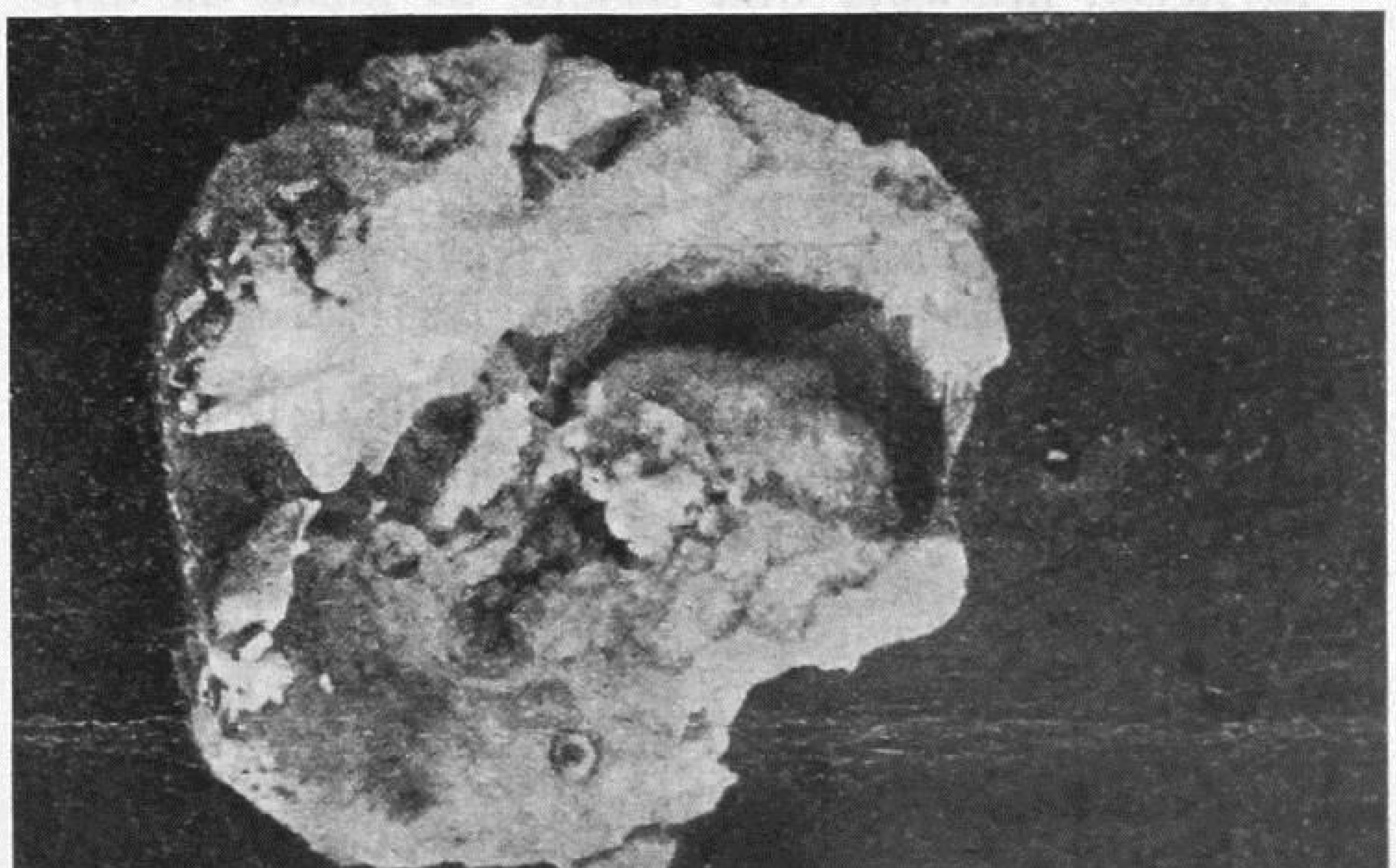
Il decorso post-operatorio è stato normale ed ho avuto guarigione per prima.

Esame del pezzo asportato — La ghiandola asportata, come dimostra l'annessa fotografia N. 1, si presenta di forma simile alla norma; il suo vo-



FOT. N. 1.

lume è aumentato in toto ed il suo peso è di circa dieci grammi. Colla palpazione si apprezza che tutta la ghiandola è più consistente che di norma, si potrebbe dire è più spessa e nel punto centrale si apprezza una maggior resistenza e consistenza.



FOT. N. 2.

L'esame radiografico praticato sulla ghiandola asportata ha permesso di stabilire con precisione che il calcolo è opaco ai raggi X e di forma e volume uguale all'immagine ottenuta nel primo radiogramma.

Alla sezione si rileva:

a) il tessuto ghiandolare è fortemente ispessito e stridente al taglio;

b) la superficie di sezione si presenta dissimile dalla norma in quanto che macroscopicamente male si riconosce la struttura del parenchima;

c) nella parte centrale della ghiandola esiste un calcolo annidato nel parenchima; si enuclea facilmente dalla sua nicchia e si constata che esso è di colorito grigio e di superficie irregolare. Il volume del calcolo è simile ad un grosso cece ed il peso è di gr. 2,2 (vedi figura N. 3). Gli esami



FOT. N. 3.

più minuti hanno permesso di rilevare i seguenti dati: a carico della ghiandola, in alcune sezioni allestite con la tecnica ordinaria, si può constatare come la sua normale struttura non sia più riconoscibile; in alcuni punti si osserva come gli elementi normali siano sostituiti da tessuto connettivo sclerotico irregolarmente distribuito specie nello spazio intelobulare e perilobulare. In altre sezioni invece si osserva che gli acini ghiandolari sono profondamente alterati — degenerazione grassa — o scomparsi.

L'esame del calcolo fa rilevare i seguenti dati: colorito grigiastro, facilmente sgretolabile alla periferia; praticata una sezione in modo da dividere in due parti uguali il calcolo; non si riconosce a prima vista sulla superficie di sezione un nucleo centrale, nè ad occhio nudo sono visibili linee di stratificazione. Solo con un esame più minuto e con l'aiuto di una lente si riesce a riconoscere l'esistenza di dette linee disposte in modo regolare e concentriche.

L'esame chimico ha permesso di stabilire che il componente principale è rappresentato da fosfato di calcio e da tracce di carbonato di sodio e di magnesio.

L'esame batteriologico ha permesso di riconoscere, opportuni passaggi sui comuni terreni di cultura, la forma comune di leptotrix buccalis.

Esito a distanza. — Rivista la paziente dopo tre mesi dall'intervento si osserva che la cicatrice chirurgica è quasi lineare e solo in un piccolo punto, terzo medio, aderente ai piani sottostanti.

La palpazione e la pressione digitale non determina dolore alcuno nè, da altra parte, la cicatrice stessa è dolorabile.

I disturbi avvertiti dalla paziente prima dell'intervento sono andati mano a mano a scomparire; la sensazione di molestia avvertita durante i movimenti della masticazione sono scomparsi del tutto. Unico fatto degno di nota è il comportamento del condotto della ghiandola, condotto lasciato parzialmente in sito: per circa dieci giorni la paziente ha accusato una sensazione sgradita ed un cattivo odore in bocca. Successivamente anche questi fatti sono andati mano a mano a diminuire fino a che ogni molestia è cessata ed all'esame obbiettivo non si riconosce alcun segno di particolare importanza in corrispondenza del pavimento della bocca.

CONSIDERAZIONI GENERALI.

Dalla statistica riferita nella letteratura appare che la ghiandola sottomascellare è colpita più frequentemente delle altre; assai dimostrativi sono i seguenti dati statistici:

Heineke su 180 casi di scialolitiasi ha riscontrato nell'82,22 % la localizzazione a carico della sottomascellare; Clairmont nel 66 % dei casi osservati Wakeley e Wenzel rispettivamente nel 63 % e nel 61 %.

Per spiegare tale frequenza varie ipotesi sono state formulate, ma tra queste la più giusta appare quella emessa da Wenzel, il quale ritiene che tale fatto debba esser messo in rapporto sia con una particolarità anatomica della ghiandola sottomascellare, sia con una particolarità funzionale. In modo più preciso egli ritiene che la speciale disposizione anatomica del dotto di Warton rappresenti un elemento coadiuvante alla formazione del calcolo e la costituzione della saliva secreta — più vischiosa e più ricca di mucina — rappresenterebbe altro elemento coadiuvante non meno importante.

Per quanto si riferisce alla causa che può determinare la formazione della concrezione o del calcolo vero e proprio nell'interno della ghiandola non tutti gli autori sono concordi, basterà ricordare infatti le seguenti ipotesi formulate:

De Clasmadeuc, nel 1885, ritiene che la precipitazione di alcuni sali calcarei e la partecipazione di materie organiche rappresentasse il quid indispensabile per la successiva costituzione del calcolo salivare.

Galippe, alcuni anni dopo, (più precisamente nel 1866) ammise che la precipitazione dei sali normalmente disciolti nella saliva era determinata da alcuni parassiti ospiti della bocca.

Loison, in una comunicazione fatta alla Società di Chirurgia di Parigi nel 1898, precisò l'ipotesi formulata da Galippe dimostrando che il centro di alcuni calcoli asportati con incisione della mucosa boccola era costituita da streptococchi.

Le opinioni emesse in merito all'eziopatogenesi in un periodo di tempo più prossimo hanno confermato l'osservazione precedentemente riferita: Kaufmann infatti ammette che la precipitazione del secreto avvenga al dì sopra di un nucleo costituito da batteri.

Aschoff ritiene che il nucleo dei calcoli salivari sia rappresentato da ammassi di leptotricee ed in modo più preciso dalla leptotrix buccalis. Gamna riconosce l'importanza degli elementi sopra ricordati e richiama l'attenzione sulla frequente compartecipazione dei comuni batteri e di alcuni ifomiceti in specie che determinerebbero la precipitazione dei sali contenuti nel secreto salivare.

Wakeley — sulla base di alcune osservazioni — ritiene che si debba escludere la predisposizione individuale costituzionale per dare invece la massima importanza alla presenza di alcuni corpi estranei — particelle di tartaro e residui di cibo — rinvenuti nel nucleo centrale del calcolo. Lo stesso autore però non disconosce che uno dei principali elementi coadiuvanti sia rappresentato da batteri, i quali — determinando la scomposizione di sostanze proteiche — faciliterebbero la precipitazione dei sali di calcio.

Altri autori hanno voluto approfondire l'indagine nel campo batteriologico ed hanno cercato di individualizzare la causa *sine qua non;* infatti Söderlund sulla base di venti osservazioni ha potuto stabilire che il nucleo dei calcoli salivari era costituito da colonie di actinomices morte ed in base a tale dato arrivò alla conclusione che una infezione actinomicotica primitiva dei dotti salivari escretori rappresenta la causa principale della lesione.

Uffreduzzi ritiene infine « che i fatti infiammatori alterando i caratteri della secrezione salivare facilitano in questa la precipitazione dei sali e sopratutto forniscono al calcolo una trama organica sulla quale i sali precipitano più facilmente ».

Da quanto sopra è riferito appare come le varie teorie formulate rispondano solo in parte, poichè se esse rappresentano conclusioni di ricerche atte a stabilire la costituzione del calcolo non portano alcuna luce nei riguardi dell'elemento atto a determinare la formazione del calcolo stesso. Nonostante gli studi di Del Fabbro, Kroiss, Klebs, Majocchi Piazza, ecc., si può dire che nessun elemento decisivo sia stato portato per chiarire il problema sopra accennato ed infatti Arrigoni recentemente fissava i termini di tale questione dichiarando che « l'argomento è tuttora oggetto di discussione ».

Senza volere entrare a discutere la teoria della stasi asettica, poichè questa è già ritenuta insostenibile, ricorderò che non pochi autori hanno accettato in pieno la teoria batterica avvicinandosi secondo il mio modo di vedere alla giusta interpretazione. Si deve riconoscere però che è incompleto attribuire al solo processo infiammatorio della ghiandola salivare la formazione della calcolosi (Söderlung) poichè tale ipotesi non può reggere ad una critica severa: la formazione del calcolo è da ritenere che sia favorita dalle modificazioni che avvengono nella ghiandola salivare per un processo infiammatorio che in essa si può svolgere. Detto processo infiammatorio è causa senza dubbio di ristagno del secreto salivare e conseguente formazione del primo nucleo del calcolo per tale fatto.

Questi due elementi — processo infiammatorio e ristagno — rappresentano le condizioni indispensabili per la formazione del calcolo poichè se non esiste ristagno la regolare fuoriuscita della saliva non permetterebbe il depositarsi di elementi tali da costituire il primo nucleo del calcolo sia nell'interno della ghiandola sia nel dotto escretore di questa.

Dal punto di vista dell'anatomia patologica il quadro è diverso a seconda che si consideri la calcolosi intraghiandolare o la calcolosi del dotto escretore: nel primo caso quasi costantemente si riscontra l'esistenza di un solo calcolo più o meno voluminoso, di forma rotondeggiante e che occupa un punto circoscritto dell'organo.

Macroscopicamente è diverso il quadro a seconda che la nostra osservazione cada quando il processo morboso sia nel periodo acuto o quando questo sia già passato: nella prima evenienza si riscontrano quelle lesioni che sono caratteristiche di ogni processo suppurativo in piena evoluzione, mentre nella seconda fase della malattia le lesioni sono quelle che si riferiscono alla sclerosi endo- e perilobulare con atrofia del cul di sacco e successiva dilatazione dei canalicoli escretori.

Le osservazioni istologiche hanno permesso da altra parte di meglio precisare le principali lesioni: in alcuni casi (Perrone, Pater) la sclerosi del tessuto connettivo interlobulare e perilobulare con atrofia spiccata del parenchima ghiandolare predomina, mentre in altri casi (Berger) il processo di sclerosi può arrivare ad un punto tale in cui la scomparsa degli acini ghiandolari è completa ed in sostituzione di detto tessuto si osservano le tipiche lesioni che permettono di riconoscere la degenerazione grassa dei vari elementi.

Per quanto si riferisce alla sintomatologia dell'affezione dalla storia clinica precedentemente riferita appare come sia interessante questo particolare studio poichè solo attraverso una esatta valutazione dei singoli segni clinici rilevabili durante lo studio del malato è possibile porre una diagnosi di precisione.

Una delle caratteristiche del quadro clinico è rappresentata dalle modificazioni che avvengono a carico della ghiandola colpita e dei disturbi subiettivi che vengono riferiti dai pazienti. In modo sintetico si può ritenere che l'aumento di volume della ghiandola e le crisi dolorose che si presentano a periodi di tempo vario rappresentano gli elementi base e quasi direi patognomonici. Sia l'uno che l'altro segno hanno importanza in quanto che sono caratterizzati alla loro volta da alcuni particolari che non devono essere trascurati: più esattamente la comparsa dell'uno o dell'altro coincide con alcuni particolari momenti ma sempre in rapporto con tutte quelle cause atte a determinare la secrezione della saliva.

In alcuni casi la sintomatologia si può dire muta per un lungo periodo, anzi si può affermare sulla scorta dei dati riferiti nella letteratura che non pochi pazienti per un periodo di tempo imprecisabile non prestano affatto alcuna attenzione alla lesione esistente in quanto è muta. Solo quando si sovrappongono ulteriori alterazioni a carico della ghiandola — processo infiammatorio o suppurativo — allora compare dolore e difficoltà a masticare ed a discorrere; la durata della sintomatologia dolorosa è varia e generalmente perdura sino a che il calcolo occlude il condotto escretore impedendo il normale deflusso della saliva.

Amoroso, in uno studio recente, distingue la sindrome clinica in due periodi ed in modo più preciso richiama l'attenzione sopra i disturbi che esistono quando l'infezione secondaria è sovrapposta alla calcolosi ed accenna alla modificazione del quadro clinico quando al periodo acuto segue un processo suppurativo a tipo subacuto o cronico. Nel primo caso esiste dolore puntorio, edema, tumefazione e temperatura febbrile, mentre nella seconda evenienza le sofferenze invece di essere a tipo continuo si presentano intermittentemente.

Oltre ai dati sopra ricordati è da tenere presente un altro sintoma che viene riferito da alcuni pazienti e che riguarda il modo come defluisce la saliva; cioè essi hanno constatato che l'eliminazione di una quantità notevole di saliva determina una diminuzione del dolore generalmente localizzato a carico della ghiandola affetta dalla lesione in studio.

L'esame obbiettivo infine permette di meglio precisare il quadro clinico; basterà ricordare infatti come sia possibile con l'ispezione riconoscere in corrispondenza della regione soprajoidea — a carico della ghiandola lesa — una tumefazione più o meno voluminosa e ricoperta da cute ora di colorito normale, ora leggermente arrossata. A carico della muccosa boccale si rileva una modificazione evidente del colorito, infatti una colorazione rossastra più intensa che di norma colpisce prima di ogni altro elemento e questa maggiormente è evidente a livello del dotto escretore.

Con la palpazione si può stabilire che in alcuni casi la cute è libera sopra la tumefazione esistente, mentre in altri o è aderente alla ghiandola od è edematosa e sollevabile in plica più marcata rispetto al lato opposto. La tumefazione è bene apprezzabile, di consistenza assai più dura che di norma ed assai spesso si riesce a ben delimitarla; la superficie appare irregolare in più punti ed in alcuni casi è possibile apprezzare una resistenza più o meno marcata in corrispondenza del calcolo. Un altro dato che non può essere dimenticato è rappresentato dal fatto seguente: esercitando modica pressione in corrispondenza della tumefazione si vede fuoriuscire dal dotto escretore della ghiandola contenente il calcolo saliva mista a pus od alcune gocce di pus giallo verdastro.

Oltre ai dati sopra esposti altri elementi si possono raccogliere mediante l'impiego di esami sussidiari ed in modo più preciso mediante l'esame radiografico; questo rappresenta oggi un complemento notevole poichè permette di stabilire nel massimo numero dei casi ogni minuto particolare rendendo così il diagnostico più completo tanto che nei casi dubbi può dare un aiuto prezioso poichè i calcoli salivari, salvo rare eccezioni, intercettono ordinariamente i raggi X. Una volta accertata la diagnosi di calcolosi intraghiandolare quale è il trattamento che deve essere seguito? Il chirurgo deve intervenire al più presto possibile in modo da rimuovere l'ostacolo meccanico che impedisce il normale deflusso della saliva; tenuto conto che assai spesso in corrispondenza della ghiandola che ospita uno o più calcoli esistono gravi lesioni il trattamento conservativo non trova una indicazione logica. Il trattamento che si impone nella maggioranza dei casi è rappresentato dalla ablazione in toto della ghiandola, trattamento che trova la sua netta indicazione in ogni caso ed al tempo stesso evita eventuali complicanze sempre moleste e non poche volte pericolose.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di calcolosi intraghiandolare della mascellare e richiama l'attenzione sulla eziologia o sulla sintomatologia della lesione presa in studio.

BIBLIOGRAFIA.

Arrigoni. Archivio Italiano di Chir., vol. XXXIII.
Amoroso. La cultura stomatologica, 1925.
Becherle. Rivista critica di clinica medica, 1912.
Bazj. Accad. de méd., Parigi, ottobre 1923.
Brandino. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1907.
Chiarolanza. XXXVIII Congresso di chirurgia.
Consiglio. Rivista di chirurgia, 1922.
Dal Fabbro. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1904.
Edington. The British med. journal, 1926.
Giboulot. Tesi di Parigi, 1918.
Leone. La clinica chirurgica, 1927.
Sertoli. Giornale di medicina militare, 1913.
Soderlung. Acta chirurgica scandinava, vol. 63.
Stoppato. Chirurgia delle ghiandole salivari.
Wakeley. The Lancet, 1929.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La meningite benigna dei guardiani di maiali.

(M. Sciuti. *Rinascenza medica*, 31 marzo 1936).

Da qualche tempo nella Savoia e nella Svizzera ricorrono con una certa frequenza forme meningee che in primo tempo furono designate con il nome di « meningite dei lattai o dei fabbricanti di formaggio ». Ma in seguito si riconobbe che tale denominazione non era esatta perchè la malattia colpisce invece coloro che hanno comunque contatto con maiali, e se ne sono colpiti anche gli addetti all'industria del latte è perchè ai rispettivi centri di fabbricazione sono annessi allevamenti di maiali, che quando sono ancora piccoli sono nutriti con il latticello residuo.

L'affezione s'inizia bruscamente con febbre e disturbi gastro-enterici. Dopo 4-5 giorni tali fatti rimettono, ma dopo qualche ora compaiono fatti meningei con rielevazione della temperatura a 39°-40°. Si ha cefalea intensa, Kernig, vomiti, arrossamento della gola, lieve tumore di milza, modica sierinuria, stitichezza accentuata che contrasta con i disturbi intestinali vari della fase iniziale.

In tale periodo il liquido cefalo-rachidiano presenta intensa leucocitosi ed iperalbuminosi; il reperto batteriologico è negativo.

Dopo tre giorni tutta la sintomatologia scompare e si ha l'impressione di guarigione, ma, talvolta nella stessa giornata, si ha la ricomparsa della febbre e dei fatti generali e meningei. Si tratta però di ricadute di breve durata.

Talvolta insieme agli altri sintomi si hanno eruzioni cutanee analoghe a quelle dell'eritema da siero e dolori articolari.

La prognosi è sempre fausta sia *quoad vitam* sia in riguardo a postumi invalidanti.

In primo tempo la condizione era stata attribuita alla melitense o a qualche spirochetosi. Ma le ricerche di Müller, Urech, Roch, Demole e Mach, e Charleux tendono a dimostrare che l'agente etiologico è un virus filtrabile proveniente dai maiali.

Il fatto che la malattia colpisce gli uomini solo nei primi tempi che avvicinano i maiali proverebbe che la malattia conferisce l'immunità.

I maiali non presentano fatti meningei, ma possono avere epidemicamente forme di malessere, dimagrimento, perdita di vivacità, diminuzione dell'appetito ecc., che potrebbero essere fenomeni prodotti dallo stesso virus che nell'uomo dà la meningite. È quindi buona norma profilattica isolare temporaneamente gli animali che presentano sì fatti disturbi.

Come terapia è consigliata la puntura lombare, che può affrettare la fine della malattia, ed in ogni modo diminuire la tensione del liquor e le sofferenze del paziente.

È consigliabile anche la sieroterapia antimeningoccica, sia perchè essa agisce aspecificamente, sia perchè è bene adottare tempestivamente un'arma efficace per l'eventualità che si tratti di una forma meningea pericolosa.

Dr.

L'emiplegia dei cardiaci.

(J. A. Chavany. *Presse Médicale*, 8 aprile 1936).

L'emiplegia è una complicazione frequente nel corso delle cardiopatie.

L'anatomia patologica, la clinica, la prognosi e la terapia di questo accidente variano con il suo meccanismo di produzione.

Il più delle volte si tratta di un'embolia. L'embolo è costituito da un frammento di fibrina distaccatosi dalla valvola mitrale colpita da endocardite infettiva. Esso si arresta nella porzione iniziale dell'arteria silviana (per lo più la sinistra).

L'occlusione completa del lume dell'arteria non determina un rammollimento di tutto il territorio della silviana, perchè la circolazione in parte si ristabilisce attraverso le anastomosi arteriose. Ciò avviene sopra tutto verso la periferia per modo che la necrobiosi è più intensa in vicinanza dell'occlusione. Nei giovani cardiopazienti indenni da sclerosi e con arterie cerebrali in buono stato il focolaio interessa soltanto il territorio centrale della silviana necrosando il putamen, la porzione orizzontale del nucleo caudato, la parte alta della capsula interna, e talvolta anche le parti profonde del lobo frontale. Possono aversi an-

che focolai erratici nel territorio silviano superficiale specie a livello dell'insula.

Ma qualche volta accade che gli accidenti paralitici sono del tutto transitori, della durata di pochi minuti o tutt'al più di qualche ora. Per spiegare questa ischemia passeggera, che non è seguita da necrosi e che si risolve con la *restitutio ad integrum* del parenchima nervoso e con la totale scomparsa dei fatti clinici, si è pensato ad embolie più piccole che provocano un'occlusione parziale ed insieme ad uno squilibrio circolatorio che provoca uno spasmo arterioso più o meno prolungato.

Ma in alcuni casi può essere invocato anche un altro meccanismo patogenico, ossia una ischemia pura del tessuto nervoso. Questo meccanismo spiega sia le manifestazioni transitorie che quelle persistenti, in quanto tali differenze sarebbero in relazione con la durata dell'ischemia che a sua volta sarebbe in rapporto con il grado d'insufficienza cardiaca. L'emiplegia sarebbe un sintoma diretto dell'asistolia cardio-cerebrale, in quanto l'ischemia non sarebbe dovuta ad un'occlusione organica o funzionale d'un vaso cerebrale, ma ad un disturbo circolatorio molto più diffuso causata dalla debolezza cardiaca e provocante un abbassamento rapido del regime tensivo encefalico.

In effetti i reperti anatomo-patologici dimostrano che raramente il rammollimento è centrato su un territorio arterioso, che insomma contrariamente a quel che avviene nella trombosi e nell'embolia la lesione non corrisponde perfettamente alla topografia vasale. D'altra parte i focolai necrobiotici sono spesso multipli e disseminati, e, fatto importante, spesso le arterie corrispondenti ai focolai di rammollimento conservano la loro permeabilità.

La sintomatologia dell'emiplegia cardiaca è diversa secondo il meccanismo causale.

Nelle forme emboliche della stenosi mitralica o dell'endocardite infettiva l'inizio è drammatico. Il paziente è abbattuto improvvisamente e spesso cade in un coma più o meno profondo talora con spasmi convulsivi generali o jacksoniani. L'emiplegia appare subito e colpisce per lo più il lato destro. Con la scomparsa del coma si rileva il deficit motorio della faccia e degli arti superiore ed inferiore, specie di quest'ultimo. La diminuzione di forza degli arti è globale e non distale come nelle emiplegie corticali. Si può avere anartria, afasia e più frequentemente solo disartria. L'emiplegia in breve tempo passa allo stato di contrattura in flessione all'arto superiore ed in estensione a quello inferiore. Spesso la flaccidità dell'arto inferiore dura a lungo. I disturbi della sensibilità di solito sono discreti.

Molti di questi pazienti rimangono definitivamente invalidi. Ma in un certo numero di casi l'emiplegia dura solo qualche giorno. Questa varietà transitoria fa pensare più ad un'ischemia passeggera legata ad una variazione della tensione che alla presenza di un ostacolo fisso come un embolo. La breve durata dell'ischemia non fa che sospendere la funzione degli elementi nervosi senza distruggerli.

L'emiplegia del cardiaco scompensato si stabilisce spesso nel quadro elastico dell'asistolia, e costituisce talvolta l'episodio terminale del collasso del cuore. Ma può anche dominare la scena clinica. L'inizio dell'accidente talvolta brusco raramente è marcato dal coma. La coscienza per lo più non è totalmente annullata. L'emiplegia, indifferentemente destra o sinistra, può stabilirsi tutta in una volta o anche gradatamente cominciando dall'arto superiore, che talvolta è l'unico paralizzato. Quando l'emiplegia è destra si ha sempre un certo grado di afasia che può rapidamente ridursi a semplice disartria, nell'emiplegia sinistra c'è solo qualche disturbo della parola passeggero. I disturbi della sensibilità sono più accentuati che nella forma embolica. Non è raro riscontrare all'inizio qualche piccolo segno pseudobulbare. L'emiplegia può persistere ma il più delle volte regredisce. Le recidive dallo stesso lato o al lato opposto o sotto forma di stato pseudobulbare sono frequenti, tanto da giustificare l'espressione di Dumas di vera claudicazione intermittente cerebrale. La diagnosi differenziale interessante in pratica è quella con l'edema cerebrale generalizzato o localizzato. Questo in genere fa parte di un insieme di edemi che invadono altre parti del corpo: arti, peritoneo, pleure, basi dei pulmoni. Esso è accompagnato spesso da obnubilazione della coscienza, deliri e convulsioni: l'emiplegia non è che un episodio. In tali casi l'emiplegia con tutto il corteo dei disturbi cerebrali e con gli edemi localizzati altrove spesso scompare con un abbondante salasso.

Nei casi nei quali si sospetta l'embolia bisogna andar cauti con i cardiotonici. Si somministrerà tutt'al più olio canforato e si porrà mano agli antispasmodici ed ai vasodilatatori: trinitrina, benzoato di benzile, luminal, acetilcolina.

Se invece i segni clinici depongono per una ischemia cerebrale da abbassamento della pressione si deve innanzi tutto astenersi dal praticare il salasso, che sarebbe inutile e pericoloso. Bisogna aumentare l'energia del cuore e regolarizzarne il ritmo: a tale scopo si darà la digitalina per bocca, l'ouabäine per via endovenosa, la caffeina e la sparteina per via sottocutanea, secondo la varietà d'insufficienza cardiaca.

Infine in tutti i casi di emiplegia, anche quando la debolezza del cuore non appare in primo piano, bisogna intervenire con energia mista a prudenza a seconda che il cuore è suscettibile agli stimoli terapeutici. DR.

Sulla terapia dietetica della m. di Ménière e della emicrania.

Una nuova concezione sull'origine della malattia di Ménière.

(E. FOLDES. *Am. Journ. of Digestive Diseases and Nutrition.*, Vol. II, n. 4, 1936).

La ritenzione di acqua, sale ed altre sostanze minerali in un determinato organo spesso è causa diretta di malattia. Le malattie sviluppate in questa maniera sono di solito classificate sotto vari punti di vista. Così per esempio l'aumento temporaneo del liquido intracranico sembra abbia una grande importanza nella patogenesi dell'epilessia e dell'emicrania, malattie che sono invece raggruppate insieme colle malattie del sistema nervoso. Lo stesso si potrebbe dire dell'eclampsia gravidica e di quella infantile. Ma a parte il cervello la ritenzione temporanea di liquidi può aversi anche in altri organi: in alcune condizioni l'angina pectoris (la malattia coronaria) può aversi se si verifica un accumulo temporaneo di liquidi nel pericardio, l'asma bronchiale, (malattia polmonare) se nei polmoni, la gotta (disturbo del metabolismo dell'acido urico) se nelle articolazioni, le malattie allergiche se nelle membrane mucose degli organi respiratori o del tratto gastro-intestinale o nella pelle. Tutte queste malattie si manifestano sotto forma di attacchi di una o altra maniera, ma in tutte l'accumulo di liquidi è temporaneo e si verifica contemporaneamente alla manifestazione morbosa. Sembra che l'eliminazione di queste ritenzioni temporanee di liquido coincida colla fine della manifestazione morbosa. Bisogna notare però che per quanto tutti questi attacchi sembrino dovuti direttamente all'accumulo locale del liquido, pur nondimeno in tutte queste condizioni morbose vi è anche una ritenzione di liquidi generalizzata nell'organismo. In altre condizioni questa ritenzione generalizzata di liquidi per sè stessa è permanente più che temporanea e non ha tendenza a localizzarsi, ma ha anzi importanza patogenetica fondamentale come per esempio nella anemia perniciosa e nell'ipertensione. L'A. crede che la malattia di Ménière faccia parte di questo gruppo di malattie. Egli fa un parallelo tra questa e le altre malattie del gruppo e nota come molti siano i punti di somiglianza. Secondo Dederding infatti vi è un notevole rapporto fra il metabolismo dell'acqua e dei minerali e la sindrome di Ménière, in quanto che si è visto che la ritenzione dell'acqua provoca un'aggravarsi della sintomatologia, mentre l'aumentata diuresi, artificialmente provocata, dà un netto miglioramento: questo A. ne desume che la malattia di Ménière si sviluppa sulla base di un edema del labirinto.

L'A. ha voluto tentare in 4 soggetti affetti da sindrome di Ménière capitati alla sua osservazione una terapia basata su questi presupposti teorici: egli ha infatti somministrato una dieta che rendesse difficile la ritenzione di liquidi facilitando invece la diuresi: tale dieta era composta prevalentemente di proteine e di sostanze ad alto contenuto vitaminico con scarsità di grassi, carboidrati e sali minerali, i quali facilitano la ritenzione dei liquidi. Tale terapia era completata dalla somministrazione di solfato di chinino, con estratto di noce vomica. Una tale terapia è stata seguita in tutti i 4 casi da una guarigione completa, il che può essere considerato una valida conferma, se non dimostrazione, dei presupposti teorici.

Sugli stessi princìpi si basa la terapia della emicrania: in questi casi la dieta consigliata dall'A. ed illustrata per esteso in un'altra pubblicazione (*The Trained Nurse ond Hospital Review*, ottobre 1935) si è dimostrata efficace non solo nella emicrania, ma anche nell'epilessia, ipertensione, ecc. G. LA CAVA.

RICAMBIO.

Sulla epato-nefromegalia glicogenica.

(R. ELLIS, W. PAYNE. *Quart. Journ. of Medicine*, gennaio 1936).

L'epato-nefromegalia glicogenica, la « glycogen disease » degli AA. inglesi o malattia di Von Gierke, veniva da questo descritta nel 1929 in base a due casi giunti all'autopsia per malattia intercorrente; non v'è dubbio che alcune osservazioni cliniche di anni precedenti si lascerebbero ora inquadrare in questa sindrome; dopo la descrizione di v. Gierke comunicazioni analoghe si sono moltiplicate; ora, in base alla letteratura relativa e 5 casi di osservazione propria, l'A. traccia il quadro nosologico e fisiopatologico della sindrome, di cui la caratteristica principale è data dall'abnorme accumulo di glicogeno nel fegato ed in alcuni altri organi.

Sembra che la malattia sia congenita, ma di solito viene diagnosticata nei primi anni di vita, quando l'abnorme volume dell'addome richiama l'attenzione dei parenti; probabilmente il difetto della mobilitazione del glicogeno, che rappresenta la condizione protopatica, esiste sin dalla nascita, ma l'accumulo di questo avviene solo successivamente e gradualmente. La malattia ha spesso carattere familiare presentandosi in sorelle e fratelli; in alcuni casi v'era sospetto di precedenti anche negli ascendenti. È degna di nota una relativa frequenza della consanguineità dei genitori, che farebbe pensare che si tratti di un carattere mendeliano recessivo.

Nella sintomatologia generale della malattia va anzitutto notato l'infantilismo che caratterizza lo sviluppo corporeo e sessuale, meno accentuato per quel che riguarda la psiche dei pazienti. Tale deficienza di sviluppo corporeo va con tutta probabilità attribuita all'altera-

zione del ricambio glicidico, di cui uno degli esponenti è costituito dalla ipoglicemia persistente, in virtù della quale si creerebbe uno stato di inanizione relativa dei tessuti. Va però notato che, salvo qualche eccezione, manca nei malati la classica sindrome ipoglicemica, se si prescinde da una facile stancabilità e da un esagerato desiderio di carboidrati.

La sintomatologia fisica è caratterizzata anzitutto dallo spiccato aumento del volume del fegato che in qualche caso raggiunge le creste iliache; non v'è ascite nè *caput medusae*, solo il disegno delle vene addominali si presenta più accentuato. Non sembra che vi siano alterazioni a carico della biligenesi e l'ittero qualche volta osservato sarebbe da interpretarsi quale ittero infettivo. Accanto all'epatomegalia è stata descritta la nefromegalia, l'aumento del volume del piloro e del cuore; tali fenomeni sono però tutt'altro che costanti in tutti i casi osservati. Mentre le nefromegalia non dà luogo ad alterazioni patologiche della secrezione renale, nei casi di affezione cardiaca è stata osservata cianosi e talora scompenso; la lesione del piloro può dare la sintomatologia della stenosi relativa. Il volume della milza è normale, ciò che è importante dal punto di vista della diagnosi differenziale.

Fra gli altri sintomi, eventualmente valutabili quali stigmate disendocriniche va ricordata l'obesità, però non costante, e che solo in qualche caso presenta la distribuzione del grasso a tipo della distrofia adiposo genitale; in un caso è stato osservato irsutismo e pigmentazioni anomale.

Nei casi di v. Creveld c'era frequente vomito (riscontrato anche in qualche altra osservazione) che ricorderebbe il vomito ciclico.

Dal punto di vista biochimico la malattia è caratterizzata da un tasso glicemico piuttosto basso a digiuno (0,50-0,80 ‰) e da una mancata reazione iperglicemica all'iniezione di adrenalina. Le prove da carico con glucosio o levulosio dimostrano un aumento accentuato del tasso glicemico con lento ritorno ai valori precedenti. Interessanti dal punto di vista diagnostico e patogenetico sono i dati riguardanti il contenuto in glicogeno del sangue totale e sopratutto delle emazie, il quale contenuto si dimostra superiore alla norma; inoltre il glicogeno ematico dei pazienti affetti dalla malattia di v. Gierke si dimostra più resistente del solito al procedimento dell'idrolisi. Tale fenomeno starebbe a dimostrare che l'alterato metabolismo del glicogeno più che rappresentare un fatto locale (epatico) costituisce una manifestazione generale. Nella discussione patogenetica tale abnorme stabilità del glicogeno potrebbe essere attribuita o all'esistenza di un tipo speciale di esso, oppure ad una combinazione speciale intracellulare, o finalmente alla deficienza qualitativa o quantitativa degli enzimi che scindono il glicogeno. L'A. riferendosi alle ricerche relative di Wiellstaetter, Unschelm, Schoenheimer ed altri, le quali fra altro hanno dimostrato la presenza di sufficienti quantità di amilasi nel fegato dei pazienti, crede che si tratti piuttosto di una modificazione dello stato fisico-chimico del glicogeno, oppure v'è difetto di un co-enzima necessario alla reazione. Anche la discesa più lenta della iperglicemia da carico andrebbe ascritta alla mancanza di un enzima glicogenizzante (data la reversibilità dei fenomeni enzimatici), a meno di non volerla attribuire semplicemente al sovracarico delle riserve del glicogeno epatico.

Vanno ricordate in proposito le ricerche di Houssay, il quale avrebbe riscontrato maggiore stabilità del glicogeno negli animali ipofisectomizzati; com'è noto tali animali presentano altresì inibizione di sviluppo corporeo e sessuale ed alterazioni delle surrenali, un insieme cioè di contingenze che caratterizzano anche la malattia glicogenica. Tale analogia sarebbe suggestiva nei riguardi di una possibile origine endocrina della malattia; l'A. però osserva prudentemente che le conclusioni in proposito sarebbero premature, data specialmente la diversità tra l'esperimento di mutilazione acuta degli animali e lo stato di malattia cronica (che sembra suscettibile anche di remissioni spontanee) nell'uomo.

L'anatomia patologica dell'affezione si presenta oltremodo caratteristica: il fegato aumentato di volume, liscio alla superficie ed alla sezione dimostra all'esame istologico un accumulo talmente notevole di glicogeno delle cellule da farle rassomigliare a cellule vegetali; si nota anche discreta quantità di grasso. Caratteristiche simili vengono riscontrate nel tessuto cardiaco e nei muscoli striati, nel rene (specie a carico dei tubuli collettori); abbiamo già menzionato l'aumento volumetrico del cuore, dei reni e del piloro, del resto non costanti. È degno di nota che l'anatomia patologica non ha confermato sinora l'eventuale importanza etiologica delle ghiandole endocrine che di solito appaiono normali; solo in un caso è stata riscontrata degenerazione di qualche isola di Langerhans; in qualche caso è stata osservata l'ipoplasia delle surrenali; mai alterazioni macro- o microscopiche a carico dell'ipofisi.

Dal punto di vista anatomo-patologico ed anche clinico, la malattia di v. Gierke presenta punti di contatto con la steatosi ipertrofica del fegato (Bjorum, Grenet, ecc.) nella quale vengono osservate alterazioni di biochimismo simili a quelle della malattia glicogenica; anche in quella condizione morbosa è congenita, spesso familiare. Nel fegato prevale l'accumulo di lipoidi. Qualche A. (Debré) ha riunito le due sindromi nel concetto di « Hépatomegalies polycoriques »; finora però il rapporto fra le due malattie non è chiarito, e la distinzione fra esse appare opportuna.

Nella diagnosi differenziale della malattia

glicogenica le condizioni fisiche del fegato, la assenza della splenomegalia, il decorso cronico, le reazioni sierologiche ecc. permetteranno di distinguerla dai processi cirrotici, dal morbo di Gaucher e di Niemann Pick, dalla sifilide epatica, ecc. Oltre ai dati biochimici ricordati si tenga presente la frequente acetonuria (specie la mattina a digiuno) e l'aumento della colesterina nel sangue.

Una recente comunicazione di L. Finkelstein (*Am. Journ. of Medical Sciences*, marzo 1936) riguarda una speciale forma clinica e anatomo-patologica della malattia glicogenica, per la quale l'A. propone la definizione di *cardiomegalia glycogenica circumscripta*. L'A., riferendosi ad un caso clinico di Carrington e Krumbhaar, di cui presenta la revisione anatomo-patologica e ad alcuni altri casi della malattia di v. Gierke, nei quali l'alterazione cardiaca rappresentava il fattore predominante, se non esclusivo, considera la possibilità che la cosidetta ipertrofia idiopatica del cuore possa talvolta essere valutata quale una varietà della malattia glicogenica, nella quale, essendo maggiormente coinvolto il muscolo cardiaco, l'ipertrofia del fegato può anche mancare. Il numero dei casi del genere finora descritti sarebbe di una diecina. Il quadro anatomico è caratterizzato dal notevole aumento del volume cardiaco: il miocardio si presenta pallido, brunastro o rossastro; l'endocardio, il pericardio e gli apparecchi valvolari sono normali. All'esame istologico tutto il tessuto miocardico appare di aspetto reticolare; la colorazione rivela la presenza di granuli di glicogeno nelle maglie che in fondo non sono altro che vacuoli cellulari circondati da sottile strato di protoplasma striato; il nucleo appare spinto alla periferia; il glicogeno può essere riscontrato anche nel tessuto interstiziale; la presenza di lipoidi non è stata dimostrata. È degno di nota che alterazioni analoghe sono state notate in alcuni muscoli scheletrici; però non tutte le fibre muscolari erano ugualmente affette.

Nel caso dell'A. l'arteria coronaria sin. traeva la sua origine dalla polmonare; tale anomalia congenita confermerebbe secondo l'A. l'ipotesi che attribuisce la malattia glicogenica ad un disturbo ontogenetico, considerandola quale espressione della persistenza del metabolismo glicogenico a tipo fetale.

L'A. ricorda l'opinione di Pompe, il quale considera la rabdomiomatosi diffusa o circoscritta (a noduli) del cuore non già quale processo neoplastico, bensì quale espressione locale della malattia glicogenica; difatti è nota l'abbondanza del glicogeno nei rabdomiomi, dei quali anche l'apparenza microscopica ricorda i quadri di malattia di v. Gierke; ma se anche quest'ultimo problema è ancora sub iudice, sembra sin d'ora che molti dei casi qualificati una volta quale cardiopatia idiopatica andrebbero ora inquadrati nella cardiomegalia glicogenica circoscritta, cioè quali forme cardiache della malattia glicogenica.

S. MINZ.

L'insulinato di protamina nella cura del diabete.

(H. C. HAGEDORN ed altri. *Journ. American med., Association*, 1° gennaio 1936).

Quando si cura il diabetico con l'insulina lo scopo a cui si tende è quello di rimpiazzare la continua regolare secrezione che dal pancreas normale va nella vena porta: e ciò si cerca di ottenere per mezzo di poche iniezioni sottocutanee d'insulina. Questo metodo è naturalmente soltanto una misera imitazione di quello che è il meccanismo naturale, e dei gravi disturbi sono evitati soltanto perchè l'organismo ha altri mezzi per regolare la glicemia oltre a quello della secrezione insulinica. Quest'è anche la ragione per cui la cura con una o due iniezioni giornaliere di insulina dà in molti casi buoni risultati; in casi più severi invece si possono avere oscillazioni più pronunciate della glicemia: ed infatti nelle ultime ore precedenti la iniezione si verificano dei disturbi metabolici i quali tendono a rendere minimi i depositi di carboidrati utilizzabili, i quali dall'altra parte sono necessari quando dopo l'iniezione la glicemia tende ad abbassarsi.

Ciò avviene principalmente perchè l'insulina dopo l'iniezione è rapidamente assorbita nel sangue: se quest'assorbimento potesse avvenire in maniera più lenta gli inconvenienti sopra citati potrebbero venire evitati o ridotti. Un tale rallentamento del riassorbimento può essere ottenuto in diverse maniere: 1) iniettando l'insulina come sospensione o emulsione in olio o sostanze similari; 2) iniettandola insieme con sostanze vaso-costrittrici; 3) iniettando un composto d'insulina, difficilmente solubile negli umori dei tessuti. Questo terzo metodo è stato da anni tentato nell'Istituto diretto dall'A. ma senza successo, fin quando esperimenti fatti ad altro scopo dimostrarono che un composto di insulina e acido nucleico aveva una zona isoelettrica più acida dell'insulina stessa. Si pensò allora che sarebbe stato possibile combinare anche l'insulina con qualche gruppo basico in modo che una tale combinazione potesse avere la sua zona iso-elettrica più vicina al pH dei liquidi tissurali che non l'insulina. In un composto di questo tipo l'insulina avrebbe agito come acido mentre nel cloridrato di insulina questa agisce come base. Allo scopo di realizzare quest'idea furono saggiati differenti gruppi di sostanze come gli istoni, le globine, e le protamine, ma soltanto quest'ultime hanno dato risultati di solubilità tali da giustificare un esperimento clinico: infatti questo composto di insulina con protamina preparata dallo sperma del

Salmo Miridius ha dimostrato la più bassa solubilità in siero, ed è stato quindi sperimentato su circa 85 pazienti per una durata di più di 2 anni. Questi pazienti rappresentavano tutte le età e tutti i gradi di gravità, alcuni anzi con complicazioni varie. Essi sono stati seguiti anche dopo i mesi di ricovero in ospedale. Durante il loro ricovero la glicemia era esaminata costantemente per 5 volte al giorno. Si vide infatti che queste 5 determinazioni permettevano di costruire un buon quadro dell'andamento della glicemia durante il giorno. In alcuni casi si fecero anche delle curve glicemiche delle 24 ore con ricerca della glicemia ogni due ore. In tutto furono fatti più di 15000 determinazioni della glicemia e di 3000 determinazioni dello zucchero nelle urine. La prova dell'effetto dell'insulinato di protamina è stata fatta paragonando il periodo in cui i pazienti erano trattati con la comune insulina ed i periodi in cui, a parità di condizione essi eran trattati con insulinato di protamina. Queste ricerche hanno dimostrato che quei rapidi innalzamenti della glicemia che sono comuni tre o 4 ore dopo l'iniezione di insulina ordinaria, sono quasi sempre evitati con l'uso del nuovo composto. Non solo ma l'effetto dell'insulinato di protamina è notevolmente prolungato, quasi il doppio della comune insulina. È perciò possibile senza aumentare il numero delle iniezioni, diminuire le fluttazioni glicemiche, ridurre o sopprimere la glicosuria, e ridurre l'escrezione di ammoniaca, e nello stesso tempo diminuire la possibilità del manifestarsi di uno stato ipoglicemico. Gli AA. non hanno mai notato alcun disturbo dall'iniezione, che è indolore, non dà reazione locale e non dà reazione anafilattica. Non hanno mai notato la mancanza dell'effetto specifico dell'insulina, nè vi è differenza per l'età del soggetto e dall'esser questo in letto o no. Nelle condizioni acute (coma), naturalmente deve preferirsi l'insulina comune perchè agisce più rapidamente.

Le reazioni ipoglicemiche sono state indubbiamente minori con l'uso del nuovo composto, e quando ipoglicemia vi è stata i sintomi son sempre apparsi gradualmente, dando tempo al paziente di provvedere opportunamente, La cura inoltre si è dimostrata molto efficace nel ritardare le complicazioni e particolarmente nei casi complicati da neurite e da ingrossamento del fegato in soggetti giovani. Nei soggetti dimessi, specialmente bambini si vide che la cura poteva essere continuata a casa con maggiore facilità.

Nello stesso giornale H. Root ed altri, avendo studiato in 15 casi l'azione dell'insulinato di protamina, confermano in generale le osservazioni di Hagedorn; essi pensano che il lento dissolversi del composto nei tessuti sottocutanei è quello che permette un graduale abbassamento della glicemia che è più costante e più prolungato di quello che segue l'iniezione della comune insulina. È appunto per questo che è più difficile che si abbiano anche fluttuazioni della glicemia, e che sono facilmente evitate delle reazioni ipoglicemiche. È da mettere in evidenza che il nuovo preparato è ancora nello stadio sperimentale. Ulteriori lavori, sia nei laboratori di preparazione, sia nelle Cliniche per diabetici, saranno necessari per determinare quando, come, ed in quali pazienti l'insulinato di protamina o qualche composto similare può e deve essere usato con i migliori risultati. È possibile che in questo modo si permetta al paziente di rassomigliare il più strettamente ad un individuo normale, per quanto riguarda il ricambio dello zucchero organico. G. LA CAVA.

DIVAGAZIONI

La scoperta dell'aspirina.

Non vi è oggi forse altro medicamento tanto usato, a dritto ed a rovescio, quanto l'aspirina. I suoi effetti sintomatici, come antitermico ed analgesico, sono evidenti, sicchè i profani se la prescrivono ad ogni momento e la prendono con fiducia, mentre per il fatto di essere un preparato salicilico vi si riconosce contro l'infezione reumatica una certa specificità. forse più apparente che reale. È interessante il seguire il cammino fatto per la scoperta di questo medicamento, scoperta legata ai grandi progressi della chimica per quanto riguarda la sintesi, ma unicamente dovuta al caso per le sue più vaste applicazioni.

La corteccia di salice, già usata fin dai tempi antichi, ebbe nel tardo medio evo sempre più vaste applicazioni terapeutiche, fino a quando subì la concorrenza della corteccia di china, come antipiretico. Dalla corteccia di salice, Leroux isolò nel 1823 una sostanza cristallina. la salicina. Ma si deve ad un italiano, che lavorava a Parigi con Dumas, la scoperta che la salicina è un glucoside e che dalla sua frazione aromatica — la saligenina — si poteva isolare un acido a cui diede il nome di acido salicilico (1838).

Più tardi, Leroux ottenne dai fiori della *Spiraea ulmaria* (una rosacea che ha da noi i nomi di Barba-caprina o di Olmaria) un acido a cui diede il nome di « spirico » (che ha poi fornito la base per la denominazione dell'aspirina) e che si dimostrò identico al salicilico. Questo si riscontrò anche nell'olio di Wintergrün, ottenuto dalla *Gaultheria procumbens*.

Ma le quantità di acido salicilico che così si potevano ottenere erano troppo scarse per permettere una vasta applicazione terapeutica, a cui si potè giungere soltanto quando Kolbe (1873) potè ottenerlo sinteticamente, partendo dal fenato di sodio e dall'acido carbonico; von Heyden scoprì poi il processo industriale per tale sintesi, che fu il primo passo della grande industria farmaceutico-sintetica.

L'antico uso della corteccia di salice portò all'applicazione dell'acido salicilico come antireumatico ed antipiretico, favorita anche

dalla maggiore tollerabilità, che si ha per il suo sale sodico (salicilato di sodio).

Frattanto, continuavano le ricerche per allestire altri derivati dall'acido salicilico, fra cui sono da menzionare il salolo, il salofene e l'acido acetil-salicilico. Questo era già noto chimicamente da tempo, ma soltanto F. Hofmann potè ottenerlo puro e stabile. Le proprietà terapeutiche vennero investigate soprattutto da H. Dreser, il quale studiò le condizioni chimico-fisiche in cui avviene la scissione di tale prodotto nell'organismo e ne fece le prime applicazioni cliniche nelle malattie reumatiche. Oggi però noi sappiamo, come rileva G. Hecht (*Münch. med. Wochens.*, a. 82, n. 14) che la scissione dell'aspirina si fa soltanto incompletamente nell'intestino e che essa viene assorbita per la massima parte come tale, il che spiega l'azione differente di essa da quella dell'acido salicilico ed il suo effetto analgesico, a cui si deve specialmente la sua diffusione.

La prima applicazione terapeutica dell'aspirina venne fatta da F. Hofmann, di cui il padre, sofferente di reumatismo articolare, non poteva sopportare più l'acido salicilico: fra i vari derivati preparati, Hofmann scelse a caso l'acido acetil-salicilico, che si dimostrò efficace e ben tollerato. In seguito, anche per puro caso, vennero scoperte le proprietà analgesiche.

Rileviamo che, mentre G. Hecht attribuisce la scoperta dell'aspirina nella sua forma attuale a Hofmann, altri la fanno risalire a K. Duisberg. A. Filippini.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

Erik Lysholm. *Das Ventrikulogramm*, 1ª parte: *Roentgentecnica*. Supplemento agli « Acta Radiologica »; Stoccolma, Norstedt ed., 1935. Corone svedesi 10.

La 1ª parte è breve e le 70 pagine sono occupate in gran parte da schemi e da figure che permettono al radiologo di riconoscere la tecnica usata da Lysholm.

Brevi premesse anatomiche — descrizione del ventriculogramma normale — dati fondamentali di tecnica radiologica.

E. Milani.

Folke Knutsson. *Urethrography*. Supplemento agli « Acta radiologica », Norstedt ed. Stoccolma, 1935. Corone svedesi 12.

In base al materiale occorso al Maria Hospital di Stoccolma (154 casi dal 1929 al 1935) l'A. ha scritto una lucida monografia che può essere utile al radiologo il quale potrà trovare non solo le note di tecnica per potere avere una buona opacizzazione dell'uretra ma anche i dati fondamentali per discriminare le varie affezioni. E Milani.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

R. Sarasin e H. Duclos. *Exploration radiologique des colons et de l'appendice*. Un volume grande di 230 pagine e 203 figure. Masson edit., 1935, 200 fr.

Il sottotitolo del libro (esplorazione per mezzo delle soluzioni flocculanti: immagine della mucosa; semeiologia e sindromi) indica lo scopo e i fini degli AA.: lo studio della mucosa del colon deve comprendere tre tempi: il clisma, l'evacuazione del clisma e insufflazione d'aria.

Passano così sotto gli occhi in nitidi radiogrammi i vari aspetti della mucosa del colon con questi vari mezzi di indagine e l'aspetto del colon nelle varie malattie: specialmente studiato è il capitolo dell'appendicite ove però il contributo italiano è trascurato e quel poco che è citato è citato non completamente a proposito.

In ogni modo il libro offre una bella iconografia sulla mucosa del colon e fa corona agli altri atlanti pubblicati da Masson sulle ossa e sul digerente. E. Milani.

Daniel. *Physioterapie en Chirurgie et Gynécologie*. Paris 1935.

È un manuale molto ben fatto che descrive e discute tutti i vari procedimenti fisioterapici che specialmente in questi ultimi anni si sono dimostrati di notevole utilità per la cura di vari processi morbosi e sopratutto per le peritoniti pelviche di origine genitale. L'A. espone diffusamente i metodi e i risultati e pur dimostrandosi molto favorevole, non tace alcuni risultati negativi in particolari affezioni. Manuale molto utile per il pratico che voglia usare metodi fisioterapici in ginecologia.

V. Ghiron.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

L'VIII Congresso degli Psicologi Italiani.

(Roma, 3-5 aprile).

Questo Congresso ha richiamato una vera folla, attratta sia dal desiderio di rendere omaggio alla memoria del prof. De Sanctis, sia dagli argomenti che vi si trattavano non limitati strettamente alle astrazioni della scienza pura. Alla cerimonia inaugurale a cui intervennero autorità civili, militari ed ecclesiastiche, il prof. PEREZ ha portato il saluto del Rettore Magnifico ed il prof. ALESSANDRI, nella sua qualità di presidente della Accademia Medica, ha ricordato il prof. De Sanctis. Gli scopi del Congresso sono stati illustrati dal prof. Padre GEMELLI.

Nella magistrale commemorazione del prof. De Sanctis, il prof. M. PONZO ha illustrato l'opera del Maestro, insigne psichiatra e pioniere della psicologia in Italia, che appunto in questa scienza vedeva lo strumento per la potente valorizzazione delle attività individuali e nazionali.

Varie e numerose le Relazioni, che dimostrano la tendenza del Congresso ad aderire alle realtà della pratica. Un primo gruppo di esse riguardava la psicotecnica, a cominciare da quella del comm. VENTURI (per la Confederazione dei lavoratori dell'industria), sulla *posizione della psicotecnica nello Stato corporativo*. Si presentano qui problemi gravi e complessi, come quello di basare l'orientamento professionale, non sul solo esame delle attitudini individuali, ma anche sulle necessità della produzione nazionale; nè meno importante è la questione dei minorati, per la cui collocazione potrà contribuire la psicotecnica, la quale può diventare un pilastro fondamentale dello Stato corporativo.

Per la Confederazione degli industriali, ha parlato l'avv. R. TOSCANI (*La ps. del lavoro nell'industria italiana*) mostrando come gli industriali vengano incontro agli psicotecnici, ai quali sono affidati i compiti importanti dell'orientamento professionale, della selezione e formazione del personale, nonchè lo studio dell'adattamento dell'ambiente, dei metodi, sistemi e mezzi di lavoro all'uomo. Per l'E.N.I.O.S. ha riferito il dott. A. TODISCO, rilevando il grande significato che può assumere la *psicotecnica nell'organizzazione scientifica del lavoro* ed accennando alla costituzione del Centro di consulenza e di ricerche psicotecniche dell'E.N.I.O.S. Il dott. A. FILIPPINI prospettò alcuni *problemi psicotecnici che si presentano nell'esercizio ferroviario* ed il prof. A. GATTI delineò in un fine studio, la *valutazione psicologica del disoccupato*.

In un campo del tutto diverso, il prof. A. GEMELLI tratteggiò il *compito della psicologia dello studio del delinquente*, basandosi su osservazioni da lui fatte ed indicando il programma di lavoro in questo campo. La relazione, densa di pensiero e lungimirante, ha dato luogo a dibattiti sulla recuperabilità o meno del delinquente e sulle zone di competenza nello studio del delinquente, specialmente in riguardo all'antropologia criminale.

Altre Relazioni riguardano il vitale problema dell'educazione e cioè: *La psicologia come fondamento della pedagogia* (prof. G. DELLA VALLE); *La psicologia nella scienza integrale dell'infanzia* (E. BONAVENTURA); *La psicologia applicata all'assistenza sociale ed all'educazione fisica* (prof. F. BANISSONI).

Questioni diverse hanno trattato il prof. L. GALDO che ha dimostrato con esperienze personali il *contributo della psicologia alla fisiologia* e la prof.a R. CALABRESI (*L'indagine psicologica nel dominio dell'estetica*).

Questioni di psicologia pura sono state svolte dal prof. A. GALLI (*Fatti e dottrine sulla natura della percezione*), dal prof. E. CASTELLI (*Psicologia e filosofia*) e dal prof. C. MUSATTI (*Forma e movimento*).

Numerose le comunicazioni, di BANISSONI, CIMATTI, DIEZ-GASCA, HIRSCH, PONZO; interessante per noi medici quella del prof. CORBERI sulle *reazioni psicogene in psicopatologia*.

Da ultimo, il presidente, prof. C. COLUCCI, riassunse in un'efficace relazione i lavori del Congresso. Questo si è tenuto, alla Città Universitaria, nei nuovi locali dell'Istituto di Psicologia sperimentale, di cui i convenuti hanno potuto ammirare gli impianti e la perfetta tenuta, come hanno riportato la migliore impressione dell'organizzazione del Congresso.

Come conclusione, è stato votato il seguente ordine del giorno, che attesta lo spirito animatore del Congresso:

« L'ottavo Convegno nazionale degli psicologi italiani, ritenuto che lo Stato fascista, in quanto corporativo, offre le migliori condizioni per lo sviluppo della psicotecnica, mentre d'altro lato la psicotecnica può offrire all'ordinamento corporativo mezzi d'importanza fondamentale per la sempre maggiore valorizzazione del lavoro umano, giustamente proclamato « soggetto delle economie », fa voti che lo Stato corporativo voglia utilizzare tutte le forze della psicotecnica, perchè esse possano dare il loro contributo al progresso sociale e allo sviluppo della ricchezza e della potenza nazionale, com'è desiderio degli psicologi italiani, i quali sentono l'orgoglio di poter porre la loro esistenza al servizio del Paese ». *fil.*

Accademia delle Scienze Mediche Naturali e Fisico-Matematiche di Ferrara.

Seduta del 9 aprile 1936.

Presidente: Prof. G. BOSCHI.

Osservazioni cliniche, ematologiche ed anatomo patologiche sopra un caso di cloroma.

C. CANELLA. — L'O. espone un caso clinico di cloroma in cui oltre la tipica neoformazione orbitaria ed il quadro tipico leucemico nel sangue, all'autopsia fu possibile osservare una vera divisione della leucopoiesi su due vie diverse, una emocitoblastica in evoluzione normale verso il granulocita con arresto semplice di maturazione ed una emoistioblastica in orientamento nettamente patologico senza la fase emocitoblastica e diretta verso le forme atipiche mieloidi.

Discussione: BRAGLIANI, ORTOLANI, MELLONI.

La fenolsulfonftaleina endorachidea nella cura delle artriti croniche endogene.

G. BOSCHI. — Cura di poliartriti croniche diatesiche, o costituzionali, o endogene, o poliartrosi, mediante l'iniezione endorachidea di fenolsulfonftaleina. Possibilità di ottenersi un grande e pronto vantaggio curativo in casi mostratisi refrattari di fronte ai comuni mezzi terapeutici.

Discussione: CASATI.

Il Segretario: F. BARISON.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

Dalla Pratica per la Pratica

Di due casi di calcoli biliari espulsi per vie naturali.

Dott. Dario Vitturelli - Trieste.

Voglio brevemente riferire su due casi da me osservati nella pratica privata in cui i calcoli biliari sono stati espulsi per le vie naturali.

Nell'estate del 1934 ebbi ad osservare una donna, C. K., cinquantenne, donna alquanto polisarcica. Venni chiamato al capezzale dell'ammalata d'urgenza, per un attacco di violenti dolori addominali, col massimo dolore nel quadrante inferiore sinistro. Vomito, lingua secca, estremità fredde, oltre ai dolori, polso frequente, alvo chiuso. La regione epatica appariva libera. Ebbi l'impressione che si trattasse di un'occlusione intestinale. Provai clisteri, peristaltina, applicazioni calde.

Finalmente dopo due giorni in seguito ad un ulteriore clistere si ebbe l'espulsione di un piccolo calcolo faccettato di forma ottaedrica grosso quanto una noce, seguito a breve distanza da altri più piccoli (complessivamente furono espulsi cinque) di dimensioni gradatamente minori, tutti però faccettati e regolari. D'allora alvo regolare, cessazione dei disturbi. Non più attacchi biliari.

In questo caso ritengo si debba ammettere che calcoli biliari espulsi da dette vie (dotto coledoco), si siano fermati per parecchio tempo nel tratto intestinale a valle (forse nel cieco), ingrandendosi via via fino a raggiungere le dimensioni suesposte di coproliti rispettabili.

La loro origine è certamente biliare, specie per la loro forma regolare caratteristica, inconfondibile.

Calcoli di origine puramente fecale non hanno mai questa forma.

Il secondo caso riguarda una signora trentacinquenne D. N., che ebbe i primi disturbi d'itterizia cinque anni fa in seguito a spavento (?). In più disturbi mestruali (mestrui scarsi, ecc.). Nel 1934 è stata degente all'O. R. E. di Trieste pure per calcolosi biliare (sospetto). Ebbe ancora un altro attacco in seguito. Il 7 agosto 1935 ripresa dei dolori e dell'ittero. Solite cure: belladonna, topici, sale Karlsbad, ecc.

Il 22-8-1935 da qualche giorno scomparsa completa dei dolori, dell'itterizia e del reperto oggettivo (dolenzia alla pressione dell'ipocondrio destro di Boas d. ecc.). Nelle scariche un tipico calcolo biliare della grandezza di una piccola nocella, faccettato però fratturato in seguito alle manipolazioni dell'ammalata.

Ho creduto di riportare questi due casi per portare un contributo alla non eccessivamente ricca casistica di casi del genere. La gran parte di essi finisce sul tavolo operatorio, senza espellere mai i calcoli per via naturale. Si dimostra con questi casi che c'è sempre la possibilità, sempre chè non siano di dimensioni eccessive, di liberarsi dei calcoli biliari per via naturale.

RIASSUNTO.

L'A. illustra due casi di calcoli biliari espulsi spontaneamente e rileva l'efficacia dei mezzi sedativi sia topici che « per os ».

CASISTICA E TERAPIA.

Il trattamento funzionale delle fratture per compressione della colonna vertebrale.

V. Gorinevskaja e E. Drewing (*Lyon Chirurgical*, tome 33, n. 1, 1936) fanno notare che fino al presente il metodo classico del trattamento delle fratture della c. v. per compressione, era il raddrizzamento a mezzo di un'estensione più o meno prolungata su di un piano inclinato, l'applicazione di un busto gessato per sei mesi e infine un busto di cuoio per un anno. Questo metodo ritarda la formazione del callo osseo, provoca una atrofia dei muscoli del dorso e una rigidità delle articolazioni intervertebrali. Il trattamento funzionale, provoca al contrario un'iperemia che aumenta il deposito dei sali di calcio, e uno sviluppo regolare delle lamelle ossee del tessuto spongioso in formazione.

Il trattamento degli AA. consiste in un sistema d'esercizi che applicano con un ordine preciso, ottengono con esercizi graduali nei due mesi che il malato è a letto uno sviluppo notevole dell'apparecchio estensore della colonna vertebrale in modo da formare così un « busto muscolare ». Non mettono mai l'ammalato in piedi prima dei due mesi — la posizione assisa è permessa solo dopo 2 o 3 settimane che ha cominciato a camminare e per non più di 15 o 20 minuti. Dopo 4 o 5 settimane l'ammalato dovrà fare durante il giorno delle passeggiate di 3 o 4 ore e dei vari esercizi fisici. Gli AA. hanno curato 310 casi avendo la guarigione in questo modo dai 4 a 5 mesi. A. Grassi.

La trazione trans-scheletrica col filo nella cura delle fratture e dei distacchi epifisari traumatici mal consolidati.

M. Camurati (*La Chirurg. Org. di Movim.*, fasc. II, vol. XXI, 1935) riporta e documenta numerosi casi clinici di fratture o distacchi mal consolidati, in cui si è intervenuti praticando la dieresi cruenta della deformità e quindi la trazione scheletrica col filo. È così

riuscito nella massima parte dei casi, ad ottenere una buona correzione anche degli spostamenti ad axim e ad periferiam, mentre lo spostamento ad longitudinem con facilità è stato sempre ipercorretto. R. GRASSO.

Un nuovo tipo di frattura del gomito.

Bravo e Monsalve (*Br. Beit. z. Klin. Chir.*, v. 162, p. I, 1935) hanno osservato un tipo di frattura del gomito finora mai descritto, consistente nel distacco della sottile lamella ossea che separa la fossa olecranica dalla fossa coronoidea dell'omero. Questa frattura può avvenire, secondo gli AA., nella forzata flessione o estensione del gomito per compressione rispettivamente dell'apofisi coronoide o dell'olecranon sul fondo della relativa fossetta omerale.

L'osservazione riguarda un uomo di 38 a. che volendo trattenere un carretto sovraccarico subì una forzata flessione del gomito; dolore improvviso, senso di scroscio, tumefazione articolare e in seguito riduzione dell'articolarità. L'es. rad. dimostrava il distacco di un disco osseo corrispondente alla lamella fra le due fossette omerali.

Dopo un anno persistendo dolori e gonfiore fu operato; il tratto di esso distaccato, che si era reso libero nell'articolazione fu asportato; tra le due fossette esisteva un'ampia comunicazione. Guarigione e ripristino funzionale completo. P. STEFANINI.

Sull'operazione per la lussazione abituale del gomito.

Malgrado la lussazione del gomito sia molto frequente, è raro che si verifichi una lussazione abituale; questa può essere dovuta o ad alterazioni dei componenti ossei dell'articolazione o a distensione dell'apparato legamentoso.

Knoflach (*Zbl. Chir.*, n. 49, 1935) riporta 1 caso di una giovane di 14 a. che 4 a. prima aveva riportato una lussazione del gomito che fu ridotta. Un anno dopo per un piccolo trauma nuova lussazione, che si ripetè 9 volte nello spazio di 3 a. Poichè non esistevano alterazioni ossee, l'A. pensò di rinforzare l'apparato legamentoso mediante trapianti di striscie di fascia fissati in trazione sulla capsula.

Attraverso due incisioni, una mediale e una laterale fu preparata la capsula articolare fino all'inserzione sull'omero e sull'ulna e furono distaccate le parti molli della piega del gomito, quindi furono passate in croce due striscie di fascia lata sotto le parti molli e fissate al periosto della faccia posteriore dell'omero e delle due ossa dell'avambraccio. Apparecchio gessato per 4 settimane. Poi mobilizzazione. Dopo 1 anno la motilità era completa, la p. poteva lavorare, non aveva più avuto lussazione. P. STEFANINI.

Considerazioni sulla tecnica della disarticolazione inter-ileo-addominale.

R. Leriche e E. Stulz (*La Presse Médicale*, n. 4, pag. 65, 1936) dopo aver rilevato quanti pochi dettagli siano consacrati a questa operazione da tutti i trattati, anche i migliori, di tecnica operatoria, descrivono minutamente i vari tempi che essi hanno seguito in un ammalato affetto da un voluminoso condro-mixosarcoma della faccia interna del pube S e che inviava un prolungamento alla coscia attraverso il forame otturatorio e un altro all'indietro attraverso il forame ischiatico.

Il p. ha sopportato bene l'operazione e gli AA. si soffermano ad indicare alcuni dettagli di tecnica che, secondo essi, possono riuscire di grande utilità in interventi così traumatizzanti e gravi. GENTILE.

Rottura e disinserzione del bicipite brachiale.

Sénèque et Berthe (*Journal de Chirurgie*, t. 46, 1935, n. 3) citano la prima osservazione di rottura bassa del bicipite brachiale pubblicata, sembra, da Storks nel 1843.

Le rotture basse sono rare e colpiscono in genere gli uomini, il più sovente tra i 40 e 55 anni. La sintomatologia subiettiva è caratterizzata da un dolore vivo a livello della piega del gomito, da una diminuzione della forza di flessione dell'avambraccio sul braccio e dalla scomparsa della supinazione del bicipite. Obiettivamente si nota una tumefazione nella parte media del braccio la quale risale liberamente nei tentativi di flessione dell'avambraccio, la scomparsa dalla corda tendinea del bicipite nonchè dell'espansione aponeurotica alla piega del gomito, ed una pulsazione superficiale dell'arteria omerale nella parte inferiore del braccio.

Il trattamento di questa lesione è nettamente chirurgico, a parte i casi di rottura incompleta o di ammalati molto avanti negli anni. I metodi chirurgici sono rari.

La *sutura diretta* del tendine al periostio della tuberosità bicipitale del radio, con una *sutura di appoggio* riunente il tendine del bicipite al muscolo brachiale anteriore, è l'intervento di scelta.

Questo metodo necessita di una breve immobilizzazione gessata (12 giorni circa) in flessione ed ha il vantaggio, per la sutura di appoggio, di ridurre la immobilizzazione, la quale nei casi in cui questo intervento complementare di sutura non è eseguito, deve essere protratto fino ai 45 giorni.

Altri metodi sono *l'inchiodamento* del tendine sulla tuberosità bicipitale; la *tunnelizzazione* dell'estremità al 3° superiore del radio attraverso cui si fa passare il tendine del bicipite e che viene successivamente fissato al tratto del tendine rotto aderente alla tuberosità bicipitale del radio.

In genere però la funzione supinatrice del bicipite resta notevolmente ridotta mentre quella flessoria ritorna quasi sempre al normale. SELVAGGI.

Plastica cranica coll'osso iliaco.

Il primo chirurgo che praticò una autoplastica della volta cranica con un lembo libero fu H. W. Lexer. Egli adibì un lembo proveniente dalla tavola esterna della diploe, e, in casi di grosse soluzioni di continuo, con un lembo osteo-periostale della tibia. La autoplastica della volta cranica si sviluppò poi rapidamente, e vennero successivamente adibite quasi tutte le ossa (scapola, costole, sterno, ecc.).

H. W. Lexer (*Dtesch. z. f. Chir.*, vol. 239, p. 743), espone il contegno seguito nella clinica di Freiburg in casi di soluzioni traumatiche di continuo della volta cranica. Rehn interviene regolarmente in tali casi, anche se non si sono ancora presentati attacchi epilettici mentre altri chirurghi non intervengono che allorchè insorgono tali manifestazioni. Nel caso che esista una soluzione di continuo anche nella dura egli la ripara con un lembo di grasso della coscia o della parete addominale, oppure, se il difetto è piccolo, con lembo tendineo del m. temporale. La plastica ossea viene eseguita 10 settimane dopo. Se la dura non è lesa, Rehn interviene non appena guarita la ferita. Egli adopera un lembo osseo proveniente dalla cresta iliaca o dal corpo dell'osso iliaco. Tali ossa hanno il vantaggio di essere curve, di avere un doppio rivestimento periostale, di essere facilmente modellabili, e di constare di un pezzo solo. Dal n. iliaco si può avere quanto materiale si vuole, o anche un'ampia sottrazione di materiale non ha conseguenze. ALDO CALÒ.

SEMEIOTICA

L'istamina nella diagnosi della tubercolosi polmonare.

Luzzatto-Fegiz (dell'Istituto C. Forlanini) allo scopo di rendere accessibili all'esame steto-acustico le lesioni tubercolari del polmone rilevabili radiograficamente, ma clinicamente mute, ha proposto un nuovo metodo diagnostico consistente nella iniezione sottocutanea di un *mgr.* di istamina.

Si determina così in una forte percentuale di infermi la comparsa di alterazioni del murmure e di fatti umidi.

Videla e Lamarque (*Revista de Patologia infecciosa*, ottobre 1935) hanno sperimentato il metodo su 20 infermi polmonari in cui era sospettabile la etiologia tubercolare.

Nel 90 % dei casi la prova ha dato esito positivo, con comparsa dopo 3'-5' dall'iniezione di rantoli umidi o modificazione del murmure vescicolare.

Secondo il concetto degli AA. la sinergia funzionale che mantiene il gioco fisiologico della vasocostrizione e vasodilatazione per mezzo delle tre amine biologiche, adrenalina, acetilcolina e istamina, si perturba passivamente per l'iniezione di quest'ultima e produce una vasodilatazione con stasi a livello del focolaio tubercolare.

Gli AA. infine giungono alle seguenti conclusioni:

a) L'istamina in dose di un mgr. per via sottocutanea produce fenomeni fugaci di ordine generale.

b) Nei casi di alterazione del parenchima polmonare localizza le zone con fenomeni umidi udibili.

c) Le modificazioni del murmure vescicolare non sono imputabili particolarmente alla tubercolosi polmonare se non quando si producono rantoli umidi.

d) La prova dell'istamina non produce conseguenza alcuna; essa è nettamente fugace.

a. p.

TECNICA DI LABORATORIO.

La ricerca del bacillo della tubercolosi nello stomaco. Suo valore diagnostico.

Tra il gennaio 1927 e il dicembre 1935 P. Armand-Delille e Kérambum (*Bull. de l'Académie de Médecine*, 17 marzo 1936) hanno praticato la ricerca del bacillo della tubercolosi nel contenuto gastrico, secondo il metodo di H. Mennier da loro perfezionato, in 1928 casi di malattie delle vie respiratorie in bambini. In 712 di essi vi era stato contatto familiare tubercolare e vi era reperto radiologico positivo; in questi i risultati furono positivi nel sedimento esaminato dopo omogeneizzazione alla soda, nelle seguenti proporzioni: fanciulli affetti da tubercolosi da reinfezione, ulcerosa cavitaria; 96,4 %; da tbc. da reinfezione, infiltrativa non cavitaria: 72,3 %; da infiltrazioni discrete: 40 %; da spleno-polmoniti: 29 %; da tbc. di prima infezione a forma evolutiva: 54,2%; a tendenza regressiva: 8,6 %; da tbc. dei gangli tracheo-bronchiali: 7 %; da pleuriti siero-fibrinose: 13,5 %; da dilatazioni bronchiali: 4,1 %. Nei casi negativi, ma sospetti, gli AA. praticarono l'inoculazione nella cavia, ma solo in 31 di essi il controllo potè essere metodicamente seguito; esso permise di riscontrare il bacillo in una proporzione del 60 % dei casi. In opposizione a questi risultati, per 586 soggetti che avevano tosse e reperto ascoltatorio, ma non contatto infetto nè segni radiologici, riscontrarono il bacillo in 3 casi solamente.

Dalle cifre riportate risulta evidente l'alto valore della ricerca del bacillo di Koch nello stomaco, particolarmente nei fanciulli e nei soggetti che non espettorano. La sensibilità è accresciuta dalla inoculazione nella cavia e spe-

cialmente, dalla semina in terreno di Loewenstein o Petragnani.

Il metodo infine permette di rivelare portatori dei germi tubercolari, perfino nei fanciulli che sembrano non avere altro che una adenopatia tracheo-bronchiale e costituisce perciò un mezzo di ricerca da usare nei preventori per riconoscere i fanciulli contagiosi e separarli dagli altri e nello stesso tempo sottoporli ad adatto trattamento. VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Tumori sperimentati nelle ossa.

Schünch e Vehlinger (*Arch. Klin. Chir.*, Vol. 183, pag. 704, 1935) hanno iniettato in conigli, nel trocantere 5 microgrammi di mesotorio in sospensione di mezzo gr. di vasellina. Furono così trattati 22 conigli, di cui 6 morirono entro i primi 17 mesi senza alcuna alterazione locale. Nel 31 % degli altri animali, fino a oggi si svilupparono dei sarcomi osteogeni di vario tipo, nella maggior parte dei casi del tipo osteoblastico e radiograficamente e istologicamente identici a quelli umani. Il tumore metastatizza nei polmoni, nella milza, nel rene, portando a morte il coniglio dal 21° al 23° mese dall'iniezione.

Le ricerche degli AA. sono molto interessanti in quanto è la prima volta che si riesce a produrre nel coniglio un sarcoma dell'osso con caratteri del tutto simili a quelli umani.

VALDONI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Cura sclerotizzante delle emorroidi.

Al dott. G. M. da Nu., abb. n. 9864 (1):

Se si usa lo speculo anale è possibile di iniettare la soluzione sclerosante nel nodulo anche non turgido.

Adoperando la campana aspiratrice di Bier si rendono turgidi anche i noduli interni, che si prolassano. L'iniezione può allora esser fatta senza usare lo speculo, riducendo il nodulo dopo l'iniezione. P. V.

Cura dell'onanismo.

Al dott. G. M. da N., abb. n. 4986:

L'onanismo è una pratica aberrante di soddisfazione del desiderio sessuale, alla quale si abbandonano quasi tutti (più gli uomini e meno le donne) in un certo periodo della vita. Assume carattere patologico quando è eccessivo o si esercita, pure avendosi la disponibilità per atti sessuali normali, oltre la pubertà e la prima giovinezza. Allora è la espressione di uno stato neuropatico ed a sua volta influisce sfavorevolmente su ogni debolezza nervosa preesistente. Spesso eccedono nella masturbazione i timidi ed i deboli sessuali, coloro che non si sentono di affrontare l'amplesso o hanno subito qualche scacco alle prime prove. È ovvio che la perseverazione dell'autoerotismo rende ancora più problematico l'eteroerotismo.

Viene curato con la psicoterapia (persuasione e suggestione), con il trattamento dello stato neuropatico che ne costituisce lo sfondo e la causa, e sopra tutto incoraggiando e favorendo gli accoppiamenti sessuali normali.

DR.

All'abb. C. P. da M.

Può consultare:

E. Morselli: *Psicologia e spiritismo.* Piccola Biblioteca Scienze Moderne. Fratelli Bocca, Torino. — B. Pappalardo: *Spiritismo.* Manuali Hoepli. — T. Bret: *Précis de Métapsychique.* Tre volumi. J. B. Baillière, Parigi — Richet: *Métapsychique.* Editore Alcan, Parigi.

DR.

VARIA

L'attività elettrica del cervello umano.

È arcinoto che basandosi sul fatto che ad ogni battito del cuore la regione che entra in attività nel muscolo diviene focolare di un mutamento elettrico si è creata l'elettrocardiografia che ha un enorme valore in fisiologia e in clinica.

Viene fatto di domandarsi se il lavoro degli altri organi non porti a dei fenomeni simili, sebbene sia facile pensare che il cuore rappresenti l'optimum per queste indagini in quanto che è forse l'unico organo che in ogni istante ha un solo focolaio di attività.

Tuttavia sono state fatte delle recenti ricerche sull'attività elettrica della corteccia cerebrale degli animali con risultati positivi se non perfettamente chiari e per ora non utilizzabili (Bartley e Biscop, Gerard e Saul in America; Fischer, Kormüller e Töumes a Berlino ecc.). Si sono ottenuti dei tracciati interessanti. Occorre però perchè questi si producano con una certa regolarità mettere il cervello in uno stato di quiescenza, ponendo il soggetto al riparo da disturbi esterni capaci di produrre eccitazioni non uniformi, e sottoponendolo alla azione di sostanze convulsivanti (canfora, pirotossina) che pare producano una unificazione di attività cerebrale.

Berger applicò per primo lo studio dell'*elettroencefalogramma umano.*

Adrian (*Presse Méd.*, n. 7, 1936) riferisce ora di nuovo sullo stesso argomento. Le prime esperienze si fecero con aghi affondati nel cranio, poi ora con elettrodi fissati esternamente. In condizioni di calma sopra segnalate compare sui tracciati un certo ritmo definito che viene chiamato *ritmo di Berger.* Il significato di questo ritmo è ancora in piena discussione, come pure per ora nessun valore pratico si è ricavato da queste pure tanto interessanti ricerche.

L. TONELLI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Efficacia esecutiva degli atti amministrativi.

Gli atti della pubblica amministrazione, divenuti efficaci, sono esecutivi. Comunemente questa regola è giustificata dalla presunzione di legittimità degli atti degli enti pubblici e dall'interesse amministrativo che deve essere tutelato senza indugio. A me sembra che la prima considerazione abbia scarsa consistenza giuridica e pratica; ma la seconda è decisiva. Questa indagine teorica non ha ora importanza. Quando l'atto offenda un interesse e sia oggetto di contestazione, l'autorità giurisdizionale amministrativa può sospenderne la efficacia, se la parte ne faccia domanda. La sospensione degli effetti esecutivi è ordinata quando siano da prevenire e da evitare danni gravi e difficilmente reparabili: danni ai privati interessati, si intende. L'amministrazione pubblica, invece, ha la possibilità di evitare le conseguenze dannose ad essa e valutando discrezionalmente l'interesse amministrativo, può non eseguire l'atto qualora si avveda che possa derivarne un pregiudizio. Non è, insomma, necessaria una pronunzia giurisdizionale che sospenda la esecuzione dell'atto per evitare danno all'amministrazione. L'autorità giurisdizionale generalmente interviene per proteggere gli interessi offesi dall'atto e disarmati contro la esecuzione. Recentemente, per es., si è verificato questo caso. Un concorrente al posto di primario ospedaliero, escluso dalla Commissione, aveva fatto ricorso al Consiglio di Stato. Si procedeva per titoli ed esami. L'interessato chiese che gli effetti del provvedimento fossero sospesi perchè, se frattanto si fosse proceduto al concorso senza la partecipazione di lui e poi il suo ricorso fosse accolto, si sarebbe dovuto rinnovare tutto il procedimento del concorso, con grave danno pubblico e privato. La V^a^ Sezione del Consiglio di Stato non accolse la domanda di sospensione perchè disse che il ricorrente era protetto contro qualsiasi rischio e un danno sarebbe invece derivato agli altri concorrenti (dei quali esso non poteva tutelare gli interessi) e all'amministrazione, che poteva evitare da sè le conseguenze pregiudizievoli, sospendendo il concorso. Il Consiglio di Stato aggiunse, in quel caso, una segnalazione di opportunità manifesta, che servì di guida pratica all'amministrazione e così si raggiunse lo stesso risultato. Forse sarebbe stato meglio sospendere *l'atto di esclusione* e, quindi, ammettere al concorso, *condizionatamente*, il concorrente che era stato escluso. In questo senso, per un concorso notarile, decise in altro caso la IV Sezione del Consiglio di Stato.

Il danno deve essere grave e *difficilmente riparabile*. Se un impiegato licenziato ricorra, le esecuzione del provvedimento non può essere sospesa, perchè il pregiudizio che all'interessato deriva è poi riparabile, mediante il pagamento di stipendi arretrati e il risarcimento dei danni.

Ma se il posto sia vacante per causa di licenziamento, pur conservando efficacia esecutiva la relativa deliberazione malgrado il ricorso in sede giurisdizionale, l'amministrazione non può provvedere a nomine definitive sino a quando il giudizio non sia definito irrevocabilmente. Di questa regola fa applicazione specifica l'art. 250 del T. U. 3 marzo 1934, n. 383: « il posto del segretario comunale, ecc. dimesso per fine del periodo di esperimento, licenziato, dispensato dal servizio e dichiarato dimissionario d'ufficio, non può essere coperto, fuorchè in via provvisoria, fino a quando non sia intervenuta una decisione definitiva sui ricorsi proposti contro il provvedimento adottato, ovvero non siano decorsi i termini per la produzione di detti ricorsi ».

Analogamente dispongono gli art. 51 e 76 del T. U. delle leggi sanitarie 1934, n. 1265.

In relazione a questa regola, che si può considerare norma generale di condotta amministrativa, sono da segnalare le decisioni della V Sezione del Consiglio di Stato 5 e 6 luglio 1935, rispettivamente n. 685 e 690.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Sessione per le Libere docenze.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale ha, con recente ordinanza, indetta la sessione dell'anno 1936 per il conseguimento della abilitazione alla libera docenza.

Le domande, redatte su carta da bollo da lire sei e accompagnate dai relativi documenti, debbono essere presentate entro il 30 giugno 1936-XIV al Ministero (Direzione generale dell'istruzione superiore, Ufficio libere docenze).

Gli aspiranti saranno chiamati a sostenere le prove in Roma, nei periodi dal 1° ottobre al 31 dicembre 1936. Per i candidati in servizio presso i reparti mobilitati per le esigenze dell'A. O., i termini per la presentazione delle domande e delle pubblicazioni sono prorogate di 45 giorni. Le libere docenze nel 1936 possono essere conferite per le seguenti materie nelle Facoltà di medicina e chirurgia: patologia speciale medica e metodologia clinica, n. 5; patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica, n. 5; clinica ostetrica e ginecologia, n. 5; anatomia umana normale, n. 3; fisiologia umana, n. 2; farmacologia, n. 2; anatomia ed istologia patologica, n. 2; igiene, n. 3; parassitologia, n. 2; fisiologia, n. 3; clinica delle malattie tropicali e sub-tropicali, n. 3; medicina del lavoro, n. 2; idrologia medica, n. 2; psicologia speciale, n. 2; clinica ortopedica, n. 2; urologia, n. 1; storia della medicina, n. 2.

Cronaca del movimento professionale.

Per l'assistenza sanitaria agli impiegati dell'industria.

I segretari dei Sindacati provinciali delle diverse categorie impiegatizie si sono riuniti, sotto la presidenza del capo dell'Ufficio impiegati dell'Unione fascista dei lavoratori dell'industria, il quale ha posto in rilievo la portata dell'accordo stipulato tra le due Confederazioni dei lavoratori dell'industria e degli industriali relativo all'estensione dell'assistenza sanitaria agli impiegati dell'industria. Egli ha poi comunicato che il direttorio del Comitato di collegamento delle Mutue, su proposta dell'on. Capoferri, ha conferito all'Ufficio sanitario del Comitato stesso il mandato di studiare l'organizzazione dei servizi sanitari in modo che all'uscita del regolamento tutto possa essere pronto per l'immediata attuazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

FERRARA, per Cento; scad. 20 giugno.

LUCCA, per Lucca (Mutigliano), Vergemoli; scad. 31 maggio;

MACERATA, per Loro Piceno (2ª condotta), Montecavallo, Petriolo; scad. 31 maggio.

REGGIO EMILIA, per Luzzara (condotta rurale); scad. 16 giugno.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

BENEVENTO. *Amministraz. Provinc. del Sannio.* — Scad. 26 maggio, ore 12; aiuto sanitario del Brefotrofio Provinc. di Benevento; L. 2000 annue e 4 quadrienni di L. 500; serv. att. L. 500; il tutto al lordo della riduzione del 12 % e delle ritenute di legge. Tassa L. 50. Età limite 35 anni. Chiedere avviso

MANTOVA. *Istituti Ospedalieri.* — Scad. 30 giugno, ore 17; primario di chirurgia generale nell'Ospedale Civile; L. 7500 e 4 quadrienni dec., c.-v., compartecipaz.; trattenute di legge. Età limite 45 anni. Tassa L. 50,10. Chiedere il bando. Rivolgersi alla Segreteria del Consiglio d'Amministrazione.

NOTIZIE DIVERSE

XXI Aprile.

Il Fascismo, portando la Festa del Lavoro alla data del Natale di Roma, ha stabilito che il lavoro è la legge di Roma.

La celebrazione del 21 aprile ha, pertanto, accomunato l'inaugurazione d'istituti, di enti e di attività che attestano lo sviluppo senza soste dell'Italia Fascista, e l'assegnazione di premi ai lavoratori nel campo intellettuale e manuale.

Tra le inaugurazioni sono state notevoli a Roma quelle dei nuovi Istituti di radiologia e di malariologia, onorate dall'intervento del Duce.

Il Duce ha visitato la nuova sede dell'Istituto di Radiologia guidato dal direttore prof. Busi, soffermandosi particolarmente ad osservare la fornitissima biblioteca dell'Istituto, il Museo radiologico, le corsie, il grandioso impianto per la produzione dei raggi X, impianto che è uno dei tre più potenti che oggi esistano al mondo, l'aula delle lezioni.

Il Duce è poi passato a visitare minutamente il grandioso Istituto di Malariologia intitolato ad Ettore Marchiafava; egli venne guidato dal direttore, prof. Giuseppe Bastianelli; si è soffermato nella corsia, nell'aula delle conferenze, nei numerosi laboratorî.

Ovunque il Duce è stato accolto e salutato da vibranti dimostrazioni e acclamazioni.

In Campidoglio, nella Sala degli Orazi e Curiazi, all'augusta presenza del Re, la Reale Accademia d'Italia ha tenuto l'adunanza generale per il solenne conferimento dei « Premi Mussolini » e dei premi di incoraggiamento.

Il premio Mussolini per le scienze è stato assegnato a Giulio Chiarugi che, per oltre quarant'anni, professò anatomia nello Studio fiorentino ed è il capo di una importante scuola di questa disciplina.

Echi della nostra impresa africana.

Com'è noto, il Comitato dei Tredici, a richiesta del rappresentante dell'Inghilterra, aveva chiesto al Comitato internazionale della Croce Rossa alcuni documenti del suo materiale di inchiesta sulle violazioni delle leggi di guerra; ma gli è stato opposto un rifiuto. Il presidente del Comitato dei Tredici, De Mandariage, ha espresso al Presidente del Comitato della Croce Rossa, Max Huber, il suo rammarico e la sua sorpresa per tale rifiuto. Huber ha replicato — in data 24 aprile — con una nobile lettera, in cui rileva che lo scopo del Comitato da lui presieduto è esclusivamente umanitario ed è apolitico; per raggiungere tale scopo, esso deve attenersi scrupolosamente ad una linea di condotta che gli consenta di conservare rapporti di fiducia con le parti in conflitto, anche in casi in cui le convenzioni di Ginevra non fossero giuridicamente applicabili ed anche in occasione di conflitti in cui è contestato il diritto di procedere alla guerra.

L'ambulanza olandese che si era recata in Abissinia comunica di aver perduto tutto il suo materiale, compresi i bagagli personali. La notizia ha sollevato profonda delusione nei circoli olandesi, dato che si erano a suo tempo compiuti forti sforzi finanziari per organizzare la spedizione, che è costata una ingente somma.

I giornali olandesi hanno pubblicato lunghi articoli sul ritorno in patria del dott. van Schelven, appartenente all'ambulanza: egli ha riferito le sue avventure e disavventure in Etiopia.

Informazioni da Dessiè recano:

La sede dell'ospedale americano che, secondo i comunicati etiopici, sarebbe stata ripetutamente distrutta, è stata trovata intatta e vi ha posto la sua residenza il comando di una nostra Divisione indigena.

Il Clinico medico di Roma in Egitto.

Il nostro direttore prof. Frugoni si è recato in Egitto, espressamente chiamato per visitare S. M. il Re Fuad.

Il prof. Frugoni da più di un anno era stato chiamato in Egitto per visitare il Re Fuad e da allora ne aveva sempre seguìto lo stato di salute. Date le aggravate condizioni del Sovrano, il prof. Frugoni è rimasto ad assisterlo durante l'ultima malattia, nel palazzo di Kubbech, ad alcuni chilometri dal Cairo.

Il prof. Frugoni, invitato dalla Real Casa Egiziana, ha anche presieduto un consulto dei medici curanti il Re Fuad: dott. Grossi, dott. Sahim Pascià, dott. Hess e prof. Crescenzi.

Mentre queste pagine vengono poste in macchina per la stampa, si apprende che il cuore del Sovrano, amico ed estimatore della nuova Italia di Mussolini, ha cessato di battere.

Congressi e convegni.

Il 9° Congresso della Società d'oto-neuro-oftalmologia si terrà a Lione dal 29 al 31 maggio, sotto la presidenza del prof. M. Lannois; avrà carattere internazionale, ma i lavori si svolgeranno in lingua francese. Tema: « Le aracnoiditi della base del cervello »; relatori: per l'*otologia*: H. e R. Bourgeois e J. Lapouge; per la *neurologia*: H. Roger e P. Cossa; per l'*oftalmologia*: P. Carlotti; per la *neuro-chirurgia*: C. Vincent. L'iscrizione al Congresso non comporta alcuna quota. Per la discussione e le comunicazioni rivolgersi al segretario generale permanente dei Congressi della Società d'O.-N.-O., Dr. Auguste Tournay, rue de Vaugirard 58, Paris (VIe); per altre informazioni rivolgersi alla segreteria del congresso, Hôpital Edouard Herriot, pavillon P, place d'Arsonval, Lyon (Rhône); l'organizzazione dei trasporti e degli alloggi è affidata all'Agenzia Exprinter.

La Federazione internazionale delle Società d'eugenica terrà la prossima riunione dal 16 al 21 luglio in Olanda: a Scheveninga a la Aja. Rivolgersi al sig. Georges Schreiber, vice-président de la Section eugénique de l'Institut international d'Anthropologie, avenue du Recteur-Poincaré 26, Paris XVIe.

La Società di Neurologia di Parigi terrà la 15ª riunione, a carattere internazionale, il 26 e il 27 maggio, alla Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital 47, anfiteatro della Scuola delle infermiere). Tema: « La circolazione cerebrale »; sarà diviso in tre sezioni: fisiologia, patologia, radiodiagnosi. Rivolgersi al segretario generale Dr. Crouzon, avenue d'Iéna 70-bis, Paris 16e.

Il 9° Congresso dell'Associazione francese di pediatria è indetto a Bordeaux, dal 28 al 30 maggio, nei locali della Facoltà medica, sotto la presidenza del prof. C. Rocaz. Temi: « L'insulinoterapia nel bambino »; « Epidemiologia e patogenesi dell'acrodinia infantile »; « Deformazioni distrofiche del torace ». Sono in programma visite ed escursioni. Per informazioni sui lavori rivolgersi al Dr. Boisserie-Lacroix, cours Xavier-Arnozan 27-bis, Bordeaux; per informazioni relative ai viaggi, agli alloggi ecc. rivolgersi alla Compagnie des Wagons-Lits Cook, cours de l'Intendence 28, Bordeaux.

Il Congresso dei medici di lingua francese dell'America del Nord è convocato a Montréal dal 7 al 10 settembre, sotto la presidenza del dott. Jarry. Segretario generale: dott. Donatien Marion, boulevard Saint-Joseph 326, Montréal, Canadà.

Corsi di perfezionamento.

All'Ospedale Mellini di Chiari (Brescia) si svolgerà l'XI Corso di Cultura Medica, sotto la direzione del prof. A. Pellegrini; consterà di 6 conferenze, che si terranno dal 7 maggio all'11 giugno, ad intervalli di una settimana l'una dall'altra. Diamo i nomi dei conferenzieri e i temi: prof. Stropeni, della R. Università di Torino: « Male appendicolare »; prof. Zamorani, della R. Università di Pavia: « Invaginazione intestinale »; prof. Comolli, della R. Università di Padova: « Nuovi orientamenti nella cura di certi traumi articolari »; prof. Solieri, primario chirurgo dell'Ospedale di Forlì: « Difficoltà diagnostiche in casi di appendicite acuta e peritonite da appendicite »; prof. Lusena, primario medico negli Ospedali Civili di Brescia: « La trasfusione del sangue nella pratica medica »; prof. Stradiotti, primario medico negli Ospedali Civili di Cremona: tema da stabilirsi.

Omaggio di ginecologi rumeni a medici italiani.

La Società di Ginecologia di Bucarest in una recente seduta ha eletto soci onorari i proff. R. Alessandri, P. Gaifami, N. Pende, E. Alfieri, R. Sfameni e P. Rondoni.

La comunicazione è stata data alla Società Italiana di Ginecologia e di Ostetricia, dal presidente prof. Daniel con una nobile lettera in cui afferma che la Società Rumena « tiene, nelle circostanze attuali, ad assicurare dei suoi sentimenti di ammirazione per i soci testè eletti e della profonda simpatia per la grande e nobile nazione italiana che esplica la sua opera di tradizionale civilizzazione nel mondo ».

I medici italiani accolgono con animo grato questa manifestazione di solidarietà latina.

La visita del prof. Catterina a S. E. Hitler.

Il 23 aprile il prof. Attilio Catterina fu ricevuto da S. E. il Führer. Egli dapprima portò il saluto del prof. Alessandri, presidente della Società Italiana di Chirurgia e quello dei numerosi colleghi italiani presenti al Congresso (proff. Pototschnig, Catterina junior, Ettorre, Capaldi, Bertè). Presentò a S. E. in omaggio la traduzione tedesca del suo libro « L'Operazione di Bassini », che porta la prefazione del prof. Eiselsberg e spiegò i motivi per i quali egli scrisse il volume, del quale oggi vi sono quattro edizioni in lingue straniere con le relative prefazioni dei chirurghi più eminenti della relativa Nazione (fratelli Mayo, Forgue, Carachan, Eiselsberg). Il Führer ammirò le magnifiche tavole che spiegano le fasi della operazione di Bassini. Il prof. Catterina disse che nello scorso anno allo stesso Congresso della Società tedesca di Chirurgia della quale egli è socio ordinario, spiegò in una sua conferenza coll'aiuto di pezzi anatomici, proiezioni, epidiascopie e cinematografie, l'andamento dell'operazione che egli poi eseguì sul vivo nella Clinica Chirurgica di Berlino assistito dallo stesso direttore prof. Sauerbruch con ottimo risultato.

Quest'anno il prof. Catterina allo stesso congresso parlò delle ferite d'arma da fuoco delle articolazioni dimostrando l'importanza dei metodi italiani di resezioni articolari e rivendicando ai chirurghi italiani (Larghi, Albanese, Bassini, Durante, Putti ecc.) i loro metodi anche in questo campo. Prese l'occasione per mostrare al Führer gli effetti dei proiettili dum-dum sui nostri poveri ed eroici soldati combattenti in A. O., mostrando le fotografie delle terribili sevizie e mutilazioni eseguite barbaramente sui nostri soldati. Il Führer ne rimase molto impressionato, tanto più che anche i giornali tedeschi non avevano parlato di simili infamie. Il prof. Catterina fece poi dono al Führer della sua catenina di acciaio che egli ebbe in compenso di quella sua d'oro data alla Patria unitamente alla medaglia facendo la traduzione delle parole di Mussolini scolpite sulla stessa. Da ultimo rilevò che le parole di Mussolini si riferiscono in modo speciale al popolo tedesco ed al Führer che ci si mostrarono amici nel momento sanzionistico. Essendo presente al colloquio anche S. E. il ministro Frank, ripetè le parole che lo stesso ministro aveva pronunciate a Genova, che cioè Italia e Germania saranno sempre amiche; e il prof. Catterina aggiunse alle parole del Ministro Frank: anche perchè questi due grandi popoli per la grazia di Dio sono guidati ai loro più alti destini dal Führer e dal Duce.

Il Führer donò al Catterina la sua fotografia con una dedica: « in ricordo amichevole ».

Medici artisti che espongono.

Come abbiamo già annunziato, una originale esposizione d'Arte è stata allestita in occasione della 17ª Fiera Campionaria di Milano. Un gruppo di una ventina di medici, pittori e scultori, espone dal 21 aprile in avanti, nei luminosi locali della « Assalonnia », un complesso di un centinaio di opere. La Mostra che non è distante dalla Fiera — via Gioberti 2 — costituisce una originale manifestazione artistica che non manca di interessare vivamente il pubblico.

La Mostra è posta sotto gli auspicî della Associazione Medici Italiani Artisti ed è patrocinata dai giornali « L'Italia Medica » e « Nicia », nell'intento di mettere in rilievo taluni aspetti artistici espressi dai medici milanesi. L'ingresso è libero.

Un po' dovunque.

La Sezione Pugliese della Federazione Naz. Fascista contro la Tubercolosi si è adunata il 27 febbraio, sotto la presidenza del prof. L. Ferrannini, assistito dal segretario prof. L. Quaranta. Il prof. G. Prosperi ha riferito su « La funzione dell'assicurazione nella lotta contro la tubercolosi »; all'ampia discussione hanno partecipato: G. Sangiorgi, R. De Tullio, L. Quaranta, L. Ferrannini, il relatore.

La Società Piemontese di Chirurgia si è adunata il 25 gennaio, sotto la presidenza del prof. L. Bobbio. Sono state fatte comunicazioni da: R. Chiarolanza, G. Segrè, B. Angiesio.

La Società Medica del Friuli si è adunata il 23 marzo, sotto la presidenza del prof. A. Varisco, assistito dal segretario dott. G. Minciotti. Sono state fatte comunicazioni da: G. Pieri, V. Gualdi, G. Chizzola, G. Lise.

La Società medico-chirurgica bresciana si è adunata il 17 marzo, sotto la presidenza del prof. Raverdino, assistito dal segretario dott. R. Sassi. Sono state fatte comunicazioni da: E. Fiori, A. Pignatti.

In seno all'Associazione internazionale dei medici radioestesisti si è costituito un Comitato internazionale per lo studio delle radiazioni nocive (telluriche, cosmiche ecc.). Segretario: Dr. Andrée-Besson, rue Etex 9, Paris 18e.

La Scuola Medica dell'Università di Kansas si arricchirà di un istituto clinico, di un reparto pediatrico e di un laboratorio per ricerche scientifiche; l'importo complessivo di tali opere raggiungerà circa 300 mila dollari (circa 4 milioni di lire it.), di cui 60.000 dol. donati da un anonimo e 25.000 donati da un altro anonimo.

È stata decisa la creazione di un Ospedale giapponese a San Paolo del Brasile; vi sarà destinata la somma di 800.000 lei (circa 2 milioni e mezzo di lire it.). L'Imperatore del Giappone vi ha contribuito con 50.000 lei; il ministero giapponese degli esteri con 150.000 lei; una sottoscrizione pubblica ha reso 400.000 lei nel Giappone e 200.000 tra i giapponesi stabiliti nel Brasile.

Sta per essere ultimato a Mosca un Ospedale infantile modello. Sorge sulla piazza Serponkhovskaia. Contiene 60 « celle terapeutiche individuali », di cui ciascuna è destinata ad un solo malato.

Alla Società lombarda di medicina, presieduta dal prof. A. Ferrata, il prof. F. Galdi di Pisa ha parlato su alcuni aspetti della terapia del sistema neuro-vegetativo.

A Bucarest, sotto la presidenza del ministro della pubblica istruzione, Angelesco, si è festeggiata la nomina del prof. Costantino Bacaloglu alla direzione della 1ª Clinica medica (Ospedale Coltzea).

Si è incendiato l'Ospedale più settentrionale del mondo, che sorgeva a Aklanka (Canadà) ed era tenuto da una Missione. I malati poterono essere messi al sicuro e trasportati a distanza per mezzo di aeroplani.

Il Centro radio-medico di Roma ha dato di recente varie consultazioni a piroscafi in navigazione, tra cui i seguenti: Carnia, Valentino Coda, Feltre, Perla, Saint Stephen (finlandese), Sabbia, Moncalieri, Campania; consulenti sono stati i proff. Frugoni, Antonucci, Vitale, Ritossa, Pozzilli, Parlavecchio, Manna.

La Commissione giudicatrice di un concorso riguardante la conoscenza, l'applicazione e la valorizzazione delle piante officinali, ha chiuso i lavori designando come vincitori il prof. F. Cortesi, il dott. A. Peloni e il dott. G. Piccioli.

Il Tribunale di Jonzac (Francia) ha condannato a cento franchi di ammenda una empirica, la quale non traeva lucro dal suo esercizio abusivo e non prescriveva che erbe d'uso comune, con riti suggestivi. La motivazione della sentenza è che « il pubblico dev'essere difeso contro la sua propria credulità ».

Un furto è stato perpetrato nell'Istituto del Cancro di Milano: i ladri, forzata una porta ed attraversata la camera mortuaria, sono pervenuti negli uffici; la cassaforte è stata attaccata senza successo ed essi hanno dovuto contentarsi di un migliaio di lire in denari ed in francobolli, trovati nei cassetti degli scrittoi.

Il dott. M. Chavigny sostiene, nel « Siècle Médical » del 15 aprile, che le gravi ferite prodotte da frantumazione di ossa — quali sono quelle spesso osservate in Abissinia — non sono necessariamente dovute a proiettili dum-dum, ma possono esserlo anche da proiettili comuni. (Notiamo, per altro, che il largo uso criminale delle palle dum-dum da parte degli etiopi è stato copiosamente documentato).

La medicina va assumendo molto sviluppo in Palestina, grazie all'affluenza di medici ebrei di valore espulsi dalla Germania. Un corso di perfezionamento organizzato a Tel-Aviv è stato frequentato da 80 medici; vi hanno insegnato, tra altri, i due fratelli Zondek (il ginecologo e l'endocrinologo) e Rosenbaum (il pediatra). Un altro corso si tiene a Gerusalemme; è frequentato da 28 medici. È in preparazione un corso internazionale per i medici dei paesi orientali, durante la Fiera di Levante, a Tel-Aviz; lingue ufficiali saranno il francese, l'inglese e il tedesco.

Lungo la strada fra Bucarest e Kischineff, nascosta fra cespugli, si è rinvenuta un'automobile abbandonata, contenente tre cadaveri in avanzata decomposizione. Si è accertato che essi provenivano dal cimitero di Jassy, ove da parecchio tempo una banda di malfattori rubava i cadaveri per venderli agli istituti anatomici.

Vittima di un infortunio d'aviazione è morta in Francia la dott.a Marcelle Henry-Alcay.

Un gruppo di medici madrileni, per nulla turbato dalla difficile posizione politica, ha ripreso il programma — già tentato una quindicina d'anni or sono — di attenersi ad un vitto idoneo... a far venire l'artritismo, vietato ai clienti artritici. Si tengono due pranzi sociali alla settimana, in cui è d'obbligo l'uso dello spumante...

In età di 69 anni è deceduto il prof. CESARE BIONDI, direttore dell'Istituto di medicina legale e di medicina del lavoro della R. Università di Siena, cultore appassionato e valoroso della medicina legale delle assicurazioni, autore di studî apprezzati e del volume « Accertamento dell'invalidità ». Fondò e diresse « Il Ramazzini », un periodico che visse dal 1906 al 1917. Era stato allievo di Filippi e di Borri. Fu un maestro di rara efficacia.

M. P.

In età di 76 anni si è spento il prof. L.-H. VAQUEZ, noto cardiologo, cui spetta il merito di aver dissociato le asistolie e descritto l'insufficienza del ventricolo sinistro; fu tra i primi a dimostrare la precisione che nella clinica delle cardiopatie può derivare dalla radiografia ed a far valere tutta l'importanza dell'elettrocardiografia. L'eritremia fu da lui definita e reca il suo nome.

Era professore onorario alla Facoltà medica di Parigi e medico onorario dell'Ospedale della « Pitié ».

Gli si faceva l'appunto di un carattere duro e tagliente anche verso i colleghi; ma egli aveva buone qualità di fondo e si prodigava per gli allievi.

J. P.

È morto in età di 72 anni, a Mangalore (India meridionale), il dott. K. M. NADKARNI, autore di pregevoli opere di materia medica e terapia, tra cui la « Materia Medica Indiana » ha avuto molta risonanza. È sovratutto noto come giornalista medico: fondò e diresse varî periodici, e cioè: il « Doctors' Magazine » (il primo giornale medico avutosi a Bombay), l'« Indian Medico-Chirurgical Review » e l'« Indian Health ». Organizzò un'Associazione di scienziati e artisti, che raccolse moltissime adesioni. Costituì una « Biblioteca medica circolante » ed un'« Agenzia per il rifornimento di periodici stranieri », contribuendo così, in modo attivo, alla cultura nell'India.

A. K. NADKARNI.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 23 marzo al 29 marzo 1936: Morbillo 311 (2227); Scarlattina 122 (290); Pertosse 124 (527); Varicella 153 (390); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 125 (197); Infezioni paratifiche 29 (32); Febbre ondulante 62 (90); Dissenteria 5 (7); Difterite e croup 254 (464); Meningite cerebro-spinale epidemica 30 (31); Poliomielite anteriore acuta 11 (12); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 6 (11); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 42 (70), dichiarata — (—); Pustola maligna 13 (16); Febbre puerperale 29 (32).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 11 Maggio 1936 - XIV Num. 19

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L 100	L. 150
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L 100	L. 150
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

PROBLEMI NUOVI

L'appendicite cronica è un mito?

BENEDETTO SCHIASSI, di Bologna.

Ha scritto giustamente il prof. Gamna che in argomento di appendicite « cronica » esiste un vizio congenito per il quale si sono confuse in una denominazione comoda molte cose diverse aventi esigenze terapeutiche disparate, ciò che ha contribuito ad orientare verso un giudizio Clinico e verso una condotta terapeutica tassativamente interventista, asportatrice.

Un Chirurgo Milanese in occasione di una Adunanza della Società Lombarda di Chirurgia in seduta comune con la Società di Medicina Interna ha definito il problema dell'appendicite cronica come molto « *scottante* » anche perchè si tratta di una « *baraonda* » di manifestazioni varie e proteiformi.

Direi che perchè questo problema non riesca *scottante* nè appaia secondo manifestazioni tali da costituire una *baraonda*, si possa muovere dalla constatazione del fatto che un gran numero di operati di ablazione dell'appendice, perchè creduti affetti da appendicite cronica, sogliono tornare al Chirurgo od all'Internista (50-60 % e più) lamentando le sofferenze di cui pativano, prima dell'operazione.

Si deve trarre da cotale constatazione una inferenza molto semplice, che cioè la sindrome che si suole designare come « *appendicite cronica* » e che si crede di correggere con l'ablazione dell'appendice deve dipendere da un patimento che va *oltre* l'appendice, se tolta questa la fenomenologia permane invariata.

Si intende che quando si formula un giudizio di appendicite cronica nei malati di cui si tratta, si escludono quelli che andarono soggetti in precedenza a qualche fatto di flogosi più o meno acuta del segmento tiflo-appendicolare, cui sono seguiti patimenti localizzati a carattere cronico, riacutizzantisi ad intervalli variamente distanziati.

I soggetti che si presentano in istato di sofferenza di fossa iliaca che fin dai periodi iniziali ha il carattere di sofferenza cronica possono bensì indurre nel parere che si tratti di individui compromessi nell'appendice, ma si tratta di una entità morbosa che coinvolge *tutto* il segmento cieco-appendicolare. Dessa è dovuta, a mio avviso, nella immensa maggioranza dei casi, ad una condizione morfologica per la quale si può dire quello che indicava il nostro A. Ruffini in fisiologia con la frase « *la forma comanda alla funzione* ». Nel nostro caso questa frase traslata in patologia può essere espressa così: « *la forma comanda alla malattia* ».

Nell'intrattenere l'Associazione Medica Triestina, 1929, con una conferenza pubblicata anche in *Gazzetta Int. di Medicina*, n. 20, 1930, Napoli, mettevo in rilievo quanta parte potessero avere le alterazioni morfologiche del cieco nel determinismo di fatti patologici della fossa iliaca e comprendevo anche allora i patimenti dell'appendice che dovevano essere ritenuti meta-cecali perchè era precisamente il cieco che li provocava.

Alludevo allora a tutte le varie circostanze per le quali il cieco per condizioni estrinseche ed intrinseche era alterato nella sua ampiezza, nella sua posizione, nella sua motilità per il che dovevano derivare ripercussioni nel:

— chimismo del suo contenuto,

— nella sua innervazione,

— nella sua circolazione sanguigna e linfatica,

— nel suo microbismo,

e conseguentemente:

— negli elementi anatomici che costituiscono gli strati delle sue pareti.

A cotali fenomeni ritenevo che non potesse rimanere estranea l'appendice quale elemento intimamente connesso col cieco. E reputavo che la sofferenza cui poteva essere esposto questo « verme » del tubo gastro-enterico potesse essere ad esso prevalentemente attribuita mentre era tutto il segmento cieco-apppendicolare che era compromesso. Quindi nel prendere in esame la sindrome il cieco non poteva essere tenuto come un « *dimenticato* » (1).

Ho accennato alla *morfologia* del cieco quale condizione predisponente allo sviluppo di fatti patologici che possono insorgere nella sua intimità.

(1) Un clinico Internista, il Ferrata, nell'adu nanza Lombarda cui ho accennato suggeriva che bisogna constatare se esiste *qualche cosa di anormale... valutando molto bene le condizioni del cieco e del colon.*

Alludevo in primo luogo alla sua abnorme *mobilità* la quale può dipendere da disposizioni congenite per abnorme malformazione del suo meso; ne derivano talune modalità di dislocazione e di amplificazione che possono col tempo variare nel grado e nei perturbamenti funzionali che conseguono.

Si suole avere una fase preliminare di costipazione, poi sopravvengono dei dolori che cessano al seguito di una scarica fecale; durante i dolori si può avere nausea e vomito; la temperatura oltrepassa di poco la norma; nel quadrante inferiore destro si palpa una intumescenza pastosa e qui è provocabile con la pressione un dolore che può sembrare di essere autorizzati a riferirlo al punto di Mac-Burney e ad attribuire un patimento prevalentemente all'appendice, la quale realmente soffre ma in concomitanza col resto dell'organo.

Un'altra varietà può essere rappresentata dalla *seconda tappa* di talune tiflo-coliti in cui s'istituisce una tiflo-atonia con stasi. Ne deriva allora una ectasia cieco-ascendente che può essere accompagnata a periodi da un insieme di fatti tossi-infettivi e nervosi cui non può rimanere estranea l'appendice od offrire la parvenza di un patimento localizzato mentre si tratta di un patimento *compartecipe*.

Altra varietà ancora può essere data dalla cieco-ectasia secondaria a cause estrinseche. Evenienza frequente si ha nelle ptosi viscerali, specialmente quando si associa la nefro-ptosi di grado elevato. Si ha in questi casi una più o meno accentuata angolazione del confine tra cieco e colon (non dell'angolo epatico del colon, come taluno ha ritenuto). Il cieco allora per accumulo di contenuto intestinale viene tratto alla dilatazione e quindi a dare luogo a tutti gli effetti della cieco-stasi, effetti che si ripercuotono necessariamente anche sull'appendice cui può sembrare di rivolgere la maggiore attenzione.

Avviene in questa come in altre simili circostanze (potrebbero esistere anomalie congenite ileo-ciecali) che mentre in condizioni normali — *l'ora ciecale* — si svolge fra le cinque e le otto ore al termine delle quali il contenuto digiunale sorpassa il cieco, qui accade invece che per il fatto d'esser divenuto il viscere come un « *pozzo di ristagno* » gli alimenti vanno soggetti a processi fermentativi e putrefattivi in eccesso, la sovrabbondanza microbica raggiunge gradi elevati, si esaltano le produzioni di acidi organici e di tossine con risentimenti più o meno vivaci, si noti, sull'APPARATO NERVOSO.

In tutti questi casi gli avvenimenti cavitari fanno necessariamente sentire i loro effetti sulla mucosa ciecale, sulle glandule (iperplasie follicolari) sulla sottomucosa, ma a tutto ciò non va esente l'appendice la quale però viene alterata solo per contiguità e partecipa solo *in parte* alla Sindrome Clinica. In seguito alla asportazione di essa possono bensì rinvenirsi alterazioni delle sue pareti che offrono una certa giustificazione della sua ablazione, ma coteste alterazioni non rappresentano che un epifenomeno di un fatto di più vasta portata avente origine ed evoluzione prevalentemente nel cieco e questa è la ragione per la quale dopo l'appendicectomia un numero cospicuo di operati si ripresentano al curante sofferenti come prima dell'operazione, perchè l'atto operatorio provvide solo ad una parte del *tutto* compromesso.

È ben vero che talvolta all'apertura dell'addome si può rinvenire l'appendice malformata, tortuosa, ripiegata su se stessa ed obbligata ad un meso disposto in modo anomalo. Ma non vi sono segni di una flogosi nè pregressa nè in atto; si tratta di una malformazione congenita che può in un dato momento partecipare a quelle molestie che hanno loro origine nel cieco e non costituiscono un fatto preminente, patogenico.

D'altra parte all'apertura dell'addome si possono trovare alcune produzioni velamentose peritoneali che possono esser ritenute come *cause* delle sofferenze rilevate all'esame clinico, ma non sono altro che *effetti*, non cioè le cause dei fenomeni morbosi.

Per conseguire risultati curativi fecondi di bene, quale allora può essere il mezzo d'ordine chirurgico?

Un provvedimento operativo va rivolto secondo un criterio che corregga in prima la morfologia del cieco, condizione morbosa iniziale e poi l'alterazione appendicolare.

Dove si tratti di cieco mobile-ectasico conviene ricondurlo alla sua ampiezza normale secondo la tecnica che descrissi anche con figure in quelle pubblicazioni che ho mentovato (1) portando una *specialissima attenzione* nel rispettare la zona della « defecazione interna », quella zona cioè in cui sbocca l'ansa digiunale; come pure è da rispettare il tratto di comunicazione fra cieco e colon ascendente. Non credo sia da ricorrere a fissazioni di qualsiasi specie, alle cosidette cieco-pessie, altro che nel senso di applicare forse qualche punto in seta allo scopo di fare aderire il viscere con la sua faccia esterna al peritoneo parietale della fossa iliaca.

(1) Vedi anche U. Nobili, Atti Accademia Scienze Mediche di Ferrara, 1933.

In caso di tiflo-atonia con stasi negli stati susseguenti ad eventuali tiflo-coliti, ove si sospetti siano ancora presenti delle traccie di irritazione cieco-colica denunciati specialmente da fatti catarrali, si dovranno istituire lunghe cure igienico-dietetiche. Dopo di che è indicata la restaurazione morfologica dell'organo mercè le plicature.

Ove si sia formata una dislocazione con ectasia del cieco in coincidenza con una nefroptosi, è da praticarsi la nefropessia attraverso ad una incisione lombare. Nella stessa seduta od in una seduta successiva attraverso ad una incisione addominale, preferibilmente lungo la linea di Spigel, extra-rettale, si procederà alla cieco-plicatura.

In tutte e tre le evenienze dopo applicate le plicature, è da rivolgersi all'altro elemento in sofferenza, alla appendice, asportandola; inteso questo sempre non come provvedimento essenziale ma di *complelamento* (1).

Secondo l'esperienza che ho fatto per molti anni e quella di parecchi colleghi che si attennero al contegno operativo che ho tracciato, gli effetti che ne risultarono furono sempre eccellenti, analogamente a quanto riferì anche il prof. Antonio Biancheri al Congresso di Parma intrattenendo l'Assemblea sul problema della stitichezza abituale.

Credo che le ragioni del successo risiedano precisamente nel fatto che il provvedimento operativo ottiene la correzione dell'evento essenziale costituito dalla condizione in cui si trova il cieco allorquando dà luogo alla produzione della sindrome. Il quale provvedimento riesce tanto più fruttuoso in quanto viene applicato su di un viscere, i costituenti anatomici del quale una volta minorati per dilatazione delle loro energie contrattive possono essere rimessi in grado di compiere il lavoro di traslazione del contenuto viscerale con una certa facilità per più ragioni:

(1) E. Demarest ed O. Mercier dopo avere affermato che è necessario procedere alla revisione di *tutta* la questione dell'appendicite cronica (*Presse Méd.*, n. 94, 1924) affermano che è un errore comune in base alla presenza di un dolore spontaneo o provocato dalla pressione sul bordo interno del cieco concludere con la diagnosi di appendicite. E poichè la stasi fecale è la causa principale del danno suggeriscono di... *resecare il cieco-colon* (!!) ma si tratta di una di quelle solite aggressività distruttive di cui è invaso lo spirito di taluni chirurghi.

— perchè il *quantum* di materia alimentare per ogni atto di traslazione è ridotto a piccolo volume;

— perchè essendo costretto lo stesso *quantum* ad una breve dimora entro il cieco, l'assorbimento della parte acquosa è minore e la fluidità della materia è condizione propizia alla sua progressione;

— perchè l'apparecchio di propulsione costituito dalle tre tenie che originano dal fondo del cieco acquistano con le plicature un tono maggiore e quindi una maggiore facoltà di sollevamento del fondo ciecale.

È necessario pertanto, a mio avviso, rivolgere l'attenzione di più e meglio di quello che i fisiologi ed i clinici abbiano fatto finora alle funzioni del cieco. Nelle pubblicazioni cui ho accennato ho messo in rilievo che anche nei trattati più moderni di fisiologia non si precisa a sufficienza la funzione e l'importanza della funzione *motrice* del cieco che *comanda*, si può dire, *il movimento delle ingesta in tutto l'intestino grosso, esso è il regolatore principale della fluidità, del trapasso e quindi della progressione delle materie verso i segmenti distali del tubo digerente.* Nel prendere in esame quello che avviene in sede di fossa iliaca occorre che i clinici non convergano la loro attenzione soprattutto all'appendice, occorre che il cieco non sia un *dimenticato*. Gli è perciò che non trovando esposti nei trattati di fisiologia le modalità esatte secondo le quali il cieco assolve alla sua funzione di propulsione delle materie, insistetti *in corsivo* con una particolare descrizione come doveva essere realmente vista cotale funzione; alla quale necessariamente sono collegate le aberrazioni che possono dare luogo a taluni fatti patologici che riguardano *anche* l'appendice che può apparire particolarmente in sofferenza.

Addivenendo ad un provvedimento terapeutico di indole chirurgica, è da rivolgersi pertanto, ripeto, non solo all'appendice ma *anche* al cieco.

* * *

Visto così il problema che concerne quel quadro morboso che è stato designato con « *appendicite cronica* » credo si possa dissentire dal Guillaume quando afferma che l'appendicite cronica o è un *mito* od una *rarissima evenienza*. Si tratta invece di una forma morbosa che è abbastanza frequente a riscontrarsi ma che si deve interpretare come una sindrome tiflo-appendicolare non come un'affezione *isolata* dell'appendice.

Ond'è che un trattamento istituito secondo i criteri che ho messo innanzi può far sì che sia evitato che l'appendicite cronica continui ad essere l'oggetto di qualche motteggio come quando la si è designata come... « *appendicite americana* » e sia evitato soprattutto quello che anche di recente rammentava il Gamna: sia evitato cioè che « si presentino soggetti che « sottoposti ad appendicectomia per le note « sofferenze giudicate per appendicite cronica « vengano a dirci di soffrire come prima e, « qualche volta, più di prima ».

LAVORI ORIGINALI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA
Direttore: Prof. M. MONACELLI.

Contributo alla sierodiagnosi della Leishmaniosi cutanea

per il dott. IVAN CIACCIO, assistente volontario.

È ormai acquisizione generale come la diagnosi di Leishmaniosi interna non sia sempre possibile con i mezzi diagnostici più svariati.

Infatti, mentre da un lato il quadro clinico è poco caratteristico, essendo comune ad altre forme di anemia splenomegalica, dall'altro la ricerca del parassita negli organi non sempre è possibile e talvolta può essere addirittura pericoloso; inoltre prescindendo da questi inconvenienti non sempre si riesce a mettere in evidenza il parassita.

Infine la ricerca della Leishmania nel sangue circolante è difficile e laboriosa.

Si era preconizzato la ricerca del parassita nel liquido di bolla; però — come afferma lo stesso Laveran — tale procedimento non dà alcun affidamento.

Per queste ragioni si è chiesto un ausilio diagnostico più razionale alle più svariate reazioni biologiche.

Ricorderò così come le ricerche numerose di Iemma, Di Cristina, Caronia ed altri, intesi a mettere in evidenza la presenza di anticorpi specifici in soggetti Leishmaniosici, furono negative; invece fu possibile a Caronia e Di Cristina, dimostrare che tali anticorpi si formavano in soggetti trattati con culture di Leishmanie, uccise col calore o con nucleoproteidi estratti dalle culture.

In base a queste ricerche si comprende lo scetticismo di Laveran e Brahmachari riguardo al valore pratico delle prove di agglutinazione e deviazione del complemento.

Nel 1930 Zdrodowski e Woskressenski, in contrapposto a tali risultati, dimostrarono che nei sieri Leishmaniosici si ha sempre deviazione del complemento.

Recentissimamente Nattan-Larrier e Grimard-Richard sono ritornati sull'argomento proponendo la cosidetta *reazione siero-sierica*, che è fondata sulla deviazione del complemento in un sistema costituito dal siero sospetto e da un siero di coniglio trattato con culture di Leishmania.

Questi AA. reputano la reazione nettamente specifica per la Leishmaniosi interna (100 % di risultati positivi): però — a dire degli AA. stessi la reazione ha l'inconveniente di permanere positiva lungamente, malgrado il trattamento specifico.

***

Però da parecchi anni, vista la scarsa attendibilità di tali prove immunitarie, si è chiesto ausilio per la diagnosi biologica di Leishmaniosi ad alcune reazioni d'ordine fisicochimico.

Così spetta precipuamente ad alcuni AA. indiani il merito di aver proposto alcune reazioni che, per la loro semplicità, hanno riscosso un certo favore nella pratica corrente.

Passerò in rassegna tali prove ed il valore diagnostico attribuito loro dai diversi AA.

1) GLOBULIN'S-TEST DI BRAHMACHARI.

Sono fondate sull'osservazione fatta da questo A. che l'aggiunta di acqua distillata al siero di Leishmaniosici provoca nella miscela un intorbidamento dovuto alla precipitazione delle globuline.

Tali prove sono tre:

1) *Globulin-ring test* cosidetta per la formazione di un anello opaco, nettamente visibile sulla superficie di contatto dei due liquidi.

2) *Globulin-precipitation test*: invece dell'anello si ha un precipitato bianco.

3) *Globulin-opacity test*. Tale prova apporta un criterio quantitativo alle precedenti reazioni.

Tali prove, reputate da Brahmachari più sensibili e più specifiche di tutte le altre prove proposte, non incontrarono grande favore in pratica, anche perchè si fece loro l'appunto di essere di difficile interpretazione.

Infatti D'Oelsnitz e Faure-Brac dicono che in tale reazione l'interpretazione dei risultati è troppo delicata ed estremamente soggettiva; fatto questo confermato da Bogliolo-Greco e Gentilli, i quali concludono che tale reazione è assolutamente priva di valore diagnostico.

2) ALDEHYD-TEST DI NAPIER.

Non è che una derivazione della reazione proposta da Gatè-Papacostas per la sifilide e basata sul fatto che l'aggiunta di formolo in un siero sifilitico produce una gelificazione più o meno pronta (da pochi istanti a 24 ore).

Però ricercatori successivi (Reiner e Martou, Holborow ed altri) negarono qualsiasi valore a tale prova per la diagnosi di lue. Napier nel 1921 segnalò il valore di tale prova per la diagnosi di Kala-Azar, attribuendole grande specificità.

Napier deduceva la positività oltre che dalla gelificazione da un rapido opacamento del liquido.

Molto si è discusso sul valore di tale prova.

Però — malgrado che molti AA. (De Mello e Barreto, Castorina, Lo Presti-Seminerio, Weynon, Delbreil ecc.) le neghino qualsiasi valore, avendola riscontrata positiva nella lepra, tripanosomiasi, malaria ed altre affezioni — l'Aldehyd-test gode un certo favore in India ed in Francia.

Infatti Fox, Mackie, Napier e Giraud la considerano fortemente specifica.

D'Oelsnitz conclude che essa è preziosa per la diagnosi di Kala-Azar; unica riserva fatta da questo A. è la seguente: gelificazione immediata e comparsa dell'opacizzazione in un tempo variabile da 3 a 20 minuti, e ciò concordemente alle vedute di Brahmachari e di Napier.

Bogliolo-Greco e Gentilli, pur negandole una specificità assoluta per la diagnosi di Leishmaniosi, pensano che quando tale reazione è positiva e concorda con i segni clinici, possa costituire un criterio diagnostico di presunzione.

Recentemente Nattan-Larier e Grimard-Richard, modificando la tecnica hanno ottenuto il 100 % di risultati positivi nella Leishmaniosi interna.

Inoltre essi credono di potere ovviare, con questa modifica alla difficoltà che insorge talora nell'interpretazione delle cosidette reazioni-limite, quelle reazioni cioè in cui si ha un ritardo o una variazione nell'intensità della reazione.

3) ANTIMOIN-TEST DI CHOPRA.

Chopra, Gupta ed altri videro che mettendo una soluzione al 4 % di Ureo-Stibamina a contatto col siero dell'ammalato si ottiene una spessa flocculazione nella zona di contatto dei due liquidi.

Fabbris, D'Oelsnitz ed altri attribuirono grande specificità a tale reazione.

Labernadie e Lafitte pensano che tale reazione sia la più fedele delle prove biologiche per la diagnosi di Kala-Azar, però bisogna evitare due cause di errore: la positività della prova in individui che hanno ingerito chinina e l'uso di soluzioni vecchie d'Ureo-Stibamina.

Bogliolo-Greco e Gentilli, contrariamente agli AA. Francesi, ritengono che la reazione non è nè specifica nè caratteristica per la Leishmaniosi interna.

Recentissimamente Bergonzini e Li-Jen-Yang hanno studiato il valore prognostico dell'antimoin-test ed hanno osservato che l'intensità di tale test diminuisce se la terapia antimoniale influenza favorevolmente la malattia.

Bisogna ricordare che alcuni AA. usarono, invece dell'Ureo-Stibamina, il Neo-Stibosan con buoni risultati.

4) FORMOL-STIBOSAN TEST.

Per Nattan-Larrier e Grimard-Richard, sia l'Aldheyd test, sia l'antimoin-test sono tutt'altro che specifici; perciò tali AA. propongono una reazione basata sull'azione combinata del formolo e del Neo-Stibosan.

Nei casi positivi si ha la formazione di grossi fiocchi bianco-grigiastri, che si raggruppano in un voluminoso precipitato rappreso, occupante quasi tutta l'altezza del liquido. Secondo gli AA. tale metodo è dotato di grande specificità e sensibilità.

***

Altre reazioni sono state proposte recentemente:

a) *Reazione al Sulfarsenolo di Caminopetros.*

L'A. sostiene che tale reazione è più sensibile dell'antimoin-test.

Giraud e Ciaudo, pur ammettendo che tale reazione sia dotata di una certa specificità, pensano che essa sia scarsamente sensibile.

Caminopetros, in un articolo successivo, ribatteva che la reazione è estremamente sensibile e che le obbiezioni di Giraud e Ciaudo altro non erano che la risultante di una deficiente interpretazione dei risultati ottenuti.

b) *Lattogelificazione di Kopaczewsky.*

Applicata alla Leishmaniosi da Nattan-Larrier e Grimard-Richard. Sia questi AA. che Fabiani e Dendale le attribuiscono grande valore, specialmente come indice di guarigione della Leishmaniosi.

c) *Reazione di Henry*, riscontrata positiva nel Kala-Azar da Trensz, Cattoir e Di Benedetto.

d) *Reazione al peptonato di ferro di Auricchio e Chieffi.*

Questa reazione, che non è se non una modificazione della ferro-flocculazione di Henry, venne reputata dagli AA. oltre che fortemente specifica anche molto sensibile, costituendo — oltre che un ottimo ausilio diagnostico — anche un utile indice dell'andamento della malattia; e poichè si affievolisce col migliorare dello stato generale e coll'attenuarsi della febbre, diventando negativa prima della regressione completa di tutti i sintomi, può anche costituire un segno precoce di guarigione (Auricchio).

Anche Verde attribuisce una netta specificità a tale reazione.

Gentilli, avendola riscontrata positiva nella lepra, nella tripanosomiasi, nella lue e nella malaria conclude che occorreranno ancora numerose prove prima di stabilire quale sia il vero valore diagnostico da attribuire a questa reazione.

Recentissimamente Severino, studiando questa reazione nel Kala-Azar, nella lepra ed in altre malattie, concludeva che la reazione di Auricchio e Chieffi — pur essendo positiva in altre malattie (specialmente lepra) — non è mai così rapidamente nè intensamente positiva come nella Leishmaniosi.

Perciò — come si vede — anche questa reazione non ha risposto in pieno alle speranze in essa riposte.

***

Questo lo stato della questione sin'oggi.

Molto si è scritto sul valore comparativo delle varie reazioni e la maggior parte degli AA. hanno accordato il loro favore all'antimoin-test in confronto al globulin-test ed all'aldhey-test.

Nattan-Larrier e Grimard-Richard consigliano, per l'accertamento diagnostico di Kala-Azar, la reazione siero-sierica, la stibosan-formol reazione ed eventualmente la lattogelificazione — come reazioni dotate di maggior sensibilità e specificità.

Bogliolo-Greco accordano un certo valore per la diagnosi di presunzione alle reazioni di Napier e di Chopra.

Gentilli conclude che nessuna delle 4 reazioni (Auricchio-Brahmachari-Napier e Chopra) deve essere considerata come specifica per la Leishmaniosi viscerale.

***

Esaminati i vari metodi proposti per la diagnosi della Leishmaniosi viscerale, passiamo

ora ad esaminare una questione forse più scabrosa: la diagnosi della Leishmaniosi cutanea.

In questo campo i problemi diagnostici attendono ancora una soluzione, forse più che nella forma viscerale.

Infatti, se per lo più il quadro clinico della Leishmaniosi cutanea è abbastanza caratteristico — per permettere, a chi abbia una certa esperienza, la diagnosi di natura delle lesioni — talora interferiscono delle atipie che rendono difficile la diagnosi.

Infatti, mentre da un lato il quadro clinico non è sempre conforme alla classica descrizione dei trattatisti, potendo assumere un poliformismo il più spiccatamente atipico (forme tubercoloidi, epiteliomatoidi, similgommose, rupioidi, psoriasiformi ecc.) — fatto questo messo in luce dal mio maestro nell'endemia abruzzese, in cui si aveva una netta somiglianza con forme lupose, sarcoidee e nodulari in genere — dall'altro bisogna prospettare la possibilità non infrequente di un reperto parassitario negativo, specie nelle lesioni che datino da qualche tempo.

Così anche il quadro istopatologico concorre a questa incertezza diagnostica: infatti mentre il quadro della forma viscerale può riportarsi senz'altro a quello di una reticolo-endoteliosi, non altrettanto avviene per la forma cutanea.

In tesi generale può dirsi che vi siano due tipi istologici estremi della Leishmaniosi cutanea: un tipo granulomatoso banale e quello schiettamente tubercoloide con una gamma di tipi intermedii, da riportarsi a diverse combinazioni delle due forme.

Di pari passo con queste modificazioni istopatologiche va la presenza nelle lesioni dei parassiti, i quali vanno sempre più diminuendo sino a scomparire completamente nella fase tubercoloide.

In base a tutto ciò si comprende come il problema diagnostico della forma cutanea sia talvolta più complesso che non nella forma viscerale e si sia perciò chiesto un ausilio diagnostico ai varî metodi biologici.

La ricerca del parassita nel sangue ha dato solo raramente esito positivo (Neuman, Patton, Higoumenakis). Monacelli in 6 pazienti ebbe sempre esito negativo.

La deviazione del complemento fu positiva in 2 casi di Pavoni, il quale usò come antigene un estratto acquoso di milza leishmaniotica o emulsioni allestite con culture di Leishmania in terreni N.N.N. o la loro acqua di condensazione.

Tali risultati furono convalidati da Caliceti in 2 casi.

Da Cunha Motta trovò positiva in 6 casi di Leishmaniosi cutanea la deviazione del complemento, usando l'antigene di Watson (sangue laccato e citratato di ratto infetto da tripanosoma equiperdum).

Controversi sono i dati sulla Reazione di Wassermann che alcuni AA. (Vignat, Gaucher, Bloch) trovarono positiva nella Leishmaniosi cutanea mentre altri (Ravaut, Ieanselme, Mc Kinstry, Monacelli, Costantino) ebbero sempre risultati negativi.

Piazza Missorici in un caso di Leishmaniosi cutanea in cui il reperto parassitologico fu muto, iniettò — a scopo diagnostico — alla base del nodulo, 2 ctgr. di cloridrato di emetina, sfruttando l'azione parassitotropa specifica verso la Leishmania di tale alcaloide.

Infatti l'emetina provoca una necrosi del nodulo leishmaniotico, mentre in altri granulomi non produce che una lievissima e transitoria reazione infiammatoria.

Risultati buoni diede il metodo della intradermoreazione: Montenegro in 36 casi ebbe risultati positivi in 32 casi e debolmente positivi in 2 casi, usando culture di L. tropica e di L. Brasiliensis, le quali dimostrarono un analogo comportamento.

Da Cunha Motta ebbe in 6 casi il 100/100 d'intradermoreazioni positive usando l'antigene di Watson (v. sopra).

Tali reazioni positive che si ottenevano dopo 24-48 ore, erano caratterizzate da:

1) *Fenomeni locali* (papula eritematosa dolente);

2) *Fenomeni generali* (ipertermia);

3) *Fenomeni focali* (congestione e dolore a livello delle lesioni cutanee).

Recentissimamente Monacelli, usando un vaccino di Leishmania tropica in soluzione fenica per via intradermica, ha ottenuto reazione positiva in 18 casi su 19 di Leishmaniosi cutanea; negativi furono tutti i numerosi controlli tra i quali alcuni di Leishmaniosi viscerali.

Si è voluto anche dare un certo valore alla spiccata monocitosi del sangue prelevato dal focolaio morboso.

***

Ho voluto studiare il valore dei test di Brahmachari, Napier, Chopra e della Formol-Stibosan-reazione nella Leishmaniosi cutanea.

***

Riferirò brevemente sulla tecnica delle varie reazioni.

1) *Globulin-ring-test* (Brahmachari).

In una provetta contenente 1 cc. di siero deponevo lievemente, facendolo scorrere lungo le pareti, 2 cc di H_2O distillata.

Nei casi positivi si aveva la formazione di un anello opaco, nettamente visibile, sulla superficie di contatto dei due liquidi.

2) *Aldehyd-test* (Napier).

Ho usato tale reazione con la modifica di Nattan-Larrier e Grimard-Richard: a cc. 0.5 di siero aggiungevo cc. 0.5 di formolo del commercio.

Nei casi positivi si aveva un'opacizzazione che poteva essere immediata oppure aversi anche entro 24 h.

Non ho mai osservato il fenomeno della gelificazione.

3) *Antimoin-test* (Chopra).

Non mi è stato possibile avere l'Ureo-Stibamina ed ho usato perciò il Neo-Stibosan «Bayer» (*p.-amino-fenil-Stibiato di dietilamina*).

In tre provette contenente ciascuna cc. 0.05 di siero a diluizione differente (0-$\frac{1}{5}$-$\frac{1}{10}$) in soluzione fisiologica, faceva cadere lungo le pareti del tubo 5 gtt. di *Neo-Stibosan* 5 %.

Nei casi positivi si aveva formazione di un precipitato massivo in tutti e tre i tubi.

4) *Formol-Stibosan test.*

In cc. 0.5 di siero lasciavo cadere lentamente 4 gtt. di Neo-Stibosan 10 % ed aggiungevo immediatamente a questa miscela cc. 0.5 di formolo del commercio.

Nei casi positivi si aveva formazione di grossi fiocchi bianco-grigiastri che si raggruppavano in un voluminoso precipitato rappreso, occupante quasi tutta l'altezza del liquido.

Nelle ultime due reazioni sostituii al Neo-Stibosan la Fuadina « Bayer » (Antimon-Pirocatechin-Disulfonato Sodico).

***

Ho saggiato il valore di queste varie reazioni in 14 casi di Leishmaniosi cutanea (la cui diagnosi fu sempre accertata col reperto parassitologico) e in 76 casi di controllo (lepra, lue, blenorragia, ulcere veneree, epiteliomi e dermatosi varie).

I risultati sono riportati nelle tabelle.

LEISHMANIOSI.

	Globulin test	Aldehyd test	Neostibosan test	Fuadina test	Formol-stibosan test	Fuadina-Formol test
1	—	+ +	+	—	+ +	—
2	—	+ +	+	—	+ +	—
3	—	+ +	+	—	+ +	—
4	—	+ + +	+ +	—	+ + +	+ +
5	—	+ + +	+ +	—	+ + +	+ +
6	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—
8	—	—	+	—	+ + +	+ +
9	—	—	+	—	+ + +	+ +
10	—	+ +	—	—	+	—
11	+ + +	+ + +	+	—	+ + +	—
12	—	+ +	+	—	+	+ +
13	$\pm$	+ + +	—	—	—	—
14	$\pm$	—	—	—	+	+ +
Tot. = 14 casi						

CONTROLLI.

	Globulin test	Aldehyd test	Neostibosan test	Fuadina test	Formol-stibosan test	Fuadina-Formol test
34 casi	—	—	—	—	—	—
2 casi	$\pm$	—	—	—	+	—
18 casi	+ +	+ +	—	—	—	—
14 casi	+ +	—	+	—	—	—
4 casi	—	+ + +	$\pm$	—	—	—
3 casi	—	+ +	—	—	+ +	—
1 caso	$\pm$	+	+	—	—	—
Tot. = 76 casi						

Dall'esame delle tabelle risulta lo scarsissimo valore diagnostico per la Leishmaniosi cutanea della globulin-test.

L'*aldehyd-test* dimostrò invece una maggiore sensibilità in quanto risultò positiva nel 65% circa di Leishmaniosi.

Riguardo ai 5 casi di Leishmaniosi, in cui tale reazione fu negativa, bisogna notare quanto segue:

in un caso (N. 6) si trattava di una forma datante da parecchi anni, già trattata, localizzata alla guancia con recidive a noduli staccati e con intradermoreazione negativa.

In un altro (N. 7) si trattava di una forma poco sviluppata con teleangectasie, datante da due anni e con intradermoreazione leggermente positiva.

In un altro caso, ancora, si trattava di una forma localizzata alla parte supero-interna dell'orecchio, datante da qualche mese ed in cura (4 iniezioni di Iobichin da gr. 0,20 ciascuna) e con intradermoreazione positiva.

In altri due casi infine il reperto negativo contrasta col quadro clinico, trattandosi di forme ben sviluppate, non trattate e con reperto parassitologico positivo.

Bisogna infine ricordare che tale reazione fu intensamente positiva in un caso vecchio già trattato da tre anni ed in cui obbiettivamente si riscontravano degli esiti di radiodermite con teleangectasie: in questo caso le altre reazioni furono concordemente negative.

A tale relativa sensibilità fa riscontro una aspecificità del 35 %.

***

L'antimoin test accusò la stessa percentuale di positività (65 %) nella Leishmaniosi cutanea della reazione precedente, però bisogna notare che i risultati furono più concordi con le forme cliniche che non la reazione precedente come in quei due casi in piena evoluzione, in cui l'aldehyd-test fu negativa.

I risultati aspecifici furono del 20 % *circa.*

Sia riguardo all'antimoin-test sia riguardo all'aldehyd-test bisogna osservare che l'intensità della reazione non può costituire un segno differenziale tra forme Leishmaniosiche ed altre forme in cui tale test fu positivo.

***

La Formol-Stibosan reazione è stata quella che ha dato i migliori risultati, sia per sensibilità che per specificità, inoltre mostrò anche uno spiccato parallelismo sia con l'evoluzione clinica, sia con i risultati delle intradermoreazioni.

Fu positiva in 11 casi di Leishmaniosi (85 % di positività).

Da notare anche che, per ciò che riguarda la sensibilità, si dimostrò nettamente superiore a tutte le altre prove.

Fu riscontrata negativa in tre casi, in cui anche il quadro clinico era negativo ed erano stati sottoposti a trattamento (da notare che anche l'antimoin-test fu negativo in questi casi).

All'infuori della Leishmaniosi fu positiva in 5 dei controlli (6 %), però tale positività era controddistinta da una scarsa intensità.

Per quanto riguarda la Fuadina, mentre l'uso di tale preparato antimoniale da solo diede sempre risultati negativi, invece in associazione col formolo, mentre da un lato dimostrò un'assoluta specificità (sempre negativa nei controlli) dall'altro dimostrò una relativa sensibilità; non sempre concordante con i dati clinici e con l'intensità della intradermoreazione.

MECCANISMO DELLE VARIE REAZIONI.

Nulla di preciso può dirsi sull'intimo meccanismo di queste reazioni e non possono avanzarsi che ipotesi più o meno attendibili.

In tesi generale può ammettersi che la sindrome umorale dei Leishmaniosici sia caratterizzata da un'instabilità dell'equilibrio colloidale, derivante da modificazioni del normale rapporto: *sierine-globuline*.

Queste modificazioni possono intendersi nel senso di alterazioni qualitative delle globuline, la cui frazione solubile in acqua sarebbe in eccesso.

E ciò serve a spiegarci:

1) *la scarsa specificità di queste reazioni*: infatti queste reazioni non sono che l'espressione qualitativa di fenomeni d'ordine quantitativo.

Infatti nei sieri normali la « stabilità colloidale » è dovuta ad un rapporto costante tra siero-albumine e siero-globuline: tale costanza è assicurata dalla massa dei colloidi dispersi idrofili del siero, che proteggono la frazione idrosolubile cioè l'euglobulina.

Il complesso fisico-chimico che stabilizza nel siero l'euglobulina, mantenendola in soluzione è rappresentato essenzialmente dalla sierina e dalla colesterina: questi colloidi protettori esercitano un'azione stabilizzante più efficace quanto maggiore è la loro ricchezza in colesterina, la quale abbassando la tensione superficiale concorre a disperdere e stabilizzare le globuline poco idrofile.

Ne deriva allora che la flocculazione è da riportarsi essenzialmente a tre fattori principali — la cui interdipendenza presiede alla stabilità o alla labilità del siero — e cioè da un lato il fattore flocculante, l'*euglobulina*, e dall'altro il fattore stabilizzante la *sierina* e la *colesterina*.

Si comprende allora come, allorchè l'equilibrio tra fattori stabilizzanti e fattori flocculanti (equilibrio che caratterizza i sieri normali) viene a rompersi, si abbia la flocculazione.

Quest'equilibrio può rompersi nel senso o di un aumento del fattore stabilizzante (euglobulina) — ed allora i colloidi protettori saranno quantitativamente insufficienti ad impedire la flocculazione dell'albumina instabile — o di una diminuzione della colesterina e della sietina — pur conservando l'euglobulina una concentrazione normale — cosicchè diminuendo l'effetto dei colloidi protettori, si avrà sempre la flocculazione.

Per queste ragioni si spiega la scarsa specificità di queste reazioni, che stanno essenzialmente a significare un'alterazione del normale equilibrio colloidale del siero.

2) Il perchè sostanze diverse — come il formolo, l'antimonio, l'acqua distillata — svelino queste alterazioni d'ordine fisico-chimico con un'inversione dello stato colloidale (trasformazione di sol in gel): infatti questa modificazione del siero in senso *geloide* — per dirla con Schade — è dovuta alla presenza — in seno alla molecola di questi composti — di elettroliti a carica positiva, i quali, a causa dell'insufficiente attività dei colloidi protettori, verrebbero a combinarsi con gli elettroliti di carica opposta, risultandone in definitiva il fenomeno della flocculazione.

Si potrebbe obbiettare che nella forma cutanea questa sindrome umorale fisico-chimica dovrebbe essere attenuata o anche assente; a ciò si può contrapporre che non è da rigettarsi l'ipotesi di una eventuale compartecipazione dell'organismo in toto, in fase allergica, al quadro cutaneo; ipotesi questa che può essere confortata dal comportamento dell'intradermoreazione e della deviazione del complemento.

CONCLUDENDO io penso che — per quanto queste reazioni non diano un eccessivo affidamento — tuttavia, quando ci troviamo in presenza di un caso sospetto ed altri sussidi diagnostici (parassitologico-istopatologico) facciano difetto, un certo valore di presunzione sia da assegnarsi ad una netta positività denunciata da una formol-stibosan reazione e da un antimointest.

Queste reazioni possono anche darci un'idea del decorso clinico.

Ed in ultima analisi mi sentirei portato a concludere che il riscontro di queste due reazioni fortemente positive possa costituire un notevole appoggio alla diagnosi di Leishmaniosi cutanea.

RIASSUNTO.

L'A. studia il valore diagnostico di alcune reazioni — proposte per la diagnosi di Leishmaniosi interna — in 14 casi di L. cutanea ed in 76 controlli.

Egli conclude che tali reazioni stiano a dimostrare un'instabilità dell'equilibrio colloidale e benchè non siano assolutamente specifiche, sia loro da assegnarsi un certo valore di presunzione per la diagnosi di Leishmaniosi cutanea.

BIBLIOGRAFIA.

AURICCHIO. Studi Sassaresi, 1935, vol. XIII.
BENHAMOU, GILLE e NOUCHY. Bull. Soc. Médicale des Hôpitaux, 1935, pag. 885.
BOGLIOLO e GRECO. Annali di Medicina navale, vol. I, fasc. V-VI.
BERGONZINI e LI-JEN-YANG. Boll. Soc. Biol. Sperim., 1934, pag. 1208.
CAMINOPETROS. Comptes Rendu Soc. Biol., 1934, t. CXV, pag. 910.
ID. Bull. Soc. Pathologie Exotique, 1935, pag. 562.
COSTANTINO. Rivista Sanitaria Siciliana, 1933, pag. 1400.
DI BENEDETTO. Ibid., 1935, pag. 1083.
D'OELNSITZ e FAURE BRAC. Presse Médicale, 1933.
FABIANI e DENDALE. Bull. Soc. Patol. Exotique, 1935, pag. 560.
GENTILLI. Boll. dell'Accad. Pugliese di Scienze, 1934, fasc. I-II.
GIRAUD e CIAUDO. Bull. Soc. Patol. Exot., 1935, pag. 379.
LAVERAN. *Leishmanioses*. Masson, 1917.
MCKINSTRY. Rec. in Zentralblatt für Haut und Gesch., Bd. V, H. 8.
MONACELLI. *La Leishmaiosi cutanea in Italia*. Pozzi, 1934.
ID. Società di Pediatria, agosto 1935.
NATTAN LARRIER e GRIMARD. Bull. Soc. Pat. Exot., 1935, pag. 658.
PIAZZA MISSORICI. Valsalva, 1925.
SEVERINO. Soc. di Pediatria, 1935.
VERDE. Pediatria, 1935.
ZDRODOWSKI e WOSKRESSENSKI. Bull. Soc. Pat. Ex., 1930, pag. 1028.
ID., ID. Loco citato, 1931, pag. 37.

OSSERVAZIONI CLINICHE

POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA
VIII° PADIGLIONE.
Prof. AGOSTINO CARDUCCI, primario medico

Tubercolosi miliare acuta faringo-laringea (forma d'Isambert).

Dott. GIUSEPPE FABRI, aiuto medico.

La localizzazione primaria del bacillo di Koch nel faringe e nelle tonsille è certamente una delle più rare a osservarsi, credo perciò utile rendere nota una osservazione di tubercolosi miliare acuta della gola, che ho avuto occasione di seguire. Il caso è interessante a essere conosciuto oltre che per la sua rarità, poichè come unica manifestazione clinica si può considerare eccezionale, anche per la sua patogenesi e per le sue deduzioni diagnostiche, perchè esistevano manifestazioni a carico del sistema linfatico latero-cervicale che vennero interpretate come manifestazioni di altra natura morbosa.

Gucc. Romeo. di anni 13, proveniente da Maddalena (Sassari) entra in padiglione l'8 settembre 1934.

Il 15 agosto u. s. il paziente dopo un breve periodo di tempo in cui aveva notato senso di malessere e astenia si ammalò con dolore di gola che si esacerbava con deglutizione e febbre modica che riferì a un raffreddore. Contemporaneamente cominciò a notare ingorghi glandolari nelle regioni sottomascellari e latero-cervicali che rapidamente aumentarono di volume.

Le cure locali a base di pennellature e polverizzazioni, gli apportarono un momentaneo sollievo. La febbre però non cessò e si mantenne quotidiana a tipo intermittente con esacerbazioni serotine e la disfagia si intensificò e la voce divenne leggermente nasale. Nessun altro disturbo degno di nota; poichè le condizioni del paziente non tendevano a migliorare gli fu consigliato il ricovero in ospedale.

Nel passato (1914) ha sofferto di otorrea sinistra. Non ha avuto in passato speciali suscettibilità per le flogosi catarrali delle prime vie respiratorie. Genitori viventi e sani, un fratello vivente e sano.

Es. obiettivo. — Condizioni generali scadenti, sensorio vigile, decubito indifferente, stato di nutrizione e sanguificazione scadente, cute e mucose visibili rosee, non cicatrici, non eruzioni.

Pannicolo adiposo scarso, non edemi, muscoli bene sviluppati. Nulla allo scheletro. Apparato linfoglandolare: nella regione latero-cervicale sinistra si nota una tumefazione della grandezza di un uovo di piccione ricoperto da cute normale, non aderente, a superficie irregolare, consistenza duro-elastica, indolente spontaneamente, lievemente dolente alla palpazione. All'intorno e nella zona sottomascellare si notano linfoglandole della grandezza di un fagiolo, spostabili e isolate le une dalle altre. A destra si notano numerose linfoglandole con gli stessi caratteri descritti a sinistra. Nulla di notevole a carico delle altre stazioni linfo-glandolari.

Temperatura 37°,3 al momento dell'esame. Polso 98 ritmico piccolo. Respiro 26. Pupille isocoriche bene reagenti alla luce e alla accomodazione. Dentatura sana. Lingua bene protusa, leggermente impaniata. Faringe di colorito rosso-vinoso così pure i pilastri anteriori. La tonsilla destra ingrossata e criptata con piccole chiazze emorragiche. La superficie della tonsilla con aspetto speciale, l'epitelio appare eroso. Nulla a carico della tonsilla sinistra. Lieve edema dell'ugola.

Torace ben conformato, il f. v. t. ovunque trasmesso. Apici sulla prominente, diametri cucullari uguali, le basi in sede si espandono, ovunque suono chiaro polmonare e murmure vescicolare normale senza rumori accessori. Cuore nei limiti, toni netti. Addome normale per forma e volume, cicatrice infossata trattabile, non punti dolenti, non si palpano tumefazioni, non presenza di liquido, fegato margine superiore, ottusità assoluta 6ª costola emiclaveare, margine inferiore arcata. Milza. Polo superiore IX costola ascellare media, polo inferiore deborda 1 cm. dall'arcata.

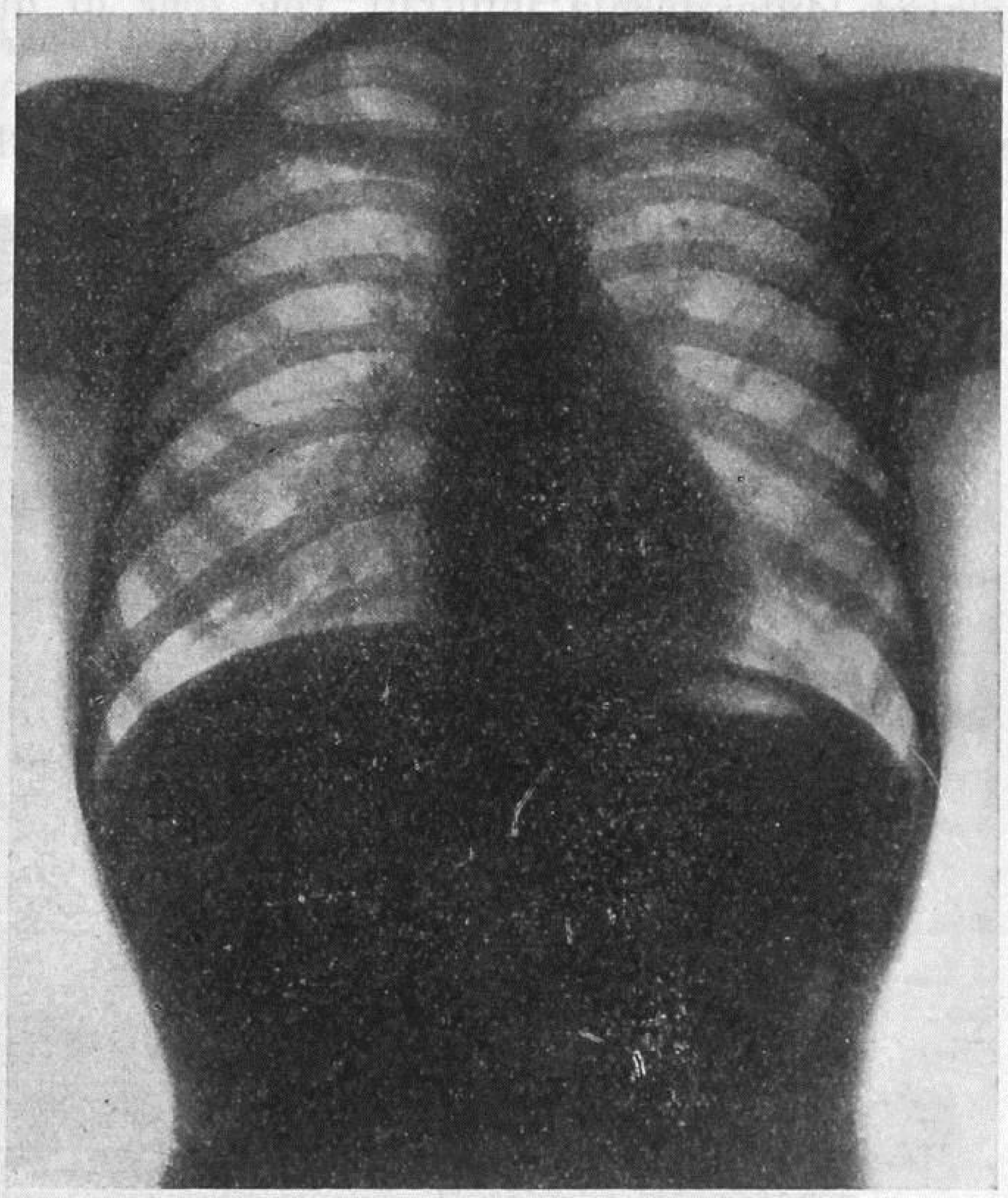


FIG. 1.

I reni non si palpano. Nulla ai genitali. L'esame del sistema nervoso negativo.

I dati delle ricerche eseguite sono i seguenti: Esame emocromocitometrico a fresco e con colorazione vitale. Impilamento normale. Reticolociti 1 % circa. Piastrine numerose. Anisocitosi fisiologica. Non poichilocitosi. Glob. rossi 4.000.000, Hg. 65, Vg. 0,80. Rapporto globulare 1727. Striscio (May-Gr Giemsa) normoisocromia. (N. 59, E. 2, b.o.l. 18, M. 21). Assenza di forme immature della serie rossa e bianca. La radiografia del torace negativa. La reazione Wassermann del sangue è stata negativa.

Azotemia 0,30 per mille. Glicemia 1,02 per mille. Esame della pressione (Boulitte Universel) mx. 100, my. 70, mn. 60. Esame delle urine completamente negativo. Cutireazione alla tubercolina negativa. Esame dell'espettorato Koch, negativo. Esame del fondo dell'occhio, negativo.

Decorso della malattia. — Il paziente venne ricoverato l'8 settembre 1934 e in base ai dati anamnestici e obiettivi venne emessa diagnosi di probabilità di « Linfoblastoma tonsillare con metastasi cervicale ».

La temperatura si mantenne intermittente con elevazioni serotine. Le condizioni generali diventarono in seguito più scadenti data anche la difficoltà incontrata nella nutrizione. Venne iniziata una serie di applicazioni di Roentengterapia.

Comparvero sulla tonsilla destra arrossata delle pseudomembrane. La ricerca del bacillo di Loëfler fu negativa sia all'esame diretto, che dopo cultura.

In seguito il palato molle, i pilastri, l'ugola apparvero diffusamente infiltrati, con zone di disepitelizzazione, sulla mucosa del palato comparvero fini tubercoli bianco-grigiastri, che disfacendosi dettero luogo alla produzione di piccole ulcerazioni più o meno profonde, molto dolorose, con il margine scollato e usurato e all'intorno prolificazioni papillari con epitelio bianco-bluastro ispessito.



FIG. 2. — Sezione di tonsilla. Intorno a follicoli degenerati, sono evidenti tubercoli miliari. Nel centro di uno di essi una grossa cellula gigante.

In base a tali dati venne posta la diagnosi di « tubercolosi miliare acuta del faringe » venne inviato il paziente in clinica otorinolaringoiatrica per ulteriori esami.

L'esame dell'orofaringe (prof. Di Vestea) dava: il palato molle fino al limite del palato duro, e infiltrato e sollevato da noduletti miliari, alcuni ulcerati e ricoperti da induto settico specie alla base dell'ugola; i pilastri fortemente infiltrati, ispessiti, lardacei, di colorito roseo giallastro, tonsille ulcerate e ulcerata la parte posteriore del faringe. Laringe; epiglottide fortemente infiltrata, edematosa; ulcerazioni pallide, tonsille coperte di induto grigiastro settico, anche nell'ipofaringe e nel vestibolo laringeo. Diagnosi: Tubercolosi miliare acuta faringe e laringe (forma d'Isambert).

Della tonsilla destra e del laringe venne praticata una biopsia di cui riferisco in seguito le caratteristiche più salienti.

Tale sintomatologia perdurò fino all'8 novembre quando lo stato generale dell'infermo divenne sempre più grave, la febbre alta e approssimativamente continua; il colorito di una tinta speciale pallida, ma evidentemente cianotica, la respirazione dispnoica. L'esame dell'apparato polmonare non dette nulla all'ispezione e percussione, all'ascoltazione reperto di fini rantoli a piccole bolle su tutto l'ambito.

La complicazione della diffusione miliarica ai polmoni apparve evidente.

Di nuovo con l'ansa di platino, previa lavatura della bocca con soluzione fisiologica sterile, venne prelevato il secreto delle ulcerazioni del faringe; si potettero così allestire preparati che dettero la presenza del bacillo di Koch.

Dato lo stato sempre più grave, l'iperpiressia continua, la disfagia sempre più dolorosa, tanto da far rifiutare all'infermo qualsiasi cibo, la respirazione molto difficoltosa, si chiese nuovamente il parere dello specialista, che notò un aumento dell'infiltrazione dell'epiglottide e del vestibolo laringeo, per cui, data la stenosi respiratoria, consigliò la tracheotomia. I parenti però si opposero a tale intervento e il paziente venne a morte dopo 45 giorni dall'entrata in Ospedale, e dopo circa 70 giorni dall'inizio della malattia.

Esame necroscopico. — Qualche segno di grattamento, modico edema subaracnoidale. Nulla a carico del sistema nervoso. A carico dei polmoni fine disseminazione di tubercoli miliarici, meglio evidenti nel polmone destro. Tubercoli si notano pure a carico delle glandole peribronchiali. Cuore gr. 250. Nulla al fegato e alla milza. Emorragie sottosierose del colon. Nella mucosa della lingua e del palato si notano fini tubercoli e ulceri a

margine scollato. L'epitelio appare bianco-bluastro, ispessito. Sulla mucosa del faringe fini tubercoli e ulcerazioni più o meno profonde. Analoghe lesioni a tipo distruttivo e ulcerativo a carico delle tonsille. Tutto il tessuto appare infiltrato. A carico del laringe: edema diffuso, rimovendo il quale si vedono forme tubercolari a tipo nodulare. L'alterazione si estende anche alle corde vocali e ai ventricoli del Morgagni. D'ambo i lati con maggior intensità alle corde vocali di destra e diffusione alla prima porzione del laringe. I gangli cervicali formano cordoni nodosi lungo i vasi del collo, aumentati di volume, alcuni raggiungendo quello di un uovo, alcuni di essi di di consistenza molle; questi, al taglio, appaiono asciutti omogenei; altri, con al centro una poltiglia bianco-giallastra.

Esame istologico. — Tonsille. Il tessuto di esse appare profondamente alterato. Sono visibili rari giganti. Nella capsula, infiltrazione linfocitaria diffusa.

La tubercolosi delle fauci è piuttosto rara. Generalmente si tratta di tubercolosi secondaria ad altre lesioni della stessa natura. Quasi sempre sopravviene nel decorso di tubercolosi polmonare anche al suo inizio. La tubercolosi primitiva, negata da prima, è stata poi ammessa; se ne è vista la possibilità dalle esperienze di Baugmarten, che ha trovato in tonsille di animali nutriti di sostanze inquinate di tubercolosi, delle ulceri tubercolari ricche di bacilli.

Dati interessanti nei riguardi dei punti di ingresso dei bacilli tubercolari si possono

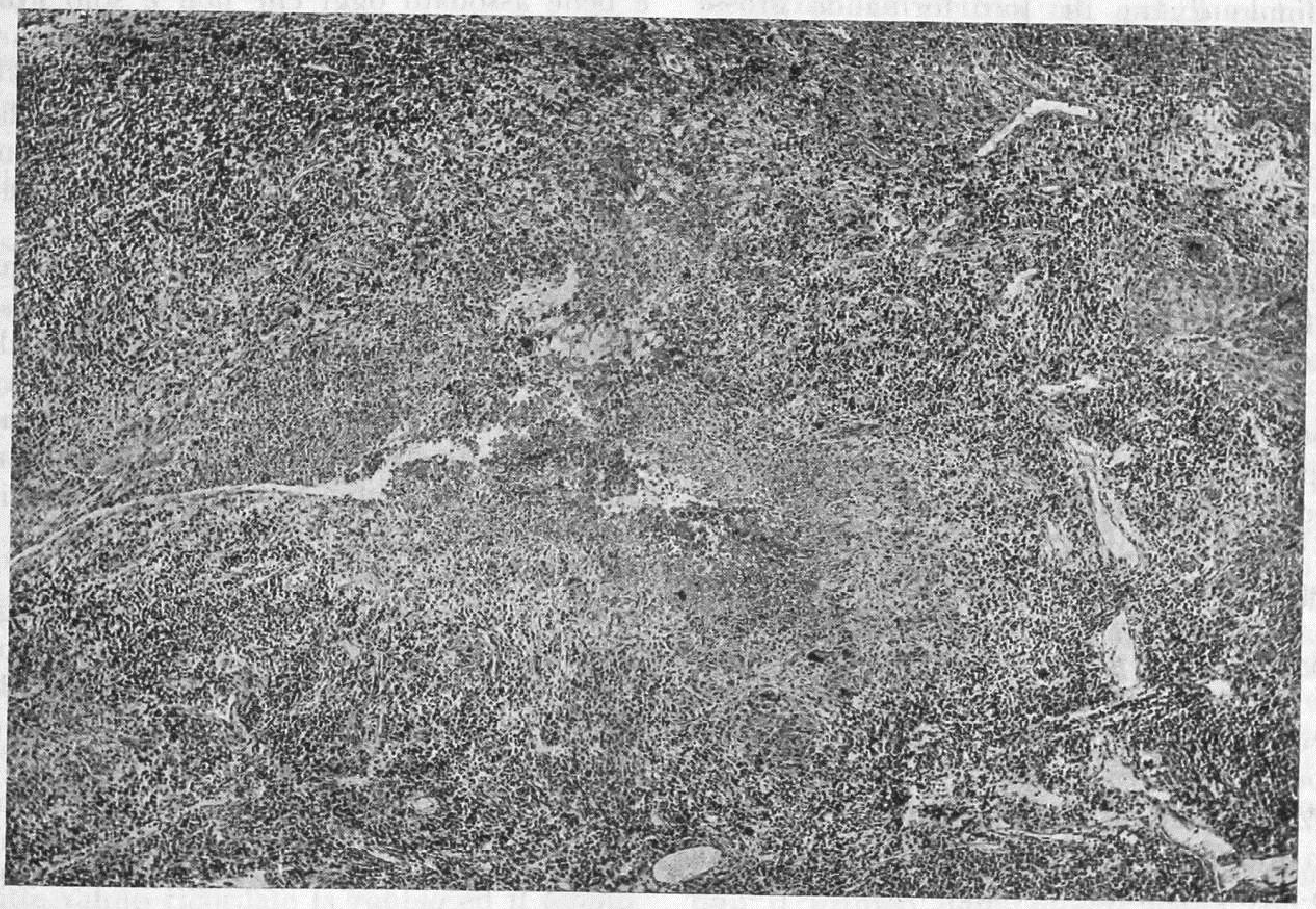


FIG. 3. — Sezione di tonsilla. Al centro un tubercolo e, all'intorno, fittamente stipate, elementi rotondi, linfociti e plasmacellule.

follicoli alterati. Si notano segmenti formati da tessuto connettivo, sclerotico, con abbondanza di vasi, che presentano ispessimento della media e avventizia. Si notano disposizioni glomerulari di elementi al cui centro si vedono cellule giganti numerose e all'intorno cellule epiteliodi fittamente stipate. L'elemento circostante a questi tubercoli è formato da un tessuto reticolare infiltrato da elementi rotondi, linfociti e plasmacellule, dove sono riconoscibili i follicoli, questi appaiono infiltrati nella loro parte centrale da tubercoli miliari epitelioidi. Nei tubercoli più grossi si nota la rarefazione di elementi, segno di disfacimento caseoso. In sezioni colorate con il metodo di Ziehl si sono messi in evidenza rari bacilli di Koch nelle cellule giganti.

Glandole linfatiche latero-cervicali: Le sezioni delle ghiandole presentano ovunque grossi noduli di varia grandezza e forma variabile in cui si notano cellule epitelioidi e numerose cellule

trarre dalle indagini anatomopatologiche sulle localizzazioni primarie dell'infezione tubercolare. Ricordo ad esempio la tabella seguente stabilita da Ghon e Kundlich, su materiale di 2.000 necroscopie:

Tubercolosi polmonare primaria	95,93 %
» intestinale primaria	1,14 %
» nasale primaria	0,09 %
» tonsillare primaria	0,05 %
» dell'orecchio med. pr.	0,09 %
» della cute primaria	0,14 %
» della congiunt. prim.	0,05 %

Per primo Isambert descrisse una forma acuta a decorso fatale della malattia che denominò la « tubercolosi miliare acuta farin-

go-laringea » forma clinica tuttora conservata, e che da Isambert prende nome. La sintomatologia clinica, da lui descritta, consiste dapprima in dolore alla gola, difficoltà nell'inghiottire, la disfagia va in seguito sempre più aumentando, a tal punto, che è raro riscontrare nelle più gravi malattie faringolaringee. La voce per lo più prende timbro nasale a causa della rigidità del velo pendolo per infiltrazione tubercolare oppure col progredire della malattia, per l'imponente distruzione, che può interessare oltre che il velo pendolo anche le parti vicine. Sulla parte posteriore del faringe i piccoli granuli che in primo tempo compaiono come testa di spilli, bianco-grigiastri, col progredire della malattia si fondono tra di loro formando grosse chiazze ulcerate. Spesso compaiono adenopatie cervicali di volume variabile. La morte sopravviene per asfissia o per inanizione.

Cadeoc e Orth, seguendo le esperienze di Baugmarten, hanno dimostrato l'origine alimentare della tubercolosi delle tonsille, con o senza lesioni dei gangli cervicali.

L'infezione tonsillare può aversi, però, anche per respirazione di polvere bacillifera, che provoca l'infezione del tessuto linfoideo-faringeo, penetrando nelle tonsille palatine, sia per la respirazione buccale, sia per quella nasale, che deposita i bacilli sulla tonsilla faringea, molto più vulnerabile, perchè non è detersa dai liquidi buccali (saliva), e nelle numerose cripte possono arrestarsi e moltiplicarsi.

Arslan descrive un caso di probabile tubercolosi primitiva delle tonsille per contagio diretto della moglie affetta da tubercolosi dei polmoni.

Senza dubbio, la maggior parte dei bacilli, che in numero considerevole imboccano la via bucco-faringea non vi soggiornano a lungo. Essi non fanno che passare, trasportati sia dalla corrente d'aria inspiratoria, sia, in più gran parte, dalla saliva. Qualcuno però può penetrare nel tessuto linfoide; questa localizzazione può essere facilitata da alcuni fatti distrofici dell'apparato linfatico.

Gli organi linfoidi delle fauci hanno un rivestimento epiteliale labile, che facilmente presenta lesioni di continuità. Le infezioni miste, così frequenti nella faringe, debbono avere pure un compito importante nella penetrazione del germe ed è probabile che in tali soggetti le « poussés » frequenti di tonsilliti e di faringiti acute siano l'indizio di una nuova invasione.

Tornando al caso presente è opportuno discutere sulle manifestazioni dell'apparato linfatico, che costituiscono il punto di maggior interesse nella anamnesi, per la imponenza con cui si manifestarono e per le interpretazioni cui dettero luogo.

Questi ingorghi glandolari possono oggi essere interpretati nel loro giusto valore, se si ammette che stiano a testimoniare la prima tappa dell'infezione tubercolare. Le barriere linfatiche hanno progressivamente ceduto fino ad aversi poi bruscamente l'entrata in circolo (per i linfatici profondi o le vene) del germe.

Si può anche pensare che questi ripetuti episodi a carico del sistema linfatico abbiano condotto a una maggiore sensibilizzazione dell'organismo, a uno stato allergico precedente lo scoppio della miliare.

Da tante conoscenze cliniche di laboratorio, è bene assodato oggi che non è solo l'individuo vergine da qualsiasi manifestazione tubercolare, quello che diviene preda dell'invasione acuta; non è escluso che ciò succeda pure per quello minato da una localizzazione latente e con gran frequenza proprio da una forma glandolare.

Chiudendo la discussione di questo caso, è opportuno insistere che la regione tonsillare è forse più frequentemente interessata dal processo tubercolare di quanto non si creda; piccole ulcerazioni, minime infiltrazioni superficiali delle tonsille, spesso possono sfuggire anche ad un osservatore attento e sarà perciò doveroso praticare, in tutti i casi dubbi, la biopsia sistematica.

Si è così passato rapidamente in rassegna le questioni più importanti, che si riferiscono al problema patogenetico e clinico della tubercolosi primaria delle fauci; non mi illudo di aver fatto una trattazione esauriente e sufficiente, ma mi auguro di aver ricordato problemi che, dando lo spunto a discussioni, potranno portare utili insegnamenti per tutti.

RIASSUNTO.

L'autore presenta un caso di tubercolosi primitiva miliare acuta della gola, discutendo sul problema patogenetico e clinico.

BIBLIOGRAFIA.

ARDONNI. *Sopra un caso di tubercolosi del faringe.* Revue de Laringologie, n. 5, magg. 1934.

BONANNO. A. M. *Tubercolosi miliare acuta del faringe con adenite bacillare acutissima.* Minerva med., f. 1304-08, nov. 30, 1927.

DI VESTEA D. *Tubercolosi miliare acuta del faringe.* Valsalva, 1928.

DESPONS. *Tubercolosi del faringe.* Rev. de Laryngologie, 31 mars 1927.

SILLINARDI. *Un caso di tubercolosi acuta del faringe.* Gior. Med. dell'Alto Adige, maggio 1930.

ESNI G. *Un caso di tubercolosi miliare acuta del faringe.* Pediatria pratica, febbraio 1928.

SUNTI E RASSEGNE

MALATTIE INFETTIVE.

Il neurotropismo delle malattie infettive.

(L. Rimbaud. *Presse Médicale*, 28 marzo 1936).

Le malattie infettive primitive o secondarie del sistema nervoso sono divenute molto frequenti da un ventennio a questa parte. Le forme di encefalite si moltiplicano; le neuromieliti, che prima venivano attribuite quasi esclusivamente alla sifilide, prendono forme e decorsi diversi a seconda dei germi che le provocano; le radiculonevriti si osservano spesso a piccole epidemie; le febbri eruttive, anche le più benigne come la varicella, si complicano con manifestazioni meningo-cerebrali spesso mortali.

La comparsa e la diffusione dell'encefalite e dell'encefalomielite durante la grande guerra sembra essere stata la manifestazione iniziale di questa efflorescenza di neurotropismo. È difficile dire se si tratta di forme morbose nuove o che inopinatamente hanno presa larga diffusione, o di quadri morbosi che l'indagine clinica più accurata ha consentito di rilevare e di precisare.

Le infezioni neurotrope hanno un accentuato polimorfismo sintomatico ed etiologico; si possono distinguere in: 1° infezioni specificamente neurotrope da germe sconosciuto o da virus filtrabili talvolta biologicamente identificati, ma non isolati; 2° infezioni specifiche da germi conosciuti o sconosciuti divenuti neurotropi, sopratutto febbri eruttive.

I. *Infezioni specificamente neurotrope*.

Costituiscono un ricco gruppo di malattie con localizzazioni varie sul sistema nervoso centrale e periferico, con sintomatologia e decorso multiforme. Comprendono:

A) *Malattie del sistema nervoso da germi e virus neurotropi specifici identificati*. Prime fra tutte vanno ricordate la *rabbia* ed il *tetano*, i cui agenti patogeni hanno un'affinità nervosa esclusiva, nonchè la *meningite cerebro-spinale epidemica* con il meningococco di Weichselbaum.

Il *beriberi* è ritenuta una malattia avitaminica, ma non è escluso che si tratti di un'infezione.

I germi della *lebbra* e della *sifilide* hanno senza dubbio un'affinità nervosa elettiva. Per tutte e due le infezioni, ma specialmente per la sifilide, è sorta la questione del doppio germe, dermatropo e neurotropo, non ancora sicuramente risoluta.

La *poliomielite anteriore acuta* è la tipica malattia neurotropa. Le conoscenze sull'etiologia di questa infezione si sono molto sviluppate in seguito agli studi della sua inoculabilità alle scimmie.

L'epidemia di *encefalite epidemica* iniziatasi nel 1916 ha aperto nuovi orizzonti per lo studio delle infezioni del sistema nervoso ed ha fornito largo materiale per lo sviluppo delle nostre conoscenze sulle localizzazioni cerebrali. Le forme cliniche che può assumere la malattia sono molteplici: letargica, mioclonica, algomioclonica, coreoatetosiche, bulbomidollari e periferiche. Mentre in Europa l'encefalite diveniva sempre più rara, nuovi focolai epidemici scoppiavano in America e Giappone, con forme cliniche e reazioni serologiche diverse.

Sono noti i postumi encefalitici, sopra tutto le forme parkinsoniane, che ora più che a esiti distruttivi si tende a mettere in rapporto a focolai cronici dovuti alla persistenza del virus nel parenchima nervoso.

L'*hepers zoster* è una malattia infettiva con localizzazione elettiva nei gangli rachidei posteriori e nei gangli dei nervi cranici sensitivi, causata da un virus con affinità neurotropa e dermatropa. Attualmente si è riconosciuto che tale virus può dare anche una sintomatologia nervosa (radiculalgie) esclusiva senza eruzioni cutanee.

B) *Malattie del sistema nervoso da infezione neurotropa specifica probabile*. Si tratta di malattie del nevrasse o dei nervi periferici che hanno tutti i caratteri delle malattie da virus, la cui natura infettiva non si è potuta dimostrare nè con la trasmissione e l'inoculazione sperimentale, nè per il verificarsi indiscutibile di contagi e di epidemie.

La natura infettiva della *sclerosi a placche* più che probabile appare certa, tenuto conto del polimorfismo sintomatico, dell'evoluzione a crisi della forma cronica, del decorso progressivo della forma acuta, del tipo delle lesioni anatomiche (infiltrazione perivasale). Tuttavia bisogna riconoscere che i successi di trasmissione affermati da alcuni autori come anche il preteso isolamento del germe non sono stati confermati.

A lato della sclerosi a placche bisogna mettere il gruppo delle *mieliti acute* che per il loro modo di manifestarsi e per il loro decorso s'avvicinano alle forme midollari della nevrassite epidemica, alla poliomielite acuta, alla sifilide midollare e alla sclerosi a placche acuta.

Le *encefalomieliti acute* e le *infiammazioni acute disseminate del sistema nervoso*, di cui Flatau ha osservato un'epidemia in Polonia nel 1928, rappresentano forme di transizioni tra le encefaliti e le mieliti acute. Il loro inizio è brusco: cefalea, paresi a forma paraplegica o emiplegica, parestesie vaganti e sparse. Nel periodo di stato i disturbi sensitivi regrediscono, mentre quelli motori si precisano e compaiono paralisi oculari e facciali. La febbre manca quasi sempre. Nella maggior parte dei casi si ha la guarigione in qualche settimana.

La *malattia di Schil-der-Foix* sembra essere

un'infezione o intossicazione neurotropa a localizzazione centro-lobare (leucoencefalite) fatalmente mortale. Colpisce bambini e adolescenti. Clinicamente è caratterizzata da cecità progressiva, paralisi (paraplegia o emiplegia) con contratture, convulsioni e disturbi mentali.

Alle infezioni midollari primitive appartengono anche la *mielite necrotica subacuta* di Foix e Alajouanine nella quale il processo infettivo ha una tendenza necrosante, la *neuromielite ottica acuta* di Devic caratterizzata da sintomi midollari paraplegici e neurite ottica, l'*atassia acuta* di Leyden che forse è una forma atipica di sclerosi a placche.

Le *radiculalgie lombari*, le *nevralgie intercostali*, le *nevralgie lombo-addominali* e *addomo-genitali* devono essere ravvicinate ad alcune *paraplegie transitorie* a tipo flaccido doloroso.

Oltre queste forme transitorie si possono avere forme gravi per la loro persistenza nelle quali ai sintomi radiculo-neuritici si accompagnano processi midollari. Esse sono caratterizzate da dolori più violenti, meno localizzati in territori radicolari, impotenza motoria più netta, atrofie muscolari, abolizione dei riflessi tendinei, disturbi simpatici (iperidrosi, sindrome Bernard-Horner), debole reazione termica, eventualmente disturbi sfinterici, paralisi di nervi cranici. A queste forme nelle quali si riscontrano sintomi attestanti lesioni multiple del mesocefalo, del midollo, delle meningi, delle radici e dei nervi è stato dato il nome di *neuroniti*. La febbre è discreta. Tutti i disturbi generalmente regrediscono a poco a poco.

II. *Infezioni specifiche da germi conosciuti e sconosciuti divenuti neurotropi*.

Parallelamente alla diffusione delle epidemie e all'aumento di frequenza di casi sporadici di infezioni neurotrope autonome, negli ultimi quindici anni si è constatata una recrudescenza di accidenti nervosi nelle malattie infettive e sopra tutto la comparsa di stati infiammatori non suppurati dei centri nervosi nel corso delle febbri eruttive.

A) *Il neurotropismo delle febbri eruttive*.

L'*encefalite* o *nevrassite vaccinica* era stata vista da P. Marie nel 1885 e da Comby nel 1907. Ma è stata osservata largamente in serie solo da una dozzina di anni, sopra tutto in Inghilterra ed in Olanda. Colpisce i ragazzi dai 3 ai 12 anni. Si manifesta dopo le prime vaccinazioni tardive, ed in capo a 6-12 giorni dalla inoculazione. Si tratta di una malattia grave, letale nel 30-40 % dei casi. Poichè non ne sono mai presi i bambini con meno di tre anni di età, è buona norma praticare la vaccinazione nei primi mesi di vita.

Le *neurassiti del vaiuolo* sono rarissime. Sembra che i casi pubblicati possono riferirsi ad encefaliti vacciniche.

Più frequente è la *nevrassite varicellosa*, che scoppia al secondo o terzo giorno di una varicella normale o ad esantema appena accennato. Sono stati descritti casi anche di encefalite varicellosa senza esantema. Sono particolari di queste forme sintomi cerebellari (vera atassia acuta), sintomi striati (corea, atetosi) e accidenti mielitici (paraplegia con atrofia muscolare). È meno grave di quella vaccinica. Di regola si ha la guarigione.

Il *morbillo*, la *rosolia* e la *scarlattina* hanno anch'esse i loro accidenti di neurotropismo, che si manifestano nel declinare del periodo eruttivo ed anche nella convalescenza: sintomi meningei, meningo-encefalitici diffusi, cerebellari, mielitici, radiculo-neuritici e psicotici.

Le complicazioni nervose delle febbri eruttive sembrano tanto più gravi quanto più discreti sono gli esantemi.

B) *Il neurotropismo di altre malattie infettive*.

Nella *parotite* si riconoscono con molta frequenza disordini meningei e cerebrali. Il meningismo, spesso in forma attenuata, è presente nella maggioranza dei casi. In qualche epidemia di parotite sono stati registrati anche casi di nevrassite senza manifestazioni a carico delle parotidi.

La *pertosse* anche può avere complicazioni nervose. Si può avere l'encefalite con convulsioni e sonnolenza, e l'encefalomielite disseminata con notevoli disturbi motori (paraplegia, emiplegia). La prognosi è molto grave.

Il neurotropismo della *difterite* è ben noto. Sono da tempo riconosciute come frequenti le lesioni dei nervi periferici. Negli ultimi tempi sono stati pubblicati casi di encefaltte difterica.

Gli accidenti nervosi del *tifo* hanno una ricca documentazione. Accanto alle classiche complicazioni mielitiche e neuritiche devono prendere posto le encefaliti, che sembrano colpire prevalentemente i lobi frontali con delirio, cefalea, manifestazioni atasso-dinamiche, segni d'ipertonia. Questi fatti sono spesso mascherati dalla gravità dello stato tifoso e si rendono manifesti solo con la convalescenza.

Nel corso del tifo s'incontrano con grande frequenza piccoli segni neurologici (accenni di Kernig, paresi pupillare, iper- o iporeflettività, segno di Babinski transitorio) che di solito sono coincidenti con reazioni del liquor (iperalbuminosi e ipercitosi).

Le localizzazioni nervose della *melitense* sono molteplici e frequenti: manifestazioni midollari (paraplegie spastiche), periferiche (radiculo-neuriti, polineuriti), meningee, ed encefalo-meningee (parestesie, paresi, disartrie, afasie, astenia mentale, indifferenza e euforia). Questi ultimi fatti sono spesso intermittenti e sembrano legati a spasmi vasali.

La *pulmonite*, specie nei bambini, può avere complicazioni neurassitiche.

L'*influenza* è tra le infezioni quella che più frequentemente dà complicazioni nervose quantunque per la maggior parte non gravi. Le relazioni tra influenza ed encefalite epidemica sono ancora discusse. Ma a parte ciò nell'influenza è facile riscontrare cervico-brachialiti, radiculalgie lombari, paraplegie transitorie, vere forme psicotiche e sopra tutto uno speciale stato di astenia indice dell'affinità della tossina influenzale per il sistema nervoso. Dr.

L'anatossina stafilococcica.

(Ramon, Bocage, Mercier et Richou. *Presse Méd.*, 17 luglio 1935 e 19 febbraio 1936).

Le ricerche eseguite in questi ultimi anni hanno trasformato le nostre concezioni sulla patogenesi delle affezioni stafilococciche, sull'immunità antistafilococcica e sul suo meccanismo? Esse hanno portato a modificare i metodi terapeutici delle malattie nelle quali è in giuoco lo stafilococco. Il più brillante risultato di questi studi è la preparazione della anatossina stafilococcica, il cui impiego sta divenendo ogni giorno più diffuso.

L'anatossina stafilococcica è un derivato della tossina ottenuta secondo la tecnica di Ramon, sottoponendo il filtrato di una cultura all'azione di una piccola quantità di formolo alla temperatura di 39°-40° per circa 12 giorni. Essa non deve contenere traccia della azione tossica della tossina da cui deriva (e sotto questo punto di vista va accuratamente controllata), mentre deve aver conservato un notevole potere antigene apprezzabile con il metodo della flocculazione. Soltanto così è possibile avere a disposizione un prodotto perfettamente innocuo, capace di provocare nell'organismo la produzione di anticorpi.

I casi finora raccolti sono circa 500. Le affezioni cutanee costituiscono la maggioranza di questi casi. Il trattamento consiste in tre iniezioni di anatossina, la prima di 0,5, la seconda di 1, e la terza di 2 cmc. eseguita ad una settimana di intervallo. I risultati ottenuti danno prova indubbia dell'efficacia di questo metodo terapeutico: su 131 casi di foruncolosi cronica ed inveterata curati all'Ospedale Pasteur soltanto in 7 si sono avute delle recidive, e in tre di questi si trattava di iperglicemici. Risultati ugualmente ottimi si sono ottenuti nella sicosi, nell'idrosadenite e nell'acne, sebbene in quest'ultima forma fossero necessarie fino a 7-8 iniezioni per giungere alla guarigione.

L'uso dell'anatossina nelle osteomieliti e nelle setticemie è ancora allo studio.

È necessario tener conto delle reazioni allergiche che l'iniezione di anatossina provoca soprattutto nei soggetti malati da molto tempo e quindi divenuti ipersensibili ai prodotti stafilococcici. Lo studio di tali reazioni ha portato Tzanck, Carlinfanti e Klotz a considerare necessaria un'iniezione di saggio per via intradermica di 0,05 cmc. di anatossina. Solo se questa iniezione non avrà dato reazione intensa potrà essere iniziata la cura per via sottocutanea senza temere reazioni violente locali e generali.

Lo studio serologico ha dimostrato che nell'uomo come nell'esperimento sugli animali, l'anatossina è capace di provocare la produzione di antitossine specifiche dimostrabili con le prove di neutralizzazione delle proprietà della tossina stafilococcica (potere dermonecrotico, potere letale, potere emolitico in vitro). Il titolo delle antitossine che è in genere assai debole prima della cura, subisce un aumento più o meno forte durante e dopo questa parallelamente alla scomparsa delle manifestazioni patologiche.

Lo studio del meccanismo dell'immunità stafilococcica ha oramai portato a considerare il potere patogeno dello stafilococco analogamente a quello del bacillo difterico come la risultante di due proprietà: la virulenza, cioè la tendenza a moltiplicarsi nei tessuti e il potere tossigeno. Quest'ultimo poteva ancora essere messo in dubbio, perchè, secondo l'espressione di M. Nicolle « era difficile far sputare allo stafilococco la sua tossina » in vitro. Ora che il perfezionamento dei mezzi di cultura ha permesso di ottenere una vera esotossina stafilococcica, questo germe viene ritenuto capace di agire sui tessuti solo per mezzo della sua tossina, la quale appare così l'elemento patogeno e l'antigene essenziale della malattia stafilococcica. Una prova della preponderanza della tossina nei fenomeni della immunità stafilococcica è data dalle ricerche di Carlinfanti, di Bonnet ed altri, che dimostrano che il siero dei soggetti affetti da stafilococco devia quasi costantemente il complemento in presenza di tossina specifica e più raramente e con meno intensità in presenza del germe.

L'antitossina specifica prodotta dall'iniezione dell'anastafilotossina nel malato, annullando gli effetti locali della tossina si oppone alla vegetazione dei germi e favorisce la loro distruzione.

Così grazie alle scoperte ed ai perfezionamenti di tecnica del laboratorio che permettono di ottenere degli antigeni-vaccini facilmente controllabili nella loro innocuità e nella loro efficacia, dei nuovi metodi curativi si sostituiscono a poco a poco agli antichi procedimenti più o meno empirici. Cosa si sa di preciso sull'azione dei vaccini microbici costituiti da germi uccisi? Sulle loro proprietà immunizzanti? Invece il potere antigene intrinseco delle anatossine può essere valutato con precisione e il loro effetto immunizzante previsto e inoltre facilmente verificato: il metodo stesso della flocculazione di Ramon che ha servito

alla scoperta delle anatossine permette di misurare la loro attività.

All'anatossina difterica e all'anatossina tetanica che hanno ormai fatto la loro prova si aggiunge ora l'anatossina stafilococcica che può essere utilizzata con successo nella terapia specifica di varie affezioni stafilococciche.

E. CARLINFANTI.

Contributo allo studio della terapia tetanica col nuovo metodo siero-urotropina.

(C. BLANET e U. RONCONI. *Giornale di Batteriologia e Immunologia*, aprile 1936).

La terapia attuale del tetano dispone dei seguenti mezzi: escissione della ferita per allontanare il focolaio di produzione della tossina; sieroterapia; anestesia inalatoria; medicamenti ausiliari. In vario modo vengono giudicati i servizi della sieroterapia; tutti però sono d'accordo sulla necessità di introdurre il siero per vie diverse: endomuscolare, endovenosa, endorachidea. Deve però essere tenuto presente il pericolo della anafilassi ed allo scopo di prevenirlo si ricorrerà alla somministrazione di lattato e cloruro di calcio o al metodo subentrante di Besredka. Il metodo di Dufour parve aver portato un certo progresso nella cura del tetano e si ritenne che l'etere ed il cloroformio agissero direttamente sulla tossina tetanica penetrando nel sistema nervoso come sostanze liposolubili; ma gli entusiasmi per questa terapia si sono poi attenuati ed anzi vi è taluno che ritiene che gli anestetici provochino piuttosto una azione dannosa.

Tra i medicamenti ausiliari si è mostrato utile il « solfato di magnesio » in soluzione al 25 %, iniettato per via endomuscolare ed anche endovenosa. Anche l'acido fenico in soluzione al 5 % (Baccelli), iniettato sottocute, ha una azione sedativa sintomatica e pare anche una azione favorevole sull'andamento della infezione tetanica. Pure usati sono l'idrato di cloralio ed anche la morfina e derivati.

Di recente è stato introdotto nella terapia del tetano un nuovo metodo costituito dalla associazione siero-urotropina, utilizzando la proprietà posseduta dalla urotropina di superare lo sbarramento vascolare dei plessi coroidei.

La sieroterapia semplice è impotente nei casi nei quali una dose letale di tossina è stata già fissata dal tessuto nervoso inquantochè l'anticorpo non penetra nella cavità cefalo-rachidiana.

L'urotropina facilitando il passaggio della antitossina nel focolaio principale della intossicazione viene ad aumentare la probabilità di successo.

Peyre e Le Couvy hanno usato con risultati confortanti questo metodo di cura.

I nostri AA. dopo di aver determinato la dose minima letale della tossina tetanica per i conigli, hanno fatto tre serie di esperimenti su animali di tale specie, dopo 24 ore dall'iniezione di tossina: trattamento con solo siero; trattamento prima con urotropina e poi con siero; trattamento con siero, urotropina e poi ancora siero.

Da questi esperimenti hanno dedotto che esiste una notevole diversità di efficacia della sieroterapia praticata con o senza aggiunta di urotropina: mentre infatti nei conigli trattati con sieroterapia sola ebbero le percentuali del 42 e del 37,5 % di sopravvissuti, nel trattamento con urotropina preceduta e seguita da siero ebbero una percentuale di sopravvissuti del 75 per cento.

Concludono che l'urotropina, rendendo permeabile la cavità cefalo-rachidiana agli immuni corpi tetanici, esplica un'azione favorevole sull'andamento dell'intossicazione tetanica, superiore a quella ottenuta col semplice trattamento sieroterapico.

VICENTINI.

MISCELLANEA.

La diagnosi delle convulsioni dell'infanzia.

(E. HÄSSLER. *Deutsche Mediz. Wochen.*, 30 agosto 1935).

Le convulsioni sono molto frequenti nell'infanzia ed hanno un'origine molteplice. Dal punto di vista prognostico e terapeutico è sempre indispensabile precisare la loro causa. Al riguardo gli elementi essenziali sono forniti dall'anamnesi, dall'età del soggetto, dal quadro della manifestazione convulsivante.

Nelle prime settimane ed anche nei primi giorni di vita si possono avere convulsioni funzionali (da particolare irritabilità nervosa) o organiche. Queste ultime possono essere innanzi tutto prodotte dai traumi verificatisi durante il parto e dalle emorragie. La diagnosi differenziale fra queste due forme è difficile, e potrebbe, se mai, essere stabilita solo con indagini di laboratorio: determinazione della bilirubina nel sangue e nel liquor, encefalogramma.

Nei lattanti più grandicelli sono molto frequenti le convulsioni spasmofile specie in primavera ed eventualmente nel tardo autunno. La loro diagnosi etiologica offre qualche difficoltà. Occorre ricercare l'iperecitabilità meccanica ed elettrica, segni di rachitide ed il contenuto di fosforo e calcio nel sangue.

Più difficile riesce raggruppare le convulsioni infettive e tossiche. Al riguardo bisogna ricordare che l'eventualità che sia in causa una qualsiasi forma di meningite può essere chiarita con esami serologici, batteriologici e chimici del liquor. Alle forme purulente appartengono oltre la meningite epidemica, nella quale la coscienza stessa rimane integra, quella da coli, da influenza e da cocchi Gram-resistenti.

La meningite sierosa s'incontra nella tubercolosi e nella sifilide, e spesso anche in

una forma encefalitica, nel qual caso le modificazioni del liquor possono essere molto tenui o mancare del tutto. In ogni modo può giovare la determinazione dello zucchero nel liquor, diminuito nella tubercolosi, aumentato nell'encefalite.

Oltre alle forme encefalitiche para- o metainfettive (vaccinazione, morbillo, varicella, parotite ecc.) va rilevata quella associata alla poliomielite.

La diagnosi delle convulsioni encefalitiche si basa essenzialmente sull'esame clinico.

I lattanti, i piccoli bambini, più di rado gli scolari, sono improvvisamente colti da febbre alta, perdita della coscienza e convulsioni tonico-cloniche per lo più limitate ad un lato del corpo, e che si ripetono a brevi intervalli.

Immediatamente dopo tali convulsioni si constata nella maggioranza dei casi una paresi flaccida dal lato del corpo in convulsione, spesso con compartecipazione del facciale, abolizione dei riflessi tendinei e addominali. La paralisi dopo qualche ora o giorno può scomparire o trasformarsi in spastica con esagerazione dei tendinei e Babinski positivo. I segni meningei mancano e durante gli accessi acuti sono solo scarsi. Nel liquor il contenuto cellulare è quasi normale, può esserci debole reazione albuminoidea e aumento dello zucchero. È da notare che mancano sempre sintomi poliomielitici.

D'altra parte non di rado queste forme encefalitiche sono abortive o fruste, per modo che le convulsioni dominano il quadro e sono attribuite allo stato febbrile, il che non toglie che ulteriormente si possono constatare disturbi dell'intelligenza, dello sviluppo, e rimanere una tendenza alle convulsioni. In tali casi la diagnosi tra questa forma di epilessia postencefalitica e quella essenziale è molto difficile, e talvolta può essere fatta solo in base ad un'anamnesi accurata.

Le convulsioni tossiche sono nell'infanzia molto frequenti e spesso non sono adeguatamente interpretate. Alla puntura lombare si trova di regola ipertensione del liquor (idrocefalo tossico acuto, più di rado il reperto di una meningite sierosa o anche di una meningite purulenta sterile).

Molto spesso queste forme convulsive dipendono da tossine batteriche (encefalopatie), e possono verificarsi nel corso di una pielite, di una pulmonite, di una pertosse, di un tifo, di una dissenteria, ecc.

Nei lattanti esse possono aversi oltre che nella pulmonite e negli stati settici anche e specialmente nelle affezioni intestinali, come espressione di un'intossicazione alimentare. In tali casi oltre che le tossine batteriche entrano in giuoco prodotti aminici.

Queste convulsioni tossiche sono di solito terminali, ma spesso sono anche iniziali in modo da aumentare le possibilità di errori, ossia lo scambio con forme meningee o cerebrali. Perciò, in ogni caso bisogna fare un esame generale del piccolo paziente, ricorrendo eventualmente anche alla puntura lombare ed all'esame radiologico del torace. È ovvio che deve essere portata l'attenzione sull'addome e sulle feci.

Oltre che dalle tossine batteriche le convulsioni possono essere provocate da altre sostanze tossiche di origine vegetale (funghi) o animale (veleno prodotto dai vermi). In tali casi è importante l'anamnesi, la presenza dell'eosinofilia nel sangue o di uova nelle feci.

Poco note sono le convulsioni provocate da un'eccitazione meccanica del vago o dalla presenza di corpi estranei nell'orecchio.

L'importanza dei traumi cefalici nell'etiologia delle convulsioni viene sempre più precisata. Il trauma può infatti produrre acutamente idrocefalo o emorragie cerebrali, attivare una meningite tubercolare.

Nelle malattie eredodegenerative del sistema nervoso centrale e nei tumori cerebrali possono verificarsi forme convulsive, donde la necessità dell'accuratezza dell'esame generale dell'infermo, dei suoi precedenti familiari, degli esami sierologici e del fondo oculare.

Convulsioni può dare anche la pachimeningite emorragica interna, che da alcuni AA. è attribuita ad avitaminosi. Si tratta per lo più di bambini di circa due anni, nei quali la malattia si manifesta anche con deformazioni del cranio, disturbi psichici ed arresto di sviluppo della funzione statica. Per lo più sono presenti emorragie anche nel fondo oculare. In tali casi la puntura lombare o la puntura delle fontanelle dà liquor contenente emazie.

Di pura natura funzionale sono gli accessi di rabbia e di grida da cui sono colpiti i bambini di circa 2 anni. Questi non vanno soggetti a convulsioni, ma dimostrano segni evidenti di ritardo nello sviluppo mentale.

Gli accessi isterici si presentano solo nei ragazzi quasi adolescenti e si riconoscono per il loro aspetto tipico.

I piccoli accessi (assenze senza convulsioni) devono essere considerati di natura funzionale e quindi con prognosi favorevole. Di solito cessano con la pubertà, a meno che non si tratti di piccolo male. DR.

Il compito emopoietico dello stomaco.

(A. C. GUILLAUME. *Arch. des Mal. de l'app. dig.*, marzo 1936).

Il considerare lo stomaco soltanto come una specie di laboratorio chimico dove le trasformazioni acido-peptiche operano la digestione gastrica, tempo intermedio fra la digestione orale e quella intestinale, costituisce una teoria clinica ormai sorpassata, che non rappre-

senta che una parte delle funzioni dello stomaco.

I lavori di Whipple e di Castle hanno portato ad una teoria gastrica della regolazione dell'ematopoiesi: lo stomaco, nuova ghiandola endocrina, produrrebbe oltre le secrezioni esterne, una sostanza ormonale ad azione regolatrice sugli organi emopoietici; questa sostanza passata nella circolazione andrebbe ad immagazzinarsi nel fegato e forse anche in altri organi, per essere in seguito ridistribuita a seconda dei bisogni dell'organismo.

Lo studio dei fatti clinici mostra che l'achilia e l'anemia sono due disturbi troppo frequentemente associati perchè si possa pensare che si tratti di una semplice coincidenza senza significato fisiopatologico. La sindrome achilia-anemia non è però caratteristica di un tipo speciale di anemia: viene infatti osservata non soltanto nelle anemie ipercromiche di tipo pernicioso, ma anche, e con grande frequenza, nelle forme ipocromiche del tipo clorotico. Questa forma viene anzi descritta con il nome di anemia ipocromica achilica da De Benedetti, Currado, Allodi, Penati, ecc. Witts, Corelli, Chevallier insistono sulla sua grande frequenza.

La gastroscopia, la radiologia, e le constatazioni anatomiche mostrano l'esistenza d'una gastrite nelle anemie. L'esame gastroscopico permette di distinguerne due forme: una diffusa, più frequente nelle forme ipocromiche, ed una ad aree separate da tratti di mucosa normale che esiste con particolare frequenza nell'anemia di Biermer.

Questi tre ordini di disturbi (anemia, gastrite, achilia) non sono i soli ad essere osservati: vengono spesso descritte in coincidenza con essi dei disturbi nervosi (sindrome di Lichtheim), glossoesofagei (glossite atrofica di Hunter esofagite), cutanei (prurito anovulvare, orticaria, edema di Quincke), ed intestinali; ed il loro complesso costituisce una sindrome glosso-gastro-neuro-anemica, che può essere completa o dissociata.

Il rapporto fra disturbi gastrici e anemia veniva prima dei lavori di Castle spiegato con le ipotesi più diverse e spesso più contraddittorie. Oggi si ammette un disturbo della secrezione dell'ormone gastrico, associato a delle alterazioni della secrezione acido-peptica dello stomaco, secondari a gastrite. L'ipotesi è veramente suggestiva, ma bisogna riconoscere afferma l'A., che non tutti i fatti clinici trovano in essa la loro spiegazione

Se si ammette che l'ormone di Castle sia un ormone antipernicioso, l'anemia costatata nei casi di compromissione gastrica dovrebbe essere un'anemia tipo Biermer. Invece, come abbiamo detto, l'anemia ipercromica megaloblastica non costituisce che una parte delle anemie osservate in coincidenza con le alterazioni gastriche. Perciò le concezioni di Castle dovrebbero essere completamente modificate, e l'ormone considerato come antianemico e non esclusivamente antipernicioso. Oppure si deve ammettere che l'ormone di Castle spieghi soltanto una parte dei fenomeni osservati, e che altri processi intervengano a produrre simultaneamente anemia e alterazioni gastriche.

L'esperimento clinico, basato essenzialmente sulle operazioni gastriche, è capace, secondo l'Autore, di condurre a risultati più conclusivi.

E. CARLINFANTI.

DIVAGAZIONI

La spiritualità medica della Grecia antica.

È il titolo di una conferenza tenuta recentemente dal professor Laignel-Lavastine a Parigi. In essa il noto scienziato francese tenta di dimostrare come la medicina in Grecia è stata da principio un ramo della religione, e in seguito, pure essendo divenuta relativamente autonoma ne resti sempre impregnata. Dopo un prologo in cui il conferenziere canta le bellezze di Atene egli descrive successivamente Olimpia, Delfo, Cos, Epidauro, che formano quasi le quattro stazioni del suo viaggio medico attraverso la Grecia.

Olimpia, centro e nodo religioso della Grecia, mostra il doppio movimento dell'espressione religiosa che s'incarna fisicamente nei giochi sportivi e intellettualmente nella pittura, nella scultura e nella letteratura.

Nel museo il frontone di destra del tempio di Giove mostra Apollo vincitore che calma le risse degli ubbriachi: è così che lo spirito apollinico trionfa del dionisiaco; è, scritta nel marmo sin dal quinto secolo, la teoria che Nietzsche svilupperà nel XIX secolo.

Delfo è il luogo sacro dell'oracolo, ai fianchi del Parnasso, colla sorgente che sgorga del cavo della roccia e i vapori che nascono dal profondo della terra. Ma la visita più interessante è quella del tesoro di Atene, del teatro di Dioniso, e del trepiedi della Pitia. La Pitia per la neurologia, è la grande isterica; per lo storico è lo strumento della divinazione. E l'arte divinatoria in tutte le sue manifestazioni sempre simili nel corso delle età, malgrado la diversità apparente delle loro modalità, si riporta essenzialmente a una evasione più o meno provocata degli automatismi, che determina delle manifestazioni che il divinatore-aruspice, astrologo, pitonessa, sibilla, ecc., interpreta in seguito con la sua intuizione, la sua intelligenza, la sua perspicacia ed il suo senso pratico delle contingenze.

A Delfo è il patologico al servizio dello spirituale, a Cos, è la medicina che nasce dal tempio. L'Asclepeion esiste ancora, maestoso. La dottrina ippocratica sembra tuttora vivente: l'uomo non può essere separato dal cosmos da cui dipende, nè la malattia dallo stato di salute che essa contribuisce a far conoscere, e verso il quale essa tende nuova-

mente: se, da una parte essa è aggressione, dall'altra essa è ancor più reazione e reazione utile.

Epidauro facilita queste reazioni con una cura tripla, religiosa fisica e medicamentosa. L'escursione ad Epidauro fa comprendere quello che era una grande stazione idroclimatica nella Grecia antica. I preti di Asclepios vi praticavano la psicoterapia e più precisamente l'oniromanzia e ne traevano delle induzioni terapeutiche molto vicine a quelle della psicanalisi. Così la medicina greca, attraverso la sua stessa spiritualità, aveva intuito nettamente l'importanza dello psico-dinamismo, dell'analisi psichica e della psicoterapia. Era necessaria una curva di 25 secoli perchè la medicina ritornasse a quel punto.

G. LA CAVA.

(*Gazette des Hôpitaux*, 11 dicembre 1935).

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

F. LEJARS. *Chirurgie d'urgence*. (IX ediz. curata dal prof. P. BROCQ con la collaborazione del dott. R. CHABRUT). Due volumi di pagine 1299, Masson & C. Paris 1935, Fr. 200.

Questo trattato fu l'opera maestra del Lejars che v'impresse tutta la sua vibrante personalità, vi compendiò tutta la sua vita di chirurgo e la concepì con il suo lucido cervello.

Col desiderio di essere utile ai malati ed ai medici pratici il Lejars nel 1921 aveva riscritta l'ottava edizione, rifacendo tutti i capitoli come l'esperienza acquisita ed i nuovi dati consigliavano. Si sforzò sopratutto d'applicare alla chirurgia del tempo di pace gli insegnamenti della guerra, specialmente per la cura delle ferite delle parti molli, degli schiacciamenti estesi; per la cura delle emorragie e la tecnica delle legature; per la cura delle fratture, per le indicazioni e l'uso di tanti apparecchi, che dovrebbero divenire di uso comune.

In questi ultimi anni della sua laboriosa vita il Lejars aveva deciso di pubblicare la nona edizione della « Chirurgie d'urgence », ma la stanchezza dapprima e la malattia in seguito non gli permisero di realizzare tale suo desiderio, per cui ne affidò l'incarico ai suoi Allievi, i quali hanno ringiovanito la « Chirurgie d'urgence », arricchendo la nuova edizione delle più recenti acquisizioni della moderna chirurgia.

Il titolo di questa opera ha bisogno d'un certo grado di approssimazione, non essendo stata limitata agli interventi strettamente e necessariamente precoci, per cui non si deve confondere la « Chirurgia d'urgenza » con la piccola chirurgia. Infatti spesso è molto difficile stabilire la maggiore o minore urgenza di un intervento chirurgico: oggi è urgente quello che non lo era affatto ieri e per una stessa lesione od una medesima serie di lesioni in alcuni casi si deve intervenire al più presto possibile mentre in altri l'intervento è meno urgente. Inoltre il trattamento delle prime ore deve essere talvolta seguito, a più o meno breve distanza, da operazioni secondarie, che non possono essere divise dagli interventi immediati.

Basandosi su tali concetti la « Chirurgie d'urgence » del Lejars ha una certa estensione, che è andata man mano crescendo nelle successive edizioni.

Alla sua origine la « Chirurgie d'urgence » aveva lo scopo di venire in aiuto al medico pratico isolato, insegnandogli nei principali casi, nei quali non doveva subire alcun ritardo, le pratiche e le operazioni semplici che tutti i medici devono saper eseguire in qualsiasi momento ed in qualsiasi luogo.

Oggi questa nuova edizione, nella quale sono stati moltiplicati gli esempi vissuti, che fissano nel quadro reale della vita chirurgica i sintomi essenziali e le indicazioni esatte degli interventi, e che è stata sviluppata ed ampliata nella sua parte tecnica ed arricchita di numerose illustrazioni eseguite durante le operazioni sul cadavere e sul vivente, è divenuta anche un'opera molto utile a tutti i chirurgi, perchè nelle situazioni complicate vi potranno attingere le direttive terapeutiche e tecniche e vi troveranno descritte le operazioni appropriate sia per i casi più comuni, sia anche per quelli meno frequenti.

Inoltre alcuni capitoli, che riguardano alcune specialità, sono stati rifatti con la collaborazione di insigni autori: M. M. Favory per l'oculistica, Lacomme per l'ostetricia, Nora per l'urologia e M. Porcher per la radiologia. Numerose e nuove radiografie e figure, inserite nel testo, lo rendono ancor più completo e dimostrativo. Le nozioni d'urgenza sono state trasformate secondo i nuovi mezzi di esplorazione, il perfezionamento dei mezzi di trasporto, l'installazione dei centri chirurgici, l'anestesia e gli stessi strumenti.

Insomma la nuova edizione della « Chirurgie d'urgence », come è stata rifatta, è un insieme di mezzi diagnostici, d'indicazioni operatorie e di tecniche varie che, seguendo l'indirizzo primitivo dato all'opera dal Lejars, la rendono ancor più utile e direi quasi necessaria sia nei piccoli che nei grandi interventi chirurgici di urgenza.

EMANUELE REPETTO.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

J. VAGUE. *Les hépatonéphrites aiguës*. Editore Masson, Parigi. Prezzo, Fr. 70.

Le alterazioni elettive simultanee del fegato e del rene non sfuggirono agli antichi autori, ma le conoscenze meno vaghe sull'argomento sono recenti rimontando al riconoscimento ed alla definizione della spirochetosi ittero-emorragica.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Il presente volume costituisce un'esauriente trattazione della clinica, dell'anatomia patologica, della patogenesi e della terapia delle epatoneriti tossiche, infettive e di altra natura (post-operatorie, gravidiche, dell'aborto e del neonato). Lo studio si basa su una abbondante casistica ed una larga esperimentazione.

DR.

G. CARRIÈRE e CL. HURIEZ. *Le sang des hypertendus.* Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 50.

In questo volume viene esposto lo studio delle principali proprietà fisico-chimiche del sangue di 105 casi d'ipertensione permanente. Si sono potuti così mettere in evidenza disturbi profondi della nutrizione legati a disfunzioni di molteplici parenchimi, sopratutto endocrini. Al riguardo sembra prevalente l'importanza della tiroide, delle surrenali e del fegato.

Il libro si chiude con una ricca bibliografia sull'argomento.

DR.

R. SCHINZ, F. BUSCHKE. *Krebs und Vererbung.* G. Thieme, Lipsia, 1935.

Gli AA. scrivono che, come il secolo passato ha dato al problema del cancro una ricca messe di conoscenze sulla questione istologica, così il secolo presente è avviato alla soluzione dei problemi di indole etiologica e patogenetica. Secondo gli AA. essenzialmente i tumori maligni si producono per una alterazione del processo cariocinetico da cause svariate su un terreno già predisposto per eredità. Tutto il libro è svolto secondo questo concetto: di dimostrare l'importanza del fattore ereditario nella genesi del cancro. Essi passano in rivista i tumori umani e quelli degli animali, quelli spontanei e quelli sperimentali cercando in ciascuno un rapporto fra il fattore ereditario e il cancro.

Pur senza accettare in modo completo alcune delle opinioni esposte dagli AA. si deve riconoscere che il libro è di alto interesse per la ricca messe di materiale raccolto e per la modernità di nozioni svolte.

V. GHIRON.

A. GIORDANO. *La sifilide renale ed il rene dei sifilitici.* Editore L. Cappelli, Bologna, Prezzo L. 25.

È uno studio anatomo-patologico inteso a mettere in correlazione gli aspetti clinici ed i reperti anatomici delle affezioni renali dipendenti dalla sifilide.

Sono successivamente considerati il rene nella sifilide congenita precoce e tardiva, le lesioni renali nel periodo primario e secondario della sifilide acquisita, il terziarismo renale e le lesioni aspecifiche del rene nei luetici.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 5 marzo 1936.

Contribulo allo studio della dissociazione nel B. tifico.

GORRIERI dott. I. — L'O. studiando uno stipite di b. tifico ha constatato lo sviluppo di due tipi di colonie con caratteri tintoriali, biochimici, sierologici identici: una fondamentale, costituita da elementi atipici, piccolissimi e una di grandezza a trasparenza normale, a sviluppo più ritardato, completamente indipendente dalla prima: capace quest'ultima, nei successivi trapianti, di dar sempre luogo alle due qualità di colonie suddette; con caratteri immutabili ed irreversibili la seconda. Fenomeni da inquadrare nel grande campo delle dissociazioni batteriche.

Considerazioni e rilievi a proposito di un caso di atrofia muscolare progressiva mielopatica.

LIESCH prof. ENZO. — L'O. riferisce sopra un caso di atrofia muscolare progressiva mielopatica tipo Aran-Duchenne mettendone in rilievo gli aspetti clinici più salienti.

Illustra poi i risultati delle indagini ergografiche eseguite in questo malato. Ha osservato che nei tracciati ergografici è mancata del tutto la curva della fatica in quanto l'altezza delle contrazioni muscolari è stata la stessa dal principio alla fine delle prove; ciò si è verificato sia col peso massimale quanto con pesi submassimali. Inoltre l'altezza delle contrazioni muscolari è apparsa sensibilmente eguale con pesi diversi. Considera questi fatti come dipendenti dalla mancata azione sinergica dei muscoli accessori dei flessori delle dita, ma sopratutto dipendenti dalla assoluta inefficienza dei muscoli lombricali ed interossei. Da questi e da altri fatti osservati è da ritenere che (almeno in questo caso) anche nel muscolo profondamente alterato dal processo atrofico i complessi processi chimici legati alla contrazione muscolare abbiano luogo in modo efficiente.

Mette in rilievo poi come la terapia con glicocolla abbia determinato alcun miglioramento. La « Prostigmina », invece, ha esplicato un'azione efficace, immediata ma transitoria sull'altezza della contrazione muscolare: azione probabilmente dovuta alla proprietà vasodilatante della sostanza, per quanto, dato il significato che la « Prostigmina » ha in rapporto al meccanismo chimico di trasmissione dell'eccitamento neuromuscolare, non sia da escludere che l'effetto possa essere riferito, in parte almeno, anche a quest'ultima proprietà.

Il Segretario: L. PICCHI.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 marzo 1936.

Esiti recenti e remoti di miomectomia in gravidanza.

Prof. MOZZETTI-MONTERUMICI. — L'O. ha seguito, per due anni dall'intervento, una paziente operata di miomectomia durante il V mese di gravidanza, nella quale per frenare una cospicua emorragia dal letto di dieresi del tumore, grosso quanto un'arancia e sottosieroso aveva suturato

a N il legamento rotondo sinistro sulla breccia con buon esito immediato. L'utero aveva però assunto una marcata latero-versione sinistra che faceva nutrire qualche dubbio per il normale svolgersi del parto. Contrariamente alle previsioni, un primo ed un secondo parto, quest'ultimo affatto recente, si espletarono normalmente con feti vivi, senza fatti di distocia, avendo l'utero ripreso frattanto la sua perfetta posizione fisiologica.

L'O. prende lo spunto da questa osservazione clinica, per ricordar le modificazioni strutturali dei tessuti uterini durante la gravidanza, specie del tessuto elastico, e la loro importanza sopratutto in riguardo agli interventi pessici nella cura degli spostamenti della matrice. Indica per un maggior controllo anche da parte di altri chirurghi la modificazione tecnica ch'egli ha adottato quale estrema ratio nell'ectomia di un tumore uterino in presenza di emorragia insistente, e volendo attenersi ad un intervento conservatore.

Discussione: Prof. ROMANI.

I portatori di b. difteriformi dal punto di vista epidemiologico.

Dott. C. PAIS. — Constatata l'insufficienza dei reperti clinici e delle varie prove di laboratorio per una sicura valutazione epidemiologica] dei molti portatori di b. difteriformi presi in esame, espone una serie di osservazioni personali, inquadrate in proposizioni già formulate da altri AA.; a queste di significato indiretto, aggiunse alcune più dettagliate e probative, atte a documentare che i b. difteriformi sono potenzialmente capaci di determinare malattia difterica e che essi vanno considerati come b. differici (S) in fase di adattamento saprofitico (R) probabilmente reversibile.

Discussione: Proff. MOLINARI, GIORGI, FABRIS.

Stenosi totale esofagea da ingestione di acido cloridrico. Gastrostomia. Stenosi secondaria serrata del piloro. Gastroenterostomia anteriore con complementare alla Braun. Dilatazione graduale dell'esofago mediante cateterismo retrogrado. Guarigione completa dopo un anno. Presentazione della malata.

Prof. G. FORNI. — L'a. C. A., di a. 30, casalinga. Fu accolta d'urgenza nell'Ospedale di Mestre il 12 dicembre 1934 indi trasferita il 1° gennaio 1935 nella Divisione Otoiatrica dell'Ospedale di Venezia d'onde passò poco dopo nella Divisione Chirurgica diretta dall'O.

L'a. ingerì, a scopo di suicidio, una quantità di acido cloridrico acquistato al prezzo di una lira e nella quantità di 50 gr. circa. L'atto fu compiuto tanto rapidamente che non si produssero nè ustioni delle labbra nè della bocca: ebbe dolore urente retrosternale e ripetuti sforzi di vomito con emissione di catarro e saliva sanguinolenti. All'Ospedale di Mestre fu praticata la lavanda gastrica e introdotto circa un litro di latte. La deglutizione per i liquidi freddi potè ancor compiersi con difficoltà per i primi dieci giorni poi divenne del tutto impossibile. In detto periodo comparvero dolori diffusi al ventre, diarrea muco-sanguinolenta, urine scarse e pigmentate con albumina. Le condizioni generali divennero rapidamente assai gravi più che tutto per la mancanza di ogni alimentazione.

Il due gennaio fu operata di gastrostomia secondo Fontan, ma da tale intervento la paziente non ottenne il vantaggio sperato perchè le sostanze alimentari liquide introdotte attraverso la sonda rigurgitavano all'esterno attraverso la stomia. Lo stato di nutrizione divenne ancor più scadente, la cute aveva assunto l'aspetto ittiosico con abbondante desquamazione.

Il suo peso normale di Kgr. 55 era disceso a Kgr. 38,800.

Il 7 febbraio si procedette ad un controllo radiologico constatando che il pasto opaco introdotto attraverso la stomia solo dopo circa tre ore passava in minima quantità attraverso il piloro il che confermava l'ipotesi clinica di una stenosi pilorica di forte grado.

Lo stesso giorno fu perciò operata di gastrodigiunostomia anteriore con complementare alla Braun: si dovette procedere in tal modo perchè lo stomaco era fisso da un processo di perigastrite e le sue pareti edematose, succulenti, friabili.

Solo dopo questo secondo intervento fu possibile riprendere l'alimentazione sempre solo attraverso la sonda sicchè nell'aprile il peso era salito a Kgr. 38.

In considerazione che dopo circa quattro mesi si poteva pensare che le lesioni distruttive ulcerative dell'esofago fossero già in una fase avanzata di riparazione si iniziò la dilatazione graduale dell'esofago mediante cateterismo retrogrado. Dopo aver introdotto il 20 aprile una minugia dalla bocca attraverso l'esofago mediante cistoscopio se ne afferrò il capo nella cavità gastrica traendolo fuori dalla stomia. La minugia è stata sostituita con un filo grosso di seta che l'inferma ha sempre portato a guida delle dilatazioni successive praticate circa ogni 15 giorni. Nell'aprile fu raggiunto il numero di 15 della filiera Charrière e nell'ottobre successivo il numero di 30.

L'alimentazione che fino all'aprile è stata possibile solo per la sonda lo divenne anche in parte per l'esofago: dal novembre l'inferma si alimenta di qualunque cibo per le vie naturali pur conservando la stomia per le continue dilatazioni.

Il 24 febbraio u. s. fu eseguito un nuovo controllo radiologico col seguente risultato: « l'esofago è pervio al pasto liquido e cremoso: non vi sono arresti nè punti stenotici ».

Le condizioni generali sono andate sempre più migliorando sicchè il suo peso di Kgr. 52,500 è ritornato presso a poco quello normale.

L'O. espone talune considerazioni riguardanti le eventualità che sostanze fortemente caustiche possano portare oltre che lesioni esofagee anche piloriche e richiedere perciò la creazione di una via gastro-digiunale. Egli dovette eseguire una gastrodigiunostomia in un soggetto pure avvelenatosi con caustici i quali non avevano gravemente lesionato l'esofago ma bensì l'antro ed il piloro. Tale osservazione fu pubblicata dalla d.ssa Samaia nella *Riforma Medica* di qualche anno fa.

Infine mette in evidenza la bontà e la efficacia terapeutica delle dilatazioni progressive mediante cateterismo sulla guida del filo nelle stenosi serrate come già illustrarono alcuni anni fa Austoni e Mambrini; la cura deve essere lunga, paziente, ma con ciò si può ottenere una completa e duratura guarigione.

Discussione: Prof. ROMANI, dott. POLICHETTI.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Rene policistico ptosico scambiato per tumore degli annessi.

A. Salvini (*Clinica ostetrica*, febbr. 1936) pubblica due osservazioni del genere, in cui la diagnosi di tumore cistico dell'ovaio era quella che più si addiceva, sia per l'anamnesi, sia per la conferma che sembravano apportare i dati obbiettivi dell'esame ginecologico.

Si trattava di due donne di età avanzata, che avevano notato un espandersi del ventre, associato con senso di peso e di dolenzia specie alla regione lombare. Nessun disturbo nella sfera genitale. All'esame obbiettivo, presenza di una massa voluminosa cistica, a contorno e superficie pressochè regolari, con margine superiore sopraelevato dal bacino, ma con quello inferiore dislocato profondamente nello scavo, in modo da assumere con la parte più bassa una posizione di lateralità rispetto all'utero. La relativa facilità di spostamento della massa faceva escludere la sede retroperitoneale, per ammettere piuttosto quella endoaddominale.

D'altra parte, nessun dato obbiettivo o subbiettivo a carico dell'apparato urinario.

Invece, all'atto operatorio si trovò in entrambi i casi un rene ptosico policistico (del peso di Kg. 1 e 1/2 a 2), che venne asportato lasciando poi le pazienti in buona salute.

L'A. insiste sulla necessità di espletare nei casi poco chiari tutti i mezzi sussidiari di indagine ginecologica ed urologica. *fil.*

La nefrite acuta.

H. Kutschera r. v. Alchbergen (*Wiener klin. Wochens.*, 6 marzo 1936) distingue essenzialmente due forme di nefrite acuta.

1) La *N. infettiva*, pura infiammazione dei reni, che ha origine dall'azione diretta batterio-tossica di un focolaio infetto e si spegne non appena tale focolaio — sorgente dell'infezione — è eliminato. In tali casi quindi, la terapia deve avere di mira essenzialmente la scoperta di tale focolaio; le misure dietetiche, in questa forma, sono del tutto inefficaci.

La nefrite infettiva può decorrere come forma diffusa oppure a focolaio e può guarire anche se è durata a lungo.

2) La *N. vascolare* è una malattia circolatoria, in cui non è turbata soltanto la circolazione sanguigna del rene, ma anche quella di altri organi (polmoni, retina, pelle, cervello) ed è di regola accompagnata da aumento di pressione sanguigna; le infezioni, se pure esistono, prendono una parte del tutto secondaria in questo disturbo essenzialmente circolatorio. Quindi, è soprattutto da prendersi in considerazione la terapia cardio-vascolare.

Varietà della N. vascolare sono secondo l'A. la N. ipertensiva, quella edematosa, postanginosa, post-scarlattinosa, gravidica e saturnina. La N. vascolare può guarire soltanto entro il primo mese di malattia. *fil.*

Oliguria da ritenzione clorurata.

E. Lauda e O. Wicht (*Wiener klin. Wochens.* 31 genn. 1936) riferiscono due casi del genere. In uno, si trattava di una forma leggera in cui il sale, pur con un determinato grado di ritenzione, veniva eliminato e, pertanto, era impedita la formazione di edemi; l'altro, invece, era più grave e la ritenzione aveva portato un idrope generale. Quest'ultimo, del resto, non era stato bene riconosciuto e la paziente, una neuropatica, era stata sottoposta a due decapsulazioni renali, a causa di gravi dolori alla regione renale ed, infine, all'asportazione di un rene sano.

Gli AA. discutono la possibilità che esistano vari tipi di oliguria e se, accanto alle forme note da ritenzione di sale e da oligodipsia, non ne esistano altre, sia derivanti da ritenzione idrica primaria, sia una forma renale costituzionale. *fil.*

Il trattamento dell'uremia.

Trattasi di lesioni irreparabili, sicchè la terapia non potrà essere che sintomatica. Importante è la dieta, tenuto conto dell'insufficienza renale al riguardo dell'albumina, del sale e dell'acqua. Sul principio deve essere molto rigida, specialmente allo scopo di risparmiare gli organi, ma negli stadî finali, si può concedere qualche cosa alle voglie del malato. Utili sono, come osserva H. Lucke (*Deut med. Wochens.*, 7 febbr. 1936) dei giorni di dieta abbastanza libera, con un po' di carne, di caffè, di vino, in quantità limitate.

Specialmente tormentosa è la sete, tanto più se vi sono molte perdite acquose per vomiti e diarree. Purchè si provveda al cuore ed al circolo, è inutile imporre troppe limitazioni nelle bevande, in quanto che in tal modo, si aumenta anche la ritenzione di scorie, mentre il potere di eliminazione dell'acqua viene conservato abbastanza. Se vi è vomito, l'acqua si potrà dare mediante ipodermoclisi, naturalmente non di soluzione fisiologica, ma di glucosio ad alta concentrazione. Utile è la somministrazione delle bevande od alimenti ghiacciati, nonchè di succo di limone o di aceto.

Poco vantaggio possono dare in questo stadio i salassi, mentre non si può fare a meno dei sedativi e narcotici, che si daranno a dosi piccole e frazionate, a cominciare col luminal e preparati del genere, per arrivare anche al cloralio, alla morfina e scopolamina. Contro il

vomito persistente giovano gli anestetici e l'atropina. In tal modo, si potranno alleviare un poco le sofferenze del malato ormai condannato. *fil.*

Nella renella dei bambini.

Nella maggior parte dei casi, vi è il fattore ereditario, sia indiretto (gotta, obesità, diabete) sia omologo; così, Boulumié e A. Monsseaux (*Journ des praticiens*, 22 febbr. 1936) su 44 bambini con renella, ne hanno trovato 17, in cui i genitori avevano pure renella; soltanto in 7 mancavano antecedenti ereditari.

Spesso è associata ad emicrania, eczema, epistassi, orticaria, congiuntivite, artrite, obesità, dispepsia, vomiti ciclici. Spesso si ha abbondanza di vitto carneo.

Su 76 casi, 56 appartenevano alla litiasi urica e 9 alla fosfatica.

Importante è la profilassi che riguarda anzitutto l'igiene alimentare. Regime latteo-vegetariano nei 2-3 primi anni; in seguito, uso moderato, della carne e degli altri alimenti iperazotati. Evitare la disidratazione, far bere gli atrepsici ed i bambini esauriti da vomiti e diarrea.

Bevande acquee (dieta idrica) e brodo di legumi nei febbricitanti. Evitare la dieta secca che, per la concentrazione delle urine, favorisce i depositi uratici, fosfatici, ossalici. Nel caso di vomiti incoercibili, che si oppongono alla reidratazione, enteroclisi ed iniezioni ipodermiche di siero artificiale o glucosato.

Questa prescrizione del sufficiente apporto di acqua all'organismo è di grande importanza, come lo dimostra anche l'osservazione di Comby che, nei casi in cui (p. es., allo scopo di ottenere il « raffreddamento » delle appendiciti acute) si ordinava la dieta assoluta, si avevano urine scarsissime ed eliminazione di piccoli calcoli, che la dieta liquida faceva rapidamente scomparire. *fil.*

SEMEIOTICA

La diagnosi fra morbo di Pott ed epifisite vertebrale.

Secondo M. Touya (*Journ. des praticiens*, 22 febbr. 1936) si tratta di un errore abbastanza frequente, mentre le due malattie comportano un trattamento ed una prognosi diverse. Evidentemente, l'errore non è possibile se il morbo di Pott è in piena evoluzione (gibbosità, ascesso o segni nervosi) e l'epifisite è grave e si manifesta con cifosi.

Il malato si presenta dal medico per un dolore al dorso abbastanza localizzato. Nulla all'esame clinico; ma si può rilevare un certo irrigidimento del segmento rachideo doloroso, che indica la contrattura di difesa contro il dolore dei muscoli della regione. L'importanza di tale contrattura è un segno di maggior valore che lo stesso dolore. Seguendo, poi, dall'alto al basso la linea delle apofisi spinose, si osserva spesso che una è come arretrata, il che indica l'inizio del movimento di altalena di un corpo vertebrale.

In tale momento, la radiografia mostra una diminuzione di altezza di un disco inter-vertebrale, che è l'indice del morbo di Pott iniziale; la diagnosi viene confermata quando si nota l'erosione delle superfici corrispondenti delle vertebre sotto- e sopragiacenti.

Quando, invece, con un dolore diffuso alla parte media del dorso, si osserva una contrattura minima, con scarsa limitazione di movimenti del rachide, con alleviamento del dolore in iperestensione, senza arretramento apofisario, si può concludere per un'epifisite. La età (adolescenza) e la professione (cucitrice, stiratrice, studente) contribuiscono a confermare tale diagnosi, per cui potrà soccorrere anche la radiografia. *fil.*

TECNICA DI LABORATORIO

Sull'amilasi come nuovo mezzo di differenziazione tra essudati e trasudati.

N. Fucci (*La Clinica Medica Italiana*, marzo 1936) in base agli studi da lui fatti sul potere amilolitico dei liquidi di versamento ha ideato un nuovo metodo di differenziazione tra essudati e trasudati. Eccone la tecnica: dieci provettine vengono poste in adatto sostegno; in otto di esse si pipettano 0,25 cc. del liquido da esaminare, per ciascuna, mentre nelle ultime due si mette 0,25 cc. di acqua distillata per parte. Si porta poi in tutte le provette il contenuto ad un cc. aggiungendo acqua distillata e quindi si versa in ognuna un cc. di una soluzione all'1 % di Na Cl. Procedendo quindi in ordine successivo dalla prima all'ottava provetta si aggiunge un cc. di soluzioni decrescenti di amido solubile in Na Cl all'8,5 per mille (2 = 1,75 = 1,50 ecc. fino a 0,25 per mille). Invece nella nona provetta si pipetta un cc. di soluzione di amido al 2 ‰ e nella decima di amido all'1 ‰.

Il sostegno con le provette viene allora posto in termostato a 38° per una mezz'ora e poscia si provvede al raffreddamento fino a temperatura ambiente. Dopo l'aggiunta in ogni tubo di tre gocce di una soluzione di iodio 1/10 normale si fa la lettura.

I liquidi (pleurico, peritoneale, sinoviale) a carattere infiammatorio mostrano una colorazione giallo-bianchiccia o giallo-dorata in tutta la serie delle otto provettine; i liquidi invece a carattere trasudativo fanno rilevare una tinta viola nelle prime quattro provette, che però si può estendere anche alla quinta ed alla sesta.

Nei controlli (nona e decima provetta) si osserva la classica tinta viola dell'amido, più marcata nel penultimo che nell'ultimo tubo.

VICENTINI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. U. B. di M. di P., abb. n. 2602:

I sali di calcio più comunemente usati sono: il cloruro aniuro, piruvato, lattato, cloruro cristallizzato, gluconato, canfosulfonato, in soluzione al 5-10 % e per il gluconato anche al 20 %. La percentuale in Ca ione in soluzioni egualmente concentrate dei vari sali diminuisce progressivamente secondo l'ordine sovraesposto; mentre la soluzione di cloruro di calcio al 10 % è fortemente ipertonica, quella di gluconato al 10 % è isotonica al siero di sangue ($\triangle$ = 0,57); concludendo quando si inietta cloruro al 10 % si somministra molto più calcio che non quando si inietta gluconato; la maggiore tollerabilità sia locale che generale di quest'ultimo è pertanto attribuibile anche a questo fatto. Il gluconato è oggi il sale più usato e consigliato in terapia e si può usare in soluzione al 5-10-20 %. V'è però chi afferma che col cloruro di calcio si ottengono effetti migliori; il cloruro è notoriamente caustico localmente (per la ragione sopra detta) ed è prudente usarlo in soluzione al 5 %; esso dovrebbe essere preferito al gluconato quando il medico desideri alimentare l'apporto di calcio, però, siccome l'utilità dei sali di calcio è più riferibile a una loro azione sull'equilibrio neuro-vegetativo (specie nelle malattie chirurgiche ove il calcio è veramente utile), non è tanto la quantità di calcio introdotta che ha particolare importanza; questa è anche una ragione per la quale, come s'è sopra detto, il gluconato è oggi preferibile.

Devesi però in linea generale ritenere l'enorme estensione data oggi alla terapia calcica come sia affatto giustificata dai risultati ottenibili.

Allo scopo di prevedere gli accidenti da iniezioni di calcio, è bene fare l'iniezione lentamente, a digiuno, e se si usano sali ad alta concentrazione in Ca ione (cloruro, pirorato), è bene non usare concentrazioni superiori al 5 %.

La cura degli accidenti è esclusivamente sintomatica: analettici (canfora o succedanei idrosolubili), cardiocinetici (strofantina, uabaina, ecc.), respirazione artificiale; l'adrenalina non è indicata. Devesi però dire che gli accidenti da calcio, se si usano le avvertenze sopra esposte, sono *rarissimi*.

M. MESSINI.

VARIA

Le modificazioni della voce nella vecchiaia.

In uno studio interessante, A. Malan (*Il Valsalva*, genn. 1936) passa in rivista le diverse alterazioni anatomiche e funzionali che la vecchiaia induce nelle vie aeree superiori: naso, faringe, orecchio, laringe. Riassumiamo le osservazioni dell'A. in riguardo a quest'ultima, che sono integrate da un lavoro di R. Segre sulla laringe senile.

Alcuni rari cantanti hanno conservato fino alla avanzata vecchiaia una voce fresca, bene intonata ed anche possente. Di solito, però, verso i 60 anni, la voce normale, come quella cantata incomincia ad alterarsi. Si va perdendo la voce di petto, si alterano la risonanza ed il pieno della voce stessa. Il timbro è modificato, la voce è senza colore, diventa sclerofonica, talora fischiante, spesso tremolante. Nei cantati oltre i 60 anni si osservano insufficienti l'intonazione e la tenuta del suono, difficile l'emissione delle note basse, mancanza di agilità, impossibilità di « filare » la voce, che facilmente s'interrompe.

La voce parlata del vecchio è poco modulata ed assume un tono più acuto, mentre nella donna, si ha il fenomeno contrario, tendono a prendere un tono più basso. Questa modificazione d'intonazione — chiamata una *seconda muta*, è indubbiamente in rapporto con la menopausa e con l'ipofunzione di certe ghiandole endocrine. L'indebolimento della voce è anche dovuto alla brevità del respiro ed alla frammentazione della corrente espiratoria, sia a causa delle modificazioni nella capacità vitale, sia sotto l'influenza nociva di uno stato generale morboso. È stata anche descritta la parafonia arteriosclerotica, in cui le alterazioni della voce sono di origine circolatoria.

Un altro carattere della voce senile è quello di essere tremula, con oscillazioni regolari dell'altezza e dell'intensità vocale. Esso può osservarsi anche transitoriamente nei giovani in certe forme di fonastenia o di cattiva impostazio della voce, mentre nel vecchio è causato da atrofia. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. F. CAPUANI. *L'innervazione dell'emitorace nella cura della tbc. polmonare unilaterale.* — Tip. Elli e Pagani, Milano, 1935.

E. BELLINI. *Il calcio in biologia e terapia.* — Tip. Casiraghi & Bonazzola, Milano, 1935.

A. GHIO e C. TASCHINI. *Contributo alla tecnica dell'alimentazione dei lattanti mediante ferine alimentari preparate con l'aggiunta.* — S. Wander, Milano, 1935.

V. PANTÒ. *Contributo clinico alle pleuriti collassanti da olio gomenolato.* — Tip. Mortilla, Palermo, 1935.

C. NANNI. *Studio sperimentale sull'importanza della cute nella formazione delle agglutinine.* — Ind. Grafiche Stucchi, Milano, 1935.

G. MONTANELLI. *L'uso associato del rame e dello zolfo per iniezioni intramuscolari nella terapia del tracoma.* — Tip. Bettinelli, Verona, 1935.

E. MORETTI. *La protesi oculare attraverso i tempi.* — Arti Grafiche Gualdoni, Milano, 1935

V. MAURO. *La cachessia da cromo sperimentale. Azione dell'anidride cronica sugli animali.* — Tip. Cordani, Milano, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Mentre questo fascicolo viene impaginato, si riunisce il Consiglio Superiore di Sanità, sotto la presidenza di S. E. De Blasi.

Daremo un resoconto dei lavori compiuti.

Ricovero di infermi presso i Sanatori dell' I. N. F. P. S.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale Sanità Pubblica, Divisione VI C., Sezione II) ha diramato ai sigg. prefetti la seguente circolare n. 50, in data 17 aprile:

L'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale ha segnalato a questo Ministero che vengono spesso avviati, da parte dei Consorzi provinciali antitubercolari e di altri enti, ai luoghi di cura da esso gestiti, infermi sforniti di documentazione clinica ed assicurativa e di altri documenti del genere.

Ad evitare gli inconvenienti cui il ripetersi di tali irregolarità può dar luogo, il citato Istituto raccomanda di far presente ai Consorzi provinciali antitubercolari e agli altri enti interessati che per il ricovero presso i propri Istituti di infermi assistiti in regime assicurativo è necessario sottoporre la domanda e la relativa documentazione alle sedi provinciali dell'Istituto stesso; mentre, ove si tratti di infermi non assicurati o, comunque, non aventi diritto a prestazioni assicurative, deve essere interessata la Direzione Generale dell'Istituto medesimo cui, insieme alla domanda di ricovero, dovrà essere trasmessa la dichiarazione di impegno del pagamento della relativa retta.

Potrà essere fatta eccezione a tali norme solo nei casi di ricovero di urgenza clinica, disposto ai termini dell'art. 280, 1° comma, del T. U. delle Leggi sanitarie, tenute presenti le disposizioni dell'art. 71 del R. D. 4 ottobre 1935 n. 1827 circa il perfezionamento e coordinamento legislativo della previdenza sociale.

Si pregano le EE. LL. di portare a conoscenza di quanto sopra i Consorzi provinciali antitubercolari, i Comuni ed altri Enti interessati, ecc.

Vigilanza sugli Enti pubblici e privati che esercitano attività antitubercolare.

Lo stesso Ministero ha diramato la seguente circolare n. 51, in data 18 aprile:

L'art. 268, 2° comma, del T. U. delle Leggi sanitarie dispone che qualsiasi ente pubblico o privato, il quale raccolga danaro dal pubblico per la profilassi e l'assistenza contro la tubercolosi o svolga opera di propaganda a riguardo della medesima malattia, è sottoposto a vigilanza di questo Ministero e del Prefetto.

Mentre si richiama, per quanto di competenza delle EE. LL., l'osservanza di detta norma, si prega di far conoscere se e quali enti del genere esistano in cotesta provincia e quale vigilanza venga esplicata nei loro riguardi, precisando particolarmente l'attività che essi esplicano ed i mezzi di cui dispongono.

Si richiama, inoltre, l'osservanza della disposizione contenuta nell'art. 279 del citato T. U., in base alla quale debbono essere comunicati al Consorzio provinciale antitubercolare, per le eventuali osservazioni, i bilanci delle istituzioni assistenziali soggette alla predetta vigilanza e tutela, a termini di legge e che fanno parte obbligatoriamente del Consorzio stesso.

Anche su tale adempimento si gradiranno apposite notizie dalle EE. LL.

MEDICINA SOCIALE

Per la sanità della razza. Le prestazioni antitubercolari.

Si hanno i seguenti dati concernenti l'assicurazione contro la tubercolosi e le prestazioni relative: nell'anno 1935 il numero degli assistiti è stato complessivamente di 39.181, con un numero di giornate di assistenza pari a 8.374.536 e una totale spesa conseguente di 150 milioni di lire.

Dei 39.181 ammessi alle prestazioni, ben 33.089 furono i ricoverati in case di cura.

Questi dati si commentano da sè. Ma ad intenderne ancora più la importanza, serviranno le seguenti cifre di raffronto che dimostrano gli enormi progressi compiuti nel giro di pochi anni in un così essenziale settore della previdenza e dell'assistenza sociale: nell'anno 1929 il numero totale degli assistiti non era che di 18.421, con 1.834.539 giornate di assistenza ed una spesa complessiva di L. 25.648.133. Da allora, con incremento costante, si è giunti ai risultati sopra segnalati per l'anno decorso.

Così in un periodo di sette anni si è avuto un totale di assistiti pari a 252.514, con 46.931.989 giornate di assistenza, ed una spesa di oltre 809 milioni di lire.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

Ferrara, per Cento; scad. 20 giugno.

Macerata, per Loro Piceno (2ª condotta), Montecavallo, Petriolo; scad. 31 maggio.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

Benevento. *Amministraz. Provinc. del Sannio.* — Scad. 26 maggio, ore 12; aiuto sanitario del

Brefotrofio Provinc. di Benevento; L. 2000 annue e 4 quadrienni di L. 500; serv. att. L. 500; il tutto al lordo della riduzione del 12 % e delle ritenute di legge. Tassa L. 50. Età limite 35 anni. Chiedere avviso

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 30 giugno, ore 16; direttore sanitario del R. Arcispedale di S. M. Nuova; titoli; età limite 45 anni; L. 15.400 aumentabili a L. 19.400, oltre L. 4000 indennità carica, c.-v., alloggio; è consentito l'esercizio professionale. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

MANTOVA. *Istituti Ospedalieri.* — Scad. 30 giugno, ore 17; primario di chirurgia generale nell'Ospedale Civile; L. 7500 e 4 quadrienni, dec., c.-v., compartecipaz.; trattenute di legge. Età limite 45 anni. Tassa L. 50,10. Chiedere il bando. Rivolgersi alla Segreteria del Consiglio d'Amministrazione.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con decreto del Ministro dell'Educazione Nazionale, i proff. Giuseppe Ovio, Riccardo Versari e Agenore Zeri sono nominati emeriti dell'Università di Roma, su proposta unanime della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Ai tre illustri Maestri le più cordiali felicitazioni de « Il Policlinico ».

L'Associazione Nazionale Fascista dottoresse in medicina e chirurgia (aderente al Sindacato Nazionale Fascista dei Medici) ha assegnato la XIª Borsa di studio « A. Wassermann » per laureate in medicina alla dott. Unita Silvestri di Bologna, per un anno di studio di perfezionamento, dedicato particolarmente alle dermatosi coloniali, nella Clinica Dermatologica della R. Università di Bologna.

NOTIZIE DIVERSE

La nostra impresa in A. O.

Il genio di Mussolini ha guidato l'Italia alla Vittoria.

La Nazione si è stretta intorno al suo Capo, costituendo una sola volontà ed una sola fede. Gli ostacoli che la natura, gli uomini e l'insana politica societaria avevano opposto all'intrapresa sono stati infranti.

Una vasta regione, che era rimasta impervia alla civiltà, verrà ora redenta, consentirà una nuova espansione e nuovi campi d'attività agli italiani e contribuirà alla produzione generale, con vantaggio per tutta l'umanità.

Ora bisogna vincere la pace; bisogna perciò che gli animi rimangano saldi e le volontà decise; che la Nazione si mantenga compatta intorno al suo Duce.

Echi della nostra impresa africana.

La Principessa di Piemonte ha ricevuto festosissime accoglienze nell'Africa Orientale. A Mogadiscio l'Augusta crocerossina ha inaugurato la nuova sede della Poliambulanza; ad Asmara ha visitato l'Ospedale Regina Elena.

Durante il saccheggio di Addis Abebà dopo l'abbandono del negus, sono stati uccisi il dott. Melly, capo di un'ambulanza britannica della Croce Rossa e la moglie del dott. Stadin, medico della missione avventista americana.

Il direttore della Croce Rossa olandese in Etiopia, dott. Winckel, giunto a Gibuti da Addis Abeba assieme ad altri membri della missione ha dichiarato alla « United Press » che gli aeroplani italiani hanno sempre rispettato le ambulanze della Croce Rossa olandese. Anche nel bombardamento di Dessiè le bombe non sono mai cadute a distanza minore di cinquecento metri dagli ospedali della missione. Il Winckel ha poi confermato che i soldati etiopici hanno assalito la missione che si spostava da Quoram a Dessiè, rubando molta parte dei materiali. La missione è partita per l'Olanda.

Alla fine di aprile, giunsero a Gibuti gli ultimi componenti della missione della Croce Rossa Olandese. Narrarono che dopo la tragica aggressione delle truppe etiopiche non avevano più lasciato i fucili. Confermarono che nessun bombardamento italiano ha mai colpito le loro autoambulanze e che invece l'unico serio pericolo consisteva per essi nelle orde abissine affamate.

Congresso italiano per malattie del ricambio.

Il Congresso promosso dal Gruppo italiano per lo studio del ricambio si è tenuto il 28 aprile a Milano, nella R. Clinica Medica. All'inaugurazione parlarono il prof. Zoja e l'accademico Bottazzi, che assunse la presidenza. Il prof. Quagliarello della R. Università di Napoli svolse una relazione sul ricambio dei grassi, di cui espone le modalità di assorbimento, di assimilazione, di mobilizzazione e di consumo, illustrando anche il contributo portato dalla sua scuola. Alla discussione parteciparono i proff. Cannavò, Zoja e S. E. Bottazzi.

Seguirono comunicazioni dei proff. Baggi e Frontali.

La seduta pomeridiana fu presieduta dal prof. M. Ascoli; il prof. L. Zoia lesse la sua relazione sulla cura ambulatoria dei diabetici; alla discussione parteciparono i proff. Ascoli, Gasbarrini, Galdi, Frontali, Cannavò, Greppi. Seguirono varie comunicazioni, dei proff. Diena, Gamna, Serio e altri, sul diabete; poi il prof. Zoia rispose ai disserenti.

Congresso piemontese di tisiologia.

Il 19 maggio a Torino, sotto la presidenza del prof. sen. F. Micheli, alle ore 16, nell'aula della Clinica Medica della R. Università, sarà tenuta una seduta scientifica della Sezione Piemontese della Federazione Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi.

Il prof. C. Gamna, direttore della Clinica Patol. Spec. Medica di Torino, farà una relazione sul tema: « Forme di fibrosi cronica con pneumotorace recidivante »; il prof. A. Rabino, del R. Sanatorio S. Luigi, comunicherà sul tema: « Progressi nella resezione delle aderenze pleuriche con proiezione cinematografica di una seduta operatoria di pleurolisi intrapleurica », e il prof. Biancalana, della R. Clinica Chirurgica, farà una relazione sul tema: « Sull'attuale trattamento della tubercolosi osteo-articolare ».

Tutti i medici che desiderano fare comunicazioni, sono pregati di volere trasmettere immediatamente al segretario della Sezione prof. dott. Giglio Ferrando, direttore del Sanatorio San Luigi, il titolo della comunicazione corredato da un breve riassunto.

5ª Settimana Medica Padovana.

Dal 15 al 21 giugno 1936 il Sindacato Medico della Provincia di Padova, in unione alla Facoltà Medica della R. Università, ha indetta la « V Settimana Medica » alla quale potranno partecipare tutti i medici d'Italia. Tale « Settimana », che coinciderà con la Fiera Triveneta, comprenderà una serie di manifestazioni tecnico-pratiche per l'aggiornamento delle nozioni scientifiche e un corso di infortunistica per il quale verrà rilasciato particolare diploma. Alle manifestazioni scientifiche si aggiungeranno visite e gite al Lido di Venezia e ad Abano Terme.

Saranno praticati gli sconti ferroviari del 70 %.

Programma delle lezioni: prof. A. Gasbarrini, « L'influenza »; prof. G. M. Fasiani, « Considerazione sulla diagnosi e terapia dell'ipertrofia prostatica »; prof. O. Casagrandi, « Vedute igieniche sul reumatismo articolare acuto e cronico »; prof. A. Bertino, « Tubercolosi genitale della donna »; prof. M. Truffi, « Pregiudizi ed errori nella cura della blenorragia »; prof. G. Frontali, « Trattamento medico dell'empiema nel bambino »; prof. V. Ducceschi, « Prove fisiche relative alla capacità funzionale del polmone »; prof. A. Roncato, « Esami chimici della funzione respiratoria »; prof. E. Meneghetti, « Le così dette " canfore solubili " »; prof. B. Alajmo, « Sintomi oculari nell'encefalite epidemica (letargica) »; prof. G. C. Riquier, « Valore diagnostico dell'epilessia »; prof. G. Cagnetto, « Meningite tubercolare traumatica e meningo-mielite tubercolare »; prof. B. Boletini, « L'etiopatogenesi dei tumori maligni secondo le più recenti vedute »; prof. G. A. Pari, « La febbre ondulante »; prof. A. Comolli, « Nuovi orientamenti terapeutici nel campo della piccola chirurgia »; prof. P. Perona, « Quattro anni di chimografia cardiaca »; prof. Delitala, « Malformazioni vertebrali e sciatiche »; prof. Oselladore, « Moderni metodi di cura delle varici »; prof. E. Peserico, « La terapia dei reumatismi cronici »; prof. K. Arslan, « Recenti vedute sulla laringite tubercolare »; prof. V. Scimone, « Concetti generali di terapia delle malattie infettive »; prof. B. Vasoin, « Sulla durata del pneumotorace artificiale »; prof. A. Zaniboni, « Sindromi d'occlusione nel grosso intestino ».

Corsi di perfezionamento.

La Facoltà Medica di Parigi annunzia l'organizzazione di un corso di perfezionamento sulle malattie urinarie, nell'Ospedale Cochin (rue du Faubourg-Saint-Jacques 27, pavillon Albarren), dal 22 giugno all'11 luglio, sotto la direzione del prof. M. Chevassu. In correlazione al corso, si terranno lezioni pratiche di medicina operatoria e di chirurgia sperimentale. Tasse complessive: 1250 franchi. Precederà un corso d'endoscopia dall'8 al 20 giugno. Per informazioni rivolgersi alla segreteria della Facoltà, oppure all' A. D. R. M. (salle Béclard), rue de l'École de Médecine 12, Paris, VIe.

La Facoltà Medica di Parigi annunzia pure un corso di perfezionamento sulle malattie dei vasi sanguigni, organizzato dall'Associazione d'insegnamento medico degli Ospedali di Parigi e che si svolgerà nell'Ospedale Tenon dal 20 al 30 maggio. Tasse complessive 400 franchi. Rivolgersi agli stessi indirizzi sopra indicati, oppure al Dr. Facquet, Hôpital Tenon (rue de la Chine 4, Paris).

L'Istituto di biotipologia trasferito da Genova a Roma.

Con recente decreto è stato trasferito a Roma, nell'Istituto di Patologia Medica e Metodologia Clinica diretto dal sen. prof. Nicola Pende, il grande Istituto che il prof. Pende stesso creò a Genova per lo studio, l'accertamento diagnostico, la correzione e la prevenzione delle debolezze costituzionali ed anomalie di crescenza fisica e psichica degli adolescenti. Tale Istituto, unico al mondo e che gli stranieri invidiano all'Italia fascista, rappresenta per la Capitale un complemento di quella grande opera rinnovatrice degli studi medici che è stata da poco realizzata dal Ministro dell'Educazione.

Il patrocinio sovrano per tre convalescenziari.

Per festeggiare i quarant'anni di matrimonio dei Sovrani, durante la visita che il Re ha compiuto alla Fiera di Milano, il segretario federale Rino Parenti ha ottenuto dal Re il gradimento per la costituzione di un Comitato che provvederà alla costruzione di convalescenziari destinati agli ammalati poveri, i quali, dopo la cura negli ospedali, hanno bisogno di ricovero per un certo tempo. Il funzionamento di detti convalescenziari, portando grande beneficio ai ricoverati, si risolverà in notevole economia e disponibilità di letti nei singoli ospedali, in quanto gli ammalati vi troveranno sicuro posto per ricevere le cure di cui abbisognano dopo essere stati dimessi dagli istituti nosocomiali.

Il Comitato raccoglierà i fondi per la costruzione di tre grandi convalescenziari, che sorgeranno rispettivamente nell'Italia settentrionale, centrale e meridionale.

I prodotti farmaceutici sintetici nazionali.

L'« Agenzia di Roma » continua a segnalare i progressi tecnici e produttivi compiuti dall'industria italiana allo scopo di raggiungere, in ogni settore, l'autonomia economica nazionale.

Importanza sempre più grande vanno acquistando di giorno in giorno i prodotti farmaceutici sintetici nazionali, che sono destinati a favorire appunto tale nostra crescente autonomia economica e che, con la loro apparizione sul mercato, hanno trovato grande favore fra i medici e il pubblico.

Gli sviluppi raggiunti dalla moderna industria chimica, e la possibilità di connettere procedimenti industriali collaterali, consentono ormai all'Italia — dopo essere stata lungamente tributaria dell'estero — una perfetta indipendenza anche in questo ramo.

Tra i più notevoli esempi è la produzione dei salicilati, collegata alla nuova potente industria nazionale dei coloranti. L'anno scorso la Società « Acna » intraprendeva per la prima volta in Italia la fabbricazione del fenolo sintetico; alla Fiera di Milano di quest'anno la Farmaceutici Italia Soc. An. ha presentato i primi prodotti sintetici

fabbricati intieramente in Italia e da esso derivati, tra cui l'acido acetilsalicilico che ha la stessa composizione dell'aspirina.

Inquadramento sindacale Cassa di assistenza e previdenza.

Si è riunita la Giunta della Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti, con la partecipazione del direttore della Confederazione e dei dirigenti dei Sindacati nazionali architetti, avvocati, ingegneri, giornalisti, tecnici agricoli, dottori commercialisti, autori e scrittori, ragionieri.

La Giunta, dopo una viva discussione alla quale hanno partecipato tutti i dirigenti sindacali, ha fatto presente la necessità che i Sindacati possano ottenere la custodia degli albi professionali e che si addivenga alla costituzione della Cassa unica confederale di assistenza per i professionisti e gli artisti, secondo i voti espressi dalla Corporazione delle professioni e delle arti.

La Giunta, approvata la costituzione della Cassa unica confederale di assistenza e di previdenza a favore delle categorie aderenti ad eccezione di quelle già provviste di Casse giuridicamente riconosciute o in corso di riconoscimento, approva in conformità delle consorelle la costituzione di una Cassa di previdenza e di assistenza per il personale dipendente dalla Confederazione e dagli Enti aderenti.

La mostra dei medici artisti.

Come ne abbiamo dato notizia, a Milano — in alcuni locali di via Gioberti 2 — è stata aperta al pubblico un'eccezionale Mostra d'arte, organizzata dall'Associazione dei medici artisti. Sono quasi esclusivamente dei milanesi coloro che presentano in questa rassegna opere di pittura e di scultura, le quali dimostrano serenità e chiarezza interpretative e sicurezza di esecuzione. Sono circa cento le opere esposte da medici che svolgono la loro attività nei più diversi settori professionali: chirurgia, odontoiatria, oculistica, ginecologia, ecc. Gli espositori sono: Agosta, Antonini, Brera, Csernyei, Favini, Malinverni, Morelli, Noccioli, Pirzio, Pozzi, Ramella, Ruffini, Terzaghi, Tragella, Vilia, Scandola.

La Mostra è stata visitata il 27 aprile da S. E. Solmi, ministro di Grazia e Giustizia, il quale è stato ricevuto dal presidente dell'Associazione prof. Ramorino, dal dott. Bennati e dal dott. Villa. Il prof. Ramorino ha recato al Ministro il saluto dei medici artisti, illustrando il significato della Mostra. Quindi l'attrice Anna Carena ha recitato alcune poesie dei medici stessi.

S. E. Solmi ha espresso il proprio compiacimento per l'iniziativa.

Fondazione " Achille Monti ".

Una Commissione composta dal prof. Gaspare Piccagnoni, direttore chirurgo dell'Ospedale di Sondrio, prof. Ettore Tibaldi, medico primario di Domodossola, prof. Luigi Villa, titolare della cattedra di patologia di Pavia e prof. Franco Cortese, anatomo-patologo di Cremona, con l'assistenza del notaio cav. Carlo Alberto Dell'Acqua, ha consegnato al Mignifico rettore dell'Università di Pavia, in presenza del direttore amministrativo della stessa Università, la somma di L. 45.000 destinata alla fondazione di un premio biennale perpetuo, intestato al prof. Achille Monti, da conferirsi alla migliore ricerca di patologia sperimentale o di anatomia patologica. A tale fondazione hanno contribuito medici d'ogni parte d'Italia, allievi ed ammiratori del prof. Monti per onorare il Maestro testè collocato a riposo. Gli stessi sottoscrittori hanno proposto lo statuto da sottoporre all'approvazione del Ministero: appena ottenuto il consenso di questo, sarà aperto il primo concorso tra i giovani medici delle provincie lombarde, del Canton Ticino e della Venezia Tridentina.

Commemorazione del prof. O. Rossi.

Nella sede dell'Accademia medica lombarda, ha avuto luogo il 27 aprile la commemorazione dell'on. prof. Ottorino Rossi, che fu Rettore Magnifico della R. Università di Pavia e membro effettivo dell'Accademia.

Alla cerimonia hanno presenziato numerose personalità e moltissimi medici, fra i quali i proff. Pepere, Rettore Magnifico della Regia Università, Carlo Baslini, presidente dell'Accademia lombarda, Ferrata, Vinai, Massarotti. La figura dell'illustre scomparso, di cui ricorreva il trigesimo della morte, è stata, con dotta e commossa parola, rievocata dal prof. Carlo Besta.

Un po' dovunque.

Il Consiglio Nazionale delle Ricerche invita tutti gli autori italiani di lavori originali a far pervenire, alla sua sede (Ministero della Educazione Nazionale, viale del Re, Roma), un riassunto di tali lavori, da valere per la Bibliografia italiana.

Un Congresso francese di profilassi della sifilide è stato tenuto a Parigi il 12 e il 13 marzo, dalla Società di profilassi sanitaria e morale, dalla Lega nazionale francese contro il pericolo venereo e della Società francese di serologia e della sifilide sperimentale. Vennero presentate varie relazioni.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 16 e il 26 febbraio, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Sono state fatte comunicazioni da: A. Ferrata, M. Donati, A. Majocchi; S. Caminiti, G. Balderi, A. Previtera, I. Mingazzini - L. Mucchi.

La « Giornata Medica » di cui abbiamo già dato notizia, ha raccolto a Milano, la mattina del 25 aprile, circa 300 medici, tra cui i proff. C. Baslini, F Piccininni e C. Gozzi quali rappresentanti la classe. Sono stati guidati dal prof. P. Piccinini alle visite delle mostre sanitarie e del padiglione antiaereo. Nel pomeriggio venne visitato l'Istituto Sieroterapico Milanese. La sera il Podestà di Milano offrì un signorile ricevimento ai convenuti, che poi intervennero ad un tratteniment d'arte nel Teatro al Dopolavoro dell'A. T. M.

I convenuti inviarono telegrammi di devozione al Re e al Capo del Governo e di saluto deferente e cordiale all'on. Morelli.

Il prof. A. Bertagnoni ha iniziato all'Istituto Fascista di Cultura di Como un corso di conferenze, trattando della « Alimentazione come fatto collettivo e come fatto individuale ».

Il prof. E. Zavattari ha tenuto una conversazione al Corso di Preparazione politica in Roma, sugli aspetti biologici dell'Africa Orientale.

Il Comitato per la medicina del Consiglio Nazionale delle Ricerche, presieduto da Dante De Blasi, ha proposto che al prof. Luigi Spolverini, clinico pediatra di Roma, sia affidata una missione negli Stati Uniti per lo studio dei metodi

profilattici e terapeutici adottati nei riguardi della paralisi infantile; il direttorio del Consiglio, sotto la presidenza di Guglielmo Marconi, ha approvato la proposta.

Il prof. A. Bessemans, direttore dell'Istituto d'igiene e batteriologia di Gand, è stato designato dal Governo belga per uno scambio di professori con l'Università di Montpellier.

Il generale medico dott. Luigi Montanari ha compiuto 103 anni. In tale occasione il direttore generale della Sanità Militare gli ha inviato un augurale saluto. Il vegliardo ha risposto ringraziando e dichiarandosi orgoglioso di avere appartenuto per 40 anni al Corpo Sanitario Militare che presta valida opera per il nostro valoroso e vittorioso Esercito.

Il Vice-Segretario del Partito ha ricevuto il direttore della rivista « L'Alimentazione italiana », dott. Angelilli, che gli ha offerto la collezione dell'ultima annata di detta pubblicazione.

Il prof. Eugenio Arcoleo, da 20 anni primario chirurgo nell'Ospedale Civile di Palermo, ha donato un milione e mezzo di lire per la costruzione di un padiglione di chirurgia nel nuovo Ospedale che sta per sorgere nel rione Feliciuzza, accanto al nuovo Policlinico. Il Consiglio ospedaliero ha deciso d'intitolare il padiglione al nome del donatore.

Nel R. Ospedale Italiano di Instambul sono stati inaugurati il 21 aprile due padiglioni (di chirurgia e di tisiologia) con l'intervento dell'Ambasciatore, del Console Generale d'Italia e del Valì di Istambul.

Il Governo egiziano ha pubblicato un decreto col quale modifica il regime delle sanzioni applicate contro l'Italia; viene permessa l'importazione di numerosi prodotti italiani, fra i quali strumenti medici e scientifici e prodotti farmaceutici.

Ai danni della Ditta S.I.F.A.C. di Milano è stato compiuto un furto di stupefacenti, nello stabilimento chimico di via Lomellina; i ladri, dopo aver scalato un muro di cinta e forzato due porte, hanno potuto rubare kg. 33 di codeina, 5 di morfina, 8 di eroina ed una certa quantità di cocaina, il tutto per un valore di 80.000 lire.

È morto a Firenze in età di 66 anni il dott. GIOVANNI NESTI, che appartenne lungamente alla Clinica del Grocco e redasse per molti anni la « Rivista critica di clinica medica ». Era uno dei professionisti più noti e più apprezzati di Firenze.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 30 marzo al 5 aprile 1936: Morbillo 322 (2424); Scarlattino 118 (268); Pertosse 133 (528); Varicella 156 (420); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 129 (198); Infezioni paratifiche 17 (17); Febbre ondulante 56 (89); Dissenteria 5 (6); Difterite e croup 243 (424); Meningite cerebro-spinale epidemica 30 (32); Poliomielite anteriore acuta 14 (16); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 4 (9); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 38 (53), dichiarata — (—); Pustola maligna 9 (11); Parotite epidemica 101 (380); Leishmaniosi 1 (1); Febbre puerperale 37 (42).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Rev. Méd. Suisse Rom., 30 mar. — R. KOENIG. Ormonoterapia in ginecol.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 mar. — Concezione neuro-umorale dei contatti nervosi. — P. BARRAL. Aninsulina.

Rivista di Patol. nerv. e ment., nov.-dic. — G. CURTI. Prensione forzata e fenomeni fisiologici di presa. — G. CALZAVARA. Clono laterale del piede. — C. TRABATTONI. Sindrome piramidale. — G. ROASENDA e S. GARETTO. Narcolessie e catalessie.

Bull. Ac. de Méd., 3 mar. — E. MONIZ. Trattam. chirurgico di certe psicosi.

Studium, 1 mar. — B. POLETTINI. I concetti fondamentali della patologia gener.

Athena, mar. — R. JEMMA. Le convulsioni nel neonato e nel lattante. — C. DECIO. La dietoterapia nel campo ginecologico.

Klin. Woch., 29 feb. — I. J. FUCHS e H. KOWARZYK. Specificità e genesi dei tumori. — E. GABBE. Vitamina C nel sangue e nell'urina.

Riforma Med., 14 mar. — M. ASCOLI. Cura dell'infez. malarica cronica. — V. MARAGLIANO. L'elettrovibratore nella ricerca dei corpi estranei magnetici.

Journ. d. Praticiens, 14 mar. — F. SIMON. Reaz. di Zambrini.

Presse Méd., 14 mar. — M. CHIRAY e M. BOLGERT. Diagnosi delle affezioni pancreatiche con la prova della secretina.

Brit. Med. Journ., 14 mar. — M. E. SHAW. Fatti ed errori in medicina. — R. BATES. Ittero infettivo non spirochetico.

Klin. Woch., 14 feb. — F. SCHELLONG. Esame funzionale della circolazione. — H. O. NEUMANN. Terapia con vitamina C in emorragie genitali profuse.

Münch. Med. Woch., 13 mar. — Numero di idrologia.

Rev. de Chir., feb. — DELREZ e BOTTIN. Terapia delle ulcere gastro-duoden. — R. LERICHE. Per ridurre al minimo le complicaz. post-operatorie.

Ann. de Méd., feb. — Numero sulle malattie infettive.

Deut. Med. Woch., 13 mar. — Numero di climato-idrologia.

Folia Med., 15 gen. — P. STEFANUTTI. Sindrome di Cushing. — 30 gen. E. COPPA. Anamnesi professionale nelle tecnopatie.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mar. — E. A. SPIEGEL e W. C. HUSICKER. Impulsi corticali al sistema autonomo. — M. P. CHEN e al. Trattamento insulinico delle tossicomanie.

Arch. Internal Med., feb. — I. S. WRIGHT e A. LILIENFELD. Vitamina C cristallina. — L. WELLER jr. Insufficienza surrenale. — W. R. JORDAN e L. O. RANDALL. Neuropatie nel diabete.

Surg., Gyn. a. Obst., 15 feb. — Resoconto del 25° Congresso nord-americano di chirurgia.

Riv. San. Sicil., 1 mar. — M. ASCOLI. Singhiozzo quinquennale.

Paris Méd., 21 mar. — Numero sul cancro.

Gaz. d. Hôp., 21 mar. — G. CARRIÈRE e P.-J. GINESTE. Fegato e diabete.

Med. Times, mar. — M. W. THEVOLIS. Alimentaz. dei vecchi.

Amer. Journ. Med. Sc., mar. — J. B. YOUMANS. Saturazione ed escrezione di vitamina C. — A. B. GUTMAN e H. KASABACH. Morbo di Paget. — L. E. FINKELSTEIN. Cardiomegalia glycogenica circumscripta.

Münch. Med. Woch., 20 mar. — R. Bayer. Dieta Freud-Kaminer nel cancro. — E. Baumann. Endocarditis lenta.

Deut. Med. Woch., 20 mar. — v. Müller. Trattamento dietetico del diabete.

Med. Klinik, 20 mar. — J. Kraus. Diabete m. e gravidanza. — E. Schliephake. Trattam. dell'accesso polm. con onde corte.

Bull. de l'Ac. de Méd., 10 mar. — E. Brumpt. Sali alogenati di magnesio e adenocarcinomi spontanei dei topi.

Klin. Woch., 21 mar. — H. Druckrey. Il problema del cancro. — E. Klaften. Diafanoscopia in ginecologia.

Acta Med. Scand., 20 mar. — H. Kjargaard. Sintomi cerebrali nell'infarto miocardico. — E. Lindquist. Alcaluria. — H. Vlados e al. Stomaco ed ematopoiesi. — H. Silver. La meningite nella parotite.

Journal A. M. A., 29 feb. — W. S. Collens. Azione delle sostanze estrogene nel diabete. — A. U. Dejardins. Piretoterapia della gonorrea. — 7 mar. C. Phipps. Cause della trombosi coronaria. — M. H. Barker. I tiocianati nel trattam. dell'ipertensione. — E. Epstein. Tossicità del carbarsone.

Presse Méd., 21 mar. — P. Merklen. Noduli sottocutanei nei reumatici cronici. — M. Brulé e al. Tumori villosi dello stomaco. — J. Baumgartner e F. Berthond. Rarefaz. ossea in ovariectomizzata.

Arch. p. le Sc. Med., mar. — B. Cossu e O. Maestri. Azoto aminico in sani e diabetici. — Boggian e Stellatelli. Estratti appendicolari.

Presse Méd., 25 mar. — D. Danielopolu. Prova anfotropa seno-carotidea sulle affezioni cardio-vascolari. — P. Remlinger. Vaccinaz. antirabbica a domicilio.

Presse Méd., 28 mar. — L. Rimbaud. Neurotropismo delle malattie infettive.

Pediatria, 1 apr. — R. Petruzzella. Reaz. di Auricchio e Chieffi nella leishmaniosi viscerale. — E. Bozzi. Fenomeno di Donaggio.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., mar. — A.-C. Guillaumin. Compito ematopoietico dello stomaco.

Brit. Med. Journ., 28 mar. — E. W. Adams. Medicinali e rimedi nuovi.

Riforma Med., 28 mar. — S. Marino e D. Trapani. Ricerche istochimiche nel sangue di portatori di tumori.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 18 Maggio 1936 - XIV Num. 20

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

R. CLINICA CHIRURGICA DI ROMA
diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Un caso di embolia dell'arteria polmonare guarito con l'embolectomia.

Dott. PIETRO VALDONI, aiuto, docente.

L'embolia polmonare massiva, complicazione grave e mortale che nella maggior parte dei casi appare come un fulmine a ciel sereno che complica improvvisamente il decorso di un intervento che dava a sperare un esito felice, è stata oggetto di tentativi terapeutici fino dal 1908 quando, per opera di Trendelenburg e del suo assistente Sievers, veniva applicato quell'intervento che il Trendelenburg aveva studiato sperimentalmente e dimostrato compatibile con la sopravvivenza. La malata di Trendelenburg moriva dopo 37 ore per emorragia della mammaria interna, quella di Sievers sopravviveva 15 ore all'operazione. Successivamente Krüger nel 1909 opera un caso che sopravvive 5 giorni all'operazione e muore al 6° giorno per infezione. Nel 1914 un caso di Schuhmacher vive 2 1/2 giorni. Fino al 1923 l'operazione fu tentata sempre senza successo duraturo in una ventina di casi. La prima guarigione definitiva è ottenuta dal Kirschner nel 1924. Seguono nel 1927 un caso di A. W. Meyer, nel 1928 due casi di Meyer, due di Crafoord, uno di Nyström, nel 1929 un secondo di Nyström, nel 1931 il 4° di Meyer che è il nono della statistica.

Il Meyer che ha avuto il massimo numero di successi ha modificato la tecnica di Trendelenburg mettendo specialmente in evidenza la necessità di non aprire la pleura; ha modificato anche gli strumenti creati dal Trendelenburg per l'embolectomia. I casi operati dal Crafoord e dal Nyström e quello che è oggetto della comunicazione sono stati operati tutti con le modificazioni della tecnica originale secondo Meyer.

Naturalmente i tentativi sono stati molto più numerosi dei successi. Eichelter fino al 1932 raccoglieva nella letteratura 123 casi pubblicati di embolectomie. In Italia fu praticato questo intervento dal Valdoni nel 1932 e 1933, dal Comolli nel 1934, dal Polacco nel 1935.

L'intervento si propone di aprire la polmonare attraverso una breccia della parete costale e del pericardio e nell'estrarre dai rami l'embolo che ha portato all'arresto del piccolo circolo. Si comprende come la gravità dell'atto operatorio limiti l'indicazione nel senso che vi sono difficoltà di diagnosi differenziale e che vi è la possibilità di una risoluzione spontanea. Le difficoltà della diagnosi sono messe bene in evidenza dai registri di autopsia da cui risulta come casi venuti a morte con questa diagnosi non presentino traccia di emboli e viceversa. È successo ad alcuni chirurgi di aprire la polmonare senza che vi fosse un embolo; questo fatto impegna al massimo la responsabilità del chirurgo ed è ordinariamente la causa del mancato tentativo dell'embolectomia o di una decisione troppo tardiva e che porta eventualmente all'operazione quando non vi è più possibilità di salvezza. I casi ad andamento fulmineo e che, secondo il Meyer, sono circa il 30 % di tutte le embolie non rappresentano certo un'indicazione all'intervento che in questi casi diverrebbe un puro esercizio di medicina operatoria. L'indicazione si pone quando vi sieno almeno 10 o 15 minuti di tempo tra l'embolia e la morte, casi che rappresentano più della metà di quelli che si osservano e a cui appartengono la maggior parte dei casi di successo che si sono avuti. Non è possibile anche in questi casi ad andamento rapido di procedere immediatamente all'intervento perchè occorre tener conto che la mortalità operatoria nei casi pubblicati è del 93 % e quindi vi è solo il 7 % di salvezza; questa percentuale va messa di fronte a quella delle percentuali di guarigione spontanea e che rappresentano il 25-30 % dei casi. Nyström ha proposto specialmente nei casi a decorso protratto e in cui vi sono speranze di una risoluzione spontanea, di iniziare l'operazione fino alla scopertura del pericardio, cioè di eseguire la parte più indaginosa dell'operazione e che può esser fatta senza pericolo per il malato. A questo punto il chirurgo attende; se le condizioni si aggravano procederà all'embolectomia, se si va verso la risoluzione suturerà la ferita. Meyer in un caso ricorda che pur avendo al suo attivo già 3 successi, chiamato al letto di una malata colpita da embolia polmonare, seppe aspettare 12 ore prima d'intervenire mentre tutto era pronto per l'operazione e decidendosi all'intervento solo quando le condizioni precipitarono e non vi fu più speranza di salvare altrimenti la malata. Con l'operazione portò a guarigione la paziente.

D'altra parte il fattore *tempo di durata delle manifestazioni cliniche* ha molta importanza in quanto il cuore risente della sovradistensione. E in riguardo alla possibilità del successo è da considerare anche lo stato anatomico della lesione. Perchè l'embolectomia possa riuscire è necessario che l'embolo abbia una determinata resistenza e consistenza e che non abbia una estensione anche nei piccoli rami in modo da bloccare, specie con una trombosi secondaria, tutti i rami della polmonare. Dietrich per esempio in 18 casi trovò in 11 che l'embolo era formato da trombi spezzettati.

È da tenere conto oggi ancora di quanto recentissimamente ha pubblicato il Denk sui risultati di un tentativo curativo incruento dell'embolia per mezzo della iniezione endovenosa di eupaverina che in 9 casi di embolia polmonare, gli ha dato 7 guarigioni; nella valutazione di queste cifre bisogna ricordare di quanto abbiamo detto sopra, sulla possibilità di una guarigione spontanea. Il Denk non esclude a priori l'intervento in quanto egli pratica l'iniezione endovenosa di 3 ctgr. di eupaverina eventualmente ripetendo e triplicando la dose, ma se non ottiene un miglioramento interviene immediatamente. In un caso simile in cui fu applicato questo metodo nella nostra Clinica, si è assistito a un leggero miglioramento momentaneo seguito da morte. Un giudizio attuale sul valore del metodo deve essere riservato; certamente può offrire un mezzo di miglioramento della prognosi postoperatoria. Però secondo quanto si può dedurre dalla rivista bibliografica sull'argomento, un miglioramento essenziale nella prognosi rispetto alla mortalità operatoria è da sperare da una scelta più accurata del momento dell'intervento. È vero che noi possiamo perdere dei malati per un'operazione troppo precoce ma è anche vero che di solito li perdiamo per operazioni troppo tardive. Decidersi all'intervento quando si è arrivati all'agonia, quando il cuore è all'inizio della paralisi cardiaca significa esporsi a un insuccesso sicuro. La maggior parte dei chirurgi che hanno avuto un insuccesso nel loro tentativo attribuiscono la causa dell'insuccesso proprio a questo intervento tardivo. Per un intervento così traumatizzante è necessario che il cuore disponga ancora di una for-

za di riserva sufficiente a riprendere la sua funzione quando sia tolto l'embolo. Quindi necessità di intervenire quando le condizioni non tendono a migliorare e quindi quando non si può pensare a un ristabilimento spontaneo: in queste condizioni anche un insuccesso non fa perdere nulla e giustamente Kirschner dice che con l'operazione non si tratta tanto di salvare questi malati quanto di ridare loro la vita che hanno perduto.

Credo utile di esporre con sufficiente dettaglio la storia clinica del malato che abbiamo avuto occasione di operare e che rappresenta il 10° caso guarito dopo tale intervento.

Il malato, F. P., di anni 68, contadino, da Tagliacozzo, era stato ricoverato nella Clinica Chirurgica il giorno 12-XI-35 per un'ernia inguinale obliqua esterna a sinistra e diretta a destra. Il malato ha sofferto da giovane di un'affezione che non sa precisare, ma che gli provocò degli edemi agli arti inferiori; sei anni fa si ammalò per pleurite destra e da cinque anni aveva notato la comparsa di un'ernia bilaterale; è in discrete condizioni generali, con un modico grado di enfisema polmonare; apparato cardio-vascolare apparentemente indenne. Viene operato il 14-XI-35 in rachianestesia. A sinistra esisteva un sacco erniario che viene escisso, a destra un piccolo sacco da ernia che viene ridotto. Da tutte e due le parti viene eseguita una plastica alla Bassini. Il decorso post-operatorio fu dei più regolari se si eccettui un'elevazione termica in quarta giornata a 37°,8, cui seguì apiressia. La ferita guarisce per prima intenzione. Il giorno 26, cioè in dodicesima giornata il malato si alza dal letto e fa alcuni passi. Il mattino del 27 il malato doveva uscire dall'ospedale. Alle ore 9 circa si alza dal letto e va al gabinetto. Alle 9,15 circa ritorna in corsia, ma mentre cammina nel corridoio viene colpito improvvisamente da un violento dolore retrosternale e cade a terra. Portato immediatamente a letto egli è cianotico, respira con grande sofferenza e con difficoltà contraendo i muscoli sussidiari della respirazione; si lamenta per il violento dolore retrosternale e invoca soccorso da un medico affermando di sentirsi morire. Il polso diventa frequente, ineguale, piccolo e rapidamente scompare. Dopo pochi istanti perde conoscenza e si lamenta penosamente. Al 3° minuto circa, chiamato al letto del malato e notata la caratteristica sintomatologia decido di intervenire con diagnosi di embolia della polmonare. Il malato viene immediatamente trasportato in camera operatoria e immediatamente viene preparato tutto per l'intervento (i ferri e il materiale di medicatura vengono tenuti costantemente sterili in appositi pacchi pronti all'uso).

Operazione. — Opera il dott. Valdoni; assiste il dott. Stefanini. Senza disinfezione delle mani si indossano i guanti sterili, poi i camici; disinfettata la pelle con tintura di iodio si prepara il campo sterile. L'intervento si inizia al 7° minuto dall'avvenuta embolia. Dagli esperimenti eseguiti su cadaveri, avevo notato come fosse più facile di aggredire il pericardio e di scollare la pleura sostituendo alla incisione del Meyer (a T rovesciato con resezione della 2ª e 3ª costola) una incisione parallela al margine sinistro dello sterno con resezione della 2ª, 3ª e 4ª. cartilagine costale. In questa maniera la breccia è più ampia, non vi è bisogno di resecare il margine sternale e nell'angolo inferiore si domina bene il seno pleurico nel tratto in cui devia verso sinistra dalla linea mediana, lasciando scoperta l'aia pericardica.

Si pratica rapidamente l'incisione verticale para-

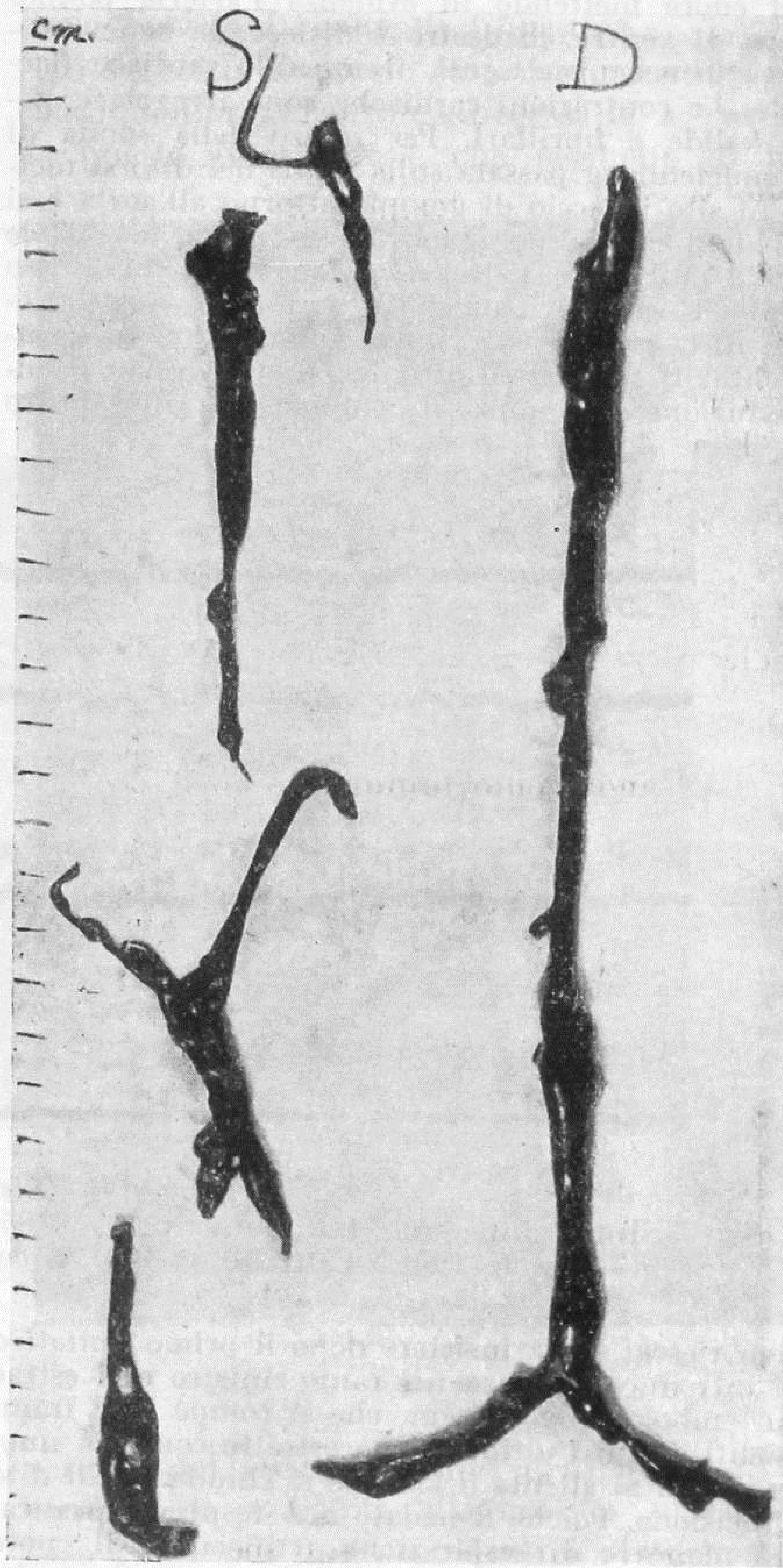


FIG. 1. — Emboli estratti dai rami della polmonare.

sternale. Il malato che in questa fase ha ancora dei movimenti respiratori spontanei non reagisce affatto alle manovre praticate senza alcuna anestesia. Si incide il pettorale e si scoprono la 2ª, 3ª e 4ª cartilagine costale dalla inserzione costale alla prima porzione della costola ossea. Rapidamente si speriostano le tre cartilagini che vengono resecate. Legatura del fascio vascolo-nervoso intercostale 3° e 4°. La pleura è quasi completamente trasparente ed è ben visibile il disegno polmonare. Scoperto il pericardio in basso, questi ap-

pare quasi del tutto coperto dal seno pleurico anche in basso. Nella manovra di scollamento del seno pleurico questo si lacera e l'aria entra con un rumore caratteristico. Il polmone però si collassa poco per lo stato di enfisema polmonare in cui si trova. Aperto il pericardio verso la punta del cuore, da esso fuoriesce scarsa quantità di liquido citrino chiaro. Con un colpo di forbice si completa l'apertura del pericardio fino alla base del cuore mettendo in evidenza l'arteria polmonare. Il ventricolo destro è disteso, le vene coronarie bene appariscenti, il muscolo cardiaco flaccido. Le contrazioni cardiache sono irregolari, poco valide e fibrillari. Per mezzo della sonda di Trendelenburg passata sulla guida del dito si mette in sito il laccio di gomma attorno all'aorta e si incide l'arteria polmonare poco sopra le valvole per 2 cm. verso l'alto. Esce dal cuore un grosso fiotto di sangue nero che si arresta con la trazione sul laccio; assieme al sangue è uscito un frammento di trombo di 10 cm., molto grosso. L'introduzione della pinza da embolo nel ramo destro venire tenuto fermo sul campo operatorio. La sutura della polmonare viene praticata come sutura continua a tutto spessore con seta vasellinata e presenta difficoltà notevole per la profondità del campo operatorio e specialmente per la continua espansione del polmone. Occorre dare per due volte dei punti supplementari per assicurare una emostasi completa togliendo e rimettendo per due volte ancora la pinza da sutura, la cui messa a posto richiede sempre la trazione sull'aorta con il laccio. La sutura riesce finalmente emostatica. Si asciuga con tamponi una parte del sangue versato e si mette un punto di accostamento del lembo sinistro del pericardio ai resti del muscolo pettorale sul margine destro dell'incisione. La sutura dei due foglietti pericardici è impossibile per il notevole divaricamento dei margini prodotto dalla distensione del cuore. Segue la sutura del pettorale, del sottocutaneo e della pelle con grappette.

Alla fine dell'intervento si pratica una piccola incisione sulla ascellare media nell'8° spazio in-

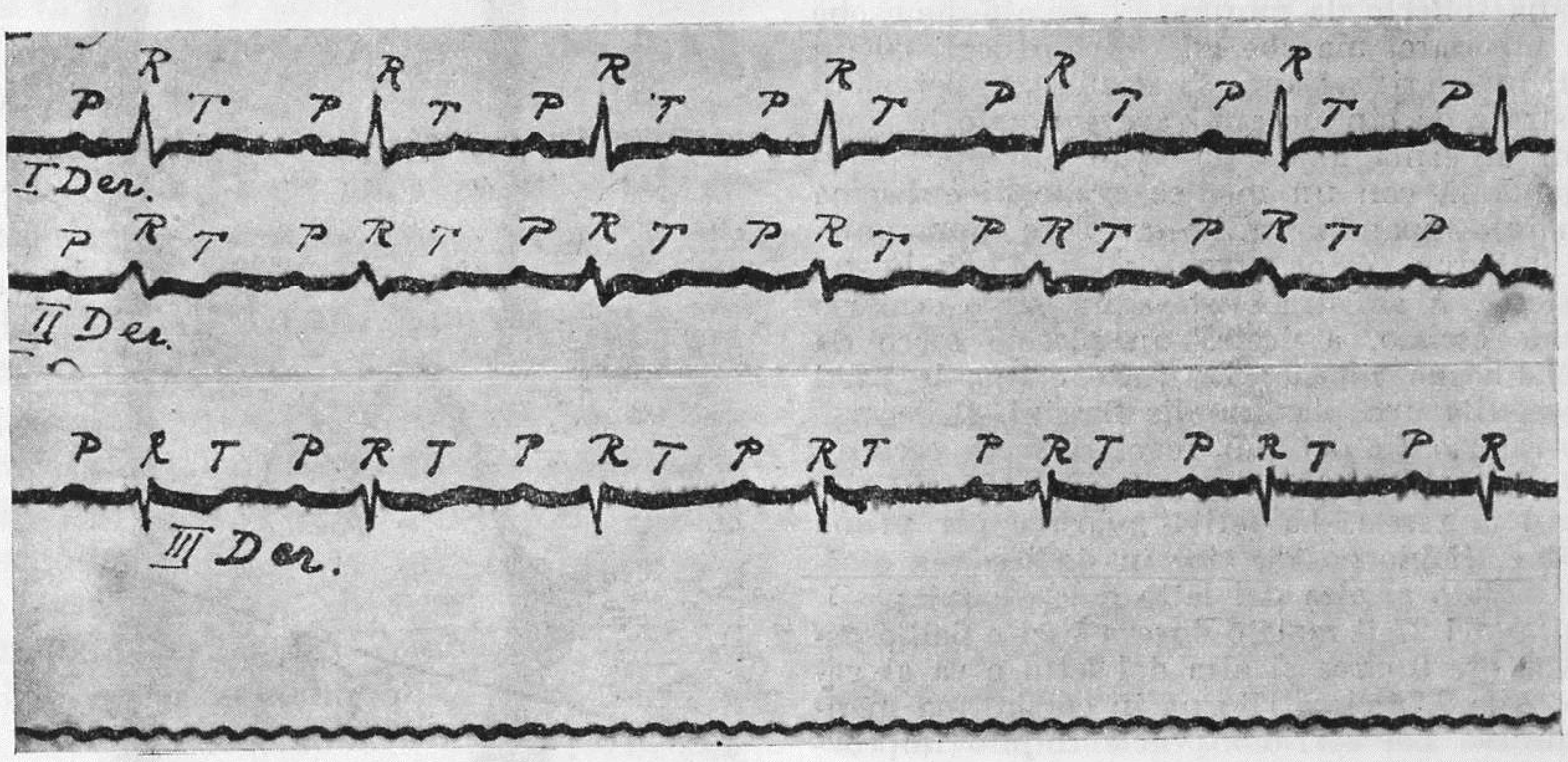


FIG. 2. — *Elettrocardiogramma.*

[Non aritmie. Intervallo P-R aumentato (0,185'') e esagerata in III D. (onda di Pardee), T difasica in tutte le Der.]. Fatti di alterato circolo coronario (prof. MELDOLESI).

non riesce; senza insistere dopo il primo tentativo si introduce la pinza nel ramo sinistro e si estrae un embolo lungo 27 cm. che si rompe in 3 frammenti di cui l'ultimo viene estratto con una nuova presa. Si allenta il laccio e si chiude con il dito l'incisione. Poichè il malato non respira si praticano manovre di respirazione artificiale e il cuore che era diventato immobile riprende a pulsare dopo alcuni colpi, impressi con il dito sul muscolo. Ristabilitasi in circa un minuto la contrazione cardiaca valida, si tira nuovamente sul laccio e si estrae dal ramo destro un embolo di 27 cm. non frantumato. Nuovo allentamento del laccio e chiusura digitale dell'incisione. Riprende ora il respiro, la pulsazione cardiaca si fa valida. Tirando di nuovo il laccio si applica lateralmente la pinza da sutura. Sono passati 13' 30'' dall'inizio dell'embolia. Ora il malato ha ripreso bene il respiro e la pulsazione che si trasmette anche alla periferia. Si aspira del sangue versato nella pleura e si deterge il campo operatorio. Il polmone, che nonostante l'apertura della pleura si espande bene, viene divaricato dall'assistente all'esterno. Il malato incomincia ad agitarsi, a dire parole sconnesse e deve

tercostale e si introduce nel cavo pleurico una sonda di Pezzer a tenuta d'aria a cui si applica subito il tubo che porta alla bottiglia di aspirazione. Dal cavo pleurico esce aria e sangue. La sutura cutanea è stata fatta senza anestesia; ma ha provocato manifestazioni molto notevoli di dolore da parte del malato. Il malato viene messo a letto inconscio e delirante. Si pratica un'iniezione di Digalén, di canfora e di morfina. Il polso è ben percettibile, leggermente aritmico, la pressione arteriosa massima di 95, minima di 65.

Nel pomeriggio il malato è ancora delirante, il polso è sempre valido, vi è modica dispnea. Il tubo di aspirazione non drena più. Al malato si somministra ogni 4 ore una iniezione ipodermica di morfina e di eupaverina.

Il giorno seguente vi è un leggero miglioramento nelle condizioni del malato, l'agitazione è diminuita e si alimenta bene. In 3ª giornata sono scomparse le aritmie e si continua ogni 6 ore l'iniezione di eupaverina. Con inalazioni di benzoato sodico ogni 2 ore la dispnea diminuisce notevolmente. Una radiografia eseguita al letto del malato mostra che non vi è traccia di pneumo-

torace, mentre vi è un versamento alla base di sinistra. Ha piccole elevazioni termiche. In 4ª giornata scompare il delirio; il polso è regolare, ritmico e il malato si nutre abbondantemente. Si toglie il drenaggio pleurico dopo essersi accertati che il cavo del drenaggio è separato dal cavo pleurico contenente liquido. Da allora le condizioni vanno rapidamente migliorando nonostante la persistenza del liquido raccolto nel cavo pleurico di sinistra. Le piccole elevazioni termiche sono scomparse e il malato è in condizioni così buone che in 14ª giornata si alza e da solo può fare alcuni passi. La ferita operatoria è guarita per prima men che in corrispondenza dell'angolo inferiore dove vi è una necrosi superficiale e molto limitata nel sottocutaneo. Il malato per 3 giorni si alza e si nutre regolarmente; dopo il 4° giorno insorgono però edemi degli arti inferiori e del sacro. Per suggerimento del prof. Frugoni si praticano delle iniezioni di tachidrolo e vari cardiocinetici e si procede frazionatamente all'estrazione del liquido pleurico nella quantità complessiva di 1300 cmc. Questo è di colore chiaro ed ha caratteri d'un essudato. Dopo l'estrazione il liquido non si riforma più, però persistono più accentuati alla sera gli edemi sacrali e degli arti inferiori. Un elettrocardiogramma mette in evidenza delle alterazioni che possono ricondursi a fatti non molto gravi di alterato circolo coronario, mentre l'esame radiologico e radiografico fa escludere la presenza di liquido nel cavo pericardico.

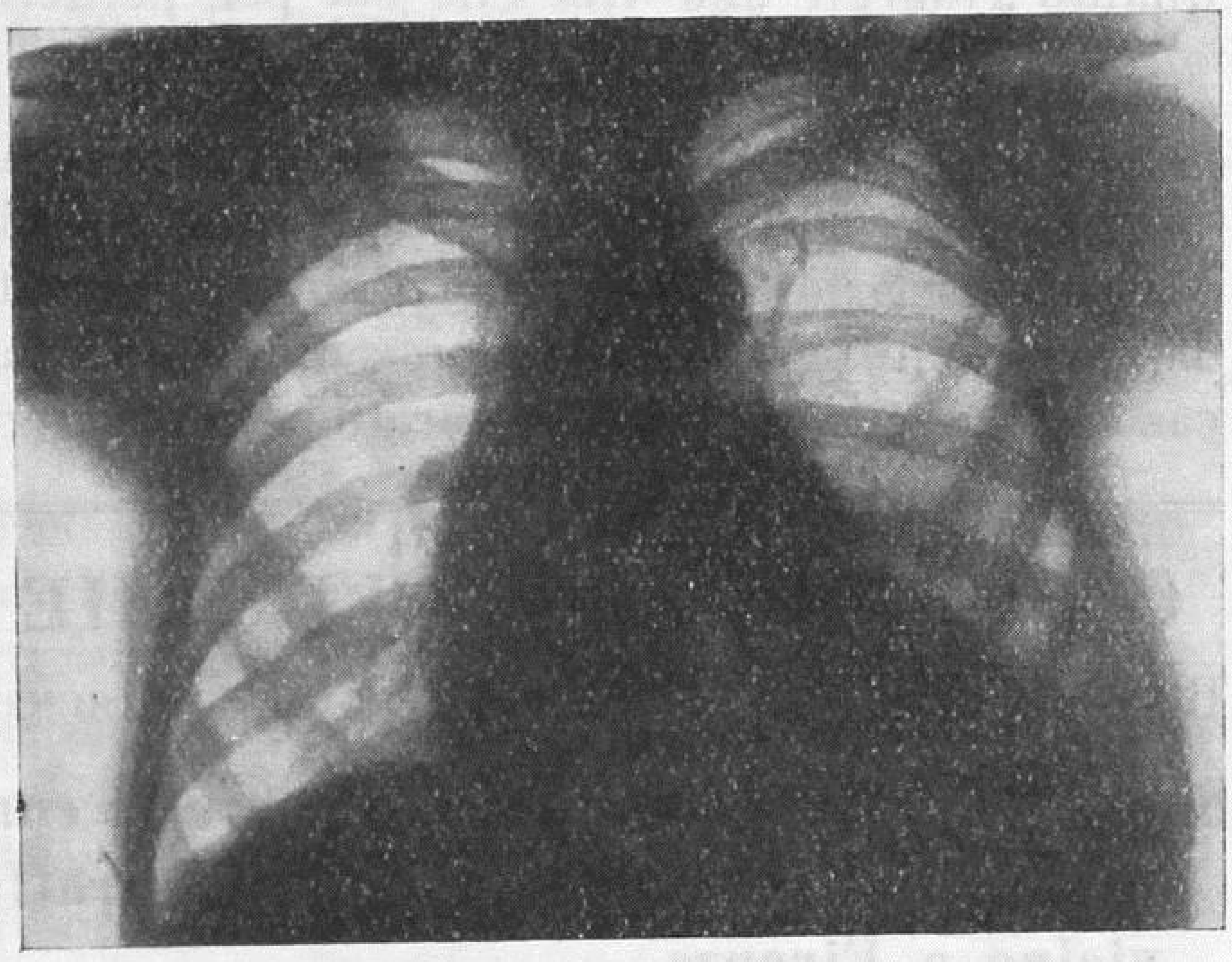


FIG. 3. — Cuore spostato verso destra, modica ectasia dell'aorta.

Gli edemi sono con tutta probabilità in rapporto con lo stato di indebolimento del miocardio. In seguito alle cure assidue il malato va migliorando. (Ringrazio qui caldamente il prof. Frugoni e l'amico prof. Pozzi, suo aiuto, per l'interessamento preso al caso e per l'esito così favorevole delle cure condotte). A 1 mese di distanza dall'intervento il malato è decisamente avviato verso la guarigione. Gli edemi sono quasi del tutto scomparsi e limitati alle regioni malleolari e scompaiono durante il riposo notturno. La crasi sanguigna è andata pur essa migliorando e il numero di globuli rossi è aumentato da poco più di 2.000.000 a 3.600.000 circa. Il malato è in ottime condizioni psichiche, si nutre abbondantemente. La diuresi è perfetta. Il liquido pleurico non si è più riformato. L'esame radiografico mostra lo spostamento dell'aia cardiaca verso destra non ingrandita con una modica ectasia aortica con una chiazza di calcificazione. Il miglioramento va sempre più accentuandosi e il malato abbandona la Clinica il 18 gennaio, completamente guarito persistendo ancora soltanto un modico grado di anemia.

Poche parole di commento voglio aggiungere alla storia del malato rimandando per il resto a quanto ho avuto occasione di scrivere recentemente nella mia relazione sul tema *Embolie*, al Congresso dell'ottobre 1935 della Società Italiana di Chirurgia.

Il successo di questo caso conferma l'importanza dell'organizzazione necessaria a praticare questo intervento e che permette di non

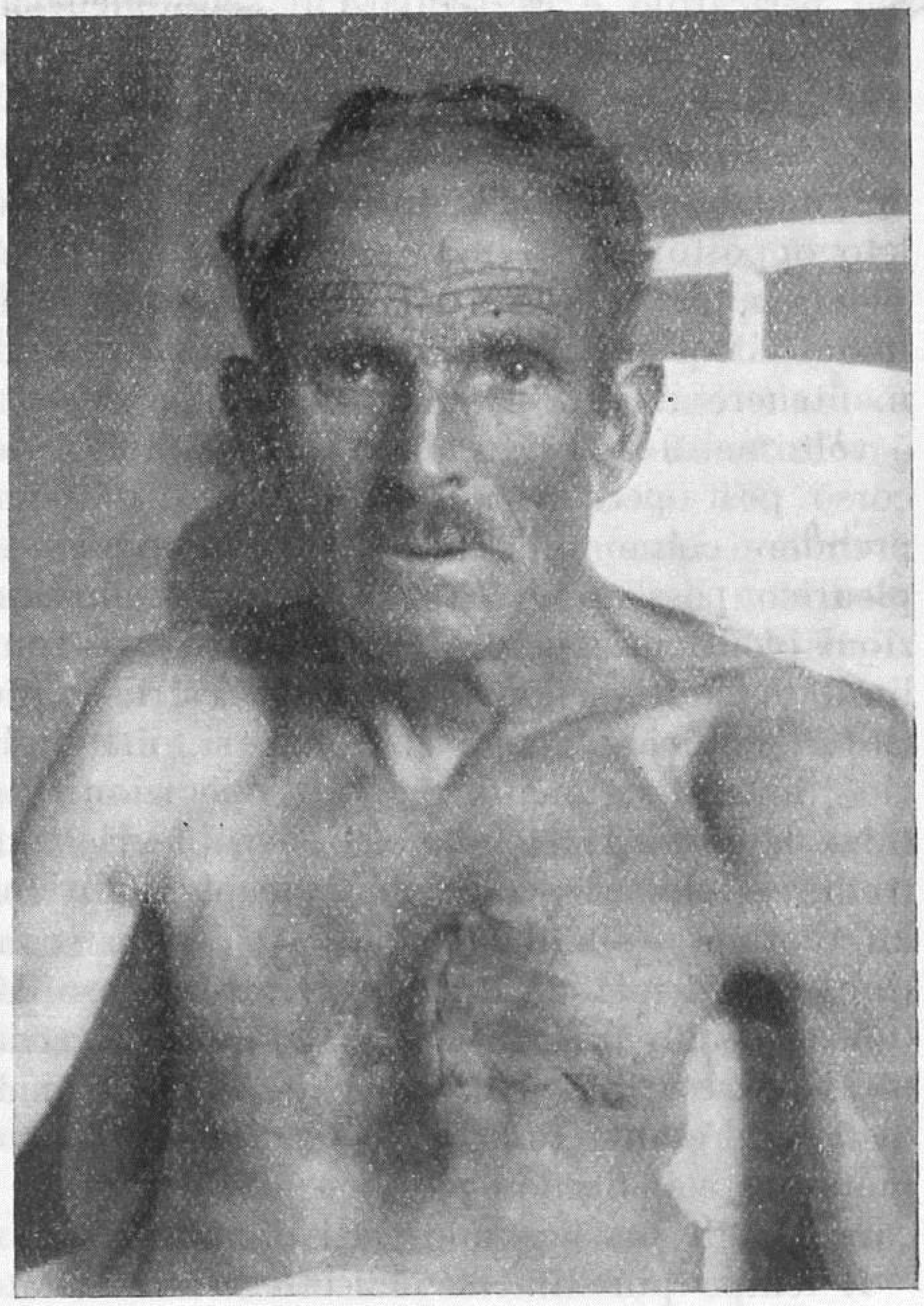


FIG. 4.

perdere dei minuti preziosi e di dominare la tecnica. Il problema diagnostico nel nostro caso come nei due precedenti è stato posto e deciso facilmente. Certamente non bisogna tenere poco conto della possibilità di errore. Il sintomo più saliente è stato il dolore atroce retrosternale improvviso senza perdita immediata della conoscenza con dispnea intensa e con cianosi pallida; naturalmente il dato anamnestico del precedente intervento per ernia inguinale ha un valore molto notevole. Il nostro caso dimostra anche l'importanza di avere il personale di assistenza istruito e capace di inquadrare la sintomatologia imponente che si presenti all'improvviso.

Un secondo punto su cui desidero richia-

mare l'attenzione è rappresentato dalla tecnica operatoria. L'incisione a lembo di Trendelenburg e di Meyer può essere sostituita con vantaggio da un'incisione verticale parasternale sinistra purchè questa sia qualche centimetro più lunga, il che permette anche di resecare, come abbiamo fatto nel nostro caso 3 costole invece di 2. Il Meyer consiglia di resecare la 2ª e 3ª cartilagine costale e solo in casi di necessità la 4ª. Noi pensiamo che sia preferibile, come si è fatto, di resecare sempre 3 costole perchè così lo spazio è maggiore e perchè è più facile di scoprire la porzione libera del pericardio e di scollare il seno pleurico. Nel nostro caso siamo riusciti a repertare nel triangolo libero il pericardio ch'era però molto ridotto per lo stato di enfisema polmonare del malato. La paura di ferire la pleura del lato opposto, l'estrema sottigliezza del seno pleurico, la necessità di fare presto non ci hanno consentito nemmeno questa volta di mantenere integra la pleura, come è riuscito 5 volte nei 9 casi fino ad oggi guariti. Dal decorso post-operatorio risulta facile di comprendere come il mantenere integro il seno pleurico possa mettere a riparo di complicazioni pleuriche. Queste nel nostro caso si sono limitate a un versamento sieroso reattivo, grazie all'artificio a cui siamo ricorsi, mettendo cioè immediatamente dopo l'operazione un tubo di gomma a tenuta nel cavo pleurico introducendolo attraverso una piccola incisione intercostale e praticando un'aspirazione continua con il metodo Bulau. Nel nostro caso dal tubo è uscito tutto il gas e il sangue riversatosi nel cavo pleurico, tanto che a 3 giorni di distanza l'esame radiografico escluse il pneumotorace e il liquido pleurico aveva soltanto i caratteri di un liquido reattivo non ematico.

Il tempo più difficile dell'intervento è stato rappresentato dalla sutura dell'arteria polmonare ostacolata dalla profondità del campo operatorio, dal polmone che durante la respirazione veniva a coprire a ogni espirazione la linea di sutura e dal sangue riversatosi nella pleura che mascherava il campo operatorio. Il tirar su con il laccio la base del cuore rappresenta un trauma troppo grave per il cuore stesso ed è giustificato solo nel momento di far presa con la pinza da sutura.

Completata la sutura, per la distensione del cuore, riusciva impossibile la sutura dei margini del pericardio. Per non lasciare esposta la superfice anteriore del cuore suturai il lembo di sinistra alle parti molli residuate sul margine sternale. Penso che questo sia da evitare perchè provoca, come è dimostrato nel nostro caso, uno spostamento verso destra del cuore che forse, in parte, è causa dei disturbi circolatori verificatisi.

Infine la forma degli emboli estratti, le loro diramazioni e la netta impronta di valvole venose sta a dimostrare che l'embolo è formato realmente da un trombo periferico distaccatosi. Nel nostro caso, nei giorni seguenti l'intervento si vedevano le vene dell'arto inferiore di destra più evidenti che non a sinistra in modo che si può ritenere che il trombo si sia venuto a formare nelle vene profonde dell'arto di destra e che abbia occupato almeno la poplitea, la femorale iliaca e forse in parte la cava. Questo trombo mobilizzatosi si è diviso nei due rami della polmonare obliterandola.

Il caso fortunato ora descritto che è venuto ad aggiungersi ai 9 già pubblicati nella letteratura mondiale, conforta l'affermazione che ho avuto l'occasione di fare in altro luogo che i chirurghi devono indursi a una più estesa applicazione del tentativo di embolectomia dalla polmonare. Il problema è essenzialmente un problema di organizzazione per poter intervenire a tempo quando il cuore non abbia ancora esaurito tutta la sua forza di riserva, sempre però in un momento in cui l'intervento non significhi tanto aiutare il malato quanto ridargli una vita che sta per perdere.

RIASSUNTO.

Viene descritto un caso di embolectomia dalla arteria polmonare guarito durevolmente dall'intervento. Il caso rappresenta il decimo caso di guarigione nella letteratura.

OSSERVAZIONI CLINICHE

R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA DI FIRENZE

Sopra un caso di poliartrite acuta in corso di primo-infezione malarica contratta vicino a Firenze.

Prof. ALBERTO TERZANI Dott. LIA TORELLI.

Che nella malaria possano aversi delle sintomatologie dolorose osteo-articolari, è cognizione che i libri comunemente riportano. Quì prescindiamo dai dolori ossei sui quali molti AA. hanno fissato la loro attenzione e scritto varie memorie (Mercato, Morton, Torti, Werlhof, Borsieri, Barzellotti, Chimisso, ecc.), dolori per lo più presenti nelle forme terzanarie, vaghi, improvvisi, fugaci (Mauban), talvolta atroci (Morton), localizzati generalmente alle ginocchia o lungo la colonna lombo-sacrale, dovuti ad alterazioni del midollo (ove furono ritrovati i plasmodi), o ad infiammazione della epifisi e in tal caso con elettiva sede (Signorelli).

Limitando la nostra attenzione ai fenomeni articolari in senso stretto non asseriamo nien-

te di nuovo quando diciamo che nel novero dei reumatismi articolari secondari (o pseudo-reumatismi, come meno bene si dice) figura anche, nei libri, quello malarico.

Quando si voglia, però, di tale poliartrite malarica ricercare la frequenza nella letteratura, e sopratutto quando se ne voglia ricercare i caratteri, si resta in verità delusi di tanta scarsezza.

Più che meravigliarci con il Barbarotta che « *da niuno fassi menzione di gonfiamento e arrossimento degli articoli* », noi ci meravigliamo che se ne parli in maniera così vaga ed imprecisa in quelle poche memorie che di tal fatto tengono conto.

Che, in verità, la poliartrite acuta secondaria da malaria sia una evenienza rarissima nessuno può negare, ma di quelli che la affermano quasi nessuno poi porge al diagnosta quegli elementi basilari per i quali un simile concetto possa sostenersi e una tale figura distinguersi.

Nel casellario ricchissimo e confuso dei cosidetti « pseudo-reumatismi » trova suo posto anche uno « pseudo-reumatismo malarico ». È scopo di questa nostra nota, valendoci di un'osservazione personale, per molti aspetti interessante e singolare, di fissare i caratteri di tale forma, o, meglio, di tratteggiare una figura di insieme di questa poliartrite malarica, poichè, come vedremo, un quadro univoco costantemente tale non può essere fissato.

Dei riferimenti fatti dai vari AA., quando si escludano quei casi non certi, allorchè « dolori alle spalle », « ai piedi » non sono meglio specificati (Chimisso), o allorchè si parla di dolori discendenti lungo gli arti (Puccinotti), nei quali si ravvisano le figure dei dolori ossei o nevralgici, anzichè articolari, rimangono in campo sicuramente quelli di Mauban, Carnot, Paoletti, Lichtenstein.

Carnot (1917) ci parla, pure senza specificare, di alcuni casi di malaria in Macedonia tra i cui fenomeni prodromici figuravano « dolori articolari ».

Mauban (1917) tra i sintomi iniziali dei casi di malaria da lui veduti in Macedonia cita pure, in una percentuale del 75 %, dei dolori a tipo poliarticolare, come un reumatismo articolare acuto, con edema lieve e senza rossore, con decorso breve, sicchè in 24 ore tutto era dileguato.

Paoletti (1918) ci parla di « dolori articolari » durante ogni singolo accesso, ma non dà alcuna descrizione nè della estensione, nè del tipo, nè dei caratteri della forma.

Roccavilla (1919), descrivendo un suo caso di sindrome articolare durante una infezione malarica, con dolore e tumefazione delle articolazioni colpite, a carattere saltuario, si domanda se esso corrisponda a un reumatismo malarico, o sia invece un vero attacco di poliartrite reumatica acuta intercorrente.

Chimisso (1922) ci parla più di dolori ossei che articolari nel vero senso della parola. Egli ci dice che sono più frequenti alla metà inferiore del corpo e che non si accompagnano con tumefazione. Egli ce li descrive sia nel periodo prodromico, sia negli accessi febbrili e nella malaria latente.

Il Lichtenstein (1929) al quale si deve il lavoro più recente e più preciso in proposito, ha osservato delle complicazioni articolari in 21 delle varie migliaia di malarici da lui esaminati.

L'A. divide i suoi casi in due gruppi: nel primo gruppo (circa il 12 %) la poliartrite insorgeva al 14° giorno circa di malattia: a questo punto la curva termica caratteristica si cambiava in una piressia continua. Più frequentemente colpiti erano i ginocchi con tumefazione e — particolarità degna di nota — con versamento intraarticolare. I fatti obiettivi (e così il dolore) si protraevano ancora per varie settimane esaurito il periodo della febbre. Non avevano efficacia assoluta nè salicilici nè chinino: la *restitutio ad integrum* era lenta e la terapia necessitava di essere sempre integrata da una cura termale.

Nel secondo gruppo (88 %) il reumatismo poliarticolare compariva durante la convalescenza o, meglio, ad esaurimento avvenuto degli accessi febbrili. Di questi casi alcuni (circa 1/3) si svolgevano apiretticamente, altri, invece, con febbre più o meno alta, remittente o intermittente irregolarmente.

I fenomeni obiettivi di questo gruppo erano sempre meno gravi che nel primo, e più particolarmente era meno spiccata la tendenza ai versamenti. Rarissimamente si assistette all'instaurarsi di una endocardite. Le articolazioni colpite furono sempre, o quasi, i ginocchi, da soli o con l'articolazione della spalla e con la tibiotarsica. Nel liquido articolare non si rinvennero mai i plasmodi.

Tra gli Autori le cui opinioni troviamo citate, figurano in senso affermativo il Fayers (malaria in India), lo Heinemann a Veracruz, il Wiener (malaria di guerra). Vi figurano, però, anche in senso negativo Mannagerb, Ziemann, Pribram, ecc.

Dopo la esposizione di questa casistica bibliografica veramente esigua e veramente poco

espressiva (salvo le osservazioni di Lichtenstein) noi descriviamo il caso nostro che, oltre a presentare singolari elementi in linea generale, offre dei dati interessanti a esaminarsi anche nella particolarità del problema al cui studio ci siamo posti: la relazione, cioè, di un quadro poliartritico con la malaria.

F. A. di anni 63, agente comunale, abitante a Sesto Fiorentino.

Niente di importante nell'anamnesi familiare: durante il servizio militare, nel 1893, contrasse in Maremma la malaria (della quale non sa precisare il tipo), guarita completamente e mai più ripresentatasi. Un'affezione polmonare acuta sofferta a 59 a. decorse normalmente. Nel 1930 fu trovato affetto da diabete mellito, che per altro non raggiunse mai notevoli gradi.

Il 29 ottobre 1935 ebbe malessere generale con vomito e febbre fino a 37° e 5: questa febbre si mantenne per cinque giorni a tipo continuo, non molto elevata: dal 6° giorno cambiò, come diremo poi, tipo. Al 3° giorno di malattia comparve dolore e tumefazione in corrispondenza dell'articolazione metatarso-falangea di sinistra: la regione era arrossata e tumefatta; al 4° giorno i dolori si presentarono diffusi a quasi tutte le articolazioni in modo successivo; al 6° giorno di malattia comparve un dolore assai forte alla spalla destra: tale dolore andò nei giorni successivi accentuandosi fino a divenire insopportabile e a rendere impossibile al paziente qualsiasi più lieve movimento. Questo dolore nella spalla dominò d'allora in poi la scena; in un secondo piano stavano i dolori di altre articolazioni, quali i polsi e le metatarso-falangee: questi dolori ebbero un andamento discontinuo, ma non presentarono mai quel carattere di instabilità, successività ed alternanza come si vede nel reumatismo articolare acuto.

Dal 6° giorno, quando insorse l'artrite della spalla destra, la temperatura subì una recrudescenza e assunse un tipo diverso: da continua, uniforme, cioè, qual'era, si cambiò in una febbre che ad ogni 4° giorno subiva un innalzamento critico con brivido iniziale e sudore terminale: l'accesso si manteneva alcune ore e compariva generalmente fra le 12 e le 18: la temperatura non tornava, però, mai alla norma nei giorni intervallari nel primo periodo; più tardi invece le temperature intervallari si fecero minori sì che si giunse a un tipo quartanario classico. Ciò avvenne all'incirca al 34° giorno di malattia.

Una intensa e pronta cura di salicilato di sodio non modificò nè febbre nè quadro articolare subiettivamente o obbiettivamente.

Il p. entrò apirettico nel nostro reparto ospedaliero il 42° giorno di malattia.

L'esame obiettivo non rivelava elementi particolari a carico degli apparati respiratorio e circolatorio; il fegato debordava un dito dall'arcata costale: la milza si fissava col suo margine superiore all'VIII spazio intercostale, mentre in basso debordava di più di un dito dall'arco costale ed era di consistenza piuttosto dura.

Le articolazioni compromesse erano quelle della spalla destra, del polso destro e le due tibio-astragaliche. Il dolore era notevole, la tumefazione a tipo periarticolare assai evidente, il rossore minimo.

Sulla mano sinistra si notavano delle manifestazioni flittenulari a contenuto emopurulento, che, in seguito, comparvero anche sulle dita della mano destra a gettate: il loro decorso era breve e si esaurivano dopo essicamento. Un esame culturale del loro contenuto fu negativo. Esse comparivano specialmente in coincidenza degli accessi febbrili.

Le urine non contenevano glucosio, ma la glicemia era di 1,75.

Fu iniziata terapia di chinofenile endovenoso, fu somministrato del salicilato di sodio alla dose di 8 grammi, ma i dolori ne risentirono assai modestamente: non ne risentì per niente la curva termica che aveva presentato alcune piccole oscillazioni intorno ai 37°3-37°6.

Con molta meraviglia assistemmo, al terzo giorno di degenza, ad una improvvisa elevazione febbrile preceduta da brivido, di breve durata e ceduta con sudore notevole. Questo fatto si ripetè altre cinque volte, mentre nei giorni di intervallo si aveva apiressia completa. Al terzo accesso uno striscio di sangue rivelò il *plasmodium malariae*: fu istituita, dopo un quarto accesso, una cura chininica che non impedì, peraltro, al giorno preciso, di aversi una meno forte elevazione febbrile: d'allora la temperatura non si è più presentata.

Sotto la terapia chininica (si continuò ancora con salicilato a dosi ridotte) si videro migliorare i fatti articolari, specialmente i dolori.

Le manifestazioni cutanee si presentarono ancora a gettate, ma dopo due giorni dall'ultimo accesso febbrile esse non si ripresentarono più.

La cura chininica fu ancora intensamente condotta e gradatamente diminuita nelle dosi: si accompagnò con somministrazione di chinofenile endovena, con salicilato prima e con piramidone poi, con olio iodato più tardi e preparati di zolfo.

Il p. riprese l'uso normale delle sue articolazioni, potè alzarsi e lasciare l'ospedale in ottime condizioni: esse durano tuttora (marzo 1936). La milza tornò alla norma e anche la glicemia si mantenne sui valori vicino alla norma.

Che nel nostro malato siasi trattato di una infezione malarica non vi può essere alcun dubbio.

A parte la questione poliartritica, della quale or ora verremo a dire, nella nostra osservazione alcuni punti importanti vanno segnalati.

Non si può riallacciare, per l'enorme intervallo di tempo, il presente quadro malarico all'altra infezione malarica sofferta dal paziente 42 anni prima.

La malaria attuale fu quindi una primo-infezione: ciò è degno di nota quando si consideri che il paese di Sesto Fiorentino (a 9 km. da Firenze) non è una zona malarica. Abbiamo trovato peraltro un'osservazione (1) non

(1) PASQUINI. *Il Ramazzini*, 1907, pag. 453.

recente di un caso di malaria primitiva nella stessa zona.

Nessun rapporto evidentemente può farsi fra il diabete e la malaria: o perchè troppo lontano dalla prima infezione, o perchè precedente alla nuova. Con questo ci crediamo dispensati dal prendere in considerazione i discussi rapporti fra diabete e malaria.

Per il quadro poliartritico noi crediamo che si debba mettere in relazione con l'infezione malarica: le ragioni di tale nostro concetto sono in breve queste:

a) il paziente ha un'età quale raramente viene colpita dal reumatismo art. acuto,

b) non coincise nè preesistette angina (2), come spesso accade nel reumatismo articolare acuto,

c) il quadro articolare iniziò dalle articolazioni metatarso-falangee, ciò che rarissimamente accade nel reumatismo art. acuto,

d) i successivi attacchi articolari non ebbero quei caratteri di instabilità, brevità, alternanza, successione, come nel reumatismo articolare acuto suole pressochè sempre verificarsi,

e) la spalla destra fu colpita troppo stabilmente: si direbbe con linguaggio corrente che fu « *morsa a lungo* » anzichè « *fugacemente lambita* »,

f) la temperatura mostrò al di là del 6° giorno un andamento a cuspidi quartanarie, il che nel reumatismo art. acuto non può (a meno di condizioni speciali) verificarsi: sulla febbre inizialmente continua, poi continua con esacerbazioni quartanarie non ci soffermiamo,

g) un'intensa cura con salicilato di sodio e con chinofene non troncò la scena articolare come non influenzò la curva termica,

h) non ci fu endocardite: ciò potrà avere un valore non assoluto allorchè si tenga conto per l'età del paziente delle leggi di Bouillaud.

Che nel nostro caso un quadro di poliartrite reumatica acuta primaria dovesse mettersi in dubbio, o potesse, anzi, del tutto escludersi, non ci pare dubbio.

Per volerle mantenere il posto, occorrerebbe pensare che, dato il terreno malarico (contemporaneo!), il reumatismo abbia evoluto sotto una forma clinicamente diversa in via semeiologica e terapeutica: è una ipotesi della quale nessuno oserebbe asserire il fondamento.

È il caso piuttosto di domandarci se sia più facile a verificarsi simile complicanza in zone che pure offrono molti casi di reumatismo art. acuto come è quella interessata nel nostro caso.

La logica dei fatti ci impone di riportare questo quadro poliartritico — nella sua fisionomia non identificabile al primario — a una infezione in corso, con la figura di secondario. Di quì a riallacciarlo alla malaria in atto il passo è breve e il cammino autorizzato.

Ma la clinica, se vuole valersi dei dati riferiti dagli AA., non concede questa parternità tanto tranquillamente.

Non si è avuta nel nostro malato la localizzazione ai ginocchi che sembra per gli AA. la più frequente: il quadro poliartritico è comparso precocemente in pieno periodo di piressia, l'esito se non proprio sollecito (perchè specificamente si intervenne tardi) fu del tutto brillante, nè necessitò di cure termali delle quali dal Lichtenstein ci viene segnalata la necessità. Ma è proprio sull'esito della cura, che fu efficace solo quando ai salicilici si unì a forti dosi il chinino, che noi imperniamo il punto più notevole della asserzione. Con questo resultato confortiamo le asserzioni del Wiener secondo cui la chinina usata nello stato acuto guarisce tali artriti.

Dalla nostra osservazione, tenendo presente anche quanto la letteratura ci riferisce, possiamo trarre queste conclusioni:

1) esiste uno pseudo-reumatismo malarico che può presentarsi sia durante una primo-infezione, che in una recidiva;

2) esso può insorgere sia poco dopo iniziato il periodo febbrile, sia alcune settimane dopo, sia in convalescenza;

3) la presenza di un quadro artritico non è sempre capace di modificare la curva termica caratteristica con un tipo di febbre continua, peraltro descritta; nonostante la sua presenza la febbre può presentare il tipico andamento intermittente;

4) il quadro poliartritico può dominare tanto la scena da deviare la diagnosi dalla giusta via; tanto più quando è precoce, tanto più quando la febbre è continua, o per lo meno non caratteristicamente intermittente, tanto più nei casi di primo-infezione nei quali non ci sorregge nè la storia di una conosciuta malaria, nè la febbre che, in tali casi, come si sa, è spesso inizialmente continua;

---

(2) Diciamo anche « preesistette » perchè numerose osservazioni da noi fatte su malati di Sesto F. affetti da poliartrite reumatica acuta (malattia ivi assai frequente) riportavano la preesistenza di una angina anche di 7-10 giorni, con l'intervallo di apiressia in quasi tutti i casi.

5) le manifestazioni articolari possono, per alcuni aspetti soltanto, simulare il reumatismo art. acuto, ma la successione delle regioni, la transitorietà, la saltuarietà, o per qualche elemento mancano, o sono meno spiccate: la fissazione più a lungo su una articolazione o più, sembra elemento importante alla diagnosi;

6) un quadro articolare caratteristico sia per la sede preferita (ginocchi), sia per il tipo (tumefazione per versamento endoarticolare) non può essere dettato; il quadro sarà riconosciuto malarico per dati positivi (malaria in atto o recente, esito della cura) o per dati negativi (escludenti un reumatismo art. acuto anche dal punto di vista terapeutico);

7) questi quadri poliartritici vanno tenuti bene distinti dalle osteiti, osteomieliti, miositi, nevriti, ecc. di origine malarica;

8) essi possono complicare vari tipi di malaria: sono, più che rari, almeno nei nostri climi, eccezionali;

9) una intensa terapia chininica da sola, o con altri sussidi (salicilato, chinofene, zolfo, iodio) ha ragione, generalmente, della forma;

10) un'endocardite non compare o solo rarissimamente (?);

11) gli esiti possono essere del tutto ottimi: il tempo della guarigione non lungo, nè ad essa necessitano in ogni caso cure termali.

RIASSUNTO.

Gli AA., dopo aver passato in rassegna la scarsa bibliografia sul reumatismo secondario a infezione malarica, descrivono un caso di poliartrite acuta secondaria che ha complicato sin dall'inizio una malaria contratta in zona non malarica. Le manifestazioni articolari hanno risentito benefico effetto dalla cura chininica, mentre poco o punto dalla sola terapia salicilica.

BIBLIOGRAFIA.

CARNOT P. *La malaria in Macedonia.* Paris médical, 1917.

CHIMISSO L. *Sui dolori ossei articolari nella malaria.* Folia medica, 1922.

LICHTENSTEIN L. *Reumatismo da malaria.* Zeitschrift für Wissenschftl. Bäderkunde, 1929.

MAUBAN. *Sintomi iniziali della malaria primitiva in Macedonia.* Paris médical, 1917, pag. 368.

PAOLETTI F. *Di una rara forma di successione morbosa dell'infezione malarica.* Policlinico, sezione Pratica, 1918, pag. 373.

ROCCAVILLA A. *Malaria di guerra.* Folia medica, 1919, 1920.

SIGNORELLI A. *Le osteoalgie epifisarie nell'infezione malarica.* Bollettino Società Lancisiana, 1911.

RIVISTE D'AGGIORNAMENTO

Nuove vedute nella cura dei cardiaci (1).

Prof. GIOVANNI GALLI (Como).

Lo studio delle malattie di cuore ha compiuto progressi importanti e molto soddisfacenti. Ora noi vediamo più chiaro nella etiologia e patogenesi delle cardiopatie, ne comprendiamo meglio i sintomi, le sappiamo riconoscere precocemente; sulla base di ricerche interessantissime di anatomia e di fisiologia, con l'aiuto di strumenti ingegnosi, quali lo sfigmomanometro e l'elettrocardiografo, siamo penetrati nell'intimo della funzionalità cardiaca e del circolo sanguigno. Queste migliorate conoscenze hanno favorito assai anche il progredire della cura e non si esagera dicendo che i risultati ottenuti nel campo cardiologico, sia dal lato teorico che pratico, primeggiano tra tutti quelli conseguiti dalla medicina moderna.

Ciononostante sono tutt'altro che scomparsi lo scetticismo prognostico, la perplessità nella diagnosi ed il nihilismo terapeutico; il passato gravita ancora sul presente e non ci siamo ancora completamente liberati dalla vecchia mentalità pessimista in tema di cardiopatie. Per la mancanza dei mezzi diagnostici moderni non si consideravano le malattie di cuore che nei loro stati finali e quindi effettivamente in un periodo di massima gravità e di minima possibilità curativa. Le cure allora in uso erano assai limitate e consistevano in sottrazioni sanguigne, in purganti, emetici e non si conosceva tra i cardiocinetici che la digitale. Le parole vizio cardiaco, uscite dalla bocca del medico, suonavano come squillo di agonia e lo studio anatomico non faceva che accrescere la convinzione sulla incurabilità delle cardiopatie.

Questa mentalità pessimista ha conseguenze pratiche dannose; non è cosa incomune osservare cardiaci che son ritenuti inguaribili ed incurabili e che vengono abbandonati a se stessi con il viatico pietoso di qualche banale specialità farmaceutica o di medicamenti prescritti *ul aliquid fieri videtur*, e che dai soggetti vengono presi senza fede o neppure vengono usati. La sfiducia nel medico si ripercuote nel malato e lo deprime, e da questo ritorna al medico, causando un circolo vizioso, un'atmosfera di sconforto e di passività, tutt'altro che adatti per ottenere buoni effetti. In uno stato d'animo miserevole, oppressi dalle sofferenze fisiche e sopratutto morali, questi soggetti diventano incapaci di utile rendimento lavorativo e sono spesso di gravame per le famiglie e la società.

---

(1) Riassunto di lezione tenuta al corso di cardiologia alla R. Università di Pavia.

Il prognostico sfavorevole viene formulato sopratutto dai medici, che si fissano troppo sulle lesioni anatomiche e annettono eccessiva importanza a modificazioni corporee, le quali per accentuate ed evidenti che siano, come difetti delle valvole, ingrandimenti ventricolari, ectasia aortica, stasi viscerali, edema periferico, quando siano sottoposte a cure opportune, non sono sempre irreparabili e irriducibili e possono permettere una funzionalità discreta ed anche buona per lungo tempo.

La terapia delle malattie del cuore sta ora tra quelle della medicina interna che danno più soddisfazione al medico, potendosi ottenere risultati tutt'altro che spregevoli nel più dei casi e non di rado brillanti successi. Quante volte il famigerato « non c'è più niente da fare » fu seguito da un clamoroso miglioramento, ottenuto da altro medico, animato da maggior fede, più abile nel servirsi delle armi moderne e più attento nell'osservare e curare le manifestazioni funzionali.

Tutte le malattie comprese le chirurgiche — non dobbiamo mai dimenticarlo — si accompagnano con disturbi funzionali, più o meno accentuati e palesi; sulle sindromi dipendenti dalle lesioni anatomiche si possono sovrapporre sintomi nervosi e psichici, assai importanti, abbattimento fisico e morale, anoressia, insonnia che aggravano la malattia se già estrinsecata o da virtuale la rendono effettiva. Con sorprendente rapidità questi sintomi sovrapposti vengono mitigati e tolti dal medico accorto e sperimentato, con miglioramento visibile di tutto il quadro patologico. L'effetto benefico è tanto più pronto e sicuro, quando l'intervento parte da un medico autorevole e desiderato e che agisce con decisione.

Un contegno perplesso il « proviamo questo » e dopo qualche giorno il « proviamo ora questo » mettono in difetto il medico di fronte al cardiaco che non ama le « prove » e vuole essere guidato e curato con fede e con fermezza.

Industriale di 65 anni. Da 8 anni manifestazioni di scompenso, facile dispnea, aritmia totale. Dopo vari tentativi viene dichiarato incurabile. Depressione psichica, abbandono di ogni occupazione, confino permanente nella camera da letto. Il consulente rinfranca il malato dal lato morale, corregge l'insonnia e l'anoressia, rialza e regolarizza la circolazione con iniezioni di strofantina e con periodi intercalati di digitale. Rapido miglioramento con ripristino progressivo di una buona attività fisica tanto che il malato ritorna in grado di guidare la propria automobile. In questi ultimi anni si è dovuto rendere la cura più serrata; lo stato generale e cardiologico si mantengono tuttora sempre buoni.

Tre sono le direttive fondamentali moderne per la cura dei cardiaci: 1) riguardo e risparmio fisico nei periodi in cui si manifestano segni di scompenso; 2) esercizio muscolare, quando il compenso ricompare; 3) inquadramento armonico della potenzialità cardiaca nella vita quotidiana.

Se indispensabili sono l'inattività fisica ed il riposo a letto nei casi gravi, non deve questa regola essere generalizzata e diventare la norma permanente per tutta l'esistenza di un cardiaco. Avviene troppo spesso che a cardiaci anche compensati vengono fatte assurde prescrizioni « evitare il minimo sforzo, non alzare oggetti da terra, non piegarsi innanzi » per il fatto che essi sono portatori di una lesione valvolare, presentano aritmie od hanno avuto segni aortici ed anginosi o comunque sono passati per un periodo di scompenso. Il sistema muscolare viene praticamente abolito, dimenticando così che le contrazioni dei muscoli dopo tutto favoriscono la *vis a tergo* e danno sollievo al cuore. Questi consigli inopportuni ingenerano stati d'animo depressi anche nei famigliari e quante volte si osservano soggetti, da tempo confinati in una camera o nel letto, e ridotti ad un minimo di movimento, rinascere ad una vita attiva e soddisfacente dopo averli persuasi dell'utilità di un ragionevole esercizio dei loro muscoli, eseguito specialmente all'aperto.

Raggiunto un compenso discreto con il riguardo ed il riposo, si rinforzerà la circolazione per mezzo dell'esercizio fisico. L'utilità delle contrazioni muscolari risulta da numerose osservazioni; persino soggetti scompensati, con edemi periferici, vi ricorrono istintivamente e non è infrequente vedere malati colpiti da asma notturno avere sollievo da movimenti muscolari come l'andare su e giù per la camera. Conosco persone di vita sedentaria, che presentavano le note caratteristiche dell'indebolimento miocardico, che ansimavano dopo pochi movimenti muscolari, le quali acquistarono una notevole resistenza miocardica, in seguito all'esercizio quotidiano metodico dei muscoli e tra gli altri casi eccone uno tipico:

Uomo nella sessantina, con minorata forza di riserva cardiaca e ritenuto affetto da progrediente cardiopatia; egli si rinfrancò in seguito ad un esercizio muscolare quotidiano, che volentieri, potendo, non avrebbe fatto, perchè ritenuto dannoso. Costretto a passare da un'abitazione da cui raggiungeva il vicino ufficio in strada piana, ad una nuova abitazione più lontana e con strada in salita egli doveva più volte al giorno mettere in esercizio la sua muscolatura col risultato finale di un ottimo ristabilirsi delle forze miocardiche.

Le esercitazioni muscolari non devono certamente superare limiti ragionevoli e tutta l'attività quotidiana deve essere proporzionata all'età del soggetto ed alle risposte funzionali del suo cuore. Qui cadono acconci i consigli profilattici di un lavoro metodico, ordinato, con limitazione di esso ed eventuali sospensioni appena si manifestano segni di stanchezza azione cardiaca concitata, dispnea, edema serotino delle estremità.

Prescrizioni esagerate ed inopportune si verificano anche in rapporto con la dietetica. Sappiamo quanto frequentemente le cardiopatie si associano con sintomi renali; la presenza di albumina nelle urine è lo spauracchio che conduce all'intransigenza di una dieta lattea assoluta o quasi assoluta. L'uso esclusivo del latte, per brevissimo tempo, 1-3 giorni (la cosidetta cura di Carell) nella quantità di un litro e mezzo per giorno, preso in 5 volte, cioè 300 gr. per volta, è ottimo provvedimento negli scompensi cardiaci; accresce la diuresi e sgombra l'organismo dei liquidi e delle scorie ristagnanti. Prolungare però, come avviene di vedere, per settimane la cura lattea è cosa molto dannosa. Il rigorismo latteo come la proibizione del cloruro di sodio, anche assai in voga, si basano su vedute teoriche; dal lato pratico risultano non soltanto inefficaci, ma aggravano i danni che si intendono riparare. Nel mio trattato sull'arteriosclerosi (Società Editrice Libraria 1926) ed anche in precedenti lavori, ho messo in guardia contro i pericoli di una dietetica lattea protratta. Il latte è un cibo incompleto, disarmonico nella sua composizione e non confacente per l'adulto; è troppo acquoso, contiene pochi idrati di carbonio, troppe proteine e grassi. Usato per troppo tempo, depaupera l'organismo, indebolisce la circolazione. Si aggiunga che il cloruro di sodio è una sostanza indispensabile per il ricambio cellulare; se usato in quantità insufficente viene a mancare la naturale appetibilità dei cibi, la secrezione gastrica si impoverisce e la digestione decade (1). Come risultò durante la grande guerra, specialmente nei campi di concentramento e nelle popolazioni con nutrizione insufficiente, anche gli organismi sani acquistano disposizione al ristagno di liquidi nel corpo ed all'indebolimento miocardico. Un cuore malato risente ancor più l'insufficenza di cibo.

Consigli del pari inopportuni, esagerati e senza utile effetto nei cardiaci, si rilevano praticamente quelli che proibiscono ogni sostanza stimolante il sistema nervoso. Un sorso di buon vino ed una boccata di fumo, quando siano desiderati, possono essere un'indicazione perentoria non soltanto per la buona digestione ma per dar tono alla circolazione ed al sistema nervoso. Resta ben inteso che dall'assolutismo proibitivo non si cadrà nell'opposto campo del tutto permesso. I divieti troppo assoluti non raggiungono di regola lo scopo; le limitazioni eccessive, come le cure troppo complesse, soverchie di medicamenti e di consigli igienici opprimono, stancano, rendono ancor più grave e disabbelliscono la vita del cardiaco, già per sè portato alla depressione.

(1) Nelle recenti assise italiane di medicina generale questi concetti hanno visto il loro trionfo nella cura delle stesse nefriti; Jona, Rietti, Schupfer, Zoja si sono dichiarati decisamente contrari all'abuso del latte.

La cura medicamentosa è di notevole importanza nelle cardiopatie ma per ottenere buoni risultati sono necessarie direttive particolari. Avviene che dopo un certo tempo l'organismo non reagisce più nella stessa misura ad un cardiocinetico, per cui bisognerebbe aumentare la dose per ottenere l'identico effetto. Per prevenire questa assuefazione è utile alternare l'uso dei rimedi, e nel nostro caso si passerà ad es. dalla digitale e suoi preparati allo strofanto e strofantina, alla sparteina, all'adonide, eventualmente, associando due o più cardiocinetici per ottenere un'azione potenziata e si ritornerà dopo un certo tempo al primo.

Altra norma importante è quella di impadronirsi del giusto dosaggio dei medicamenti cardiovasali; ogni arma va conosciuta bene e usata con precisione per non fallire il colpo. Quante volte chi conosce perfettamente il dosaggio, ottiene con lo stesso medicamento effetti non raggiunti da altri. Non basta ordinare la digitale, lo strofanto, ecc. nelle loro numerose preparazioni, ma bisogna somministrare le giuste dosi, appropriate ai singoli casi. Spesso avviene nei consulti udire dal medico e dai famigliari « questo rimedio è già stato dato ». Certamente, ma in misura troppo bassa od eccessiva e quindi senza tutto il vantaggio possibile ad ottenersi. In genere il dosaggio è tenuto troppo basso e bisogna per lo più superare le indicazioni stampate dai fabbricanti sull'etichetta dei preparati. I quali preparati, anche quelli provenienti da Case notissime, non hanno sempre un'azione costante per una serie di ragioni intuitive; come avviene di oggetti o di macchine che pur fabbricati in serie ed in gran numero, non danno praticamente, pur tutti con la stessa forma ed aspetto, lo stesso rendimento nè hanno uguale durata. La migliore cautela è di attenersi ad un numero limitato di preparazioni medicamentose, le quali presentino già una prima garanzia di una buona origine, ed accumulare la propria esperienza su queste sole poche, in modo di essere in grado di usarle con la massima personale cognizione degli effetti. In tal modo sarà facile rilevare anche le manchevolezze eventuali ed intercorrenti e provvedere, modificando opportunamente il dosaggio.

Devo infine aggiungere che nella cura dei cardiaci non bisogna irrigidirsi sull'apparecchio circolatorio, ma vanno tenuti ben presente tutti gli altri apparati e sopratutto il sistema nervoso e quello digerente. L'insonnia è la ruina dei cardiaci; un buon sonno ed una buona digestione sono condizioni fondamentali di salute. La mancanza di riposo notturno, l'insufficiente nutrimento indeboliscono il sistema nervoso e tutto l'organismo anche di una persona sana e robusta; tanto più il cardiaco ha bisogno di un sonno tranquillo e di una buona alimentazione. I mezzi più in uso contro l'insonnia sono i barbiturici; ma

anche gli oppiacei, ancora troppo temuti nella cura dei cardiaci, non sono ad essi inferiori. Piccole dosi alla sera (10-15 gocce di una soluzione di morfina all'1 per 100, o dei comuni estratti totali d'oppio) procacciano di regola un sonno ristoratore senza conseguenze dannose, eliminando i sintomi molesti di ambascia e di irrequietezza, così frequenti. In tal modo si dà un valido aiuto al cuore, e si mantiene in buona efficienza il sistema nervoso.

Attenzione va portata anche all'apparato digerente; con l'uso saltuario di gocce amare, di medicamenti depletivi del fegato, e di lassativi, non solo si previene e si elimina l'anoressia, ma ci opponiamo alla congestione epatica, al ristagno intestinale, togliendo in tal modo ostacoli non indifferenti alla circolazione sanguigna. Il soggiorno in clima di altitudine anche sopra i 1200 metri può essere un ottimo mezzo per tonificare l'apparecchio digerente e la circolazione; il timore tanto diffuso che i cardiaci risentano danno dal soggiorno in montagna è dall'esperienza dimostrato erroneo.

L'azione medicamentosa è importantissima in ogni periodo delle cardiopatie, toglie i disturbi, rafforza il miocardio, agevola un notevole rendimento. Vi sono cardiopatici, che hanno atteso soddisfacentemente alle loro occupazioni, per anni e decenni, grazie all'uso periodico o quotidiano di cardiocinetici in piccole dosi, così da arrivare a quantità globali straordinarie.

Un medico pratico, molto attivo nell'esercizio della sua professione consumò in 25 anni un totale di 800 gr. di digitale, senza dire degli altri cardiocinetici, usati nei periodi di sospensione della digitale. Egli era affetto da insufficienza aortica reumatica diagnosticata sin dagli anni di università. Un suo compagno, ascoltandogli il torace a scopo di esercizio semeiotico, aveva rilevato un forte soffio cardiaco che il docente universitario riconobbe dipendere da lesione delle sigmoidi aortiche. Piccole dosi di cardiocinetici, nei primi anni usate in modo periodico, poi ogni giorno, valsero a conservare in perfetta efficienza il suo cuore per un tempo così lungo, nonostante l'esercizio di una professione faticosa, che l'obbligava a salire più volte al giorno scale faticose ed alzarsi di notte. In condizioni ambientali e di lavoro più agevole, con la possibilità di un riposo sicuro notturno, egli avrebbe resistito ancor più.

Ma anche negli stadi avanzati delle cardiopatie siamo in grado di intervenire utilmente. Con i moderni diuretici mercuriali è possibile sgombrare con rapidità l'organismo di enormi quantità di liquido; non si esagera dicendo che come nei malarici si è verificato una quasi scomparsa delle milze enormi e della cachessia, così avverrà degli edemi e dei versamenti nelle cardiopatie, con il diffondersi delle cure moderne, specie per via endovenosa.

Sino a pochi decenni fa la cura medicamentosa dei cardiaci si faceva soltanto *per os;* l'introduzione dei medicamenti per via ipodermica ha segnato un notevole progresso. Ma il massimo utile si è raggiunto con le iniezioni endovenose; in tal modo il rimedio perviene immediatamente nel sangue e senza subire alcuna modificazione e dispersione come avviene per la via orale. Tutti i cardiocinetici — dall'olio di canfora alla strofantina — ed un numero notevole di rimedi vasali — dai preparati jodici a quelli opoterapici — vennero usati per via endovena con risultati in genere buoni e talora spettacolosi. Ormai vi è una letteratura, assai bene documentata dalla quale risulta che questa terapia non soltanto è consigliabile nei casi di scompenso e di speciale urgenza, ma anche come mezzo profilattico, per sostenere le forze circolatorie in modo da permettere un lodevole rendimento professionale e prevenire lo scompenso.

Un cardiocinetico può non dar più effetto alcuno usato per via gastrica, rettale o sottocutanea e dobbiamo talora sospendere la somministrazione della digitale a causa del vomito; in simili casi la via endovenosa può rendere ancora efficace e tollerabile il medicamento. Al miocardio perviene in tal modo il cardiocinetico in modo rapidissimo ed in soluzione assai concentrata e vi è una risposta ancora utile. Si aggiunga che la quantità introdotta è minore, che usando le altre vie, per cui non si manifestano fatti collaterali non desiderabili, come il vomito.

In sostanza noi possiamo ora nei più dei casi prolungare la vita del cardiaco, e mantenerla in buona efficienza, prevenire ed alleviare le sue sofferenze, con la risultante di togliere di mezzo i periodi angosciosi ed interminabili dello stesso scompenso circolatorio. Con le cure endovenose accennate noi mobilizziamo e mettiamo in valore tutte le forze di riserva imprimendo al miocardio un massimo di rendimento cui segue di regola una pronta fine.

Uomo di 72 anni, da parecchi mesi in scompenso, con agitazione nervosa, insonnia, crisi dispnoiche gravi. La vita è penosissima per il malato ed i famigliari. Ha fatto ripetutamente cure digitaliche e di teobromina, oltre che iniezioni quotidiane di preparati canforici senza effetto. Viene praticata una cura endovenosa di diuretico mercuriale, glucosio e strofantina; gli edemi si riassorbiscono, cessa la dispnea, le notti sono tranquille, il sistema nervoso ritorna in equilibrio. Il malato può lasciare il letto e scendere ogni giorno in giardino. Vi è un periodo di circa un mese con benessere fisico e morale cui partecipano anche i famigliari e durante il quale possano venir sistemati affari con soddisfazione comune.

Questo periodo di benessere era il prodotto di tutte le forze circolatorie mobilitate con la cura, come avverrebbe dei tizzoni qua e là sparsi sul focolare, e inetti a produrre fuoco, mentre radunati assieme, possono ancora dare una fiamma ardente ed utilizzabile, che cessa in modo ra-

pido. Il cardiaco menzionato veniva a mancare improvvisamente e senza sofferenze.

Industriale di 88 anni. Già una trentina d'anni fa, faceva cure di strofanto. Da circa dieci anni segni di sclerosi aortica con riflessi bronchiali e tosse ad accessi, circolazione difettosa con edemi periferici. Cure cardiocinetiche periodiche oltre diuretici, jodici e codeina. Col progredire dell'età la cura diventa più serrata e dà effetti brillanti. L'illustre vegliardo continua a dirigere la sua azienda, come era suo espresso desiderio e dove lavora da 7 a 9 ore al giorno. Nell'ultimo anno di vita allarga la sua attività con una succursale a Roma e acquistando una seconda azienda in Milano. Poi conclude con un altissimo personaggio un'impresa di portata mondiale. Nel gennaio del 1935 egli cessava di vivere quasi improvvisamente e si può dire sul lavoro. Questa sua grande attività, esemplare anche per i giovani, fu resa possibile senza alcun dubbio dalle cure cardiologiche attente e tenaci, mai interrotte nell'ultimo decennio.

La morte rapida senza o con pochissime sofferenze diverrà un'evenienza sempre più comune nei cardiaci curati con le nuove vedute cardiologiche, le quali oltre che offrire il modo di prolungare la vita, costituiscono dunque anche una provvidenziale eutanasia, risultato tutt'altro che sprezzabile e che ben comprende chi ha seguito il periodo di lento e doloroso decadimento e di vera cachessia circolatoria che chiude la vita della massima parte dei cardiaci, non circondati e sostenuti dalle cure moderne.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI.

Sulla cura della malaria. Immunità e terapia.

(G. BASTIANELLI. *Riv. di malariologia*, n. 1, 1936).

La guarigione delle infezioni è determinata e condizionata da processi immunitari: l'azione chemoterapica che si manifesta con la scomparsa rapida dei germi rappresenta solo una parte del processo curativo e non basta per la guarigione, poichè i rimedi di cui oggi disponiamo non sono idonei a produrre la *sterilisatio magna*.

Concetti derivanti dalle nuove conoscenze sulla immunità hanno anzi portato in questi ultimi anni a ritenere che, nella malaria, una cura pronta ritardi il determinarsi dell'immunità: onde l'opportunità di non intervenire troppo presto e di lasciare per un certo tempo il malato senza cura, specie nelle zone dove egli è esposto a reinfezioni, affinchè possa acquistare una solida immunità.

Giuseppe Bastianelli, partendo da dati sperimentali e clinici, esamina da tale punto di vista il problema della cura e della profilassi della malaria e le interferenze di questa coi processi immunitari.

Per le febbri estivo-autunnali lo studio clinico dimostra che nei soggetti nuovi i quali dopo infettati non sono ulteriormente esposti, la malattia gradualmente si attenua e guarisce. La varietà di decorso è un carattere comune alle infezioni curate ed a quelle non curate. Un malato curato bene può impiegare sette mesi a guarire, altri curati ugualmente si liberano della malattia anche solo coll'attacco primario o in poche settimane. D'altra parte nei malati non curati, una malattia attiva per mesi non basta talvolta a dare la guarigione spontanea. L'acquisto dei poteri immunitari avviene anche dopo che per azione del rimedio sono cessati i fenomeni clinici.

Il fattore veramente necessario per tale acquisto è il *tempo*. Per l'infezione da *falciparum* il tempo massimo è di 8-9 mesi, e dentro questo tempo stanno tutte le recidive rare o frequenti che siano.

Per l'infezione da *vivax* si richiede un tempo più lungo, valutabile in 11-12 mesi.

Per quel che riguarda la profilassi, l'esperienza ha insegnato che durante il periodo di trattamento profilattico non soltanto si ha una riduzione o mancanza temporanea dei fenomeni clinici, ma anche lo svolgersi di un processo immunitario. La sostanza chemoterapeutica agisce nei profilassati sul parassita nel momento che questo diviene sensibile all'azione del rimedio, e ne riduce lo sviluppo, impedendo così le manifestazioni cliniche della malattia. In tale latenza clinica sono sempre in giuoco i parassiti e l'organismo: così pure al coperto dalle manifestazioni cliniche, si sviluppano i poteri immunitari. Nel giudizio del grado di immunità che acquistano i profilassati bisogna considerare il fattore tempo come essenziale. Se, lasciata la malattia a sè stessa sono necessari nove mesi, un anno fino a due perchè sia acquisita l'immunità curativa non c'è da aspettarsi che questa si acquisti durante la profilassi in un tempo minore.

Dunque nè la cura nè la profilassi chemioterapeutica disturbano l'acquisto dei poteri immunitari. Questi poteri operano ugualmente nel malato curato presto e bene, e nel malato curato tardi e male, ma sono acquistati più o meno sollecitamente secondo il soggetto.

A. POZZI.

La cura della melitense.

(P. RIMBAUD e G. ANSELM-MARTIN. *Journal Médical*, marzo 1936).

Di fronte all'infezione melitense la medicina non è ora disarmata come una volta. Sono stati escogitati vari metodi di cura che accortamente adoperati possono dare sensibili vantaggi. Essi sono la vaccinoterapia, la proteinoterapia specifica, la chimioterapia, l'arsenoterapia.

La *vaccinoterapia* ha lo scopo di creare una immunità attiva. Pertanto le iniezioni devono essere praticate quando l'organismo si trova nelle migliori condizioni per reagire, ossia durante le remissioni alla fine delle crisi febbrili.

Il metodo ha le sue indicazioni principali nelle forme con lunghi periodi di apiressia, relativa o totale, e negli individui nei quali le reazioni antixeniche sono ancora insufficienti come è dimostrato dalle intradermo-reazioni alla melitina.

Nelle forme viscerali la vaccinoterapia dà risultati incompleti, a meno che non si associ alla chimioterapia.

Attualmente si adoperano due vaccini: gli stockvaccini e gli autovaccini.

Gli stockvaccini sono plurivalenti ossia contengono le diverse varietà di brucella: Brucella melitensis (micrococco di Bruce), Brucella abortus bovis (bacillo di Bang), Brucella abortus suis (bacillo di Traum).

Gli autovaccini preparati con il microbio prelevato dal malato con l'emocultura secondo molti autori sarebbero nettamente superiori agli stockvaccini. Evidentemente i germi isolati dall'organismo conservano meglio le loro proprietà antigeniche. L'invecchiamento di alcuni stockvaccini dà ragione dell'irregolarità dei loro effetti. Senza dire che con gli autovaccini si può contare sulla specifità terapeutica.

Gli stockvaccini e gli autovaccini sono iniettati per via sottocutanea a dosi progressive varie secondo i preparati adoperati. Per lo più si comincia con 1/4 di cmc. fino a raggiungere i 2 cmc,. dose che viene eventualmente ripetuta a seconda la curva termica. Tra un'iniezione e l'altra occorre lasciare un intervallo di tre o quattro giorni. Le reazioni locali sono rare e trascurabili; quelle generali possono essere violente in rapporto con lo stato d'allergia dell'infermo ed alla concentrazione batterica del vaccino, che può variare da un milione a tre miliardi di germi per cmc.

La *proteinoterapia* consiste nel provocare nell'infermo uno choc mediante l'iniezione di endoproteine estratte dai corpi microbici della brucella. E ovvio che pure adoperando prodotti batterici in questo caso l'azione curativa non è rapporto a fenomeni immunitari ma allo scatenamento dello choc.

L'effetto terapeutico ha il massimo di probabilità di successo se si inietta una soluzione con grande potere antigene a malati con intradermo-reazione fortemente positiva. Conviene pertanto praticare innanzi tutto questa reazione non solo per riconoscere lo stato allergico, ma anche per dosarne l'importanza che è proporzionale all'intensità della reazione cutanea. E ciò perchè la dose di antigene da iniettare per via endomuscolare per provocare lo choc deve essere inversamente proporzionale al grado della reazione cutanea. Se questa è fortemente positiva la dose di antigene deve essere debole (1/3 di cmc. circa); se invece è debole si deve iniettare almeno un cmc. e mezzo. Il liquido antigenico è costituito da una soluzione di endoproteine di circa cinquecento miliardi di germi.

Se è necessario ripetere le iniezioni (due o tre volte al massimo) per ottenere effetti sensibili conviene aumentare le dosi a causa della rapida assuefazione dell'organismo.

La posologia per altro deve sempre tener conto dell'età, dello stato generale e di preesistenti lesioni viscerali del malato.

Le iniezioni provocano sempre un'elevazione termica che raggiunge i 40°-41°, accompagnata da brivido violento. La febbre cade nelle 24 ore, e, nei casi favorevoli, l'apiressia persiste mentre i sintomi generali e funzionali migliorano rapidamente.

Questa terapia riesce quando si è già stabilito lo stato d'allergia, il che di solito avviene abbastanza tardi. Quindi il metodo è applicabile agli infermi da un certo tempo. D'altra parte esso riesce più vantaggioso nelle forme strettamente setticemiche, e meno quando esistono localizzazioni articolari, ossee, nervose, epatiche o pulmonari.

Tutte queste condizioni limitano l'applicazione dell'endoproteinoterapia a tutto vantaggio degli altri metodi di cura.

Si può ravvicinare alla proteinoterapia specifica la cura con iniezioni intradermiche o intramuscolari di melitina, che può essere utilizzata solo in infermi con reazioni allergiche intense, avendo la melitina un potere allergico relativamente debole.

La *chimioterapia* si pratica con i sali di acridina che è un composto chimico che si prepara partendo dall'acido formico e dalla difenilamina. Si usa il cloro-metilato neutro d'acridina: la gonacrina (preparato francese) e la trypaflavina (preparato tedesco). Si può somministrare solo per via endovenosa, essendo molto irritante per la pelle. Si comincia con l'iniettare piccole dosi (gr. 0,10) per saggiare la tolleranza, e si aumenta gradatamente fino a raggiungere gr. 0,30-0,50, adoperando soluzioni al 0,50 % e al 2 %. Al principio, quando si adoperano piccole dosi, le iniezioni possono essere quotidiane, in seguito con intervalli di uno o due giorni.

Quando la cura è praticata con prudenza non si hanno a temere incidenti. I soli inconvenienti consistono in un senso di calore alla faccia subito dopo l'iniezione, e nella sensibilizzazione della cute ai raggi solari (colpo di sole acridinico), fatto certo trascurabile in considerazione che si tratta di malati per lo più costretti a letto.

L'unica controindicazione è costituita dalla esistenza di una nefropatia. Le epatopatie devono soltanto consigliare una maggiore prudenza (riduzione delle dosi).

L'acridina è particolarmente indicata nelle forme setticemiche, pseudomalariche e pseudotifose, nonchè in quelle osteo-articolari o viscerali. È meno efficace nelle forme a decorso cronico, nelle quali giovano di più i metodi

d'immunizzazione. È stato anche suggerito di combinare i due metodi: l'acridina all'inizio dell'onda febbrile e durante il suo decorso; i vaccini nel periodo delle oscillazioni decrescenti e durante le fasi intercalari.

Ma, malgrado i risultati ottenuti, le indicazioni dell'acridina vanno sempre più riducendosi per cedere il posto all'*arsenoterapia*. Questa può essere praticata con tutti i sali d'argento (stovarsol, acetilarsan, ecc.) ma il preparato da preferirsi è il novarsenobenzolo.

Le prime dosi (gr. 0,15, gr. 0,30, gr. 0,45) devono essere iniettate nel corso di una settimana; quindi si praticheranno due iniezioni la settimana di gr. 0,45, o di gr. 0,60 se il peso del malato è superiore a 60 kgr.

Spesso dopo la 3ª o 4ª iniezione l'infermo diventa apirettico ma per prevenire le complicazioni tardive della melitense conviene prolungare la cura almeno per altre tre settimane.

L'arsenoterapia è particolarmente efficace nelle forme recenti, ossia che non durano da oltre due mesi.

Può essere adoperata sia nelle forme nettamente setticemiche, come in quelle neuritiche, articolari o viscerali. Il grosso fegato melitococcico non costituisce una controindicazione, ma deve consigliare la prudenza.

Allo stato dei fatti sembra che l'arsenoterapia sia il trattamento di scelta della melitococcia. DR.

CIRCOLAZIONE.

I segni oftalmoscopici dell'ipertensione arteriosa.

(P. BONNET e G. BONAMOUR. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 marzo 1936).

L'ipertensione arteriosa determina alterazioni caratteristiche vasali e retiniche, che rilevate all'esame oftalmoscopico consentono di fare la diagnosi di un'ipertensione latente e insospettata. D'altra parte esiste una vera malattia retinica ipertensiva, che evolve in parecchie fasi successive parallelamente all'evoluzione clinica generale.

I. - *I segni oftalmoscopici dell'ipertensione arteriosa clinicamente solitaria.*

a) *Ipertensione retinica solitaria.* — L'ipertensione arteriosa può iniziarsi con disturbi visivi (offuscamenti transitori della vista, mosche volanti, amaurosi passeggere), che sono dovuti ad uno spasmo dei vasi retinici. In effetti in questa fase si può notare un aumento della tensione centrale della retina. La misura di questa tensione si pratica con l'oftalmodinamometro, apprezzando il grado di compressione che bisogna esercitare sul bulbo per provocare i battiti dell'arteria centrale. D'altra parte l'esame oftalmoscopico fa rilevare restringimenti delle arterie che si modificano nel corso stesso dell'esame. Talvolta il vaso per due restringimenti assume un aspetto fusiforme, talaltra il vaso appare come strozzato da un legamento e a partire da questo punto diventa sottilissimo. A parte queste immagini dovute a spasmi, le arterie hanno un aspetto normale.

b) *Ipertensione retinica con i primi segni di lesioni organiche della retina.* — Spesso all'oftalmoscopio si riscontrano segni di lesioni organiche anche in individui nei quali l'ipertensione non ha prodotto altre alterazioni ossia senza cuore grosso, senza sintomi d'indebolimento dell'azione cardiaca, senza la minima inflessione della tensione massima, senza albumina nell'urina.

In alcuni si nota la sclerosi dei vasi retinici. Per quel che riguarda le arterie si ha: *riflesso luminoso* più duro, più brillante più metallico; *colorazione* rosso giallastra o rameica; *calibro* irregolare; *tragitto* sinuoso o tortuoso. Le vene invece appaiono dilatate, turgide, nerastre, tortuose. Nel punto d'incrocio di un'arteria con una vena, questa appare strozzata, appiattita, a seguito del fatto che l'inspessimento della parete dell'arteria non consente la visibilità della vena sottostante e esercita su di essa una compressione. Nel punto stesso d'incrocio è possibile osservare delle alterazioni retiniche: una piccola suffusione emorragica, piccole emorragie striate, piccoli essudati nummulari.

In altri casi le alterazioni più che i vasi colpiscono la retina. Si nota un intorbidamento diffuso, edematoso della retina nel suo insieme. Essa presenta un aspetto succulento che maschera i dettagli come sotto un velo di nebbia e ne fa sparire i riflessi. Talvolta si notano anche piccole emorragie spongiose, piccoli essudati leggeri, fugaci. Tali alterazioni predominano nella regione papillo-maculare e lungo i principali tronchi vasali.

II. - *I segni oftalmoscopici dell'ipertensione arteriosa in fase organica.*

Con l'andar del tempo l'ipertensione determina la sclerosi progressiva dei vasi, che va considerata come un adattamento della parete dell'arteria all'aumento della pressione sanguigna nel suo interno. In questa fase l'infermo è predisposto agli accidenti emorragici e malacici.

Talvolta la malattia ipertensiva si manifesta in modo acuto. Rapidamente compaiono segni gravi d'indebolimento cardiaco, d'insufficienza renale, di lesioni cerebrali. È nel corso di queste ipertensioni che l'oftalmoscopio rileverà il quadro tipico della retinite ipertensiva.

a) *L'arteriosclerosi retinica ipertensiva.* Tutti i segni vasali precedentemente descritti si trovano accentuati in questa fase. A livello dei vasi retinici si possono seguire i progressi delle lesioni arteriose verificatesi a misura che l'ipertensione progredisce, e assistere ai disor-

dini che essi determinano. Negli altri organi si constatano le conseguenze delle stesse lesioni, ma non si possono mettere in evidenza le alterazioni dei vasi: l'oftalmoscopio consente di farsi un'idea dei disturbi vasali degli altri organi. Il colore delle arterie è nettamente metallico, rameico o anche argenteo. Talvolta esse sono accompagnate da linee bianche, indice dell'inspessimento delle membrane perivasali.

In questa fase compaiono sul campo della retina placche bianche. Queste per lungo tempo sono state considerate come essudati indici dell'intossicazione del sangue, la loro presenza faceva fare la diagnosi di retinite albuminurica. Sta di fatto però che tali essudati possono comparire nell'assenza di ogni alterazione funzionale del rene ed indipendentemente dalla retinite. Spesso si mostrano associate alle emorragie e sembrano rilevare lesioni vasali sclerotiche.

b) *La retinite ipertensiva* può essere la manifestazione di una malattia ipertensiva a decorso acuto, d'un'ipertensione che si aggrava improvvisamente e si complica nel suo decorso. Essa è riferibile alla stessa causa che produce la nefrite e l'edema cerebrale. Senza dubbio al disturbo circolatorio si aggiungono disturbi metabolici di natura ancora sconosciuta.

Il segno essenziale è l'edema retinico. La retina ha un aspetto succulento, i riflessi sono scomparsi, i dettagli sono mascherati da una nebbia leggera. L'edema è più intenso nella parte centrale, papillo-maculare. I margini della papilla sono circondati da un cercine rigonfio sul quale si ripiegano i vasi.

Oltre a ciò spesso si riscontrano essudati, emorragie e le alterazioni vasali già accennate.

III. - *I segni oftalmoscopici dell'ipertensione arteriosa nella fase d'involuzione.*

Con il progresso della malattia la tensione arteriosa massima si abbassa e contemporaneamente si aggrava la sclerosi vasale, fatti che determinano una deficienza circolatoria nei vari organi e favoriscono la comparsa di piccoli focolai di necrosi, di lacune a livello dei territori capillari.

Non v'è una transizione marcata fra questa fase e quella precedente. Insieme ai segni organici della fase della malattia ancora clinicamente solitaria l'oftalmoscopio rileverà sulla retina immagini lacunari, prima che clinicamente l'iperteso sia giunto all'indebolimento fisico e mentale della fase d'involuzione. Tali immagini retiniche fanno prevedere la comparsa di lesioni identiche altrove: piccoli rammollimenti nel cervello e nei reni.

a) *Lesioni lacunari della retina.* La lesione elementare è una piccola macchia rotonda, a margini irregolari, mal delimitata, biancogiallastra. Questa macchia fa parte integrante della retina senza fare alcun risalto, ed in confronto ai vasi è situata più profondamente. Queste macchie, rare o numerose, sono irregolarmente disseminate o raggruppate; sono fisse, definitive. Oltre l'aspetto morfologico hanno di caratteristico la disposizione topografica sul territorio dei vasi temporali superiori ed inferiori. Talvolta sono disposte a cerchio intorno al polo posteriore dell'occhio dando la immagine speciale della degenerazione circinnata della retina.

La regione della macula, circondata dei detti elementi di capillarite, è spesso la sede di una leggera degenerazione edematosa, forse uno stadio iniziale di alterazioni che per il loro aspetto e la loro evoluzione sono descritte da Coppez e Danis sotto il nome di degenerazione essudativa maculare senile.

Tutte queste alterazioni rappresentano piccoli rammollimenti retinici da obliterazione, organica e funzionale, di capillari e piccole arterie.

b) *L'arteriosclerosi retinica senile*, che si riscontra nel fondo dell'occhio dei vecchi ottantenni, può osservarsi in soggetti ipertesi relativamente giovani ma senili precoci. Si tratta di una sclerosi vasale che rappresenta l'ultima fase delle lesioni precedenti.

Le arterie hanno un calibro ristretto senza alcuna tendenza all'aspetto fusiforme, rigide, di colore chiaro, con riflesso vivace. Alcune branche collaterali o terminali sono trasformate in filamenti sottili d'un bianco argenteo, all'interno dei quali non appare alcuna circolazione. Altre arterie si presentano interrotte, come obliterate a segmenti. Le vene anche sono retratte. La papilla è spesso rosea, a contorno netto, e spicca sul resto della retina più pallida del normale. La retina stessa appare come ridotta a una lamella sottilissima, attraverso la quale traspare nettamente la rete coroidea.

In questo periodo la tensione dell'arteria centrale della retina è poco elevata o anche bassa, e talvolta reagisce alla pressione dell'oftalmo-dinamometro con deboli pulsazioni.

DR.

Sulla endocardite lenta.

(E. BAUMANN, *Münch. Mediz. Wochenschr.*, 20 marzo 1936).

L'articolo rappresenta un contributo clinico-terapeutico allo studio dell'endocardite lenta. basato su 43 casi di detta affezione, osservati negli anni 1919-1936; in tutti i casi la diagnosi veniva confermata o rivelata dalla emocultura positiva per lo *streptococcus viridans*.

Nei rilievi riguardanti l'anamnesi l'A. fa notare che accanto a frequenti precedenti di poliartrite reumatica, vi figurano spesso ripetute angine oppure sintomatologia cardiaca non accompagnata da manifestazioni articolari. Vengono citati dei casi dove l'unico sintoma era rappresentato da febbre a tipo ondulante, senza alcuno o quasi disturbo subiettivo.

Meritano speciale rilievo due osservazioni nelle quali il quadro della sepsi lenta da viridans si sarebbe manifestato in seguito a tonsillectomia. Sembra che anche l'estrazione di un dente possa dar luogo alla comparsa dell'endocardite lenta (vengono citate osservazioni analoghe della letteratura).

La sintomatologia dell'affezione appartiene a delle più multiformi: accanto ai casi nei quali predominano disturbi cardiaci sotto forma di palpitazioni, dolori precordiali, dispnea ecc., ve ne sono di quelli dove manca qualsiasi rilievo subiettivo e talvolta anche obiettivo a carico dell'app. cardio-vascolare: difatti, le lesioni cardiache talvolta si manifestavano soltanto durante la degenza ospedaliera; in uno dei casi dell'A. pur esistendo la caratteristica endocardite valvolare verrucosa (riscontrata all'autopsia) il reperto clinico del cuore rimase muto fino all'ultimo. Nella maggior parte dei casi figurava la tipica sintomatologia dei vizi valvolari, accompagnata spesso da sintomi di iposistolia. Nella sintomatologia generale si nota anzitutto (ma non sempre) il deperimento, notevole anemia, colorito grigiastro della cute, vertigini ecc. La febbre può dirsi che non manchi mai, sebbene di rado supera i 39°. Il tumore di milza non è sempre apprezzabile clinicamente. Sono ben noti i sintomi a carico dei reni, le emorragie parenchimatose e cutanee da infarti. Fra i casi dell'A. figurano ben cinque osservazioni nelle quali la prima diagnosi è stata quella di embolia cerebrale sopravvenuta in individui apparentemente sani.

L'A. insiste sull'importanza diagnostica della emocultura, rilevando d'altra parte che la negatività di questa non esclude la diagnosi dell'endocardite lenta; talvolta la coltura riesce positiva solo al terzo o quarto tentativo; in un caso dell'A. tutte le emoculture prese in vita riuscirono negative e il risultato positivo si ebbe soltanto col sangue prelevato dal cuore all'autopsia.

Secondo le osservazioni dell'A. la durata della malattia di rado supera i cinque mesi, essendo in media di 3-4 mesi; non mancano i casi nei quali l'esito fatale si è presentato dopo 8 settimane. Fra le cause di morte più frequenti figurano anzitutto l'insufficienza cardiaca, quindi le embolie (cerebrali e coronarie).

L'A. riferisce ampiamente su vari tentativi terapeutici intrapresi, che in definitiva diedero tutti risultati negativi: fra altro sono stati tentati diversi preparati di argento, antisettici sotto forma di urotropina, tripaflavina, rivanolo, l'uroselectan ecc. Nessun successo è stato segnato all'autoemoterapia, dalla vaccinazione, da immunotrasfusione (trasfusione nella quale il datore è stato precedentemente vaccinato col viridans); lo stesso dicasi dei procedimenti omeopatici con preparati iodici o solforosi. L'A. richiama l'attenzione sul fatto che alla somministrazione di alcuni preparati endovena, come p. es. a quella di Neo-Salvarsan, seguiva una diminuzione del numero dei germi nel sangue circolante (rilevata mediante il conteggio delle colture prodotte dall'insemenzamento di 1 cc. di sangue); tale fenomeno però non ha avuto alcuna ripercussione clinica.

L'A. ha osservato un solo caso di guarigione dell'endocardite maligna lenta sopravvenuto in un individuo che accanto al quadro clinico completo ha presentato anche più volte l'emocoltura positiva; la guarigione data ormai da quattro anni e l'emocoltura è costantemente sterile. Il soggetto è stato sottoposto per due volte all'immunotrasfusione (tutte due le volte con fenomeni di emolisi a malgrado che il datore era dello stesso gruppo del p.); il miglioramento però si è iniziato soltanto 52 settimane dopo il tentativo terapeutico, e la febbre con emocultura positiva ha persistito ancora per circa un anno. Secondo l'A. questo insieme di dati farebbe dubitare fortemente che la guarigione possa essere attribuita al procedimento terapeutico adottato.

In conclusione, la terapia si presenterebbe tuttora impotente di fronte all'endocardite maligna lenta e i rari casi di guarigione (come p. es. i tre casi di Dimitracow in individui vaccinati) sarebbero da considerarsi piuttosto come un'evenienza felice ma fortuita e per ora inspiegabile. S. MINZ.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Sulla patologia del climaterio.

(B. ASCHNER. *Wiener klin. Wochens.*, 6 marzo 1936).

Il periodo del climaterio e gli anni consecutivi sono contrassegnati da una notevole morbosità, che si manifesta con fenomeni svariati i quali abbracciano tutta la patologia.

L'A. li riunisce in 3 gruppi: 1) stati di iperemia locale e generale; 2) stati infiammatori acuti e cronici, settici ed asettici; 3) disturbi del ricambio e delle secrezioni interne, nel più vasto senso della parola (umorali).

1. *Stati di iperemia generale e locale.* — Vi appartengono le congestioni, le vampate, gli eritemi fugaci, le varici e quella che si dice volgarmente ripienezza di sangue, riconoscibile dalla congestione dei capillari cutanei di tutto il corpo, che può arrivare fino al colore bluastro ed alla cuta marmorizzata. Spesso associata all'obesità ed all'ipernutrizione ed accompagnata da cefalea, senso di pressione al capo (con o senza ipertonia), cardiopalmo, dispnea, vertigini. Appartengono a questo gruppo le emorragie nell'occhio, nel sottocutaneo, e quelle emorroidarie.

Le vertigini ed i ronzii di orecchio possono indicare un'anemia, come una congestione cerebrale e talora costituiscono i prodromi dell'apoplessia.

Scarso effetto hanno in questi casi i rime-

di vasomotori mentre, se vi è realmente una « ripienezza di sangue », come ci si può accorgere dall'aspetto, oppure un inspessimento del sangue stesso, riescono utili le sottrazioni di sangue ed altri mezzi, come la limitazione della dieta, la derivazione intestinale, ecc.

Contro le parestesie, Wiesel ha consigliato i pedi-, e maniluvii caldi e la somministrazione di chinina con papaverina. L'A. non ne ha ottenuto nessun effetto, mentre trova molto efficace il salasso ed ha molte pazienti che ritornano da lui per tale scopo ogni 3-6 mesi, quando avvertono il senso di sordità, di pesantezza, di sonnolenza, di crampi vasali. L'uso di altre misure, come la dieta adatta, l'idroterapia, i tartrati, il solfato di sodio ed alcuni risolventi vegetali è assai utile e può ritardare il bisogno del salasso.

Per quanto riguarda le vertigini, l'A. rammenta il caso di una donna 50enne, che accusava vertigini tanto forti da non fidarsi a camminare sola nella strada. Pressione a 180, prescrizione di jodio e di diuretina, senza alcun effetto. Un salasso di 250 grammi rimise tutto in ordine e venne ripetuto nel primo anno ogni 2-3 mesi. Ogni pericolo di apoplessia è scomparso e la paziente vive ancor bene, dopo 20 anni, facendosi fare un salasso 1-2 volte l'anno.

Le vertigini dell'età avanzata sono spesso un prodromo di apoplessia e comandano un salasso o le sanguisughe alle orecchie, insieme ad altri mezzi derivativi.

Ma anche in casi di vertigine di Menière specialmente nel climaterio artificiale, quando il trattamento otologico e neurologico risultano inefficaci, si giovano del salasso e degli altri mezzi depletivi.

Lo stesso si può dire per vari altri stati di pazienti pletoriche, come cardiopalmo, dispnea, senso di pressione al capo, come in generale di molti disturbi cardiaci e vascolari, che vengono trattati spesso senza successo con rimedi vasomotori o cardiaci e che si giovano invece agendo sul sangue stesso.

2. *Stati infiammatori.* — Si presentano numerosi nel climaterio e consigliano pertanto l'uso di mezzi antiflogistici, fra cui specialmente il riposo, gli impacchi freddi, una dieta adatta e tutt'al più dei rimedi diaforetici (aspirina ed altri). La terapia umorale e costituzionale vi aggiunge le sottrazioni di sangue (secondo i casi salasso, sanguisughe o coppette scarificate), i purganti salini e dei tartrati, del calomelano, del tartaro stibiato a dosi sub-nauseose (1-5 cg in 1/4-1/2 litro di acqua, epicraticamente nella giornata. Il successo di questi metodi combinati è talvolta meraviglioso.

L'uso delle sanguisughe nelle flebiti è oggi comune; la guarigione può essere accelerata con l'uso degli accennati mezzi interni.

Un principio di tal genere può essere applicato in quasi tutte le infiammazioni acute e subacute. Così nelle annessiti, si può avere una rapida retrocessione della febbre, dei dolori, dell'ingrossamento con l'uso delle sanguisughe e del calomelano; una malattia della consueta durata di 6 settimane, va già declinando dopo 1-2. Le cliniche ginecologiche di Francoforte e di Monaco confermano tali risultati.

Nelle colecistiti febbrili del climaterio, si può procedere all'intervento, che però è da considerarsi arrischiato, in confronto di quello fatto a freddo. Alla consueta terapia conservativa, consistente in impacchi, termoforo, preparati di oppio e belladonna, l'A. aggiunge il salasso locale con 6-8 sanguisughe ed i clisteri (che dopo qualche giorno possono farsi con la senna); in pochi giorni, cade la febbre e cessa il vomito.

Metodi analoghi possono mettersi in uso nelle varie forme di artriti e di neuriti croniche del climaterio, con tutte le note localizzazioni: ginocchio, spalla, dita, colonna vertebrale, polso, coccige, ecc. La consueta terapia consiste nella prescrizione di atofan, preparati organoterapici, irradiazioni, bagni, tutte cure lunghe e generalmente inefficaci, mentre si potrà ottenere un sucesso con la terapia antiflogistica, depletiva e modificatrice del ricambio. Già la semplice cura dell'obesità, con la dieta adatta, i derivativi intestinali e la somministrazione di tiroide può portare un miglioramento notevole. Ma vi sono altri tre rimedi molto adatti per tali forme artritiche, i tartrati, il calomelano ed il tartaro stibiato. Un rapido successo può ottenersi con i derivativi cutanei, come i vescicanti, i pustulanti, i fonticoli; tali metodi sono ancor più attivi che la vescicolazione ottenuta mediante il veleno di api, il siero od altri mezzi e più efficaci che la semplice piretoterapia ottenuta con la proteinoterapia.

L'A. riporta vari casi veramente impressionanti di pazienti con gravi artriti che esigevano l'uso di apparecchi e che guarirono bene con le cure accennate.

3. *Disturbi del ricambio e delle ghiandole endocrine* (ivi compresi i neoplasmi). Vi appartengono l'obesità, così frequente nel climaterio, la diatesi uratica e gli stati gottoso-reumatici-neuralgici degli organi interni (irite, glaucoma, disturbi cardiaci, ecc.).

Come esempio caratteristico, l'A. cita il prurito specialmente genitale, per il quale invano egli ha cercato una causa, con accurate ricerche sul ricambio. Invece degli infruttuosi trattamenti loali con unguenti, irradiazione röntgen, nitrato d'argento, jodio, novocaina, giovano spesso le derivazioni intestinali, le cure diaforetiche con pilocarpina e bagni e gli accennati rimedii risolventi (calomelano, tartrati, tartaro stibiato). Tale terapia è anche giustificata dal fatto che le pazienti con il prurito

soffrono spesso di altri disturbi del ricambio, come neuriti, herpes zoster, fosfaturia, bruciori nella minzione, artriti, malattie della cistifellea, ecc.

Anche nell'urticaria, nell'herpes zoster ed in altre malattie croniche cutanee, il trattamento generale vale assai meglio che quello locale, aspettativo ed antiallergico; localmente, si daranno soltanto degli unguenti antipruriginosi.

Tale terapia vale anche per il climaterio artificiale; ma è meglio attuare la profilassi dei disturbi connessi con esso, evitando la castrazione nelle pazienti ancor lontane dalla cinquantina. Nel caso di metrorragie, ciò si può ottenere combattendo l'iperemia del bacino, mediante la regolarizzazione della digestione, i derivativi intestinali, l'idroterapia; l'A. consiglia inoltre la somministrazione di acido solforico diluito (5-15 gocce, 3 volte al giorno, in acqua di lamponi, con o senza hydrastis).

Anche nel trattamento dei miomi, si vedrà di mantenere il più che sia possibile la mestruazione, evitando l'asportazione totale dell'utero.

In complesso, l'indirizzo della terapia, più che locale deve essere generale, riguardando l'uomo nella sua totalità, secondo i concetti della dottrina e terapia costituzionali, dell'ippocratismo. E per quanto riguarda il climaterio, si tenga presente che ogni donna ha il climaterio corrispondente alla sua costituzione.

fil.

Malformazioni dei genitali interni e gravidanza tubarica.

(H. MARCUS. *Deut. med. Wschr.*, n. 47, 1935).

L'A. innanzi tutto premette e discute nel suo lavoro la classificazione seguita da Kermauner per i casi di assenza unilaterale dell'ovaio. Questo A., seguendo Rokitansky, distingue quattro gruppi di casi a seconda delle condizioni dell'apparato genitale. 1° Gruppo: oltre l'ovaio manca la tuba ed il corno uterino dello stesso lato. 2° Gruppo: l'utero ha il suo aspetto normale. La tuba è rappresentata da un moncone di spessore normale e varia lunghezza (da 1/2 a 1 1/2 cm.) con estremità distale arrotondata e occlusa. 3° Gruppo: manca soltanto l'ovaio. La tuba appare come un cordone che va via via assottigliandosi, medialmente ancora canalizzata e che si perde nel margine del legamento largo. 4° Gruppo: in linea generale come il gruppo III, soltanto che la tuba è verso l'estremità uterina sottile, ha lunghezza pressochè normale, ha scarse circonvoluzioni e termina con una piccola tumefazione.

L'A. quindi descrive un caso occorso alla sua osservazione inviato in Clinica con diagnosi di colecistite. L'operazione fatta d'urgenza per la anemia accentuata della donna permette di rilevare: grande quantità di sangue fluido e coagulato nella cavità addominale. Messo in evidenza l'utero dopo il distacco di numerose aderenze, l'ovaio e la tuba di sinistra appaiono del tutto normali. Della tuba destra c'è solo un moncone lungo circa un cm. e nella sua parte distale ha sede l'uovo. Si estirpa tutta la tuba. La rimanente parte della tuba destra e il corrispondente ovaio non sono reperibili in alcun modo. Legamento largo senza particolarità degne di nota e tale da escludere una eventuale sede intralegamentosa dell'ovaio. Legamento rotondo normale. Guarigione.

L'interpretazione di questo caso appare difficile e tanto più in quanto nella letteratura è, secondo l'A., il primo caso descritto. L'A. esclude un'amputazione spontanea dell'annesso sia normale che patologicamente alterato, per una serie di cause minuziosamente elencate e che valgono anche per una gravidanza tubarica torta sull'asse. In questo caso poi il punto in cui avviene la torsione è abitualmente nella parte distale e soltanto assai di rado si trova nella parte istmica (Schauta). Nel modo più assoluto era possibile escludere un pregresso intervento operatorio a cui attribuire una annessiectomia. L'A. pertanto classifica questo caso nel gruppo II della suddivisione di Kermauner.

Per la possibilità di una gravidanza in un moncone tubarico residuo ad intervento operativo Petersen (in base a 7 casi) insiste sulla necessità di recisione della tuba all'angolo uterino in ogni caso di gravidanza tubarica.

E. ROBECCHI.

DIVAGAZIONI

Genesi del cancro e irradiazioni terrestri.

Nelle ricerche sull'etiologia dei blastomi, finora rimaste poco fruttuose, molti sono stati i fattori volta a volta incriminati come predisponenti o determinanti. Sono state definite alcune condizioni necessarie o favorevoli allo sviluppo del tumore; innumerevoli esperienze sugli animali hanno dimostrato che in un tessuto capace di proliferare, la comparsa del tumore può essere favorita da disposizione locale (creata artificialmente con pennellazioni di catrame, cauterizzazioni, ecc.) o da quella generale; per quanto riguarda la predisposizione generale, le ricerche di Hye e le osservazioni cliniche hanno dimostrato l'importanza dei fattori ereditari; Erdmann e Haagen avrebbero dimostrato che tale disposizione può essere favorita da un regime dietetico speciale, D'altra parte, l'osservazione ripetuta sull'esistenza di « contrade del cancro » e di « case del cancro » ha richiamato l'attenzione sulla possibilità di influenze legate alla topografia delle abitazioni o, piuttosto, alle caratteristiche del suolo su cui erano costruite.

Molteplici sono stati i tentativi di precisare la natura di tali fattori, dipendenti dal suolo; e, fatalmente, in mancanza di rigorosi dati scientifici, le prime ipotesi in tale campo sono state fatte dai cultori di una disciplina piuttosto intuitiva, quale è la rabdomanzia. Si è parlato di irradiazioni cancerigene provenienti dal suolo, di raggi terrestri cancerigeni. La seducente ipotesi ha avuto larga eco, anche

nella stampa quotidiana dei paesi nordici; si è giunti perfino all'industria di mezzi protettori contro tali radiazioni.

Le ricerche più o meno rigorosamente scientifiche relative a tale ipotesi sono state riassunte da H. Beitzke (*Wiener kl. Wochenschr.*, 26 luglio 1935) il quale, senza negare *a priori* la possibilità di influssi geologici nell'etiologia del cancro, ha voluto sottoporre a controllo sperimentale alcune delle ipotesi finora enunciate e vagliarne il pro e il contro.

Il rabdomante v. Pohl fa dipendere i raggi terrestri dai buoni conduttori di elettricità che si trovano nel sottosuolo, quindi anzitutto dalle acque sotterranee; tali raggi avrebbero un decorso perfettamente verticale e penetrerebbero in altezza fino agli ultimi piani delle case; sarebbero specialmente intensi nei punti d'incrocio delle correnti acquee. Valendosi della bacchetta egli ha tracciato la carta delle acque sotterranee in due piccoli centri della Baviera a diversa incidenza del cancro, e quindi ha paragonato tale carta con quella topografica delle abitazioni nelle quali il cancro si è manifestato, mettendo in evidenza una frequente corrispondenza fra le due carte.

L'esposizione di v. Pohl è stata soggetto di severe critiche da parte di Ebert, Friedrich, Klinkoenstroem ed altri. È stato obbiettato che già il decorso esclusivamente verticale dei raggi elettrici non corrispondeva a dati fisici accertati; che le molteplici applicazioni attuali dell'elettricità creano, ad ogni piè sospinto, campi elettromagnetici, di cui l'influenza cancerigena non è stata finora osservata; ecc. Da altra parte, anche nelle critiche mosse, non veniva esclusa la possibilità dell'esistenza di raggi terrestri, di natura finora non determinata, che potrebbero provenire dalle tanto incolpate acque freatiche.

L'A. ha voluto controllare la possibile influenza di tali acque. Gli esperimenti sono stati eseguiti nell'Istituto di Anatomia Patologica di Graz, dove occasionalmente nel sottosuolo, in vicinanza, delle fondamenta, sono state riscontrate delle falde acquee; un rabdomante ha precisato la sede di tali correnti e indicato l'ulteriore decorso sotto le sale dell'Istituto stesso. Diversi lotti di animali (topi bianchi, nei quali il cancro spontaneo è relativamente frequente), tutti nelle stesse condizioni di alimentazione sono stati posti in alcuni locali, soprastanti o meno alle acque sotterranee; inoltre, in omaggio alle ricerche di Vlès e De Coulon (i quali avrebbero osservato una più frequente comparsa del cancro in ambienti collegati per mezzo di buoni conduttori elettrici col suolo), in alcuni dei locali è stata posta, sul pavimento, una piastra di zinco, collegata per mezzo di filo zincato coi tubi di riscaldamento centrale.

I risultati dell'esperimento sono stati completamente negativi; in due anni di osservazione, su vari lotti di animali (più di 300 topi), è stato osservato solo un caso di cancro; e quello, proprio nell'ambiente di controllo; ora, secondo Vlès e de Coulon, nei 200 topi posti in condizioni « cancerigene » il numero dei carcinomi dovrebbe essere per lo meno di 7-8.

Nelle sue conclusioni, l'A. prudentemente osserva che la relativa scarsità numerica degli animali non permette di pronunziarsi in modo definitivo; d'altra parte, non è da escludersi che le condizioni geologiche di Graz non siano paragonabili a quelle dove sono state eseguite le prove degli altri autori. Desiderabili, quindi, sarebbero ulteriori prove; ma sin d'ora resterebbe stabilito che le cause cancerigene recentemente invocate non sono assolute e tanto meno passibili di generalizzazione; se le radiazioni terrestri cancerigene realmente esistono, la natura di esse per ora rimane misteriosa.

S. MINZ.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

TH. LEWIS. *Le malattie del cuore.* Traduzione italiana dalla edizione inglese a cura del prof. G. LAZZARO. Editore Luigi Pozzi. Roma, 1935. L. 45.

Dobbiamo esser grati al prof. Giuseppe Lazzaro che si è sobbarcato alla non lieve fatica di una bene accurata traduzione dell'ultima edizione inglese del Lewis e di aver così dato la possibilità alla gran parte dei medici italiani di prendere diretta conoscenza di un libro che non dovrebbe mancare nella biblioteca di alcun medico; e non soltanto di quelli che più particolarmente si occupano di problemi di cardiologia, ma si può dire di ogni medico pratico. Perchè una delle caratteristiche fondamentali del manuale del Lewis, di questo profondo studioso della patologia e specialmente della clinica delle malattie del cuore, è precisamente quella di avere sempre presente il lato pratico di ogni problema, che poi in fondo è quello che più conta nel quotidiano esercizio della medicina, specie là ove la possibilità di usufruire di complicati e costosi mezzi sussidiari di indagine viene a mancare e le circostanze lasciano il medico solo di fronte al malato a dover osservare, interpretare, diagnosticare e sopratutto curare. E precisamente lo scopo che si prefigge Lewis è proprio concretato in queste quattro espressioni; è per questo che nella lettura del libro noi non ci lamentiamo se in qualche punto, che è pur di straordinaria importanza dottrinale, è dato scarso posto a moderni problemi di fisiopatologia del cuore e del circolo, e molti fatti risentono di interpretazioni che in questi ultimi tempi sono andate modificandosi o sono state sottoposte addirittura a revisioni più o meno profonde. E se ancora in qualche punto si può anche dissentire dalle vedute dell'autore, tutto questo non intacca per niente il singolare valore di questo libro tutto permeato da una straordinariamente profonda conoscenza

del malato, di tutte le sue difficoltà e delle sue incognite. Il modo di osservare il malato, gli elementi che vanno raccolti dalla sua storia, il modo di interpretare i segni ed il valore che essi rivestono, le direttive che vanno seguite per arrivare ad un giudizio di diagnosi clinica ed anatomo-patologica, per formulare una prognosi coerente all'entità dei fatti osservati e libera tante volte da pregiudizi, nel qual campo emerge tanta parte della personalità dell'autore, per arrivare infine ad un indirizzo pratico di cura ed al modo e ai mezzi con cui attuarlo, tutto è esposto con la più profonda conoscenza dei fatti, con una semplicità che colpisce, con una chiarezza oltremodo singolare: è costante lo sforzo dell'A. di esporre in termini semplici, piani, problemi oltremodo complessi, che vengono liberati dalla eccessiva pesantezza di nomi, di elenchi, di sintomi che in sè spesse volte poco contengono se non il nome dell'A. che li ha studiati e che talvolta servono più a complicare che a chiarire.

E questa semplicità non è superficiale ma esatta e profonda, e mette il medico di fronte a tutta l'importanza dei fatti fondamentali.

Il medico che leggerà questo libro, non potrà che provarne compiacimento e trarrà le più utili norme nel difficile problema dello studio e della cura dei malati di cuore.

CESARE FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

DUPUY DE FRENELLE. *Pour diminuer le risque opératoire.* Vol. di 452 pag. con 91 fig. Ed. Maloine, Paris. Frs. 40.

Con il perfezionarsi della tecnica chirurgica si è accresciuta la responsabilità del medico di fronte a quei rischi operatori, che sono in rapporto con le condizioni in cui l'organismo dell'operando si trova nel momento di affrontare l'intervento; rischi che appunto lo studio accurato di quelle condizioni può ridurre notevolmente. Nulla di più doloroso degli insuccessi non preveduti, dovuti alla preparazione insufficiente, allo studio incompleto dell'operando.

Opera utilissima è quindi questa del Dupuy de Frenelle, che esce oggi in 2ª edizione, ampliata ed aggiornata.

Il libro è diviso in tre parti: 1) valutazione della capacità di resistenza dell'operando, mediante l'indagine funzionale dei vari sistemi organici; 2) preparazione dell'operando; 3) provvedimenti atti a prevenire le complicazioni post-operatorie e cura delle medesime. Ampia trattazione trovano in questa parte i vari metodi di anestesia e la cura dello choc operatorio, con speciale riguardo alla trasfusione.

Scritto in forma didattica assai piana, di facile consultazione, anche per i vari indici, il volume costituisce un prezioso vademecum per il medico in genere e per il chirurgo in ispecie.

F. V.

R. GRÉGOIRE. *Chirurgie de l'oésophage.* Masson, Paris 1936. Fr. 35.

In questa monografia sono messi a punto i recenti progressi della chirurgia dell'esofago cui l'A. ha portato un contributo personale notevole. L'opera è divisa in capitoli così distinti: ulcera gastrica dell'esofago, diverticoli, megaesofago, corpi estranei, chirurgia del cancro dell'esofago e vie di accesso chirurgiche.

Il lettore vi troverà raccolte molte nozioni ancora sparse nelle riviste più recenti ed esposte con quella chiarezza e precisione che sono qualità di trattatisti francesi. Buone le figure in gran parte schematiche.

VALDONI.

VIGANÒ A. *Tecnica del bendaggio gessato.* Volume di 165 pag. con 135 fig. e campionario. Ed.: Cappelli, Bologna. L. 35.

La tecnica del bendaggio gessato, come tutte le tecniche prevalentemente manuali, non può essere appresa che praticamente attraverso la esecuzione ripetuta, attenta, accurata: lo conferma l'A. stesso nella sua prefazione.

Ma poichè purtroppo nelle scuole spesso si trascura l'insegnamento di questa manualità, mentre qualunque medico può essere chiamato a confezionare un bendaggio gessato, così il libro trova la sua ragione d'essere, anzi la sua grande utilità, tanto più che non vi sono nella nostra lingua altre opere recenti e che la tecnica del bendaggio gessato si è andata in questi ultimi tempi notevolmente perfezionando.

L'opera è degna di ogni lode, così chiaramente scritta e così splendidamente illustrata da riuscire di facile lettura e comprensione: essa è dedicata al medico pratico.

Dubitiamo tuttavia che la cura di certe affezioni morbose di cui in essa si parla, possa essere sempre condotta a termine dal medico pratico, anche se in possesso della tecnica del bendaggio gessato: per la necessità di conoscenze più vaste e profonde e di organizzazioni più complesse.

E. V.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Un caso di cancro primitivo del polmone con epitelioma malpighiano all'arto inferiore. Metastasi o tumori multipli.

Riche, Mourgue-Molines e Guibert (*Bulletin du Cancer*, 1935, vol. XXIV, pagg. 280-310) trattano di un uomo di 37 anni che da un mese accusava disturbi all'apparato respiratorio, consistenti in dolore all'emitorace sinistro e in attacchi di tosse stizzosa: negli ultimi giorni ebbe sputo sanguigno. Fu fatta diagnosi di idropneumotorace: l'intervento chirurgico consistette nell'apertura e nel drenaggio del cavo pleurico sinistro. Contemporaneamente insorse una ulcerazione sul margine mediale dell'alluce di sinistra: e successivamente a distanza di pochi giorni insorsero dei noduli multipli all'arto inferiore sinistro: fu praticata l'amputazione della coscia. Tre giorni dopo il malato venne a morte in seguito a una abbondantissima emottisi.

Il reperto anatomico dimostrò la presenza di un carcinoma del polmone sinistro a diffusione peribronchiale e endovasale. Un trombo neoplastico ostruiva quasi completamente la vena polmonare sinistra. Istologicamente questo carcinoma mostrava un aspetto pseudo ghiandolare. Il reperto istologico dei noduli diffusi all'arto inferiore di sinistra dimostrò che si trattava di un carcinoma malpighiano atipico.

Altro dato interessante era la mancanza di metastasi viscerali.

Gli autori ritengono che possa trattarsi tanto di metastasi cutanee emolaterali del carcinoma polmonare, che indubbiamente era anteriore, che di un cancro cutaneo primitivo.

M. PEREZ.

Studio anatomo-clinico dei cancri della tiroide.

Herbert (*Journ. d. Chir.*, gennaio 1936) in 41 casi ha studiato l'aspetto istologico e l'evoluzione clinica agli effetti della prognosi.

Egli ne descrive diversi gruppi. Alcuni pazienti presentavano istologicamente forme di transizione tra gozzo e neoplasia maligna. Clinicamente si presentavano come gozzi semplici, cistico o nodulare, e le rivelazioni dell'istologia furono una sorpresa.

In un secondo gruppo descrive epiteliomi vegetanti tipici; di essi alcuni presentano una evoluzione lentissima e non presentano la minima atipia cellulare. In altri che istologicamente rassomigliano all'epitelioma vegetante intracanalicolare del seno, l'evoluzione è molto rapida con i segni clinici dei tipici tumori tiroidei.

Con quest'ultima caratteristica clinica alcuni malati presentarono tumori, che l'A. distingue in altri due gruppi: il terzo, di epiteliomi atipici, nei quali si presentano zone di degenerazione necrotica e di infiltrazione di elementi infiammatori. Anche in questi l'evoluzione risponde alla descrizione clinica del cancro tiroideo. Gli elementi neoplastici si presentano sotto l'aspetto di cellule rotonde ed in qualche caso presenza di cellule chiare con penetrazione intravascolare. Il quarto gruppo è costituito da tumori eterotipici, con elementi neoplastici del tipo pseudosarcomatoso o sarcomatoso, oppure di aspetto paratiroideo od anche ad elementi malpighiani.

Da quanto innanzi l'A. fa presente che sotto il punto di vista della prognosi, a fianco alle forme cliniche di cancro della tiroide ve ne sono altri ad evoluzione lenta, di malignità essenzialmente locale, difficilmente distinguibili dai gozzi banali dal punto di vista clinico.

JURA.

Tumore del corpuscolo carotideo.

P. L. Mirizzi (*La Presse Médicale*, N. 92, pag. 1802, 1935) illustra un caso di tumore del glomo carotideo comparso dieci anni prima in una ragazza di 28 a. e cresciuto progressivamente e lentamente senza procurarle alcun disturbo fino a 3 a. prima, epoca in cui comparvero cefalee intermittenti e una nevralgia cervicale S. che s'irradiava all'orecchio corrispondente. La p. aveva fatto cure di iodio, di raggi ultravioletti e applicazione di raggi X senza ritrarne alcun giovamento. Obbiettivamente presentava una tumefazione della grandezza di un mandarino sul lato S. del collo, subito al disotto dell'angolo della mandibola, liscia, duro-elastica, indolente, situata al di sotto dello sternocleido-mastoideo S., mobile solo in senso trasversale; durante queste manovre palpatorie la p. era colta da forti accessi di tosse. Inoltre presentava: una sindrome di Bernard-Horner a S.: un'atrofia della metà S. della lingua che, protrusa, deviava dallo stesso lato; infine, parestesie al braccio S.

Fatta diagnosi di tumore del glomo carotideo, la p. per un anno fu sottoposta a 5 serie di compressioni della carotide comune S. al tubercolo di Chassaignac, ciascuna durante un mese. La malata sopportava senza alcun inconveniente, durante due ore consecutive la manovra di compressione. Fu quindi operata con l'asportazione, in anestesia locale, del tumore, che all'esame istologico si dimostrò essere un neuroblastoma.

G. GENTILE.

Il corion-epitelioma del testicolo.

M. Sexor (*Rvue de Chirurgie*, n. 8, 1935) dopo aver brevemente fatta la storia e trattata la patogenesi di questi tumori particolari del testicolo, che tanta somiglianza hanno con quelli corrispondenti e molto meglio conosciu-

ti della donna, si sofferma sulla anatomia patologica macro e microscopica, la quale ultima nelle forme tipiche è caratterizzata dalla presenza di 4 elementi: cellule di Langhans, sincizio, cellule coriali migratrici, isolotti emorragici. Le metastasi sono molto frequenti e precoci ed avvengono sia per via linfatica (g. lombo-aortici) sia per via sanguigna (specialmente nel polmone). Gli individui colpiti sono per lo più giovani dai 20 ai 30 anni e il tumore si sviluppa per lo più al polo postero-inferiore del testicolo che per la durezza e la quasi assoluta indolorabilità ricorda il sarcocele sifilitico.

Due altri sintomi molto frequenti a riscontrarsi sono la ginecomastia e la positività della reaz. di Ascheim-Zondek. Questi tumori sono estremamente maligni permettendo una sopravvivenza al più da 8 a 10 mesi e quindi la loro prognosi deve essere particolarmente riservata. Il trattamento di scelta è l'operazione precoce con l'asportazione dei gangli lombo-aortici. Al contrario dei seminomi, questi tumori sono estremamente radioresistenti per cui gli AA. americani associano a una radioterapia intensiva anche un trattamento con la telecurieterapia. G. GENTILE.

Chirurgia del cancro della mammella e metastasi.

A. Most (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 182, pagina 209, 1936) sulla base di alcuni casi clinici e di ricerche anatomo-patologiche e anatomiche pensa che l'operazione cosidetta radicale per cancro della mammella non è abitualmente tale. Per tale ragione egli consiglia di asportare assieme il grasso che sta sopra la vena succlavia e a ridosso del plesso nervoso e la linfoghiandola della regione sopraclavicolare. Questo svuotamento viene eseguito alla fine dell'amputazione, senza interruzione della clavicola e con una incisione orizzontale parallela alla clavicola.

In casi così operati, l'esame istologico ha dimostrato che queste linfoghiandole asportate sono molto spesso invase dal tumore.

VALDONI.

Sul trattamento del melanoma maligno.

Mischer e Schürch (*Dsch. Zeit. f. Chir.*, vol. 241, fasc. 11) ritengono sia sulla scorta dei casi pubblicati che sui proprii, che non si deve ritenere come assolutamente infausta la prognosi del melanoma. Guarigioni che persistono dopo 5-10 e più anni non sono rare. Ma questo vale solo per lo studio iniziale; quando vi sono metastasi le probabilità di guarigione si riducono quasi a zero benchè anche in questo periodo si sono registrati dei casi isolati di guarigione.

Nella scelta dei metodi di cura gli AA. sono eclettici. L'estirpazione associata alla radioterapia, l'elettrolisi, l'elettrochirurgia hanno dato in vari casi buoni risultati. Però ritengono che al bisturi è meglio preferire il coltello diatermico per evitare il pericolo degli innesti di tumore. Il melanoma è generalmente molto sensibile ai raggi Roentgen e pertanto è molto raccomandata da taluni AA. la radioterapia. Ma vi sono melanomi radio-resistenti e poichè non si può preveder questo, è consigliabile di non usare la radioterapia sola.

Sulla base dei casi personali gli AA. consigliano:

a) nei tumori primarii di usare la elettrochirurgia come il metodo più sicuro. La radioterapia va riservata solo ai tumori che non è possibile di aggredire chirurgicamente. L'escissione si potrà usare solo quando si può conoscere il taglio lontano dal tumore (es. nella disarticolazione di un dito);

b) nelle metastasi: in quelle cutanee l'elettrochirurgia e la radioterapia; nelle metastasi linfatiche lo svuotamento dei pacchetti ghiandolari in blocco e consecutiva radioterapia. V. GHIRON.

Regressione spontanea di un ipernefroma.

Donna di 61 anno con sintomatologia prevalentemente gastrointestinale, grossa massa retroperitoneale calcarea, in parte cistica spostante la milza e lo stomaco. Rene S. spostato in basso. Calici superiori deformati. Funzione renale normale.

Asportazione del rene e di una grossa massa aderente al polo superiore, quasi completamente calcificata con poche piccole isole di tessuto non calcificato più o meno degenerato presentante nei vari punti non degenerati la tipica struttura di ipernefroma. Si tratta evidentemente, secondo M. V. Rae (*Amer. J. Cancer*, XXIV, 898, 1935) di un processo di guarigione spontanea di un ipernefroma con calcificazione, caso unico nella letteratura.

A. CALÒ.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'azione del rosso Congo sull'apparato emopoietico.

Il rosso Congo, che è usato per varie ricerche chimico-cliniche, è stato sperimentato da G. Zolessi (*Pathologica*, vol. XXVII, n. 520) in riguardo ai suoi effetti sull'apparato emopoietico. La sua azione si esplica:

1) sulla serie rossa, nel senso di determinare sperimentalmente una eritropoiesi rapida ed attiva; essa è stata controllata anche in patologia umana, usando soluzioni al 0,50 % e praticando 15-20 iniezioni, in anemie di diverso grado, osservando un notevole passaggio in circolo di emazie con sostanza granulo-filamentosa.

2) sulla serie bianca, per la quale si manifesta un'evidente tendenza all'aumento numerico dei leucociti e specialmente dei polimorfi neutrofili, con modificazioni della for-

mula leucocitaria che inducono a pensare ad un'azione sul sistema mieloide e forse anche su quello reticolo-endoteliale.

3) sulle piastrine, con aumento di quelle circolanti, dovute probabilmente a stimolo funzionale sul midollo osseo, nella sua parte piastrino-poietica.

Queste osservazioni giustificano l'uso di tale preparato nella cura di varie anemie. *fil.*

TECNICA MEDICA.

La puntura del polmone nella polmonite lobare.

La terapia specifica della polmonite richiede generalmente il riconoscimento del tipo di pneumococco mediante l'esame batteriologico dello sputo. Un procedimento più rapido di diagnosi del tipo ed utilizzabile nel periodo in cui manca lo sputo è quello della puntura polmonare.

Dopo la disinfezione della cute e l'eventuale anestesia mediante l'iniezione di procaina al 0,5 %, si pratica la puntura mediante un ago del 22, attaccato ad una siringa da 10-20 cmc., od anche da 5. Una volta introdotto, l'ago non deve essere mosso se non per estrarlo. Si esercita poi un'aspirazione, che può dar esito ad 1-2 gocce fino ad 1 cmc. Il contenuto si mette in un tubo di agar inclinato dove si trovano 1-2 cmc. di brodo a pH 7, che si aspira poi nella siringa per lavarne il contenuto e rimetterlo sull'agar.

Nel 90 % dei casi, si è potuto avere il risultato in 6 ore; nei casi in cui si è fatto anche l'esame dello sputo, si è avuta perfetta coincidenza per il tipo.

Di inconvenienti, sono da citare 3 casi con qualche emorragia (nello sputo); in uno che venne a morte, l'autopsia dimostrò l'assenza di lesione traumatica polmonare e di raccolta di sangue. In un altro caso, si ebbe sviluppo di pneumotorace.

Il metodo è superfluo quando vi sia già dello sputo su cui si possa fare l'analisi; ma, in caso contrario, è raccomandabile per la diagnosi precoce e la determinazione del tipo di pneumococco. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI

Trattamento dei postumi dell'encefalite letargica.

Al dott. D. Sp. da O., abb. n. 10.763-1:

La così detta « Cura Bulgara » (oggi cura italianissima) delle sindromi parkinsoniane in genere e di quelle di origine encefalitica in specie (encefalite epidemica cronica a forma parkinsoniana), di cui oggi nel campo medico tanto si discute, e non sempre con quella serena obiettività e quella cognizione di causa che sarebbero necessarie, non consiste solo nella somministrazione di una più o meno misteriosa tisana, come comunemente si crede, ma in un complesso e ben adeguato sistema terapeutico, che, prendendo lo spunto da questo modo più naturale di usare gli alcaloidi delle solanacee, è stato organizzato a sollievo di questi ammalati, con vantaggio reale e tutt'altro che effimero.

Esporre la tecnica di questa cura in tutte le sue sfumature e particolarità, che più della tisana stessa decidono del successo, non può essere oggetto di una semplice risposta nella « Posta degli Abbonati ». Essa sarà quanto prima resa nota con una nuova pubblicazione in questo periodo e a mezzo di conferenze che saranno tenute in varie città italiane.

G. Panegrossi.

VARIA

Il trapianto delle dita.

La perdita di un dito della mano può avere conseguenze abbastanza gravi per l'esplicazione delle attività professionali ed anche per le stesse azioni comuni della vita. Un chirurgo russo, I. Kuslik (*Arch. of Surgery*, gennaio 1936) ha avuto l'idea di utilizzare una delle quasi inutili dita del piede per la sostituzione di uno della mano. Si trattava di una ragazza di 17 anni che, in conseguenza di un incidente sportivo aveva perduto l'indice della mano sinistra, di cui non era rimasto che un breve moncone. La massima parte del secondo dito del piede sinistro venne trapiantato sul moncone ravvivato, suturando dapprima i tendini estensori e lasciando un largo lembo plantare allo scopo di favorire la nutrizione. Il dito della mano e quello del piede vennero mantenuti per circa 5 settimane in contatto mediante un corsetto in gesso, dopo di che venne resecato l'attacco plantare del piede e si unirono i tendini flessori.

Il procedimento ha richiesto grande pazienza e perseveranza da parte del chirurgo e della paziente, ma i risultati coronarono le fatiche, come dimostrano le fotografie che accompagnano il lavoro e che riproducono il nuovo indice nel suo aspetto e nelle sue funzioni. Ne migliorò anche lo stato mentale della ragazza, che era molto depresso per la perdita del dito.

La cosa appare quasi fiabesca, ma non è del tutto nuova poichè il Nicoladoni, fin dal 1897 ha indicato la possibilità di un tale trapianto e lo stesso Kuslik, nel 1930, ha raccolto 17 casi del genere, di cui 2 eseguiti in Russia. L'A. dà vari utili consigli per l'esecuzione di questo innesto, che può avere un certo avvenire, tenuto conto della frequenza di infortuni che colpiscono le dita.

Un altro russo, O. V. Labunskaya (*Annals of Surgery*, luglio 1935) riporta un caso analogo in un giovane di 23 anni; l'operazione è stata fatta 7 mesi dopo il trauma, la sensibilità tattile è ricomparsa dopo 3 mesi; il risultato estetico è perfetto. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Sanitari condotti - Stipendi minimi e aumenti periodici.

Per intenderci con chiarezza è meglio rivolgere l'attenzione ad un caso definito, corrispondente, approssimativamente a quello esaminato e deciso dalla V Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 8 agosto 1935, n. 782 Il regolamento organico attribuisce stipendio base e aumenti periodici; per effetto di queste disposizioni speciali, il trattamento economico, risultante dai due coefficienti, è X più Y, cioè più gli aumenti periodici. Sopravviene una deliberazione della G.P.A., la quale stabilisce gli stipendi minimi in misura superiore a quella che il sanitario condotto ha già consolidato. Si può ritenere che il nuovo trattamento economico risulti dallo stipendio minimo, *considerato base*, più gli aumenti periodici dovuti in forza del regolamento comunale? In altri termini, lo stipendio minimo fissato dalla G.P.A. modifica soltanto lo stipendio base, sicchè a questo si sostituisce, fermo rimanendo il diritto agli aumenti periodici, proporzionati, almeno per l'avvenire, al nuovo stipendio? La risoluzione del Consiglio di Stato si può riassumere così: lo stipendio determinato dalla G.P.A. assicura un trattamento economico minimo, che sostituisce quello risultante dal regolamento, se ed in quanto il trattamento economico complessivo sia inferiore al minimo fissato dalla Giunta. Ma se, considerati anche gli aumenti periodici, il trattamento fatto dal Comune è superiore al minimo, la determinazione della Giunta ha soltanto la efficacia di stabilire un limite che non può essere ridotto, ma lo stipendio fissato da essa non si può considerare valutabile come trattamento base, fermi rimanendo gli aumenti periodici, se un successivo atto *discrezionale* del Comune non disponga che gli aumenti periodici siano ancora dovuti.

La risoluzione sembra esatta, in quanto però si verifichino questi presupposti: che la G.P.A. abbia stabilito soltanto la misura *minima dello stipendio*, senz'altra disposizione concernente gli aumenti periodici e il trattamento economico fatto dal Comune, per lo stipendio base e gli aumenti, superi in concreto il minimo stabilito dalla Giunta. Se, invece, l'autorità tutoria, determinando la misura minima del trattamento economico, abbia attribuito anche aumenti periodici o abbia fatto salvi quelli già dovuti per effetto del regolamento comunale, sicchè lo stipendio minimo sia intenzionalmente stabilito in sostituzione dello stipendio precedente, in tal caso non si verifica l'assorbimento; più esattamente, rimane fermo lo stipendio fissato dalla Giunta, oltre gli aumenti periodici dovuti o per attribuzione diretta risultante dallo stesso provvedimento della Giunta o perchè siano fatti salvi quelli dovuti per effetto del regolamento comunale. Certamente non è possibile una risoluzione di massima, dovendosi esaminare caso per caso il contenuto *specifico* dell'atto della G.P.A., che regola il trattamento economico minimo. Ma i criteri che risultano dalla decisione 8 agosto 1935, n. 782, chiariti nel senso che a noi sembra corretto, possono servire di guida nell'esame dei casi concreti.

Senza dubbio, se la G.P.A. regola compiutamente il trattamento economico minimo, fissando lo stipendio e gli aumenti periodici, in misura superiore a quella già dovuta al sanitario, ha effetto pieno questa determinazione, che sostituisce interamente il trattamento precedente; se invece questo sia superiore, rimane fermo, non essendo ridotto dalla deliberazione della Giunta che regola soltanto la misura minima.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Lotta antimalarica.

La Direzione Gen. Sanità Pubblica (Divisione VI C - Sezione III) ha diramato ai sigg. Prefetti e autorità assimilate la seguente circolare n. 49 in data 14 aprile 1936-XIV:

Nell'imminenza della stagione epidemica dell'infezione malarica si pregano le EE. LL. di voler informare se, ai sensi dell'art. 316 del T. U. delle Leggi Sanitarie 27 luglio 1934 n. 1265, cotesta Amministrazione provinciale abbia regolarmente provveduto all'acquisto del chinino e dei medicinali sussidiari, ritenuti necessari per far fronte a tutte le esigenze della lotta antimalarica di quest'anno.

Con l'occasione, richiamando le disposizioni precedentemente impartite ed in particolare le norme contenute nella Circolare N. 20.183 del 4 marzo 1935, si interessano le EE. LL. di voler disporre ogni assidua vigilanza perchè tutti i servizi di lotta antimalarica predisposti nel piano elaborato dal Comitato Provinciale Antimalarico vengano tempestivamente attuati e condotti in tutta la loro efficienza, sia per quanto riguarda le opere di piccola bonifica e gli interventi antianofelici, sia per quanto concerne i vari servizi assistenziali, con particolare riguardo agli operai e coloni addetti a lavori in comprensorio di bonifica integrale e a lavori di opere pubbliche ricadenti nel perimetro di zone malariche, ai quali dovranno essere assicurate le forme di assistenza previste dall'art. 34 del Regolamento 28 gennaio 1935, n. 93; sia, infine, per quanto ha tratto all'applicazione della profilassi meccanica, specialmente nei casi in cui essa è resa obbligatoria per legge, ed in ispecie nei locali di ricovero delle suddette categorie di operai.

Si richiamano, altresì, le disposizioni legislative relative all'assistenza sanitaria e medicamentosa da parte dei Comuni non aventi zone di endemia malarica in confronto degli operai reduci da località di lavoro in cui abbiano contratto l'infezione.

Al riguardo le EE. LL. vorranno promuovere i provvedimenti di cui all'ultimo comma dell'art. 28 del Regolamento 28 gennaio 1935, n. 93, qualora si verifichino le circostanze di fatto previste dallo stesso articolo del Regolamento.

Si confida sul personale interessamento delle EE. LL. e dei medici provinciali d'accordo con i Comitati provinciali antimalarici sull'esatto adempimento di quanto sopra e si pregano le EE. LL.:

a) di tenere informato questo Ministero con periodici rapporti, sia dell'andamento dell'epidemia come dello svolgimento dei servizi;

b) di segnalare di volta in volta le manchevolezze o deficienze, che si dovessero verificare, indicando in pari tempo, i provvedimenti adottati per eliminarle;

c) di comunicare sollecitamente eventuali recrudescenze dell'epidemia, con proposte circa gli interventi integrativi ritenuti necessari per fronteggiarle.

MEDICINA SOCIALE

Per la disciplina della pubblicità ai prodotti farmaceutici.

Demmo notizia nel n. 15 (13 aprile) di una circolare diretta dal Ministro dell'Educazione Nazionale ai Rettori degli Istituti superiori d'istruzione del Regno, affinchè sia fatto divieto assoluto, ai professori di Facoltà medico-chirurgiche, di rilasciare dichiarazioni da pubblicarsi nei giornali, riguardanti specialità e prodotti medici e farmaceutici.

Il periodico « L'Università Italiana », nel n. 5 (maggio), fa seguire al testo della circolare le seguenti considerazioni:

« La chiara disposizione non lascia adito a ripieghi per evaderla. Alcuni giornali hanno lodato il Ministro, ma la disposizione resta monca se non verrà completata dai colleghi di altri Dicasteri per mettere alla pari produttori esteri e italiani.

Oggi nessuna industria può fiorire e reggersi se non ha un vasto mercato oltre anche i confini nazionali. Occorre quindi che i nostri prodotti non siano gravati da restrizioni di qualsiasi genere.

Sta bene che i nostri professori universitari di medicina e di chirurgia (e perchè anche i non medici?) si debbano astenere dal rilasciare, per uso giornali, certificati lodanti prodotti commerciali; ma i commercianti seguiteranno sulla loro via, ricorrendo a professori esteri; mentre i nostri cattedratici tacciono, faranno bella mostra sui giornali i certificati di celebrità estere. Così una buona intenzione rischia di danneggiare la nostra industria farmaceutica italiana nel momento proprio in cui sta per affermarsi e rendersi indipendente. I prodotti esteri avranno una strepitosa réclame di celebrità estere; i nostri prodotti andranno all'estero abbandonati dagli italiani che hanno titoli per raccomandarli.

Oggi in commercio non si può toccare un mattone senza smuovere tutto l'edificio ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

BOLZANO, per Bolzano (2° reparto), Brennero; scad. 30 giugno.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

FERRARA. *Arcispedale di Sant'Anna.* — Scad. 15 giugno, ore 18; 5 posti di assistente; L. 4000 annue, al lordo delle ritenute di R. M. e assicurazioni sociali, al netto da riduzioni; percentuali; L. 10 per ogni servizio di guardia; età limite 30 anni. Nomina e conferme biennali. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Presidenza dell'Amministraz. (corso Giovecca 203).

FIRENZE. *Opera Pia del Manicomio.* — Scad. 16 luglio, ore 15; direttore; stip. L. 17.000 e 5 trienni dec., assegno supplementare L. 5200, alloggio; età limite 45 anni. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministraz. Provinciale, Palazzo Mediceo Ricciardi, via Cavour 1, Firenze.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 30 giugno, ore 16; direttore sanitario del R. Arcispedale di S. M. Nuova; titoli; età limite 45 anni; L. 15.400 aumentabili a L. 19.400, oltre L. 4000 indennità carica, c.-v., alloggio; è consentito l'esercizio professionale. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

GENOVA-PONTEDECIMO. *Ospedale « Andrea Gallina ».* — Scad. 14 giu.; medico primario con funzioni di vice-direttore, aiuto primario chirurg. e aiuto primario medico; stipendi rispettiv. L. 5000, L. 4000 e L. 3500; laurea rispettiv. da 6, 2 e 2 anni; età limite 40 anni; tassa L. 50; assunzione servizio entro 15 giorni.

LECCE. *Ospedale Civile « Vito Fazzi ».* — Scad. 15 giugno; aiuto medico; stip. L. 3000 annue; riduzioni e ritenute di legge; compartecipaz.; età limite 45 anni al 31 marzo; 10 anni di esercizio profession.

SULMONA (*Aquila*). *Casa Santa dell'Annunziata.* — Aiuto medico presso l'Ospedale Civile; stip. L. 3000 annue, indennità vitto L. 2400 annue, alloggio in Ospedale. Rivolgersi all'Amministrazione del Pio luogo.

TRIPOLI. *Ospedale Coloniale Principale.* — Medici capi reparti: radiologico, tisiatrico, dermoceltico, delle malattie infettive, otorinolaringoiatrico, neuropsichiatrico, di medicina; scadenze: 21 giugno per il primo posto; 22 giugno per il secondo; 26 giugno per il terzo, quarto e quinto; 30 giugno per il sesto e il settimo; stipendio iniziale lire 16.700, indenn. servizio att. L. 3700; indennità coloniale e altri assegni; è consentito il libero esercizio; età limite 40 anni al 31 gennaio. Rivolgersi al Ministero delle Colonie, Ufficio del Personale, Roma. I bandi di concorso sono pubblicati nella « Gazz. Uff. », nn. 94 (23 apr.), 95 (24 apr.), 98 (28 apr.) e 96 (25 apr.).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al posto di vice-presidente della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia rimasto vacante per la rinunzia del prof. Ferroni, è stato dal Ministro dell'Educazione Nazionale, nominato il prof. Viana, direttore della Scuola ostetrica di Verona.

Cordiali rallegramenti. L. P.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni prossimi.

Ricordiamo che dal 29 settembre al 3 ottobre si svolgerà a Venezia il IV Congresso della Stampa Medica Latina. La manifestazione è posta sotto l'alto patronato del conte De Vecchi di Val Cismon, ministro dell'Educazione Nazionale e sarà presieduta dal sen. prof. Davide Giordano, presidente della Federazione della Stampa Medica Latina.

Il XV Congresso della Società Italiana di Urologia si terrà sotto la presidenza del prof. Ravasini nei giorni 1-4 ottobre di quest'anno a Trieste, per festeggiare il XL anniversario della fondazione del Reparto urologico dell'Ospedale Regina Elena, intitolato a Giorgio Nicolich.

Al Congresso sarà annessa una mostra di strumenti, medicinali ecc.

Tema di relazione: « Diagnosi precoce della tubercolosi renale ». Relatori: dott. M. Novak di Trieste e dott. M. Bonino di Torino.

Il 2° Congresso internazionale di lotta scientifica e sociale contro il cancro si terrà a Bruxelles dal 20 al 26 settembre, sotto la presidenza del dott. Lerat, presidente della Lega nazionale belga contro il cancro.

Temi. *Biologia*: « Agenti cancerigeni »; « Fattori di predisposizione e di resistenza al cancro »; *Diagnostica*: « Progressi sull'accertamento della diagnosi e prognosi istologica »; « id. della diagnosi radiologica »; « id. della diagnosi sierologica e sierocitologica »; *Terapia*: « Progressi del trattamento chirurgico »; « id. roentgenterapico e curieterapico »; « id. medico »; *Lotta sociale*: « Accesso del malato alla diagnosi e al trattamento »; « Assistenza medico-sociale agli incurabili »; « Cancro e demografia ».

Segreteria generale: rue de la Presse 13, Bruxelles.

La Società internazionale di Logopedia e Foniatria terrà il 7° Congresso dal 10 al 12 agosto in Copenaghen. Relatori: V. Veau (Parigi), R. Segre (Torino), H. Bering-Lüsberg (Copenaghen), D. Weiss (Vienna). Rivolgersi al presidente del Comitato ordinatore: H. Bering-Lüsberg, Dir. Statens Institut for Talelidende, Rygaardsallé 45, Hellerup (Copenhagen), Danimarca; sede sociale: Ferselgasse 6, Wien IX, Austria.

Il 9° Congresso internazionale dentistico che si terrà a Vienna in agosto, ha già raccolto circa 4000 adesioni, secondo le informazioni del Comitato.

Le giornate internazionali di cardiologia, indette a Roset, per il 31 maggio e il 1° giugno, sono state differite ai giorni 30 e 31 agosto.

Corsi di perfezionamento e di aggiornamento.

Nell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori in Roma, diretto dal sen. prof. R. Bastianelli, sarà tenuto un Corso di lezioni teorico-pratico sui tumori, con la cooperazione della Lega Italiana per la lotta contro il cancro, dall'1 al 20 giugno, dai proff. R. Bastianelli, F. Bignami, E. Morelli, G. Vernoni, G. Sotti, R. Moretti, L. Cappelli, P. Gallenga, U. Cerletti, E. Morelli, C.

Frugoni, R. Alessandri, E. Mingazzini, P. Gaifami, R. Della Vedova, G. Ferreri.

Il corso sarà diviso in tre parti: Fondamento scientifico per lo studio dei tumori; Terapia dei tumori; Diagnosi e cura dei tumori nei singoli organi.

Sarà rilasciato un certificato di frequenza agli inscritti.

Rivolgersi alla sede dell'Istituto, viale Regina Margherita 291, Roma.

Per concorrere alla lotta antitubercolare, nell'Istituto Achille De Giovanni di Napoli viene tenuto, per medici e studenti, un Corso sulle malattie respiratorie e tubercolari, con conferenze e lezioni dei proff. Landolfi, Magliulo, Maderna, Papale, De Vita, F. Verde, Lauri, Orsi, De Angelis, De Stefano, M. Sorrentino, Laccetti, Botti, Chiarolanza, Capasso, Sciuti, A. Sbordone, Palma, D'Arrigo, Pappacena, De Vincentiis, Calvanico, G. Ronzoni. Il corso, gratuito, è stato aperto il 29 aprile con una conferenza del prof. L. Magliulo sulla « Storia della Tubercolosi e sulle Opere del Regime nella lotta antitubercolare », e sarà chiuso il 30 maggio con una conferenza del prof. M. Landolfi che farà una rapida e completa « Sintesi di Diagnosi, Terapia Clinica e Profilassi della Tubercolosi ».

Premi della Reale Accademia d'Italia.

Demmo già notizia del premio Mussolini assegnato dalla Reale Accademia d'Italia, nella ricorrenza del Natale di Roma, al prof. Giulio Chiarugi, su relazione di S. E. Pietro Rondoni.

Nella stessa solenne seduta sono stati conferiti degli encomi ai seguenti studiosi, con le motivazioni di seguito riportate.

Prof. Ottorino Uffreduzzi, di Torino, per il suo Trattato completo, armonico, aggiornato, di Patologia chirurgica generale e speciale.

Prof. Giuseppe Marcone, di Pisa, per il suo « Trattato di Patologia veterinaria » che è una notevole affermazione della scienza italiana negli studi delle malattie del bestiame.

Prof. Antonio Pensa, di Pavia, e prof. Giuseppe Favaro, di Modena, per il loro ottimo « Trattato di Anatomia sistematica » moderno e chiaro.

Sen. Giacinto Viola, di Bologna, per il « Trattato di Semeiotica » in sei volumi, pubblicato da lui e dai suoi collaboratori sotto la sua direzione; opera compiuta e pregevole, condotta con indirizzo originale, e degna di competere con le più rinomate opere congeneri straniere.

Prof. Emerico Luna, di Palermo, per il volume « Come fiorisce la vita », illustrato con figure a colori: esposizione dei fenomeni della riproduzione delle piante e degli animali, fatta a scopo divulgativo, ma con garbo squisito e con rigore scientifico.

Lega italiana per la lotta contro il cancro.

Si è adunato il nuovo Consiglio direttivo della Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

Sono stati nominati: presidente: prof. sen. Raffaele Bastianelli; vice-presidenti: prof. Pietro Rondoni, prof. Paolo Gaifami; segretario generale: prof. Gallenga. Gli altri membri del Consiglio sono: prof. Manfredo Ascoli (S.N.F.M.), prof. Maurizio Ascoli, prof. Mario Bertolotti, prof. Jader Cappelli, prof. Mario Donati, prof. Gustavo Lusena, prof. Benedetto Morpurgo, prof. sen. Giovanni Pascale, prof. Giuseppe Pecori (P. N. F.), prof. Gianni Petragnani (Dir. Sanità Pubblica), prof. sen. Giacinto Viola.

La campagna antitubercolare.

La Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica che continua intensa in tutte le provincie la propaganda per la diffusione del francobollo antitubercolare della sesta campagna.

Con ritmo crescente si sviluppano intanto dovunque riunioni di propaganda i cui frutti immediati e concreti rafforzano la certezza del successo finale.

Intanto dal centro la Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi continua a stimolare con nuove iniziative la collaborazione di tutte le attività della Nazione per sollecitare il popolo a dare spontaneamente e generosamente il suo contributo alla campagna e dopo aver diffuso oltre tre milioni di copie di un'originale cartina « L'Abissinia e le sue ricchezze » ha bandito un secondo concorso nazionale a premi del francobollo antitubercolare specialmente dedicato agli alunni di tutte le scuole elementari del Regno, al quale possono partecipare anche tutti i cittadini.

Echi della nostra impresa africana.

La medaglia d'oro al valor militare conferita alla memoria dello studente in medicina Francesco Azzi — di che demmo notizie — è stata dal padre dell'eroe, prof. Azzi, durante una cerimonia svoltasi all'Università di Torino, appesa al gagliardetto del G.U.F. Il Ministro dell'E. N. ha telegrafato rivolgendo un fervido elogio per il gesto compiuto.

È caduto eroicamente in A. O., durante la battaglia del Tembien, il volontario centurione dott. Armando Maglioni, veterinario di Brisighella.

Secondo una corrispondenza da Addis Abebà al « Giornale d'Italia » del 10 maggio, durante il saccheggio della città il dott. Junaud, presidente del Comitato della Croce Rossa Internazionale in Addis Abebà, si difese per tre giorni sparando dalle finestre della sua abitazione; non si hanno notizie di un altro medico della Croce Rossa, dott. Deassins, che seguì fino ad Ualdia le truppe del negus marcianti verso il fronte nord: si paventa la sua morte.

Secondo una corrispondenza da Addis Abebà al « Messaggero » dell'8 maggio, la moglie del medico americano Stadin non è morta, come è stato pubblicato, ma è rimasta gravemente ferita e si spera di salvarla.

La Principessa di Piemonte ha fatto ritorno l'11 maggio a Napoli dall'Africa Orientale, dove in qualità di infermiera volontaria della Croce Rossa si era recata a visitare gli ospedali militari dell'Asmara e di Mogadiscio. Il viaggio è stato compiuto sulla nave ospedale « Cesarea » sulla quale Ella era partita il 26 marzo. Il Principe di Piemonte e la Duchessa d'Aosta, recatisi a bordo, hanno visitato i feriti. La popolazione napoletana ha fatto entusiastiche accoglienze agli Augusti Ospiti.

Il Principe di Piemonte ha visitato nel porto di Napoli la nave-ospedale « Urania », che recava a bordo militari e operai rientrati dall'A. O. in convalescenza.

Una fondazione per studi e ricerche in A. O.

Il Senato accademico ed il Consiglio di Amministrazione dell'Università di Padova, riuniti in assemblea straordinaria, a celebrazione perpetua della vittoria in A. O. hanno deciso la istituzione di un fondo annuo di lire cinquantamila da erogare per promuovere e sovvenire due proprie missioni scientifiche, di osservazione e di ricerche in Etiopia; per allestire una clinica delle malattie tropicali avente lo scopo di allargare la preparazione tecnica e professionale degli studi di medicina e migliorare l'esistenza ospitaliera; per preparare un corso di cultura coloniale che si svolgerà all'inizio del prossimo anno accademico e mirante a fornire il corredo di nozioni coloniali, tecniche e pratiche per i giovani laureati o laureandi che si recheranno in A. O.

Omaggio al prof. A. Monti.

Sono convenuti a Pavia alcuni legionari trentini, che furono in quella città studenti ed allievi del prof. Achille Monti, per recare in dono al vecchio Maestro, amico della vigilia e dei giorni più tormentosi del dopoguerra, un ricordo del loro più glorioso fratello d'armi Cesare Battisti. Una piccola statua in bronzo, squisita opera d'arte dello scultore e legionario S. Zaniboni di Trento, raffigura con impressionante realismo l'eroe che muove all'estremo supplizio. Per l'occasione convennero a Pavia i dottori Mario Menuzzi, direttore dell'Ospedale di Riva, Augusto Meneguzzer dell'Ospedale di Cantù, Guido Rippa da Cermenate, Ettore Zucchelli da Alessandria.

Un po' dovunque.

Il 1° Convegno nazionale della Società italiana di antropologia e psicologia criminale ha adunato a Roma molti insigni criminalisti, sociologi, psichiatri, magistrati, medici legali e avvocati. All'inaugurazione intervenne il ministro Solmi. I lavori sono stati presieduti dal sen. D'Amelio, assistito dal segretario prof. Di Tullio.

Il ministro dell'E. N. ha diretto al personale insegnante ed assistente universitario una circolare, per diffidare ad astenersi da qualsiasi forma di collaborazione alla « Federazione internaz. delle Società di Eugenica ». Questo Ente avvalora il movimento eugenico che preconizza la sterilizzazione e la limitazione delle nascite, movimento contrario agli indirizzi del Governo italiano in fatto di demografia e di medicina sociale.

L'annuale Congresso di biologia sperimentale si è adunato a Genova, nell'Istituto di Farmacologia, il 24 e il 25 aprile. All'inaugurazione intervenne il Rettore, sen. Moresco. Il prof. Herlitzka commemorò il prof. Tullio Gayda. Vennero svolte e discusse varie relazioni.

Negli Spedali Civili di Genova si è tenuto un Congresso sanitario il 24 aprile, sotto la presidenza del prof. C. Trevisanello. Sono state fatte comunicazioni da: A. De Martini, G. Prussia, L. Cartagenova, G. B. Costa Staricco, E. Vitale, Epstein.

La Società Medico-Chirurgica dell'Alto Adige si è adunata il 30 aprile, sotto la presidenza del prof. Ezio Polacco. Sono state fatte comunicazioni da: F. Martinelli, C. Pace, E. Cortella, G. Luscia, G. C. Peracchia (due comunicaz.), B. Cerri, T. Baur, E. Polacco.

La Società di Scienze mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 31 marzo, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris. Sono state fatte comunicazioni dai soci Tramontini, Opocher, Federzoli, Fabris.

Dal 18 al 20 aprile si è svolto a Wiesbaden il 1° Congresso per una « nuova medicina tedesca », intendendosi con questa designazione la medicina naturista; il congresso ha tenuto l'ultima seduta col 48° Congresso tedesco di patologia interna, il che prova che la cosidetta nuova medicina non rinnega l'antica, ma procede d'intesa con essa.

Si è tenuto a Milano, dal 25 aprile al 5 maggio, un corso superiore d'igiene e tecnica del latte alimentare, promosso sotto gli auspici della R. Università; all'inaugurazione il prof. Pepere, rettore dell'Università e direttore del corso, illustrò il programma di questo. Hanno tenuto conferenze e lezioni i proff. Bottazzi (all'inaugurazione), Petragnani (alla chiusura), C. A. Ragazzi, Foà, Finzi, Bertarelli, l'ing. Ferrari e altri.

La Direzione Sanitaria del R. Sanatorio S. Luigi di Torino comunica che ogni venerdì alle ore 8 e durante i mesi di maggio e giugno hanno luogo, presso le Sezioni Chirurgiche, apposite sedute operatorie dimostrative di toracoplastica per tutti i medici che desiderano prendere conoscenza diretta del metodo e dei varii procedimenti tecnici. Le sedute sono dirette dal primario prof. Jachia e a cura del direttore sanitario prof. G. Ferrando vengono fatti visitare i nuovi impianti centrali ed i principali servizi sanatoriali. Tutti i medici sono invitati a presenziare queste dimostrazioni tendenti al potenziamento dei mezzi e dell'attrezzatura antitubercolare sviluppata dalla gloriosa legislazione fascista.

Nel 1935 i medici membri dell'« Associazione Medica Americana » hanno raggiunto il numero di 62.997, ossia 1591 più che nell'anno precedente.

Il sottosegretario alla guerra ha rivolto un vivo elogio al Capo del Servizio Veterinario Militare, col. Pietro Perrucci, per il modo inappuntabile con cui il servizio procede.

Il presidente dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, gr. uff. Fabbri, ha tenuto a Roma la lezione inaugurale del corso di addestramento per il personale volontario della Federazione provinciale dell'Opera, presenti oltre duecento patronesse iscritte ai Fasci femminili. Sono intervenuti il Vice Segretario federale e la Fiduciaria provinciale dei Fasci femminili.

Durante recenti scavi a Ostia antica è stata rinvenuta una statua di marmo, alta m. 1,19, rappresentante « Igea », personificazione della salute fisica e spirituale elevata a divinità. Essa ha per attributo il serpe che si avvolge sull'avambraccio destro, in parte mancante. Nella mano sinistra doveva tenere una pàtera. « Igea » è rappresentata come giovinetta leggiadra, in un tipo artistico della età prassitelea.

Il Comitato di Milano della C. R. I. ha fatto rilevare l'abusivo uso dell'emblema di questo Ente da parte di ditte commerciali, farmacie, ambu-

lanze, istituti sanitari, in violazione dell'art. 1 della legge 31 giugno 1912, n. 740, che rende i trasgressori passibili di sanzioni penali; prima di prendere provvedimenti rigorosi, il Comitato richiama all'osservanza delle disposizioni di cui sopra.

Il dott. A. B., da Firenze, di 62 anni, è stato condannato da quel Tribunale a 4 mesi di reclusione, in seguito a un atto operatorio su tale Isolina Baldacci, eseguito con imprudenza e imperizia, rendendo necessario il ricovero d'urgenza in ospedale, ove la paziente rimase per 40 giorni in pericolo di vita, riportando incapacità a procreare. Il medico ha interposto appello.

Nell'Ospedale di Patna (India) è stato operato l'irlandese E. J. Drummond, il quale si esibisce nelle fiere come mangiatore di oggetti taglienti o appuntiti; dal suo stomaco sono stati estratti 5 kg. di chiodi, lamette per rasoio, puntine per grammofono, frammenti di vetro ecc.; è la seconda volta che egli subisce un'operazione del genere.

L'infermiera Dorotea Nancy Waddingham, condannata a morte per avere avvelenato una sua paziente cinquantenne, sig.ra Ada Baguley, nell'intento di entrare in possesso di una sostanza che si era fatta intestare, è stata impiccata nella prigione di Wiston, presso Birmingham. Era in sospetto di avere avvelenato anche la madre della Baguley, novantenne. Lascia cinque figli.

È morto a New York il dott. HARLOW BROOKS, vittima della scienza, per un'infezione da *Bacillus perfrigens*, uno degli agenti della gangrena gassosa, da lui già studiato in collaborazione del prof. William Welch, il compianto celebre patologo nord-americano.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 6 aprile al 12 aprile 1936: Morbillo 287 (1893); Scarlattina 128 (265); Pertosse 120 (459); Varicella 158 (366); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 108 (230); Infezioni paratifiche 26 (31); Febbre ondulante 63 (93); Dissenteria 4 (5); Difterite e croup 214 (370); Meningite cerebro-spinale epidemica 13 (16); Poliomielite anteriore acuta 12 (16); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 4 (7); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 47 (70), dichiarata 1 (1); Pustola maligna 8 (8); Parotite epidemica 98 (306); Leishmaniosi 6 (7); Febbre puerperale 30 (32).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Med. Klinik, 27 mar. — D. KUHLENKAMPF. Che cos'è il pensiero biologico?

Accad. Med., mar. — G. GIANNONI. Poliposi dello stomaco.

Bull. Ac. de Méd., 17 mar. — P. ARMAND-DELILLE e KÉRAMBRUN. Ricerca del bacillo tbc. nel contenuto gastrico.

Riv. San. Sicil., 15 mar. — P. MORICI. « Cura bulgara ».

Rinasc. Med., 31 mar. — M. SCIUTI. Meningite benigna dei guardiani di maiali. — D. MAESTRINI. Stasi polmonare e tbc.

Pathologica, 15 mar. — G. MARIANI. Origini della tossina difterica.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mar. — Numero di oftalmologia.

Bull. de l'Ac. de Méd., 28 mar. — P. DELBET. Il cancro nella razza negra. — G. MARINESCO e E. FAÇON. L'atropina nei post-encefalitici.

Practitioner, apr. — Numero sulla piccola chirurgia.

Cl. Med. It., feb. — E. TAMBURRI, F. TORCHIANA. Chimismo gastrico ed acidosi delle ulceri g.-d. — A. ALODI, F. QUAGLIA. Cromoscopia per via endovenosa nelle achilie.

Münch. Med. Woch., 3 apr. — E. BENDER e H. BRUNS. Meningiti da bacillo influenzale. — A. SCHITTENHELM. La questione dei danni da medicinali.

Giorn. di Cl. Med., 20 mar. — C. CLERICI e A. BOLOGNA. Pressione venosa perifer. e velocità di circolaz. del sangue. — G. BORSALINO. Spostamenti espiratori del mediastino nel pnt. artif.

Klin. Woch., 4 apr. — H. UDE. Diagnosi funzionale delle malattie dell'aorta. — S. DE CANDIA. Diabete ipoplastico degli adolescenti. — M. B. SULZBERGER. Ormone del pigmento e principio antidiuretico dell'ipofisi.

Gaz. d. Hôp., 4 apr. — G. JEANNENET e P. CASTANET. Immunotrasfusione.

Lancet, 4 apr. — H. E. HOLDING e R. PLATT. Acido mandelico e mendelato ammonico nelle infezioni urinarie. — R. A. MCCANCE. Metabolismo minerale.

Paris Méd., 4 apr. — Numero di gastro-enterologia.

Journal A. M. A., 24 mar. — L. P. GAY. Allergia gastro-intestinale. — W. B. PORTER. Flutter diaframmatico con sintomi di angina pectoris.

Deut. Med. Woch., 3 apr. — BRAT. Il problema della scarlattina alla luce dell'anafilassi. — v. KUP. Lesioni cutanee allergiche simmetriche nelle tireotossicosi.

Brit. Med. Journ., 4 apr. — W. T. RITCHIE. Una crociata contro il reumatismo acuto. — D. K. ADAMS. Vertigo laringea.

Riv. di Patol. nerv. e ment., gen.-feb. — E. LUGARO. Clasmatodendrosi e pseudo-. — M. BERGONZI. Neuromielite ottica. — C. PERO. Morbo di Cushing e m. di Recklinghausen.

Presse Méd., 5 apr. — J.-A. CHAVANY. L'emiplegia dei cardiaci.

Riforma Med., 4 apr. — L. BELUFFI e A. MAZZOCCO. La triade siero-ematologica di M. Ascoli per la diagnosi dei tumori mal.

Rev. of Gastroenterology, mar. — C. W. MCLURE. Le funzioni del pancreas. — N. B. ELTON. Meccanismo dell'ittero.

Paris Méd., 11 apr. — G. ANDRIEU e J. HENRIER. Le meningo mieliti del morbillo.

Riv. Ospedal., feb.-mar. — F. ALIERI. Batteriemia nelle tonsilliti e negli ascessi tonsillari.

Brit. Med. Journ., 11 apr. — H. C. EDWARDS. Tecnica della gastroscopia. — R. C. WINGFIELD e A. M. C. MACPHERSON. Tubercolosi polm. latente degli adolescenti.

Lancent, 11 apr. — R. A. MCCANCE. Metabolismo minerale.

Arch. It. di Chir., apr. — E. LUCINESCO e G. F. CAVELLI. Osteogenesi eterotopica. — A. PADULA. Influenza delle vitamine sulla guarig. delle ferite.

Münch. Med. Woch., 10 apr. — E. K. FREY. Chimica e chirurgia. — W. PFAMNER. Le cause della morte nell'embolia gassosa.

Arch. Intern. Med., mar. — C. K. WEIL. Meningite pneumococcica. — A. J. QUICK. L'acido ippurico nell'esame funzion. del fegato. — L. M. LIEBERMANN e S. S. LEOPOLD. Pnt. artif. nella polmonite lobare.

Riv. Sanit. Sic., 1 apr. — M. TITONE. Patogenesi delle colecistiti cron.

Minerva Med., 14 apr. — L. TOMMASI. Diagnosi di guarigione della sifilide.

Revue Neurol., mar. — A. SOUQUES. Da Erofilo a Galeno. — A. BARBÉ e al. Velocità di scolo del liquido c.-s.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., apr. — C. FELIX. Sinergia riflessa in comatosi. — B. BOSHES. I bromuri nell'epilessia.

Paris Méd., 18 apr. — Idrologia. Climatologia.

Sang, 4. — J. DUCUING e al. Anemia gastrica sperimentale. — P. FRUMASAN. Emorragie gastroduoden. sperimentali.

Surg., Gyn. a. Obst., apr. — J. O. FINDER. Il processo di guarigione nella spondilite tbc. — E. M. BOGD. Anestesia e lipidi del sangue. — C. E. WELCH. Fratture da tumori.

Giorn. di Batteriol. e Immun., apr. — M. GAYTA, L. SEMMOLA. Fenomeno di Sanarelli. — C. BLAVET DI BRIGA e U. RONCONI. Terapia tetanica con siero-urotropina.

Mediz. Welt, 18 apr. — H. CURSCHMANN. Oliguria funzionali. — H. LÖHR. Trattam. vitaminico delle iperiterosi.

Riv. It. di Ginec., mar. — V. ADINOLFI. Diffusione della tbc. uterina. — F. BENTIVOGLIO. Ormoni sessuali e contrazione uterina.

Amer. Journ. Med. Sc., apr. — H. VESELL e W. BIERMAN. L'elettrocardiogramma nella febbre. — G. WAGMER. Metabolismo del calcio e del fosforo. — R. H. STIEHM. La tbc. polmon. precoce e la diagnosi di essa.

Brit. Med. Journ., 18 apr. — S. B. BOYD CAMPBELL. Infezioni della cistifellea e trombosi delle coronarie.

Med. Klinik, 17 apr. — G. BESSAN. Le malattie della vecchiaia dal punto di vista del pediatra.

Klin. Woch., 18 apr. — W. STEPP e H. SCHRÖDER. Antagonismi tra vitamine.

Deut. Med. Woch., 17 apr. — KÜHNAU e al. Vitamine e stagioni. — BAYER. Nuove possibilità di agire sull'ulcera gastr.

Journ. Méd. Franç., mar. — Brucellosi.

Journ. A. M. A., 4 mar. — F. TAYLOR. Usi difettosi dell'acido tannico. — J. H. CONWAY. Malattia vascolare obliterativa. — D. H. ROSENBERG e L. BLOCH. La prova di Gordon nel morbo di Hodgkin. — E. G. VRITAK. Trattam. dell'artrite cron. con vitamina D.

Presse Méd., 15 apr. — G. ARNULF e P. FRIEH. Iniezioni endoarteriose di antisettici nelle infezioni degli arti. — 18 apr. F. DE QUERVAIN. L'iodio nella fisiologia e patologia della tiroide.

Münch. Med. Woch., 17 apr. — G. DENECKE. V'è un centro emopoietico nel cervello?

Presse Méd., 22 apr. — A. TOURAINE. Gangrena gassosa dopo iniezioni medicamentose.

Ann. de Méd., mar. — G. GUILLAIN e al. Paralisi periodica. — R. WAITZ. Adenopatia tracheobronch. tbc. dell'adulto allergico.

Wien. Klin. Woch., 24 apr. — GEMELLI. Psicofisiologia del volo.

Paris Méd., 25 apr. — M. PERRIN. La clinica, scuola di formazione sociale del medico.

Münch. Med. Woch., 24 apr. — G. HOPF. Funzioni dei capillari e infiammaz. — E. SCIECK. Cisticercosi multipla nell'uomo.

Klin. Woch., 25 apr. — D. HOFFMANN. La formula leucocitaria nell'anemia pernic. — H. A. BRAUN. Sul gargarismo.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 25 Maggio 1936 - XIV Num. 21

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE «G. DE MARTINO» - MOGADISCIO
Direttore: Prof. dott. C. TEDESCHI.

Sulla patogenicità del Chilomastix mesnili.

Dott. ANGELO M. CICCHITTO
Capo Reparto Medicina.

Tra i protozoi parassiti intestinali dell'uomo la cui patogenicità ancora oggi viene dibattuta, figura il Chilomastix mesnili. Soltanto in questi ultimi anni, in base ad osservazioni cliniche e sperimentali, è stato riconosciuto da tutti il potere patogeno del Balantidium coli e della Lamblia. Uguale evoluzione va subendo il concetto sull'Entamoeba coli, nel senso che, da ospite innocuo dell'intestino, incomincia ad essere considerata causa di malattia. Così dicasi del Trichomonas intestinalis.

Uno dei capitoli più tormentosi della patologia, specialmente ai tropici, è quello che raggruppa le molteplici sindromi dovute alle infestazioni da parassiti intestinali, sia protozoi che elminti, sindromi colitico-dissenteroidi a grande polimorfismo sintomatologico, generale e locale. In presenza di quadri morbosi e di turbe infinitamente varie, è assai difficile diagnosticare una colopatia da flagellati in generale e da Chilomastix mesnili in particolare. Tratteremo appunto la patogenicità e lo studio delle forme cliniche di questa parassitosi, frequente nei climi caldi al pari di tutte le infestazioni da protozoi o elminti.

Il Chilomastix mesnili è un protozoo appartenente alla Class. Flagellata, Fam. Tetramitidae; ha corpo piriforme di 14 μ × 5-6 μ, munito di tre flagelli anteriori, sottilissimi e difficilmente colorabili: il posteriore gira attorno al citostoma. Il nucleo (trofonucleo) è vescicoloso, periferico, anteriore. Quasi addossato a questo vi è il cinetonucleo, costituito da un centrosoma extranucleare, e tre blefaroblasti in connessione col trofonucleo per mezzo di un rizoblasto. Si può confondere facilmente col Trichomonas intestinalis, ma la distinzione è facile dopo colorazione con l'ematossilina fer-

rica. Le cisti sono piccole, piriformi, rifrangenti e resistono nell'ambiente per circa otto mesi e muoiono, secondo Boeck, ad una temperatura di 72° C. Si moltiplica per divisione longitudinale, tanto nell'intestino come nelle colture le quali sono state ottenute da Boeck (1921) usando come terreno una parte di siero di sangue umano e quattro parti di soluzione di Lock destrosata. Si alimenta di batteri e di detriti del contenuto intestinale, ha una diffusione cosmopolita, vive nel grosso intestino e forse nel tenue; da Wenyon è stato osservato nelle ghiandole intestinali di parti del grosso intestino.

Il Davaine (1854), per la prima volta, riscontrò nei colerosi il chilomastix mesnili, dandogli la denominazione di Cercomonas hominis; in seguito il Ross (1893), e nello stesso anno l'Epstein lo denominò Monocercomonas Hominis, Wenyon (1910) Macrostoma mesnili e Chilomastix mesnili, Alexeieff (1910) Tetramitus mesnili, Prowazek (1911) Fanapepea intestinalis, Brumpt (1912) Tetramitus mesnili e Tetramitus bocis, Natan-Larrier (1912), Gäbel (1914) Difoemus tunensis, Prowazek e Werner (1914) Cyathomastix hominis, Kuczynski (1914) Chilomastix intestinalis, Chatterjee (1923) Tetrachilomastix bengalensis. E' stato altresì osservato da Fantham e Porter (1915), De Fonseca (1915 e 1916), Archibald, Hadfield Logan e Campbell (1916), Wenyon e O' Connor (1917), Castellani (1917), Chalmers e Pekkola (1918).

Il Chilomastix mesnili è tra i flagellati intestinali comunemente considerato come ospite innocuo. Tale innocuità è avvalorata sia dal fatto che esso rappresenta un reperto coprologico abbastanza comune in soggetti sani nella sfera intestinale e dal fatto che la sua presenza, in casi di colopatie, è concomitante a quella di altri parassiti intestinali dotati di indiscussa patogenicità, sia dalla sua non patogenicità per gli animali da esperimento. Pochissimi autori gli hanno attribuito un significato patologico. Scorrendo la letteratura constatiamo che questo flagellato è ritenuto patogeno nelle osservazioni di Brumpt, Marques, Da Cuhna e Yorres, Chatterjee, Chalmers e Pekkola, Fonseca, Vaccarezza, Da Cuhna e Pacheco, Marchoux, Roux, Castex e Greenway, Bozzolo e Graziadei, Deschiens. Circa la sua frequenza presso l'uomo, è difficile avere dati sicuri, perchè, specialmente nelle statistiche antiche, assai spesso è stato confuso col Trichomonas Intestinalis. Alla Giamaica è stato osservato da H. H. Scott presso l'11. 74 % degli individui sani, negli Stati Uniti da Kofoid ed altri autori nel 3. 3 % di adulti sani. Wenyon e Stevenson (1917) su 775 casi di dissenteria di natura protozoaria l'hanno riscontrato nel 4,51 %.

Castex e Greenway (1925) lo hanno rinvenuto 118 volte, di cui 66 volte associato ad altri protozoi, in 614 pazienti che presentavano manifestazioni tossiemiche d'origine intestinale, consistenti in turbe vasomotorie, palpitazioni, vertigini, cefalea, irascibilità, parestesie ed algie alle estremità, prurito, orticaria: sindromi morbose sostenute, secondo questi AA., dal Chilomastix, giacchè la scomparsa di esse coincise con la scomparsa del flagellato dietro trattamento antiparassitario. Il Morenas ritiene che tra i protozoarì, i soli agenti patogeni siano: un rizopode, l'entamoeba dysenteriae, tre flagellati, il trichomonas intestinalis, il tetramitus e la Lamblia, ed una o parecchie spirochete, la sp. eurigyrata e la sp. stenogyrata. Secondo Brumpt, per il Chilomastix mesnili esiste un numero assai grande di portatori sani ed un certo numero di malati. Di uguale parere è anche il Franchini. Vanni (1931), dallo studio di un caso di infestazione mista da Balantidium coli-Chilomastix mesnili, desume che il Chilomastix possa avere una notevole importanza, come agente etiologico secondario, sia preparando ai protozoi di più elevato potere patogeno un terreno adatto al loro sviluppo, sia sommando la sua all'azione patogena del Balantidium. G. Alessandrini afferma: « non può ancora dirsi se sia patogeno o no, nè per quali condizioni lo divenga ». Nell'Istituto di Patologia Coloniale di Modena, Talamonti, in 502 esami di feci, ha riscontrato questo flagellato nella proporzione del 5,4 %, quasi sempre allo stato vegetativo, quattro volte in forma pura e 25 volte associato all'Entamoeba histolytica, al Trichomonas, alla Lamblia, o ad Elminti intestinali, e ritiene che esso possa essere causa di notevoli disturbi consistenti in scariche diarroiche intercalate da periodi di stitichezza, enteralgie, deperimento ed anemia, e soltanto in rari casi pensa che possa essere ospite innocuo. F. Fernandez, per primo, in Ispagna, nel 1925, ha segnalato nelle feci di un diarroico il Chilomastix mesnili. Quest'A. (1933) ha studiato nell'Ospedale S. Lazzaro di Grenade (Spagna), clinicamente e parassitologicamente, 96 casi di diarrea, riscontrando il Chilomastix 13 volte. Il Fernandez distingue due forme cliniche di Chilomastosi: una forma leggera, della durata di pochi giorni, che si manifesta con disturbi dispeptici, turbe diarroiche (scariche mucose raramente striate di sangue), senza febbre nè fenomeni generali; ed una forma recto-colica con diarrea abbondante, tenace e ribelle, mu-

cosa ma, parossisticamente, con crisi più violente in cui le scariche sono sanguinolente, unite a tenesmo e a fenomeni generali quali lieve elevazione della temperatura, malessere, dolori addominali diffusi, gorgoglio alla fossa iliaca. Mai il Fernandez ha riscontrato casi di colite ulcerosa provocati da questo flagellato, bensì fenomeni più o meno netti di tossiemia intestinale che egli attribuisce sicuramente a questo protozoario per il fatto che la cessazione del quadro morboso coincideva con la scomparsa del Chilomastix mesnili: nevralgie e nevriti, lombaggine, insonnia, stati neurasteniformi, cefalea intermittente, gravativa, simpatosi cutanee varie (dall'orticaria all'acne), e fenomeni d'ordine vario che quest'A. ritiene debbano essere sostenuti da una insufficienza antitossica del fegato.

Il Panagia (1934), in 500 esami di feci, lo ha rinvenuto nel 2.6 % dei casi, ed è del parere che, vivendo questo flagellato per lo più associato ad altri protozoi, sia difficile stabilire la parte dovuta ad esso da quella dovuta agli altri parassiti. Il Sangiorgi, in base ad osservazioni di infezioni esclusive, parla di una importanza patogenetica, come motivo dissenterigeno, del Tetramitus. Infine il Franchini ritiene che il Chilomastix sia più patogeno del Trichomonas e che possa penetrare anche nell'interno della mucosa: la sintomatologia morbosa consisterebbe in diarree croniche che possono protrarsi per qualche mese, specialmente se sussiste associazione con altri flagellati o con elminti, e più specialmente con l'Ankylostoma.

* * *

La nostra esperienza e il nostro studio ci inducono a ritenere patogeno il Chilomastix mesnili. Le nostre osservazioni sono desunte, naturalmente, soltanto dalle infestazioni in cui il Chilomastix ci è apparso come parassitosi unica: trentuno casi di pura Chilomastosi, osservati in indigeni ed in bianchi, durante il periodo maggio 1934-luglio 1935.

Diamo un prospetto che mostra le associazioni del Chilomastix mesnili con altri protozoi o elminti.

Parassitosi duplice	N.	*Parassitosi triplice*	N.
Chilomastix mesnili:		Chilomastix:	
Entamoeba dysenteriae . .	2	E. dysenteriae - Blastocystis . .	2
Entamoeba coli.	4	E. dysenteriae - Ascaris Lumbr.	1
Ankylostoma . .	2	E. coli - Blastocystis . . .	1
Blastocystis . . .	7	E. coli - Lamblia	1
Trichocephalus .	5	Blastocystis - Ascaris Lumbr.	1
Ascaris Lumbr. .	3	Ankylostoma-Trichocephalus	1
Lamblia . . .	1		

Parassitosi quadrupla e quintupla N.

Chilomastix:

	N.
E. dysenteriae - E. coli - Schistosoma mansoni	1
E. coli - Blastocystis - Ascaris Lumbricoides	1
Lamblia - Enteromonas - Trichocephalus - Blastocystis . . .	1

Non abbiamo rilevato tra le infestazioni parassitarie duplici una frequenza di particolari associazioni, come invece ci è stato dato di osservare per i binomi etiologici « Entamoeba coli-Blastocystis » e « Blastocystis-Trichomonas ».

La diffusione del Chilomastix mesnili, al pari del Trichomonas intestinalis, riteniamo sia sostenuta sopratutto dalle mosche, mediante il trasporto meccanico e la defecazione. Abbiamo constatato che le parassitosi intestinali da Chilomastix e da Trichomonas subiscono un aumento stragrande nelle epoche più calde e sopratutto prive di vento (periodi inframonsoni in Somalia) dell'annata, epoche che coincidono con una diffusione notevole di mosche. Importanza epidemiologica inoltre pensiamo debba assegnarsi ai barambara (denominazione locale), simili ai comuni scarafaggi delle case, (periplaneta orientalis) che vivono nei terreni umidi, nelle latrine e nelle fogne e invadono le cucine e le dispense. Sia nelle deiezioni delle mosche che di queste blatte abbiamo riscontrato forme di Chilomastix.

Riteniamo sia da rigettarsi il concetto della innocuità del Chilomastix e della reperibilità coprologica occasionale ed abituale di esso. Mai abbiamo rinvenuto questo flagellato in soggetti del tutto sani nella sfera intestinale, ma nei nostri 31 casi la scomparsa di esso dalle feci, dietro adeguato trattamento, ha coinciso sempre con la guarigione della sindrome morbosa. In alcuni casi il Chilomastix, al pari del Trichomonas, ha fatto, secondo il concetto del Castellani da « Germe pilota » dell'Entamoeba dysenteriae, nel senso che il reperto del solo Chilomastix ad un primo esame di feci, ci ha permesso, insistendo nelle ricerche, di rinvenire questa Ameba.

E' nostra abitudine, quando repertiamo ad un primo esame coprologico il Chilomastix o altri flagellati, ripetere almeno tre volte gli esami, sempre dietro somministrazione di pur-

gante salino, per accertarci che non siano in gioco altri parassiti, protozoi od elminti, di maggiore patogenicità. Giacchè solo l'esame microscopico delle feci può orientare il ricercatore sulla vera entità etiologica di enterocolopatie, le quali possono, assai facilmente, confondersi con forme da E. dysenteriae, da Lamblia, da Balantidium coli, ecc.

Soltanto le ripetute ricerche coprologiche convalidate dalla osservazione accurata del malato e dal decorso dell'affezione morbosa, facendoci eliminare in modo assoluto, l'azione degli agenti classici dissenterigeni, ci hanno mostrato chiaramente il ruolo del Chilomastix mensili.

Diciamo subito come le enterocolopatie da Chilomastix assumono un quadro clinico pressochè identico a quelle da Trichomonas da noi trattate in altro studio.

In base ai 31 casi di pura Chilomastosi capitati sotto la nostra osservazione, possiamo distinguere due forme cliniche di tale parassitosi: una forma acuta o colitico-dissenteroide, ed una forma che riveste i caratteri della colite sub-acuta. La prima, meno frequente (riscontrata in 11 dei 31 casi), si manifesta con 6-7 scariche al giorno di feci muco-gelatinose, dolore lungo il colon, spontaneo ed esacerbantesi alla palpazione profonda; raramente (in 5 casi) le feci si presentavano striate di sangue, con tenesmo, lieve scadimento delle condizioni generali di nutrizione e sanguificazione, senso di nausea, disappetenza, meteorismo e temperatura subfebbrile. Il quadro microscopico fecale ha mostrato sempre i segni di una irritazione della mucosa intestinale, cioè leucociti, emazie e cellule epiteliali. La forma subacuta, più frequente, si presenta con dolori addominali vaghi congiunti a 2-3 scariche fecali diarroiche o poltacee, mucose, senza fenomeni generali. Questa forma può, con estrema facilità, trasformarsi nella forma acuta. Soltanto in 4 casi abbiamo riscontrato lievi fenomeni riportabili ad una tossiemia intestinale, quali perturbazioni vasomotorie e stati neurasteniformi. Il Fernandez, invece, avrebbe notato tali segni in tutti i soggetti infestati dal Chilomastix mesnili: questo A. attribuisce i sintomi tossiemici esclusivamente a questo protozoo per il fatto che tale tossiemia persiste nonostante i regimi dietetici, i drenaggi del colon, i modificatori della flora intestinale, e scompare con la scomparsa del flagellato. Per quanto riguarda le turbe a carico della sfera nervosa che possono riscontrarsi in questa ed in altre parassitosi intestinali, faremo notare come già Savignac, Mathieu de Fossey e Sarles hanno constatato che le coliti di fermentazione si accompagnano ad una sindrome di irritabilità, d'eccitazione e d'ansietà, mentre che nelle coliti di putrefazione, la depressione, l'astenia e la melanconia sono le note dominanti. Inoltre Guttmann, nell'appendicite cronica, ha segnalato vere turbe mentali, demenze precoci o piccole sindromi comiziali, con crisi vertiginose, assenza e perdita della coscienza. Gli autori americani, anzi, sono stati colpiti dalla frequenza degli stati mentali presso alcuni intestinali, ed il Cotton ha riunito tutti i pezzi d'autopsie e di interventi chirurgici raccolti su dementi del suo asilo di Trenton, rilevando che presso questi soggetti le lesioni gravi del grosso intestino sono numerose e varie.

Può la tossiemia intestinale produrre queste sindromi? Noi non ammettiamo che il Chilomastix mesnili possa, per sè solo, dare luogo a fatti di tossiemia intestinale, come pure, con Chiray e Baumann, non crediamo che le stesse tossiemie siano capaci, per sè sole, di creare tali stati. È necessario, come ha sostenuto il Mathieu, ammettere una predisposizione, e considerare la tossiemia come una causa occasionale. Secondo le idee di Finkelstein, di Mathieu, le ricerche di J. Ch. Roux, Goiffon, Nepveux, noi crediamo che le modificazioni patologiche della flora intestinale abbiano sopratutto degli effetti biochimici: produrrebbero cioè dei prodotti tossici suscettibili di divenire nocivi ogni volta che intervengono dei fattori secondari che favoriscono il loro assorbimento ed il loro passaggio nell'organismo. In tal senso possono agire i parassiti intestinali e fra essi anche il Chilomastix. Così in casi di associazione parassitaria, il Chilomastix può incriminarsi come corresponsabile, sia sommando la sua all'azione patogena degli altri parassiti, sia aumentando la patogenicità propria e dei parassiti coi quali si trova associato.

Nelle associazioni «Chilomastix-Blastocystis» e « Chilomastix-Entamoeba coli », binomi etiologici da noi riscontrati rispettivamente 4 e 7 volte, si ha una sindrome acuta o colitico-dissenteroide identica a quella dovuta alla associazione del Trichomonas intestinalis col Blastocystis e con l'E. coli: 7-8 scariche al giorno di feci liquide, mucogelatinose, sanguinolenti o con scarse strie di sangue, rialzi febbrili, dolore o dolenzia lungo tutto il colon e specialmente lungo il colon ascendente ed alla regione cecale, talora scadimento della nutrizione e della sanguificazione. In tali casi le sindromi intestinali ricordano molto da vicino quelle sostenute dagli agenti classici dissenterigeni (Entamoeba dysenteriae, Lamblia, ecc.).

Con M. Brulè riteniamo che le crisi febbrili

le quali talvolta si verificano insieme alle crisi dolorose, nel corso delle parassitosi intestinali, non siano che delle poussées di colite acuta, con colibacillosi, che vengono ad impiantarsi su una colopatia cronica, forse quando i parassiti si moltiplicano in modo eccessivo.

Faremo rilevare altresì la frequenza nei paesi caldi, nel corso di colopatie in genere e in quelle di natura parassitaria in ispecie, di turbe epatiche consistenti in dolori sottoepatici, rigurgiti biliari, turbe dispeptiche, tinta pallida o giallastra dei pazienti, talora lieve epatomegalia ed urobilinuria, per cui tali soggetti affetti da semplici parassitosi intestinali passano molte volte per « epatici ».

Con una certa frequenza abbiamo riscontrato nella chilomastosi come in altre parassitosi, la coincidenza dell'ossaluria. Il Giudiceandrea, notando tale fatto, ritiene che le infestazioni di piccoli parassiti intestinali possono provocare alterazioni del chimismo intestinale, con influenza dello stato tossico relativo sulla funzione epatica e sul metabolismo. Questo A., anzi, ammette questa ipotesi come una delle possibilità nella patogenesi dell'ossaluria. L'acido ossalico sarebbe uno dei più comuni prodotti tossici degli agenti di fermentazione. Contrariamente a ciò che classicamente si ritiene, quest'acido non deriverebbe da vegetali ricchi in ossalati, nè da alcune turbe diatesiche o dalla trasformazione di purine. Esso si formerebbe principalmente nell'intestino a spesa degli zuccheri, ed in particolare delle destrine sotto l'influenza dei batteri gramnegativi. A queste conclusioni giungono le ricerche di Loeper e di Tonnet. Inoltre Baldwin, Autenrieth e Warren hanno studiato la tossicità di quest'acido e gli attribuiscono una particolare importanza nella genesi delle anemie dei colitici. L'acido ossalico, penetrato in circolo, fisserebbe il calcio del sangue per formare degli ossalati insolubili. Esso diminuirebbe così l'alcalinità del sangue e il suo potere di coagulazione, nello stesso tempo eleverebbe la glicemia. Gli stessi autori hanno mostrato l'influenza dell'acido ossalico sul fegato e sulla milza e ritengono, in particolar modo, che il suo ruolo nella produzione dei fenomeni emolitici dei colitici sia lontano da essere trascurabile.

In 15 dei 31 pazienti affetti da pura Chilomastosi abbiamo ricercato la formula leucocitaria e specialmente l'eosinofilia: in due casi questa ha raggiunto il 4 % ed in un caso soltanto è stata notevole (9 %). Perciò riteniamo che in questa parassitosi, come già abbiamo constatato nella Trichomoniasi, l'eosinofilia non sia per nulla costante nè frequente. Invece, in due casi in cui al Chilomastix era associato l'Ankylostoma duodenale, l'eosinofilia ha raggiunto i valori più alti e cioè il 14 ed il 16 %. Una questione ancora dibattuta è quella dei rapporti tra eosinofilia e parassiti intestinali. Senza dubbio i parassiti intestinali possono per sè stessi provocare eosinofilia, come è stato osservato da molti AA., ma essa non si verifica costantemente, specialmente nelle infestazioni da flagellati. Weinberg e Léger hanno esposto le innumerevoli e svariate cause capaci di produrre eosinofilia. Nel caso delle parassitosi intestinali, noi condividiamo l'opinione di Antonelli e Panagia, secondo i quali una parte preponderante se non esclusiva, nella produzione di essa è da assegnarsi più che ai parassiti direttamente, alle lesioni che essi sono capaci di stabilire nell'apparato digerente, lesioni che facilitano l'assorbimento non soltanto di sostanze estranee derivanti dal corpo dei parassiti, presentino o no essi delle alterazioni ma anche, e sopratutto, di prodotti secondari elaborati nel tubo intestinale. Riteniamo però che le cause capaci di produrre eosinofilia, cause esposte da Weinberg e Lèger, possono intervenire più facilmente nelle infestazioni da protozoi o elminti.

Abbiamo altresì praticato in 14 pazienti l'esame del contenuto gastrico, rilevando come non vi sia un rapporto tra questa forma d'infestione parassitaria e l'anacloridria. Lo stesso constatammo per il Trichomonas intestinalis. Il Brumpt invece ritiene che l'anacloridria debba favorire la moltiplicazione dei parassiti nell'intestino, per il fatto che gli infestati da Chilomastix mesnili sono sovente anacloridrici. Anche Goiffon è del parere che in quasi tutte le infestioni intestinali da protozoari flagellati si nota l'assenza o l'insufficienza di acidità del succo gastrico. Al contrario F. F. Martinez, studiando in 89 diarroici la composizione del succo gastrico per rendersi conto dell'influenza possibile del chimismo sullo sviluppo e l'attività della fauna intestinale, ha potuto concludere che l'acidità del succo gastrico non impedisce e non danneggia lo sviluppo degli elminti e dei protozoari nel tubo digerente, e che i parassiti intestinali evolvono indipendentemente dal tipo chimico della secrezione gastrico. Noi, tra le altre parassitosi, abbiamo potuto constatare ciò, sia nella Chilomastosi che nella Trichomoniasi intestinale.

* * *

La nostra esperienza ci induce dunque ad affermare la patogenicità del Chilomastix mesnili. Già in altro lavoro, discutendo sul potere patogeno del Trichomonas intestinalis, abbiamo affermato che se nei climi temperati le

sindromi addominali colitiche ed enterocolitiche, sostenute dai protozoi parassiti intestinali, vengono, il più delle volte, diagnosticate come gastro-enterite o colite essenziale, o come appendicite, tiflite, ecc., nei climi tropicali qualsiasi turba intestinale viene attribuita all'Entamoeba dysenteriae. Nel vasto campo della patologia dell'apparato digerente si vuole e si suole prendere in serio esame esclusivamente l'Amebiasi. E l'esame coprologico o non viene praticato, o se lo si pratica, si ricerca soltanto l'Entamoeba dysenteriae, non dando alcuna importanza agli altri protozoari che vengono considerati come microviventi non patogeni, ospiti più o meno abituali ed innocui dell'intestino. Ed affermavamo che soprattutto ai tropici si potrà riconoscere il ruolo di patogenicità che possono rivestire alcuni parassiti intestinali, nei tropici dove le parassitosi possono essere considerate, per condizioni igieniche, climatiche, etniche e geografiche, una delle principali cause di morbilità, mortalità e depauperamento della razza negra, e non trascurabile causa di difficoltà di adattamento fisico della razza bianca in unione per questa ai vari fattori climatici. Marcel Labbé, Nepveux e Nichita, da uno studio statistico su ricerche sistematiche dei parassiti nelle feci, concludono per la grandissima frequenza del parassitismo intestinale, e ritengono che la importanza di esso in patologia digestiva sia assai maggiore di quanto non si pensasse qualche anno fa. Altri autori invece affermano che si esageri nell'importanza dei parassiti animali quali fattori di coliti. Noi, col Fernandez, riteniamo che come tante affezioni morbose, prodotte da cause diverse, diventano croniche, tenaci o di evoluzione autonoma per associazione con infezioni secondarie, così molte coliti d'origine svariata si complicano con parassitosi intestinali che, dando loro un quadro speciale, permettono una identificazione clinica e microscopica del processo. È necessario perciò distinguere enterocolopatie pure o di origine primitiva, cioè dovute e sostenute da parassiti intestinali, protozoi od elminti; enterocolopatie che si complicano con una associazione parassitaria; enterocolopatie in cui i parassiti intestinali, trovando un ambiente favorevole di vita e di sviluppo, possono rappresentare dei microviventi banali ed inoffensivi. Ugualmente avviene, sostiene il Fernandez, per i bacilli difterici, streptococchi e pneumococchi, che ora producono sindromi specifiche, ora invece complicano dei processi di origine diversa, e spesso sono perfettamente tollerati senza dare alcun segno della loro esistenza. Rientra ciò nel concetto di Marcel Labbé, secondo il quale, come vi sono dei portatori sani di germi batterici, così vi sono dei portatori sani di parassiti, e ciò non impedisce che questi possono, in alcune circostanze (circostanze che ai tropici e nella vita coloniale sono e si presentano essenzialmente favorevoli) divenire l'origine di una malattia acuta o cronica. Grande importanza avrà sempre la ricchezza dell'infestazione, oltre che la qualità stessa dei parassiti: le manifestazioni morbose corrispondono in generale ad infestioni abbondanti, mentre nei soggetti sani i medesimi parassiti esistono solo in piccolo numero. La grande frequenza di parassiti nell'intestino di soggetti normali ci mostra che molti di essi possono essere perfettamente tollerati. Ciò si può desumere dagli studi statistici di Poublan, Bidegaray, Lenoir e Deschiens, M. Labbè e Nepveux, Mackie ed altri autori. Non si può quindi attribuire esclusivamente ai protozoi l'origine di enterocolopatie. Bisognerà prendere in seria considerazione altri fattori, e primo fra tutti, l'abbondanza di questi parassiti, su cui tanto insiste il Labbè. Secondo questo A., quando in cinque grammi di feci si riscontrano da 10 a 15 uova o cisti del parassita che si vuole ricercare, non esistono turbe intestinali; quando invece, nella stessa quantità di materie fecali, la proporzione oltrepassa il numero di 30 o 40, le turbe cliniche sono sempre accusate. Capitale importanza ha dunque il tipo d'infestazione, se massiva o leggera; e perciò è opportuno ricorrere ai metodi di arricchimento e alla ricerca in campioni di feci raccolti per tre giorni di seguito. Quest'ultimo artificio, suggerito dal Goiffon, permette non solo di rivelarci qualsiasi forma di parassitosi, ma anche di vedere se, nei diversi saggi di feci esaminati, i parassiti restano sempre abbondanti. Prenderemo altresì in considerazione la costituzione individuale, nel senso che non tutti i soggetti, specialmente per quanto riguarda le turbe a carico della sfera nervosa, reagiscono ugualmente alla presenza di parassiti nell'intestino, ed infine vaglieremo il criterio — ex-adiuvantibus —, l'azione cioè favorevole o nulla del trattamento antiparassitario.

Il Chilomastix mesnili esplicherà la sua patogenicità sia esaltando la normale flora intestinale, sia mediante una lieve azione meccanica, sia, al pari del Trichomonas intestinalis, mediante un'azione debolmente tossica per mezzo dei prodotti del suo ricambio e quelli secondari elaborati nel grosso intestino. Ricorderemo quì come ancora oggi i germi intestinali vengono divisi in aerobi ed in anaerobi, in Gramnegativi ed in Grampositivi, i primi corrispondenti agli agenti di fermentazione, i secondi a quelli di putrefazione. Rara nel di-

giuno, la flora intestinale comincia ad apparire nella terminazione dell'ileo. E' in questo segmento terminale e nel cieco che essa intacca la digestione degli idrati di carbonio dando luogo ad una forte produzione di acidi organici. Poi, a misura che il bolo fecale progredisce, la flora di putrefazione si sostituisce a poco a poco alla precedente. Essa intacca i residui proteici e forse distrugge anche la massa microbica divenuta superflua dopo aver digerito gli idrati di carbonio; assicura d'altronde la lisi dei numerosi elementi batterici patogeni eliminati dalla mucosa intestinale, e neutralizza gli acidi formati in eccesso nel cieco. Quest'ultima operazione si effettua dando luogo all'ammoniaca che alcalinizza la porzione terminale del grosso intestino.

Le due flore quindi, invece di essere antagoniste, sono piuttosto sinergiche. Esse si moderano mutualmente, ed assicurano così l'equilibrio acidobasico dell'ambiente intestinale, equilibrio indispensabile al buon funzionamento della digestione colica, alla lisi batterica ed ai fenomeni di epurazione.

In un gattino abbiamo inoculato il materiale fecale di un paziente affetto da pura Chilomastosi, producendo il quadro clinico di una enterocolite seguita da morte. Nelle feci e nella mucosa del retto abbiamo riscontrato numerose forme di Chilomastix mesnili, e il reperto necroscopico ha fatto rilevare arrossamento e tumefazione della mucosa del colon e del retto che appariva ricoperta di muco. Potrà inoltre l'irritazione parassitaria prodotta dal Chilomastix aprire la strada al bacterium coli ed agli enterococchi, ospiti abituali del nostro intestino? Secondo Schuartz, Azam, Yovanovitch molte colibacillosi ed infezioni da enterococchi sono concomitanti ad una parassitosi intestinale. Noi, in altro studio, abbiamo affermato la grande frequenza di tale possibilità nel negro.

Le associazioni parassitarie, una temporanea labilità dell'intestino o alterazioni preesistenti di esso, condizioni igieniche, climatiche, alimentari, particolarmente difettose, contribuiranno ad esaltare il potere patogeno di questo flagellato ed anche a trasformare il soggetto da portatore sano in malato. Influenza notevole eserciteranno, in tal senso, alcune malattie intercorrenti. La nostra esperienza ci ha mostrato il ruolo che vi può giocare la malaria. Ciò abbiamo constatato specialmente in altre infestazioni parassitarie (da Lamblia, da Balantidium coli, da Entamoeba dysenteriae e coli). Riteniamo assai esatta l'osservazione del Sangiorgi il quale si chiede: « le forme dissenteriche che insorgono nel corso di un'infezione palustre sono sempre un epifenomeno come così facilmente si è portati a credere, o non ve ne sono di quelle che riconoscono una causa organizzata estranea al plasmodio? ». Dobbiamo ammettere, in tali circostanze, che alcune malattie intercorrenti possono determinare uno stato di minor resistenza generale o locale, cioè intestinale, verso il parassita.

Dal punto di vista terapeutico abbiamo talora rilevato una resistenza notevole del Chilomastix, oltre che una particolare facilità alle reinfestazioni. Secondo Brumpt questo flagellato è distrutto col trattamento di Escomel all'essenza di trementina, secondo Charpin con enteroclismi al nitrato d'argento. Anche noi abbiamo constatato la efficacia del trattamento di Escomel, così come dello Spirocid e, in qualche caso, del timolo per via rettale. Abbiamo però sempre dato la preferenza allo Stovarsolo ed allo Yatren per os e per clistere, coi quali abbiamo sempre, in pochi giorni, ottenuto la guarigione, senza pericolo di recidive. Nessun beneficio dall'emetina. Nell'associazione « Entamoeba dysenteriae-Chilomastix mesnili » abbiamo unito al trattamento emetinico i clisteri di Yatren, mai rilevando, in tal modo, casi di emetino-resistenza, tanto facile a verificarsi quando all'E. dysenteriae si associano altri protozoi.

In conclusione, oggi, la Chilomastosi, al pari della Trichomoniasi intestinale, come la Balantidiosi e la Lambliasi, deve essere annoverata fra le turbe intestinali a carattere diarroico e dissenteriforme.

Secondo gli accorgimenti di M. Brulè, il primo compito del clinico, il più arduo, sarà quello di saper riconoscere, di fronte a quadri clinici infinitamente varî, in presenza di sintomi gastrici, epatici, nervosi o di crisi febbrili, la colopatia iniziale. Riconosciuta la colopatia, bisognerà precisare la causa, e la ricerca dei parassiti nelle feci si imporrà automaticamente e potrà dare dei rapidi successi terapeutici in malati che, spesso, da tempo erano invano curati.

Riassunto e Conclusioni.

Il Chilomastix mesnili è patogeno: in 31 casi di pura Chilomastosi, osservati in indigeni ed in bianchi, esso ha dato luogo sempre a manifestazioni morbose.

La diffusione di questo parassita, al pari di altri flagellati, è sostenuta sopratutto dalle mosche e da blatte del tipo della « periplaneta

orientalis », nelle cui deiezioni sono state riscontrate forme di Chilomastix.

Mai il Ch. m. è stato rinvenuto in soggetti del tutto sani nella sfera intestinale: la scomparsa di esso, dietro adeguato trattamento, ha coinciso sempre con la guarigione delle sindromi morbose.

Come i bacilli difterici, streptococchi e pneumococchi ora producono sindromi specifiche, ora invece complicano dei processi di origine diversa, e spesso sono perfettamente tollerati senza dare alcun segno della loro esistenza, così distingueremo enterocolopatie pure o di origine primitiva, cioè dovute e sostenute da parassiti intestinali; enterocolopatie che si complicano con una associazione parassitaria; enterocolopatie in cui i parassiti, trovando un ambiente favorevole, possono rappresentare dei microviventi banali e inoffensivi.

Grande importanza deve assegnarsi alla ricchezza dell'infestazione, alla costituzione individuale ed al criterio — ex adiuvantibus.

Pur ammettendo i portatori sani di tale parassita, si terrà presente che una temporanea labilità dell'intestino o alterazioni preesistenti in esso, condizioni igieniche, climatiche, alimentari, particolarmente difettose, oltre ad esaltare il potere patogeno del Ch. m., varranno a trasformare il soggetto da portatore sano in malato. Uguale influenza avranno alcune malattie intercorrenti e sopratutto la malaria, determinando uno stato di minor resistenza generale o locale, cioè intestinale, verso il parassita.

Talora questo flagellato fa da « germe pilota » dell'Entamoeba dysenteriae.

La Chilomastosi si manifesta sotto due forme cliniche: una forma acuta o colitico-dissenteroide, ed una forma, la più frequente, che riveste i caratteri della colite subacuta.

I fenomeni di tossiemia intestinale che talvolta si riscontrano in questa parassitosi, non sono dovuti al Ch. m. per sè solo; le modificazioni patologiche della flora intestinale hanno degli effetti biochimici, producono cioè dei prodotti tossici suscettibili di divenire nocivi ogni volta che intervengono dei fattori secondari che favoriscono il loro assorbimento ed il loro passaggio nell'organismo: in tal senso possono agire sia il Chilomastix che gli altri parassiti intestinali.

Alcune associazioni parassitarie « Chilomastix-Blastocystis e « Chilomastix-Entamoeba coli » dànno luogo a sindromi intestinali non differenziabili clinicamente da quelle sostenute dall'Entamoeba dysenteriae.

Frequenti nei paesi caldi, nel corso di colopatie in genere e in quelle parassitarie in specie, le turbe epatiche, per cui pazienti affetti da pure parassitosi intestinali passano per « epatici ».

Frequente nella Chilomastosi, al pari di altre parassitosi, l'ossaluria.

L'eosinofilia non è per nulla costante nè frequente.

Non vi è alcun rapporto con l'anacloridria.

Quanto al meccanismo patogenetico, il Chilomastix esalterà la normale flora intestinale, eserciterà una lieve azione meccanica e tossica: l'irritazione parassitaria dell'intestino potrà aprire la strada al b. col. ed agli enterococchi.

Per la terapia buoni risultati si ottengono col trattamento di Escomel all'essenza di trementina, con lo Spirocid e col timolo per via rettale. Lo Stovarsolo e lo Yatren per os e per clistere possono considerarsi gli specifici della Chilomastosi.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRINI G. *Parassitologia dell'uomo e degli animali domestici.* U.T.E.T., Torino, 1929.
ANTONELLI e PANAGIA. Riforma Medica, 1933.
BALDWIN. Journ. exper. med., t. v., 1900.
BOZZOLO e GRAZIADEI Minerva Medica, 1922.
BRUMPT. Prècis de Parasitologie, Masson, Paris, 1927.
CASTELLANI e CHALMERS. Manual of Tropical Medicine, Baillière, Tindall a. Cox, London, 1919.
CASTEX e GREENWAY. Bull. Soc. Path. Exot., 1925.
CHALMERS e PEKKOLA. Ann. of Tropical Medicine and Parasitology, 1918.
CHIRAY e BAUMANN. *Les coliies croniques*, Masson Édit., Paris.
COTTON. Journ. ment. sciences, London, 1923.
DA CUHNA e PACHECO. C. R. S. B., 1923.
DESCHIENS. Bull. Soc. Path. Exot., 1926.
FERNANDEZ. Arch. Mal. App. Dig. et Mal. de la Nutr., 1933.
FONSECA. Brazil Medico, 1917.
GIUDICEANDREA. Policlinico, Sez. Pratica, 1933.
GOIFFON. Manuel de coprologie clinique, Masson Édit., Paris.
LABBÈ, NEPVEUX e NICHITA. Arch. Mal. App. Dig., 1931.
MARCHOUX. Paris Médical, 1924.
MARTINEZ. Arch. Mal. App. Dig. et Mal. de la Nutr., 1934.
MORENAS. Questions méd. d'actualité, 1931.
PANAGIA. Policlinico, Sez. Pratica, 1934.
ROUX. Arch. Mal. App. Dig. et Nutr., 1924 e 1930
ROUX e GOIFFON. Arch. Mal. App. Dig., 1929.
SANGIORGI. Pathologica, 1918.
ID. Annali d'Igiene, 1934.
TALAMONTI. Arch. it. Scienze Med. Col., 1932.
VACCAREZZA. La Semana Medica, 1922.
VANNI. Riforma Medica, 1931.
WEINBERG e LÈGER. *Traité du sang*, di GILBERT e WEINBERG, T. 1, 1913.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Clinica Chirurgica
della R. Università di Napoli
Direttore: Prof. L. Torraca.

Grosso polipo solitario del retto a struttura fibro-mixo-lipomatosa.

Dott. Domenico Salsano, assistente volontario.

La rarità dei tumori connettivali benigni del retto, fra i quali i fibro-mixomi, i fibromiomi, i fibro-lipomi solitari sono eccezionali, mi consiglia a pubblicare questo caso di grosso polipo solitario, a struttura fibro-mixo-lipomatosa, presentatosi alla mia osservazione (1).

M. Martino, anni 54, da Somma Vesuviana, contadino, celibe, è ricoverato il 26-I-1932.

Nulla di importante nell'anamnesi familiare, nè in quella personale remota. L'ammalato riferisce che, da circa due mesi, è stato colpito da dolori al basso ventre, accompagnati da stitichezza. I dolori, più intensi a sinistra, hanno avuto il carattere di vere coliche. Ed in complesso i disturbi suddetti sono continuati per circa 15 giorni finchè, all'improvviso, accentuandosi con premiti intensi, sono terminati colla fuoriuscita di un voluminoso tumore rimasto sospeso alla regione anale. Questo fenomeno fu accompagnato da cospicua perdita di sangue rosso rutilante.

Da allora i disturbi suddetti sono scomparsi, ma la massa carnosa non si è più ridotta; e, poichè l'infermo ha cominciato a presentare diarrea sanguinolenta, incontinenza, diminuzione rapida del peso e delle forze, ha chiesto ricovero in ospedale.

Esame generale. Individuo molto deperito, con pannicolo adiposo scarsissimo e colorito molto pallido della cute e delle mucose visibili.

Esame locale. Dall'orificio anale pende un tumore della forma e grandezza di un uovo di oca, col grande asse diretto obliquamente dall'alto in basso e da sinistra a destra (v. figg. 1 e 2). Il colorito è quasi uniformemente roseo, poichè solo in alcuni punti è rosso-cianotico, in altri nerastro; il tumore non subisce alcuna modifica di volume nè coi cambiamenti di posizione dell'ammalato, nè coi colpi di tosse, ed ha una consistenza duro-elastica. Coll'esplorazione digitale, si nota che il tumore si continua in alto con un grosso peduncolo verso la parete anteriore dell'ampolla rettale, dove si impianta. Lo sfintere anorettale è molto sfiancato e, colla esplorazione digitale, si provoca la fuoriuscita di un liquame putrido, misto a feci liquide. L'esplorazione non riesce dolorosa; la mucosa del retto conserva la sofficità e consistenza normali.

Non è possibile l'indagine radiologica data la incontinenza dello sfintere.

Operazione. Previa somministrazione di purgante ed abbondante clisma, in anestesia locale, si pratica l'asportazione del tumore, recidendone il peduncolo in corrispondenza del suo impianto alla parete rettale, che è stata agevolmente tirata in basso.

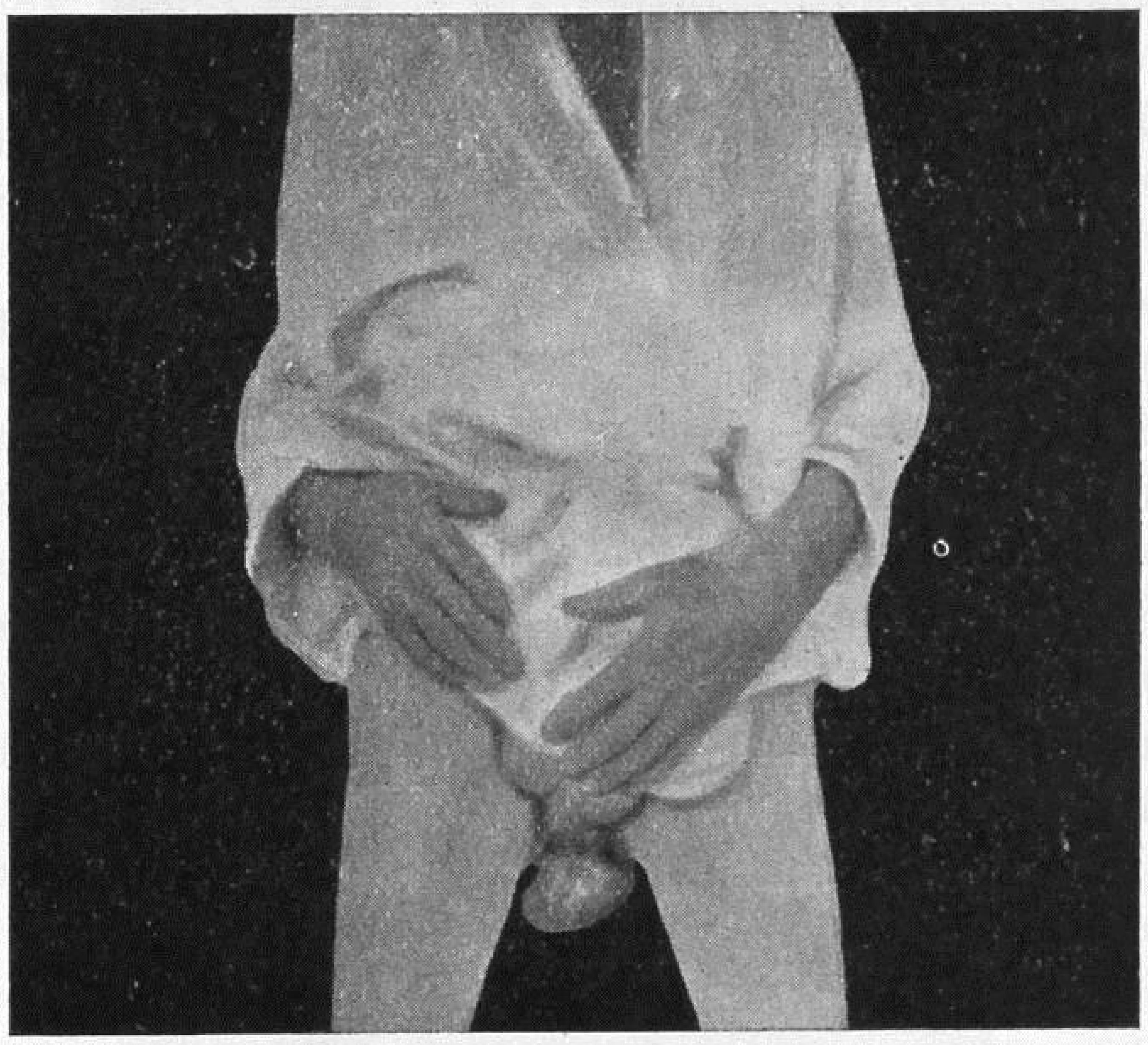


Fig. 1.

Il pezzo asportato ha forma ovoidale (fig. 3) e pesa gr. 250. Facendo un taglio lungo l'asse maggiore, si rileva che l'aspetto della superficie di

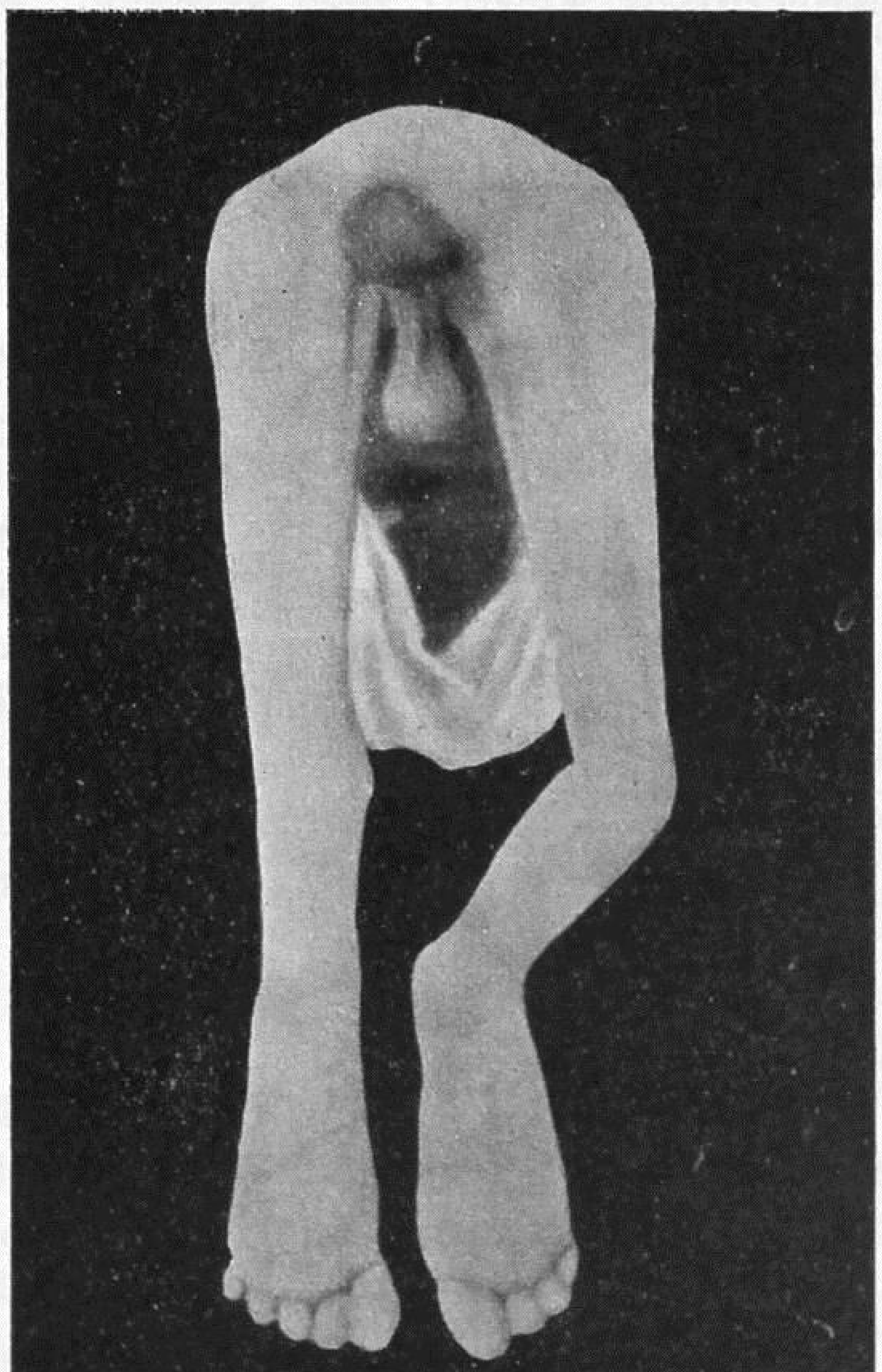


Fig. 2.

taglio non è uniforme (fig. 4): infatti esternamente si nota la mucosa iperplastica, dello spessore di due, tre mm., ulcerata in alcuni punti;

(1) L'ammalato fu ricoverato nell'ospedale « Incurabili » di Napoli, durante il mio servizio di assistentato ordinario.

alla quale segue uno strato di colorito bianco-grigiastro, dello spessore di circa due mm.; segue infine il parenchima del tumore, che è di

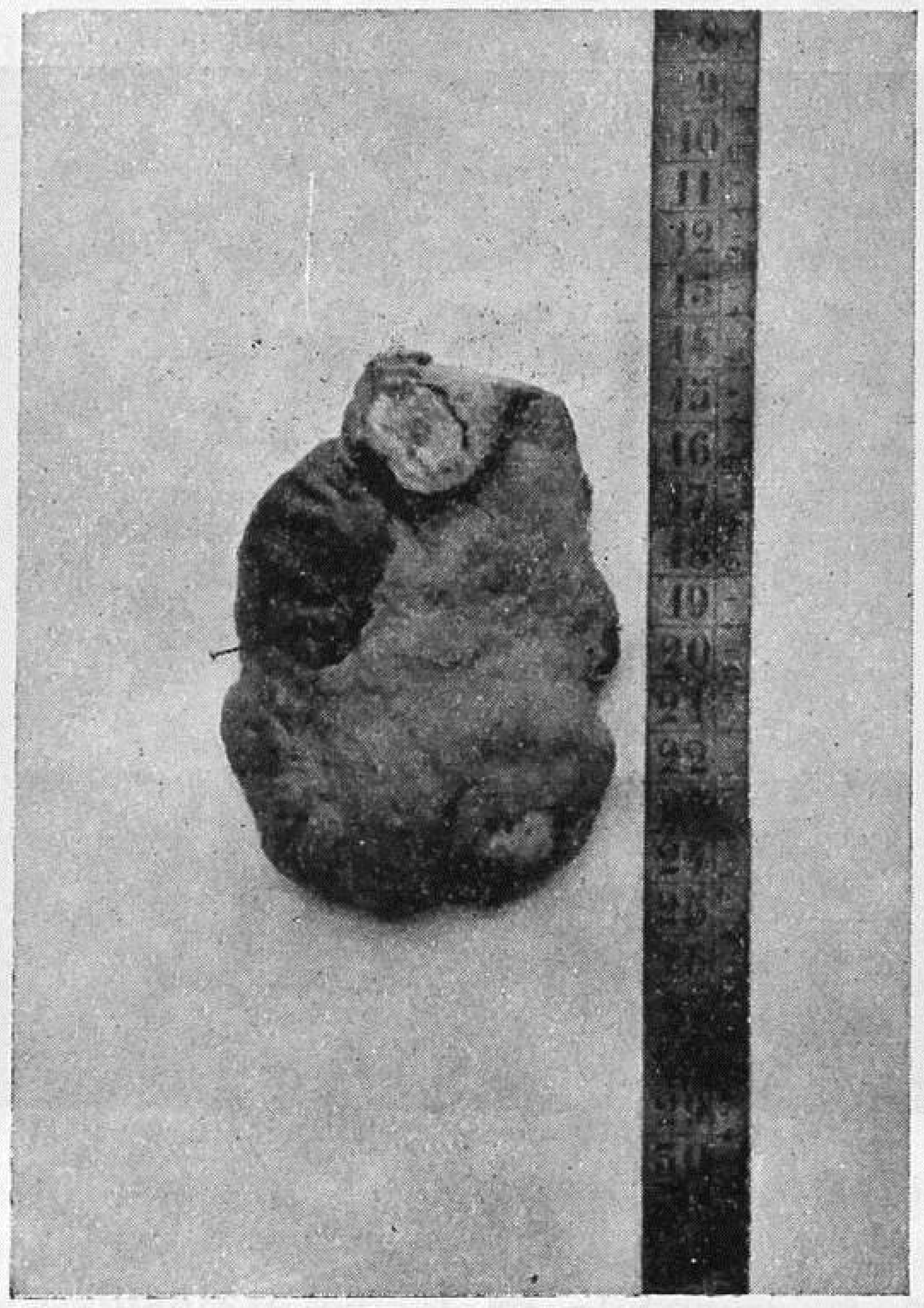


FIG. 3.

aspetto gelatinoso, di colorito grigiastro, e presenta qua e là zolle di colorito giallastro. della grandezza da una testa di spillo ad una grossa

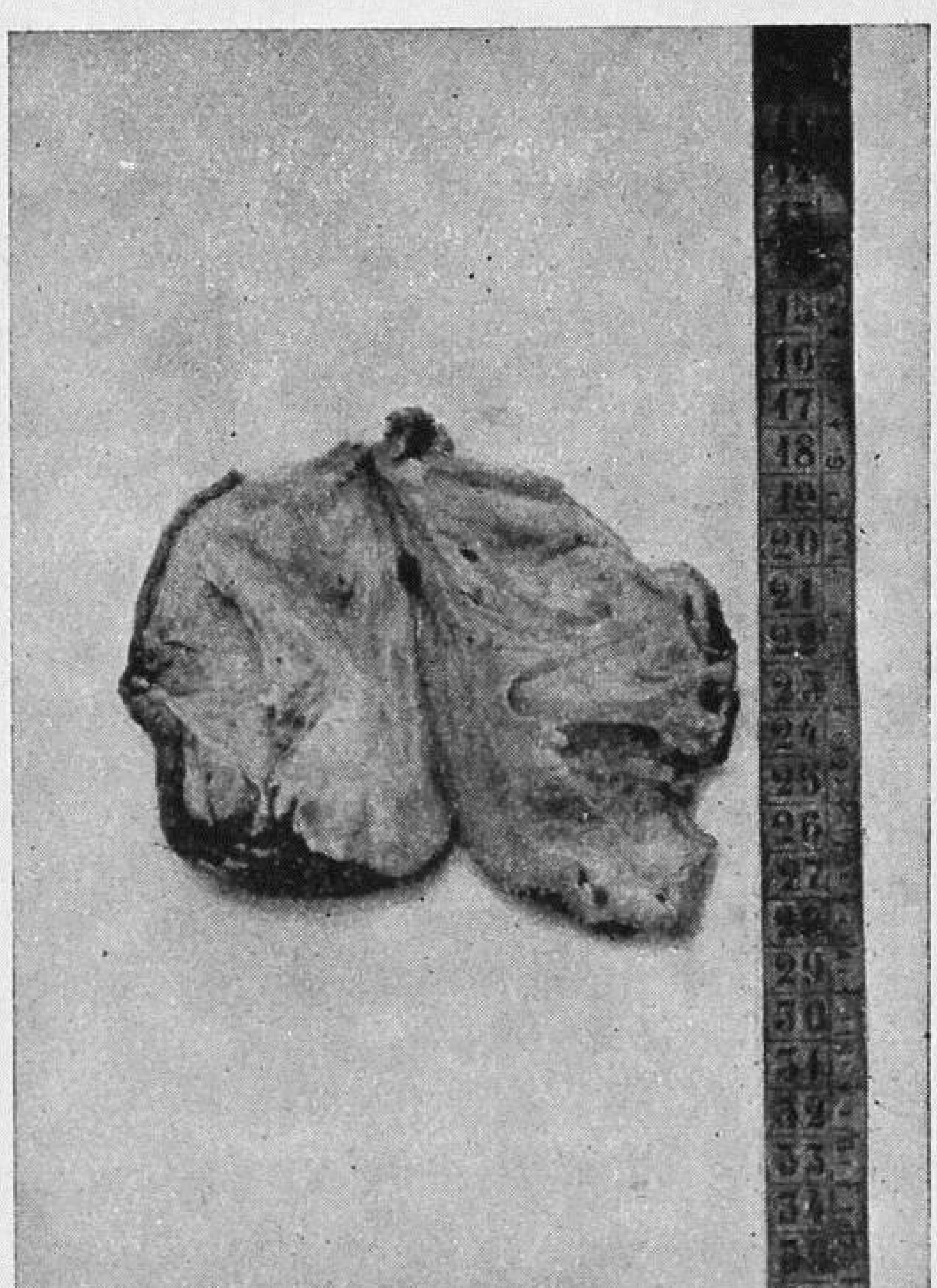


FIG. 4.

lenticchia e che hanno tutti i caratteri del tessuto grassoso. Raschiando la superficie di taglio si ricava del liquido incolore, quasi filante. Al centro della superficie di taglio del peduncolo si osservano numerosi vasi di notevole calibro. Si prelevano diversi pezzetti in vari punti, sia dal peduncolo che dalla massa tumorale, e si fis-

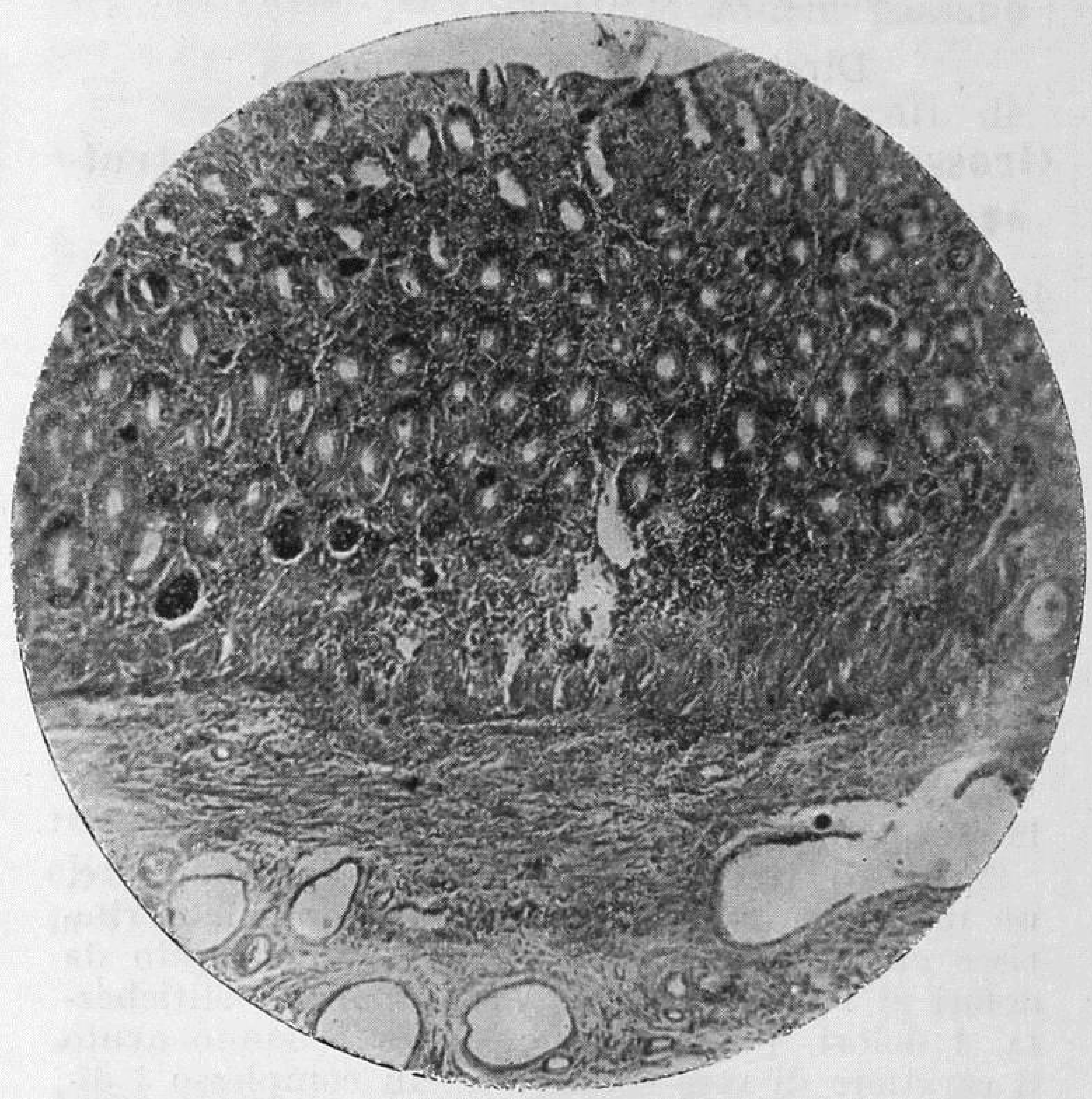


FIG. 5.

sano in formalina. Dall'esame accurato di numerosi tagli, colorati con vari metodi, si osserva che il tumore, costituito, fondamentalmente, di

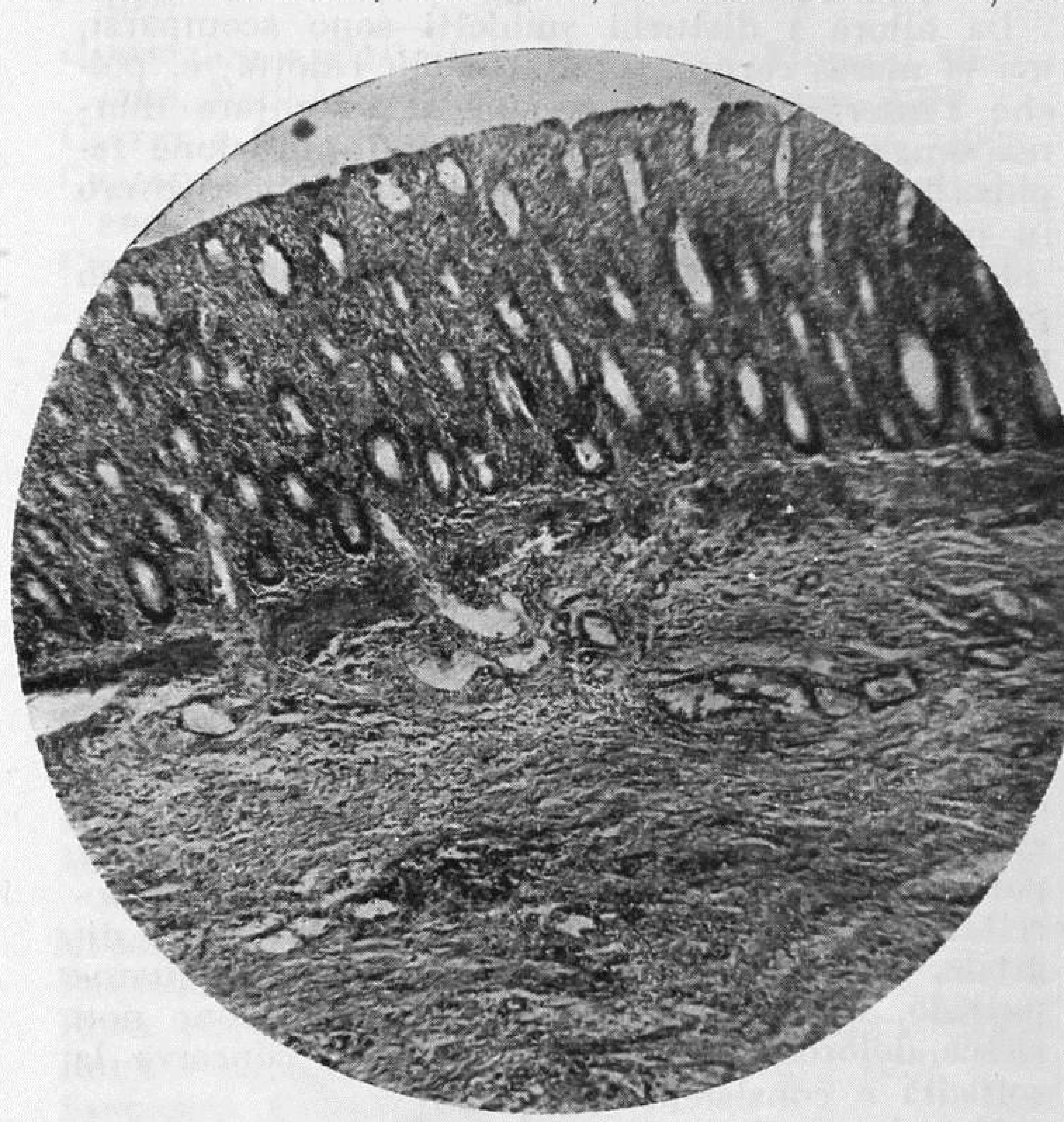


FIG. 6.

tessuto connettivo fibro-mucoso, presenta anche delle piccole zolle di grasso, ed è rivestito di mucosa rettale notevolmente iperplastica. Alla osservazione microscopica, andando dalla superficie verso la profondità (figg. 5 e 6), si nota: 1)

la mucosa molto ispessita, con numerosi tubi ghiandolari, alcuni tagliati trasversalmente, altri obliquamente, altri longitudinalmente, rivestita di epitelio cilindrico monostratificato; in vari punti la presenza di un'infiltrazione parvicellulare indizio di infiammazione; 2) la muscolaris mucosae alquanto ispessita; 3) il tessuto tumorale, che costituisce il parenchima del neoplasma in esame e che descriverò minutamente (fig. 7). La trama del tessuto parenchimatoso è rappresentata da tessuto connettivo fibrillare giovane, i cui fascetti si intrecciano variamente fra

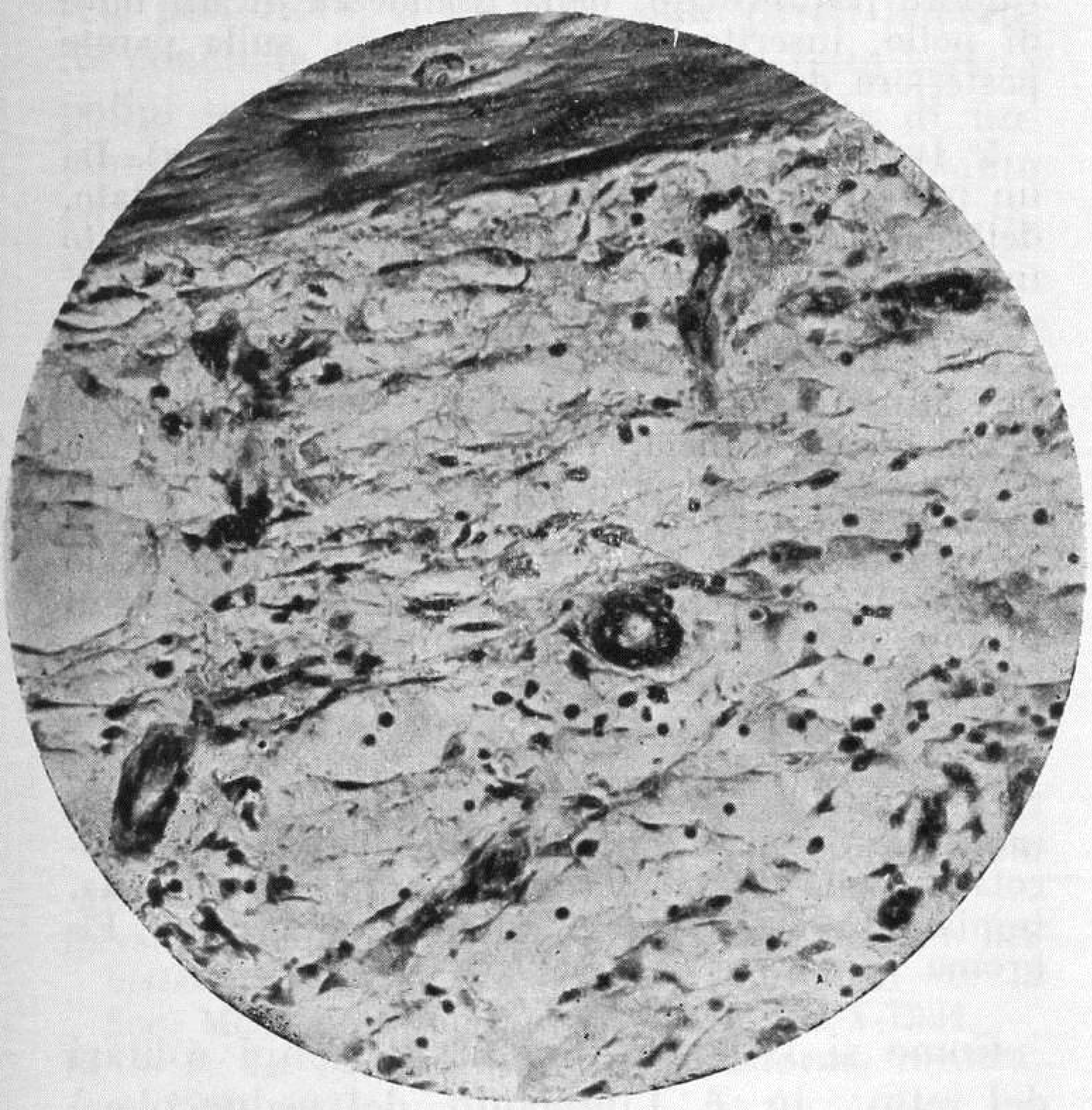


FIG. 7.

loro, delimitando delle maglie più o meno ampie, riempite prevalentemente di tessuto mixomatoso, che è costituito da caratteristiche cellule stellate, presentanti da due a quattro prolungamenti e le reazioni metacromatiche caratteristiche della mucina. Trattando col Sudan e col rosso scarlatto dei tagli ottenuti col micrometro congelatore, si mettono qua e là in evidenza dei gruppi di cellule adipose di vario volume. Sono relativamente numerosi i vasi sanguigni di piccolo e medio calibro, a struttura perfettamente normale. Si fa diagnosi di tumore misto fibro-mixolipomatoso del retto di natura benigna, originatosi probabilmente dalla sottomucosa e da ascriversi al primo gruppo della classificazione di Schmieden e Westhues.

Subito dopo l'intervento l'incontinenza di feci e tutti gli altri sintomi funzionali scomparvero, l'infermo riprese rapidamente le forze perdute, e, dopo pochi giorni, perfettamente ristabilito, lasciò l'ospedale. A distanza di oltre un anno si è fatto rivedere: egli gode buona salute, non presenta più alcuna sofferenza alla regione ano-rettale e continua a lavorare.

* * *

L'interesse principale del caso riferito è rappresentato dal volume enorme raggiunto dal tumore, dalla mancanza di ogni sintoma per tutta la durata della sua evoluzione, dal modo improvviso con cui si è manifestato e dalla sua benignità.

I polipi solitari del retto non oltrepassano, d'ordinario, il volume di una ciliegia o, al più, di un mandarino; polipi di volume più grande sono rari: in questi ultimi tempi ne è stato descritto da Einaudi un caso, in cui il polipo raggiungeva il peso di 350 gr., e aveva cominciato a dare segni di sè da ben 6 anni (dolori vaghi all'addome, emissione di abbondante muco dall'ano e fuoriuscita, a tratti, di una massa rossastra e di stillicidio di sangue). Nel caso da me osservato, i disturbi datavano invece da due mesi appena, mentre il volume del neoplasma autorizzerebbe a pensare ad una insorgenza assai più antica.

Il fatto che, per la maggior parte del suo decorso, il tumore è rimasto silente, si potrebbe spiegare col suo impianto sulla parete anteriore del retto, ed in un punto molto alto, in quanto, solo con questa localizzazione, si può spiegare l'aumento notevole del volume di un neoplasma, senza un corrispondente disturbo a carico del retto e della sua funzione, potendo esso trovare spazio libero in avanti ed in alto, e perfino verso la cavità addominale. Questo invece non si può verificare nei tumori con impianto sulla parete posteriore, che non possono svilupparsi fuori del retto, trovando un ostacolo nel sacro, e sono perciò obbligati ad estrinsecarsi verso il lume rettale.

In merito alle possibilità della muscolare di sostenere tumori, che possono raggiungere il peso di diverse centinaia di grammi, possiamo dire che ciò è da riferire ad una lenta, graduale, progressiva ipertrofia di essa, man mano che il tumore aumenta di peso. Il caso di Einaudi ed il mio ne sono una prova. Quando il tumore ha assunto uno sviluppo che varia secondo la sede di impianto, insorgono fenomeni espulsivi, per cui si provoca una invaginazione della mucosa rettale soprastante.

Alcune volte accade che la forza di contrazione dell'intestino ha ragione della resistenza del peduncolo, e si ha la eliminazione spontanea del polipo; in altri casi invece ciò non accade ed occorre l'intervento chirurgico, poichè i sintomi si aggravano.

Nel caso preso in esame credo si possa solo parlare di una ostruzione incompleta, in conseguenza della quale il tumore, dietro le valide contrazioni del tratto intestinale a monte,

è stato spinto in giù, provocando una invaginazione parziale della parete rettale, su cui si impiantava.

Caratteristico è stato il meccanismo della espulsione, che ricorda quello della espulsione del feto. Nel caso di Einaudi non è specificata quale era la sede di impianto del tumore; è detto solo che questo aveva una larga base di impianto occupante « la metà della circonferenza rettale »: penso però che doveva essere la metà anteriore di detta circonferenza, sia per le considerazioni predette, sia perchè è proprio sulla parete anteriore che più frequentemente si originano i polipi.

Ho fatto delle ricerche al riguardo, dalle quali è risultato quanto segue:

Il caso dell'Hartmann, del Bertrand-Fontaine e del Guérin era un mioma, appartenente a donna di 46 anni, che raggiungeva il vol. di un'arancia e si impiantava sulla parete anteriore del retto, subito al di sopra dello sfintere.

Il Fried Hiram, l'Harvey B. Stone hanno riportato un caso di fibro-mioma del diametro di cm. 6×3 in donna di 74 anni, sviluppatosi sulla parete posteriore del retto e producente notevoli disturbi da parecchi mesi.

Il Ravantòs Moragas nel 1933 ha descritto un caso di fibro-mixoma del retto a sviluppo sottomucoso, sviluppatosi sulla parete posteriore del retto e raggiungente il diametro di tre pollici (cm. 7,5), che, per la durata di 12 anni, aveva dato disturbi, divenuti sempre più notevoli.

A. Cain e P. Reinhold, nel 1934 hanno pubblicato un'altra osservazione di un fibro-mioma del retto della grandezza di una grossa ciliegia, in individuo di 51 anni, impiantato sulla parete anteriore.

Il Weinstein, Sidney D. ed il William Liebermann hanno riportato il caso di un polipo solitario del retto, del diametro di cm. 7×4, con peduncolo lungo 6 cm., presentatosi all'improvviso e ad impianto sulla parete anteriore.

Il Bensaude, il Cain ed il Poirier, nel loro studio su 20 casi di tumori benigni solitari del retto, dei quali 5 di osservazione propria, in 8 specificano la sede di impianto del tumore. Li riferisco schematicamente:

1° M.me P., a. 26. Da 20 mesi inizio dei disturbi. Tumore peduncolato, della grandezza di una castagna, impianto sulla parete laterale destra del retto. Fibro-mioma.

2° M. Tei, anni 47. Da molti anni inizio dei disturbi. Tumore peduncolato, della grandezza di una prugna, impiantato sulla parte inferiore della parete laterale del retto. Fibro-mioma. che aveva raggiunto il peso di gr. 250, senza

3° M. S., a. 47. Da 7 anni inizio dei disturbi. Tumore peduncolato, della grandezza di una piccola pera impiantato sulla parete laterale destra del retto, a 4 cm. dall'ano. Fibroma.

4° Uomo di anni 46 (è un caso del Tédenat). Da 5, 6 mesi inizio dei disturbi, da 5 giorni sintomi di occlusione e poi espulsione di tumore peduncolato, della grandezza di un uovo di pollo, inserito a 5 cm. dall'ano, sulla parete posteriore del retto.

5° Donna di 37 a. (è un caso dell'Hertaux). Da un mese inizio dei disturbi. Tumore peduncolato, della grandezza di una piccola pera, impiantato in alto e in dietro. Miofibroma.

6° Uomo di 39 anni (è un caso di Perrin). Da vari anni inizio dei disturbi. Tumore della grandezza di un'arancia, peduncolato, inserito sulla parete anteriore del retto.

7° Donna di 45 a. (è un caso di Bowby). Inizio improvviso: durante la defecazione emissione di tumore peduncolato, della grandezza di una testa di feto, impiantato sulla parete anteriore del retto. Fibroma.

8° Donna di 70 a. (è un caso di Verdelet). Da molti anni inizio dei disturbi. Tumore peduncolato, della grandezza di una piccola arancia, impiantato sulla parete anteriore del retto. Fibroma.

Come si vede su 13 casi di polipi solitari del retto: in 6 l'impianto del peduncolo è sulla parete anteriore, in 4 sulla parete posteriore ed in 3 sulle pareti laterali; e, se ad essi si aggiunge il caso mio, abbiamo i seguenti risultati:

Impianto	sulla	parete	anteriore	del	retto	50 %
»	»	»	posteriore	»	»	28,57 %
»	»	»	laterale	»	»	21,42 %

Dall'esame dei casi sopra riportati risulta pure che il volume maggiore è stato raggiunto, in prevalenza, dai polipi originatisi dalla parete anteriore del retto: indizio che essi sono stati sopportati meglio e più a lungo che non gli altri. L'età più frequentemente colpita è stata quella dei 40 ai 50 anni. Una lieve prevalenza si è notata nel sesso femminile. Da quanto sopra si è detto, credo poter giungere alle seguenti conclusioni: la tolleranza del retto verso i polipi solitari è in rapporto alla sede di impianto, nel senso che, i polipi ad impianto anteriore raggiungono volume maggiore e restano più a lungo silenti.

Napoli, marzo 1936.

RIASSUNTO.

Viene riferito su di un caso di grosso polipo solitario del retto a struttura fibro-mixo-lipomatosa ed a impianto sulla parete anteriore, che aveva raggiunto il peso di gr. 250, senza dare prima segni di sè. L'A. nel passare in rassegna i casi simili pubblicati, trova che il 50 % dei polipi solitari del retto aveva impianto sulla parete anteriore, il 28,57 % sulla parete posteriore, il 21,42 % sulle pareti laterali. Ne conclude che: la tolleranza del retto verso i polipi solitari è in rapporto alla sede di impianto, nel senso che i polipi ad impianto anteriore raggiungono volume maggiore e restano più a lungo silenti.

BIBLIOGRAFIA.

ASCHOFF. *Trattato di anatomia patologica.*

BEGOUIN. *Compendio di patologia chirurgica.* Vol. IV, ediz. 1933.

BENSAUDE, CAIN A. e POIRIER A. *I fibromi, i fibromiomi ed i miomi del retto.* Journal de chirurgie, vol. XLII, p. 340, 1933.

ID. ID. ID. *I fibromi, i fibro-miomi e i miomi del retto.* Archives des maladies de l'appareil dig., n. 4, 1933.

BENSAUDE R. e D. *Su di una forma particolare di angioma cavernoso del retto.* Presse médicale, p. 1739, a. 1932.

BENSAUDE e RACHET J. *Contribution à l'étude des kistes dermoïdes du rectum.* Bullettin de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 24-X-1934.

BLASI R. *La poliposi intestinale.* Riforma medica, p. 1260, 1931.

CAIM MM. A. e REINGOLD P. *Un caso di fibro-mioma del retto.* Archives des Mal. de l'appar. dig., p. 880, 1934.

EINAUDI M. *Polipo adenomatoso di dimensioni enormi.* Il cancro, vol. III, p. 103, 1932.

FOÀ P. *Trattato di anatomia patologica.* Parte generale, vol. X.

GOEBEL. *Tumor villosus recti.* Bruns Beiträge, XCI, p. 598.

HARTMANN H., BERTRAND-FONTAINE T. e GUÉRIN P. *I miomi del retto.* Journal de Chirurgie, vol. XLII, p. 1, 1933.

HIRAM, FRIED e HARVEY B. STONE. *Four rare rectal tumors.* Surg., Gynekol. and Obstetrics., 50, p. 762, 1933.

KAUFMANN. *Trattato di anatomia patologica,* v. I.

KIRSCHNER e NORDMANN. *Trattato di chirurgia.*

MICHLSTAEDTER G. *Contributo allo studio dei tumori benigni dell'intestino.* Arch. it. delle mal. dell'appar. dig., fasc. V, 1933.

RAVANTÓS MORAGAS A. *Fibrimixoma sottomucoso del retto.* Rev. Cir., Barcellona, 6, p. 213-217, 1933.

SCHMIEDEN V. e WESTHUES H. *Zur Klinik und Pathol. der Dickdarmpolipen und deren klinischen und pathologischen Beziehungen zum Dickdarmkarzinom.* Deutsche Zeitschrift f. Chir., vol. 202, 1927.

WEINSTEIN, SIDNEY D. e WILLIAM LIEBERMANN. *Lipoma of the rectum, with report of a case.* Amer. J. Surg., p. 29, 1935.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

La caverna muta.

(A. SATTLER. *Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 11, 1936).

Si dice che una caverna è muta quando sopra di essa non si ascolta alcuno dei sintomi caratteristici delle caverne. In alcuni casi non si riesce ad apprezzare alcuna modificazione patologica del murmure vescicolare, in altri casi si ascoltano bensì alterazioni patologiche del respiro e rumori accessori anormali, non però di natura tale da caratterizzare senz'altro una cavità. Importanti per gli errori diagnostici cui possono dar luogo, sono sopratutto le caverne al di sopra delle quali il respiro non è affatto modificato: infatti quelle che si accompagnano ad alterazioni non caratteristiche del rumore respiratorio verranno identificate senza difficoltà dovendosi in presenza di tali modificazioni, procedere ad ulteriori indagini, quali l'esame dell'espettorato e l'esame radiologico. In molti casi una caverna è « muta » solo in apparenza, in quanto che con una tecnica semeiotica appropriata è possibile svelare modificazioni caratteristiche del respiro. La condizione ottima per la determinazione dei rumori accessori cavitari è una respirazione accelerata (50-60 atti respiratori al minuto) e profonda; è inoltre indispensabile far tossire il paziente ad ogni focolaio di ascoltazione, con tosse breve ed afona.

Se si sospetta un infiltrato precoce, il paziente dovrà fare più respiri profondi e forzati, mentre si ascolta sui focolai di predilezione di tali infiltrati.

Nonostante una tecnica scrupolosa, esistono però indubbiamente delle caverne completamente « mute ». Una caverna è muta o quando in essa non si generano affatto rumori patologici, oppure quando i rumori cavitari non vengono trasmessi alla parete toracica. Non si generano rumori nella caverna quando è interrotta la sua comunicazione con il sistema bronchiale: il bronco comunicante può essere occluso da frammenti caseosi o tumefazione della mucosa (la prima condizione soprattutto nelle cavità che si formano rapidamente in seguito a sfacelo del tessuto infiammato) oppure può essere inginocchiato o addirittura obliterato per proliferazione connettivale. Così la cavità che si forma per lo sfacelo rapido di un infiltrato precoce è spesso « muta »: il drenaggio di queste cavità è cattivo, le vie di comunicazione con i bronchi facilmente vengono occluse da frammenti caseosi, il secreto ristagna nella caverna. Di regola però questo carattere muto della caverna da infiltrato precoce è transitorio, e ben presto si ascoltano dei

rantoli crepitanti caratteristici, specialmente negli atti respiratori forzati. La facilità con cui nei diabetici la tubercolosi polmonare assume il carattere essudativo che conduce ad infiltrazioni acute, spiega per lo stesso meccanismo la frequenza di reperti semeiotici scarsi nonostante gravi alterazioni infiltrativo-cavernose; inoltre il diabete è per lo più una malattia della età avanzata, per cui l'enfisema senile contribuisce a rendere poco chiaro il reperto ascoltatorio.

Dopo una emottisi caverne antiche oppure recenti possono diventare « mute » perchè il sistema bronchiale è riempito di sangue.

Il carattere « muto » delle caverne circondate da pareti connettivali è in rapporto con la ubicazione della caverna e con il contenuto di secreto. Se la caverna è situata in profondità, il tessuto polmonare normale che la ricopre può non trasmettere affatto le alterazioni patologiche del respiro: ad ogni modo esso le trasmette molto peggio che non i rumori accessori cavitari, i quali per il loro carattere esplosivo determinano delle vibrazioni molto più violente. Perciò una caverna ubicata profondamente, povera di secreto e bene drenata può rimanere « muta » per dei mesi di seguito. Queste caverne connettivali mute si trovano prevalentemente nel lobo superiore del polmone, dove le condizioni sono più che altrove favorevoli per un completo drenaggio. Una ubicazione molto profonda caratterizza la caverna vicina all'ilo, che perciò è spesso « muta ». Un importante sintomo sospetto è per queste caverne il segno della fossetta di Pottenger. Esercitando una leggera pressione, si striscia con più dita nella regione paravertebrale, dall'alto verso il basso. Se le dita incontrano una specie di fossetta (data da una diminuzione di resistenza) ciò che per lo più avviene nello spazio interscapolare, si ricerca con lo stesso strisciamento palpatorio fatto in direzione trasversale, dal lato verso la linea mediana, se la infossatura sia anche in tal modo constatabile. Il fenomeno dimostra nella maggior parte dei casi la presenza di una caverna vicina all'ilo o nella punta del lobo inferiore (questa caverna, situata vicina alla parete dorsale, appare radiologicamente essa pure vicina all'ilo). R. POLLITZER.

Contributo allo studio della configurazione dei versamenti pleurici.

(G. GEROSA. *Pensiero medico*, marzo 1936).

La configurazione della massa essudativa liquida nel cavo pleurico e la mobilità o meno del liquido stesso è questione assai dibattuta, e se i moderni studi di radiologia hanno contribuito a far prevalere il concetto che il livello libero del versamento non si disponga secondo la legge di gravità, vi è discussione se questo fenomeno sia reale ovvero soltanto apparente. I versamenti piccolissimi e quelli molto copiosi non hanno delle caratteristiche ben definite per ciò che riguarda il loro livello liquido; i versamenti medi si dispongono secondo la classica linea di Damoiseau, che ha il suo punto di massima altezza sulla linea ascellare posteriore, discende verso la colonna vertebrale da una parte, e verso lo sterno dall'altra; l'obliquità è maggiore posteriormente che anteriormente e nell'insieme posteriormente il liquido raggiunge un livello più alto. Questi dati ottenuti colla percussione, ricevono conferma dal rilievo radiologico, che mette in evidenza una opacità completa alla base, che si continua in alto con una semplice ipodiafania e poi una leggera sfumatura dell'ombra, col caratteristico limite superiore obliquo dall'esterno all'interno e dall'alto in basso.

Le cause che fanno assumere al versamento un livello non perfettamente conforme alla legge di gravità sono da ricercarsi nella capillarità o nella forza di adesione che permettono al liquido di star sospeso, trattenuto tra i foglietti pleurici, capillarità e forza di adesione che sono aumentate per il processo flogistico della sierosa, per la natura sierofibrinosa dell'essudato, e sono maggiori laddove è maggiore il contatto fra polmone e parete, ossia in corrispondenza della porzione laterale ed esterna del torace; nel potere di elasticità e retrattilità polmonare che sono maggiori dove la massa del parenchima polmonare è più voluminosa, ossia nella sua parte posteriore, minori invece verso l'ilo ove la trama dei grossi bronchi ne ostacola la retrazione e impedisce perciò che vi si raccolga il liquido.

Nel determinismo della particolare forma dei versamenti non è provata invece l'importanza del decubito supino dell'ammalato, e nemmeno la presenza di aderenze della pleura che se esistono sono del tutto irregolari e non capaci di mantenere in tutti i casi ai versamenti la disposizione caratteristica.

La gravità determina la configurazione dei versamenti a decorso acuto o voluminosi, nel senso di favorire l'accumulo della massa liquida più copiosa alla base, dove anche la retrattilità polmonare è più facile, mentre verso il limite superiore il livello liquido è soggetto alle leggi dell'adesione e della capillarità e si dispone a strati via via più sottili.

Nei versamenti di poco volume ed a decorso non acutissimo è di regola la configurazione a camicia od a corsetto che è regolata dalla adesione dei foglietti e della capillarità che dispone il versamento in uno strato sottile uniformemente distribuito alla superficie del polmone.

Nell'idrotorace il versamento soggiace alla legge di gravità per la diminuita adesione dei foglietti pleurici (assenza di reazione flogistica), per la diminuita elasticità polmonare (indurimento polmonare da stasi) e per il rapido prodursi della massa liquida nel cavo pleurico.

Al di sopra del versamento è sempre constatabile una maggiore sonorità (*risonantia major* di Auerbrugger) perchè il polmone è spinto in alto dal liquido e per il fatto di un compenso respiratorio, sonorità di cui la estrinsecazione più costante è quella del triangolo di Garland.

I versamenti sono generalmente fissi nella loro posizione per quelle stesse cause che determinano il livello obliquo e particolarmente per l'aumentata adesione dei foglietti pleurici a causa dell'essudato, al confine superiore del versamento. Entrano anche in giuoco le condizioni di reciproco adattamento fra parete, liquido e polmone, ed in più i fenomeni di compenso al di sopra del versamento che tendono quasi ad inguainarlo. Il versamento non è tenuto fisso da aderenze che, se ne fossero càpaci, impedirebbero altresì il suo aumento, ma è fissato nelle sue singole fasi di evoluzione in un atteggiamento morfologico ben definito.

L'A. espone una diecina di casi di versamenti essudativi pleurici liberi nella grande cavità. Dallo studio clinico e radiologico di essi, egli desume che i movimenti di lateralità della massa liquida sono possibili in modico grado, compatibilmente collo spostamento in toto del versamento e degli organi circostanti. Nel decubito sul lato sano non avvengono spostamenti che non siano quelli relativi all'incombere del liquido sul mediastino, nel decubito sul lato ammalato si ha in certi casi uno spostamento trascurabile, in altri uno spostamento eccessivo dovuto alla compressione esercitata dal peso del polmone e dalla compressione ed immobilità della parete. Nella posizione capovolta si ha un'inversione dei rapporti esistenti fra massa liquida e cavo toracico in posizione eretta, cionondimeno il liquido non è in grado di raccogliersi, in massa alla cupola ma tende a disporsi a camicia.

Le pleuriti a camicia od a mantello primitive sono rare a riscontrarsi nell'uomo adulto; sono invece comuni nei bambini, principalmente come conseguenza di processi infiammatori parenchimali polmonari diffusi, che condizionano una pleurite reattiva a sottile falda liquida avvolgente il polmone.

E. CARLINFANTI.

Una nuova tecnica per la produzione di aderenze pleuriche, come tempo preliminare alle operazioni sul polmone.

(NORMAN BETHUNE. *Journ. of. thoracic surg.*, febbraio 1935).

Sono assai numerosi i metodi proposti per provocare una sinfisi pleurica. Alcuni di essi agiscono sulla pleura parietale (extrapleurici) e raggiungono lo scopo con mezzi meccanici (piombaggi di garza, di paraffina, spugne naturali o di gomma); o con mezzi chimici (tintura di iodo, soluzione di Lugol, nitrato d'argento, formalina ecc.). Altri metodi agiscono direttamente sulla pleura viscerale (intrapleurici) e consistono nell'introduzione nel cavo pleurico di liquidi irritanti (tintura di jodo, etere, alcool, formaldeide, gomenolo ecc.), nella sutura del polmone e della pleura viscerale con la pleura parietale, nell'introduzione nel cavo pleurico di corpi estranei (tamponi o strisce di garza, gas irritanti, sospensioni aeree di particelle solide, ecc.).

Esistono ancora altri metodi usati a questo scopo, essi però rientrano, con qualche modificazione di tecnica, nell'elenco che abbiamo fatto. Nonostante il gran numero di mezzi di cui disponiamo bisogna convenire con l'A. che essi presentano degli inconvenienti (necessità di un intervento chirurgico), e delle complicazioni (versamenti pleurici).

Qualche volta le complicazioni giungono fino a lesioni polmonari dovute all'azione di liquidi irritanti.

Mi è sembrato utile per queste ragioni di esporre il metodo che l'A. ha ideato e applicato per la produzione di aderenze pleuriche. Egli si serve a questo scopo di un toracoscopio che introduce nel cavo pleurico dopo di aver istituito un pneumotorace. Il foro toracotomico è per la sede in rapporto alla lesione polmonare e alla regione dove si vuole ottenere una sinfisi pleurica. Attraverso il toraroscopio si introduce nel cavo pleurico un ago cannula collegato a un recipiente contenente una soluzione al mezzo per cento di talco iodato, e per mezzo di un insufflatore si spruzza nella pleura viscerale la soluzione di talco sotto il controllo della vista. Terminata l'operazione si esegue una detensione nel cavo pleurico fino alla totale scomparsa del gas e si controlla alla scopia l'elisione del cavo.

L'A. ha ottenuto con questo metodo, applicato in quattro interventi di lobectomia, una sinfisi completa del lobo superiore del polmone. L'aderenza si costituisce dopo circa dieci giorni e non si devono lamentare versamenti pleurici.

R. MARTONE.

Sezione e disinserzione di aderenze pleuriche.

(G. MAURER. *Revue de la tuberculose*, tome 1, n. 9, nov. 1935, p. 1064).

L'A. distingue le aderenze pleuriche che rendono inefficace un pneumotorace in tre gruppi: *a*) aderenze di uno spessore massimo di un dito, abbastanza lunghe, che si possono tagliare con l'operazione di Jacobaeus.

b) Sistemi di aderenze dalla grandezza di un pollice a quella di un polso e su cui il polmone non si appoggia sulla parete toracica.

c) Le sinechie immediate della parete con le parti importanti del polmone.

Il primo gruppo rappresenta la settima parte circa delle aderenze pleuriche e l'A. le seziona seguendo la tecnica ben nota. Il secondo

gruppo è molto più frequente e non suscettibile all'indicazione per l'operazione di Jacobaeus. L'A. in questi casi si serve della disinserzione; egli si serve di un cauterio combinato che può produrre una corrente diatermica, coagulante e una corrente galvanica regolabili con un interruttore a pedale. L'A. comincia a coagulare la pleura parietale a mezzo centimetro dalla radice dell'aderenza e circolarmente a essa; a questo punto passa alla corrente galvanica e seziona la pleura parietale coagulata precedentemente fino a che l'ansa tocca le costole e i muscoli intercostali. Per l'elasticità della pleura l'aderenza si stira e si allunga e allora passando l'ansa orizzontalmente al piano costale e grattando contro le coste e i muscoli intercostali l'aderenza completamente si stacca. Se l'aderenza fosse fibrosa con connessioni molto solide con la parete, invece di grattare l'A. stacca ugualmente l'aderenza tagliandola e servendosi alternativamente della corrente diatermica e galvanica.

L'A. dice che il suo metodo è semplice e riporta la statistica — su 850 casi 3 perforazioni polmonari; 5 empiemi misti; 3 empiemi puri e una sinfisi progressiva pleurica. In seguito a queste complicazioni ha avuto 6 morti e 2 malati versano in gravi condizioni. Riporta alcune radiografie dimostrative.

MEDI.

Radiochimografia del torace nella frenico-exeresi.

(G. LO MONACO. *La Riforma Medica*, 29 febbraio 1936).

La radiochimografia per quanto sia stata applicata solo da poco tempo allo studio della motilità del torace, pure ha permesso già di risolvere vari importanti problemi. Anche il torace frenicectomizzato è stato studiato con questo metodo, ma si tratta di osservazioni frammentarie. Perciò l'A. ha ritenuto opportuno riunire nella presente pubblicazione vari radiochimogrammi di toraci frenicectomizzati per studiarli sngolarmente e per trarne poi delle conclusioni sulle modificazioni respiratorie del torace che ha subito la frenicectomia, come appaiono con questo nuovo mezzo di indagine.

La descrizione riportata nel lavoro si limita a cinque casi rappresentanti i principali aspetti radiochimografici del torace nella frenico-exeresi. Dall'esame di essi emerge un fatto comune a tutti: l'aumento della ampiezza respiratoria della parte superiore della parete costale dell'emitorace frenicectomizzato in rapporto all'emitorace controlaterale. Invece i radiochimogrammi differiscono nel comportamento dell'emidiaframma operato, il quale o presenta movimenti respiratori attivi, piccolissimi o movimenti passivi del tipo di Kienböck o è immobile. Ma la immobilità assoluta è impossibile riscontrarla, poichè l'emidiaframma reso artificialmente paralitico, è influenzato da numerosi fattori, quali i rapporti con il polmone che continuamente si dilata e si restringe negli atti respiratori, dalla sua contiguità con la parte costale inferiore, dall'azione dell'altro emidiaframma ecc. Altro dato importante ricavato dallo studio dei radiochimogrammi è la motilità respiratoria delle parti malate, che nei casi studiati venendosi a trovare nelle parti alte, si muovevano più delle sane.

Questi risultati, secondo l'A., non infirmano il valore terapeutico della frenico-exeresi, però mettono in evidenza un fatto interessante che cioè nella frenico-exeresi non vi è rapporto diretto fra motilità toracica e guarigione del processo morboso. Da questa costatazione si può dedurre che i processi di guarigione nella f. e. si svolgono con altro meccanismo che non con il riposo polmonare.

VICENTINI.

MISCELLANEA.

Sull'eventuale esistenza di un centro regolatore dell'emopoiesi.

(V. DENECKE. *Münch. mediz. Wochenschr.*, 17 aprile 1936).

La notevole costanza nella composizione morfologica del sangue circolante e il rapido ritorno di essa alla norma dopo l'influenze perturbatrici hanno da tempo fatto supporre l'esistenza di un centro regolatore superiore di tale composizione, la quale verrebbe quindi governata non più solo da influenze chimiche (deficienza di O_2) ed ormoniche.

Nella ricerca di dati che deporrebbero per l'esistenza di un centro cerebrale emopoietico l'A. cita anzitutto le osservazioni riguardanti le modificazioni del quadro leucocitario in rapporto a lesioni cerebrali; ora, se la comparsa della leucocitosi in casi di emorragie intraventricolari, di commozione cerebrale, di epilessia, come pure nel parkinsonismo senile e postencefalitico ecc., potrebbe essere attribuita semplicemente a modificazioni di distribuzione corpuscolare periferica, molto più notevoli appaiono le osservazioni di Rosenow, il quale in due casi di leucemia linfatica avrebbe riscontrato delle lesioni nel corpo striato. Comunque la prova cruciale non poteva essere data anche sperimentalmente in base all'osservazione della componente leucocitaria, non potendosi in essa dimostrare netti segni di rigenerazione, le quali inequivocabilmente testimoniassero la reazione midollare in seguito a diversi influssi sul sistema nervoso centrale.

L'A. quindi richiama l'attenzione sul comportamento della serie rossa nel caso di alterazioni cerebrali. Egli cita due casi di tumori

cerebrali accompagnantisi a poliglobulia notevole, la quale in uno di questi retrocedeva rapidamente dopo l'asportazione del neoplasma (cisti del cervelletto); osservazioni analoghe sono dovute a Hoff, Guillain ed altri, i quali riscontravano poliglobulia in malattie del mesencefalo, in tumori del terzo ventricolo e dell'ipofisi.

Molto più significativa della poliglobulia appare la reticolocitosi quale indice di maggiore attività midollare (mentre la poliglobulia potrebbe difatti essere causata anche da un inibita distruzione delle emazie).

Ora, recenti osservazioni di Ginzberg e Heilmeyer hanno messo in evidenza l'esistenza di una reticolocitosi più o meno notevole in tutta una serie di lesioni cerebrali e meningee quali tumori ponto-cerebellari, paralisi progressiva, meningite leutica, epilessia essenziale e idrocefalo interno; anche la puntura cerebrale e ventricolare, come perfino quella suboccipitale e lombare darebbero luogo alla comparsa di reticolociti nel circolo periferico. Da Rin e Costa avrebbero osservato reticolocitosi dopo lesione sperimentale del mesencefalo, come d'altra parte è stato visto che la sezione del midollo cervicale inibiva la reticolocitosi da salasso.

È degno di nota un caso osservato dall'A. nel quale un'imponente reticolocitosi si accompagnava alla presenza di numerosi normoblasti in circolo (fino a 15 %); l'autopsia del soggetto, deceduto con sintomatologia di ictus apoplettico in zona muta, ha rivelato emorragie molteplici nella *substantia nigra* causate probabilmente da trombosi della vena di Galeno o del seno retto.

Associandosi anche all'opinione di altri studiosi, l'A. tenderebbe a localizzare il presunto centro dell'emopoiesi nella regione dei gangli della base, anche perchè ivi risiedono gli altri centri principali della vita vegetativa.

Nell'intento di influenzare sperimentalmente nell'uomo il presunto centro emopoietico alcuni collaboratori dell'A. si sono serviti della corrente elettrica o diatermica.

I risultati sono da qualificarsi per lo meno interessanti: difatti si è visto che l'applicazione biparietale degli elettrodi provocava accanto ad una certa leucopenia neutrofila, una netta reazione reticolocitaria. Qualsiasi altra posizione degli elettrodi (che non implicasse il passaggio della corrente attraverso la regione basicerebrale) è rimasta senza effetto alcuno nei riguardi della morfologia ematica.

D'altra parte, l'estensione di tali esperienze ha dimostrato che l'effetto relativamente lieve negli individui normali, diventava molto più evidente quando si trattava di soggetti nei quali si poteva sospettare diversa reattività del presunto centro o quella del midollo osseo: difatti, nei casi di parkinsonismo senile o postencefalitico e in malati di anemia perniciosa, la reazione reticolocitaria alla diatermia biparietale è stata di due o tre volte più intensa che non nei soggetti normali.

L'insieme dei dati suriportati farebbe quindi ammettere l'esistenza di un centro emopoietico cerebrale, localizzato nei gangli della base, nella sostanza nigra o nell'ipotalamo. Evidentemente per ora non si può decidere se la stimolazione di questi porti ad un reale aumento di produzione dei globuli rossi, oppure se si tratti solo di una maggiore emissione di gl. rossi giovani del midollo osseo. Si potrebbe infine ammettere che la *substantia nigra* rappresenti un luogo d'origine degli stimoli inibenti dell'attività midollare e che la lesione di tale zona od alcuni influssi su di essa vengono ad annullare l'azione inibente sul midollo oppure a far prevalere l'azione antagonista di un centro eccitatore finora ignoto.

S. MINZ.

Contributi allo studio dell'immunità cancerosa.

(R. FISCHER. *Rev. Médicale de la Suisse Romande*, 25 genn. 1936).

Il problema dell'esistenza o meno dell'immunità cancerosa intesa quale fenomeno umorale o tissulare sembra essere ancora sub-iudice; secondo l'A., la questione va ripresa e riesaminata; nella sua pubblicazione egli riferisce su alcune esperienze personali e quelle di altri AA. che deporrebbero per l'esistenza di tale immunità. L'A. stesso ha potuto osservare che il siero di un individuo affetto da carcinoma devia il complemento se messo a contatto col siero di un animale cui è stato innestato il tumore umano (animale immunizzato mediante innesti successivi); d'altra parte Girard e Payre hanno potuto confermare le proprietà antigene del siero dei cancerosi, inquantochè l'iniezione di questo agli animali (conigli) provoca in essi la formazione di anticorpi cancerigni, di cui la presenza poteva essere anch'essa dimostrata dalla deviazione del complemento che avveniva nel sistema: siero di coniglio anti-Ca, estratto alcoolico del tessuto canceroso-complemento. Va però notato che tale potere citotossico anticanceroso del siero viene inibito da dosi anche dieci volte inferiori del siero di individui cancerosi: risulta perciò evidente che ogni tentativo terapeutico con anticorpi del genere sarà destinato a fallire, non essendo realizzabile l'apporto sufficiente di tali anticorpi sierologici che si dimostrano troppo deboli, di fronte all'attività inibitrice del siero dei malati.

Sembrerebbe per altro che le proprietà anticancerigne del siero possono essere potenziate dalla presenza di altri tessuti o lisati di questi; così Baroni, inoculando in serie tumori eterologhi a conigli e servendosi della pol-

tiglia degli organi reticolo-endoteliali (milza, epiploon) di tali animali avrebbe notato una discreta inibizione di sviluppo tumorale.

Risultati interessanti avrebbe ottenuti Mendeleef, inoculando agli animali non più il tessuto tumorale, bensì una certa sostanza presente nelle colture dei sarcomi e che favorisce di solito lo sviluppo di questi; l'inoculazione di tale sostanza estratta mediante precipitazione ad un animale eterologo provoca la formazione di anticorpi nel siero, col quale si sarebbe riusciti a fare regredire in 80 % dei casi i sarcomi sperimentali.

Mentre nelle ricerche sopracitate venivano osservate le eventuali manifestaioni di un'immunità passiva, nelle sue ricerche attuali l'A. si è posto per iscopo la realizzazione dell'immunità attiva, relativa o assoluta, mediante esperienze di vaccinazione con materiale tumorale. Esperienze analoghe fatte nel passato ed eseguite con cellule neoplastiche sottoposte all'azione di raggi X, della formalizzazione ecc. non hanno dato risultati decisivi; questa volta invece il materiale vaccinante era rappresentato dal tessuto tumorale innestato precedentemente sotto la cute di un animale eterologo per una durata variabile di ore o giorni. Le ricerche sono state eseguite principalmente sui topi (anche su ratti e conigli); il tumore saggiato era rappresentato dall'adenocarcinoma dei topi che subiva il passaggio sottocutaneo nel coniglio; fra questi, alcuni erano « nuovi », altri erano stati già precedentemente inoculati collo stesso tumore e si trovavano in stadio di immunità o anafilassi rispetto ad esso. Il potere protettivo dovuto all'inoculazione del tumore vaccinante (quello passato attraverso il coniglio) era stato rilevato osservando lo sviluppo di innesti successivi di tessuto tumorale virulento cui venivano sottoposti anche i topi di controllo.

Va notato che bastava la permanenza di 3-6 ore sotto la cute del coniglio perchè l'innesto vaccinante non desse più luogo allo sviluppo del tumore nel topo.

Il primo innesto virulento veniva praticato nel topo 21 giorni dopo la « vaccinazione »; per il primo innesto si è visto che la protezione dovuta a inoculazione vaccinante che è rimasta per un'ora sotto la cute di un coniglio in stato anafilattico era molto più intensa che non quando il coniglio « ospite » era normale; difatti nel primo caso lo sviluppo del tumore è stato notato solo in 11 % degli animali, mentre nel secondo caso tale percentuale raggiungeva i 57 %. Però una proporzione inversa si è verificata dopo il 2° e 3° innesto virulento; evidentemente il materiale proveniente da un coniglio già immunizzato conteneva anche degli anticorpi, realizzava quindi un'immunità passiva, la quale però non soltanto si esauriva dopo il 1° innesto, ma inibiva anche il determinismo dell'immunità attiva.

Risultati alquanto singolari si sono avuti vaccinando i topi con materiale « ospitato » dai conigli per vari giorni (da 1 a 30); mentre si determinava una protezione relativa col materiale che è rimasto nel coniglio non più di 3 giorni oppure più di 27 giorni, effetti completamente opposti venivano esplicati dal materiale del periodo intermedio: in seguito ad inoculazione di questo i topi diventavano estremamente sensibili agli innesti virulenti, presentando dei tumori molto più voluminosi che non gli animali controllo e soccombendo più presto di questi ultimi. Tale fenomeno sarebbe dovuto, secondo l'A., al fatto che nei primi giorni il tumore conserva nel coniglio ancora una certa individualità e quindi un potere vaccinogeno, che viene a mancare ed anzi assume caratteri opposti nel periodo successivo, diventando una massa necrotica nel periodo corrispondente alla formazione dell'immunità nel coniglio; avvenuta questa (dopo 27 giorni) anche la poltiglia tumorale diventa portatrice dell'immunità passiva.

D'altra parte l'A. ha potuto assodare che il sangue dei topi vaccinati possiedeva proprietà protettive rispetto all'azione tossica dei tumori; difatti iniettando il siero di tali animali a topi cancerosi si è ottenuta una lunga sopravivenza di questi, con un relativo benessere. E finalmente l'A. ha potuto osservare che anche la vaccinazione successiva all'innesto virulento inibiva notevolmente lo sviluppo del tumore.

Le esperienze dell'A., che abbiamo cercato di riassumere in breve, non possono evidentemente considerarsi quali conclusive. Comunque il loro interesse è notevole: abbiamo di fronte a noi una serie di dati nuovi e ciò che più importa una nuova metodologia nella creazione di un'immunità attiva di cui gli ulteriori sviluppi per ora non possono essere valutati. I risultati sembrano di già incoraggianti e forse sin d'ora indicano delle vie da seguire nello studio di uno dei più assillanti problemi dell'oncologia.

S. MINZ.

Le piccole insufficienze epatiche.

(LYON. *Bull. Méd.*, n. 8, 22 febbraio 1936).

La piccola insufficenza epatica consta di una unione di disturbi digestivi e generali. Ha per substrato delle lesoni della cellula epatica di varia intensità, il cui grado può essere indirettamente misurato dalla gravità dei sintomi.

Secondo l'O., le *cause*: 1) stati dispeptici agenti sopratutto nel senso di una alimentazione azotata eccessiva. 2) La litiasi biliare e l'ittero da ritenzione. 3) Le enteriti croniche, l'appendicite cronica. 4) Le varie infezioni a-

genti sul fegato (tifo, ecc.). 5) Intossicazioni (alcoolismo, cloroformio, arsenico). 6) La gravidanza.

I *sintomi* sono: anoressia, bocca amara, nausea, vomiti biliari, timpanismo, gas intestinale, stipsi o diarree, intolleranza per i grassi, le salse, il cioccolatto, per le uova.

I *disturbi generali* sono: astenia, senso di stanchezza al risveglio, cefalea, vertigini, sonnolenza, mosche volanti, dolori muscolari ematici, epistassi ecc.

L'esame obiettivo rivela: xantelasma, pigmentazione gialla parziale (palma delle mani, piedi); macchie purpuree da nevi... varicosità ai pomelli. Secchezza della pelle; lingua saburrale; guazzamento gastrico, sensibilità del plesso solare. Fegato grosso, appendice dolorosa, aerocolia. Urine scarse e colorate. Facies stanca, neurastenica.

L'esame biologico: dà galattosuria provocata superiore a due gr. (Fiessinger). Si dovranno studiare l'urea, l'urobilina, i sali biliari, il coefficente azotemico, l'acetone. Se si deve intervenire chirurgicamente si deve premettere uno studio del tempo di coagulazione e del tempo di emorragia.

La terapia: richiede anzitutto soppressione dell'alcool. Cura antiluetica se del caso. Regime latteo assoluto per breve tempo e poi regime mitigato. Utili gli alcalini. Il calomelano, i sali di magnesio (solfato, cloruro). Il boldo, il carciofo, il combreto e derivati. L'opoterapia epatica, gli estratti di bile paiono utili.

L. TONELLI.

Effetti della splenectomia nell'ittero emolitico costituzionale.

(G. DOMINICI. *Haematologica*, 1936, fasc. 3°).

La splenectomia (Banti, Micheli, 1911) ha ragione rapida ed intensa di questa sindrome morbosa, tanto che l'i. e. c. è considerato a giusta ragione l'indicazione forse elettiva della splenectomia. Però non tutti i casi rispondono in modo assoluto e con eguale prontezza, talora sono state segnalate delle ricadute di estrema gravità, o un persistere invariato dei sintomi, cioè si è voluto elevare a norma (e ciò è necessario) contro il valore della splenectomia, tanto più che anche in casi nei quali si ebbe un forte miglioramento alcuni fatti persistettero anche a distanza, e precisamente la microcitosi ipocromica, e la diminuzione della resistenza globulare.

L'A. studia con ogni minuzia sei casi e ne trae argomento di interessante discussione.

Come effetto immediato della splenectomia egli ha visto che nei riguardi della microcitosi se si studia graficamente il diametro dei globuli rossi prima dell'intervento si ha una curva monoapicale e microcitaria, che subito dopo l'intervento si fa biapicale, compare cioè una nuova cuspide costituita da elementi a diametro normale, e questa va via via prendendo il sopravvento e assorbendo la cuspide microcitaria; ciò vuol dire che gli elementi normocitari prima rappresentati da cifre assai basse divengono decisamente prevalenti. Siccome questo fatto va accentuandosi col tempo, si deve pensare che esso sia dovuto non a fattori accessori, ma sia l'espressione di una vera modificazione della attività emopoietica del midollo.

Un comportamento analogo si constata circa la resistenza osmotica delle emazie: alla monoapicità delle curve si sostituisce una forma a due cuspidi e di queste quella che corrisponde alle resistenze maggiori va accentuandosi col tempo fino a predominare. Tali mutamenti morfologici e fisico-chimici del sangue periferico che intervengono dopo la splenectomia, dimostrano che l'asportazione del viscere non ha solo ridotto l'emolisi esagerata, ma ha apportato una modificazione nell'attività dei tessuti ematopoietici indirizzandola verso condizioni nuove che si avvicinano o si identificano, nei riguardi diametrici e della resistenza osmotica, colla normalità.

L'incertezza tutt'ora dominante sul significato e sui fatti che condizionano la microcitosi sfenoidale, e le variazioni della resistenza osmotica globulare sono di forte ostacolo ad una esatta interpretazione dei risultati biologici della splenectomia. L'A. crede di potere escludere che si tratti, per la microcitosi, di un danneggiamento periferico di emazie già normalmente formate (Krumbhaar) o di un tipo speciale di rigenerazione forzata come sostengono Muelengracht e Oller. Non si può neppure pensare che esso rappresenti un tipo anomalo e costituzionale di emopoiesi perchè non scomparirebbe con la splenectomia.

Circa la diminuzione della resistenza osmotica se essa avesse una origine esclusivamente splenica (modificata fragilità al passaggio dei globuli nel tessuto splenico: Chabrol e Bernard) essa dovrebbe sparire appena asportata la milza, mentre ciò non si verifica in tutti i casi.

All'A. sembra spiegare meglio di tutti i fenomeni il concetto che *l'ittero emolitico costituzionale abbia per causa una alterazione funzionale del sistema reticolo endoteliale.* La splenectomia allontana allora di certo il territorio più esteso che distrugge sangue, ma non tutto il tessuto capace di tale funzione che può essere mantenuto in altre sedi, e ciò spiegherebbe assai bene i casi in cui non si ha un successo completo.

L'A. conclude considerando la splenectomia il metodo curativo per eccellenza, non senza ricordare che Alessandri per primo nel 1928 eseguì la *legatura dell'arteria splenica* che parrebbe riservata quando la splenectomia offrisse particolari difficoltà.

L. TONELLI.

DIVAGAZIONI

Problemi demografici di oggi e di ieri.

Il censimento, per cui nello scorso aprile il popolo italiano è stato chiamato a raccolta, ha rimesso sul tappeto per il gran pubblico le questioni demografiche, le quali oggi richiamano la più viva attenzione da parte di chiunque si occupi di scienza sociale, di medicina, di biologia. Tali questioni, però, non sono ora più limitate al chiuso studio dello scienziato, ma fanno parte dei più vitali problemi della Nazione ed interessano pertanto una vasta cerchia di persone che, attraverso una sagace propaganda, ne ha sentore.

Chi per il primo ha agitato la questione demografica nel senso che oggi l'intendiamo, è stato il Duce nel suo memorabile discorso del 1926, gettando un grido d'allarme sulla decadenza demografica della razza bianca, insistendo poi sull'argomento in un articolo pubblicato dai giornali dell'*Universal Service* degli Stati Uniti nel 1934 e riprodotto in quelli italiani. Egli addita il pericolo verso cui corre la razza bianca, con la limitazione delle nascite; pericolo che, sia pure in forma attenuata, non risparmia neppure la nostra Nazione. E l'allarme ha avuto una larga risonanza in tutto il mondo. Numerosi e complessi sono i provvedimenti che il Regime ha posto in opera per favorire l'incremento demografico e la natalità e non è qui il caso di ricordarli. Ma anche altrove si corre ai ripari: così in Francia dove si è persino istituita la laurea in Maternità e persino nella U.R.S.S., dove prima si faceva propaganda per l'aborto, si tende ora a far macchina indietro.

È curioso il gettare uno sguardo ad un passato abbastanza recente per vedere come sociologi ed igienisti avessero concezioni diametralmente opposte. In un articolo di uno studioso che si è occupato con amore delle classi più umili del popolo di Roma (a proposito delle tristi condizioni in cui si trovava allora il rione Testaccio), si accomunava la miseria con la fecondità e l'imprevidenza, invocando addirittura un'azione dello Stato per insegnare le arti preventive dell'azione sessuale.

Il consiglio che nel 1911 si dava con l'intenzione di compiere una buona opera sociale, ricadrebbe oggi sotto l'azione del Codice Penale. Ma non molto dissimili sono le idee in tempi assai più vicini. Ecco un altro articolo, pubblicato questo su un giornale medico « e nel 1923, cioè dopo che l'uragano della guerra e la pandemia influenzale avevano fatte tante vittime. Basta il titolo per indicarne la tendenza: « Le minacciose conseguenze delle norme igieniche ». L'A. si riferiva alla Cina, dove era allora incominciata la propaganda per l'igiene e la cultura medica, proponendosi di combattere specialmente la mortalità infantile, che saliva allora all'80 % entro i primi 5 anni di vita. E lo scrittore additava le gravi conseguenze che sarebbero derivate dall'aumento di tale popolazione, accennando che la Russia indicava « la profilassi del morbo della superpopolazione ».

Ho citato questi due lavori, non già perchè abbiano un particolare significato, ma perchè rispecchiano le idee di tutto un periodo storico, idee generate più che da correnti filosofiche, dalle particolari contingenze della vita di allora.

Oggi le condizioni sono assai diverse ed il problema demografico ci appare sotto una luce differente e se il singolo, per considerazioni egoistiche, non arriva ancora a comprenderne tutta la gravità, si comprende che se ne preoccupino seriamente i dirigenti delle nazioni, che vogliono essere sicuri di poter opporre agli altri, anche la potenza del numero. La vita è lotta ed il numero, oltre che espressione di giovanilità, è un'arma potente nelle attuali condizioni.

Ma anche il problema demografico, come oggi lo vediamo, non è una novità. Riandiamo al secolo XVIII e troviamo che il vecchio Tissot, nel suo libro intitolato « Avis au peuple sur sa santé », deplora le malefatte dello spopolamento che, nella Svizzera, era quasi generale. Due ne sono le cause, esso aggiunge: l'una l'emigrazione, per cui partono tanti giovani robusti e ritornano in pessime condizioni. L'altra causa è la restrizione delle nascite; vi sono meno matrimoni e meno battesimi. L'aumento del lusso entra molto nella tristezza di questi rilievi. Ciascuno paventa le famiglie numerose, per mantenere le quali si consumerebbe il denaro che si vuole invece dedicare alle spese voluttuarie. Si stabilisce inoltre la rilassatezza dei costumi; si abbandonano le campagne per correre alle distrazioni della città. La vita di lavoro nell'ambiente dove si era nati non basta più. Sarebbe quindi necessario, aggiunge Tissot, trattenere gli abitanti nelle campagne e dare incoraggiamenti e ricompense alle famiglie numerose.

Non sembra di leggere le argomentazioni odierne sul problema demografico? Anche le considerazioni sull'emigrazione rispondono al concetto che oggi ci facciamo di questo fenomeno. La storia si ripete. A. FILIPPINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

P, Gaifami. *Prontuario di Terapia Ostetrica.* Terza edizione, riveduta e aggiornata, di pagine VIII-320, con 97 figure, intercalate nel testo, rinnovate. Editore Luigi Pozzi, Roma. Lire 32.

Riportiamo qui di seguito quanto l'A. ha premesso al suo prezioso manualetto, in forma di INTRODUZIONE.

« I dieci anni trascorsi dalla precedente alla attuale edizione non sono stati contrassegnati da rivoluzioni innovatrici nel campo della terapia ostetrica; non è mancata tuttavia l'affermazione di qualche nuovo orientamento; basterebbe ricordare: la tendenza sempre maggiore alla ospedalizzazione per il parto in genere, per quello patologico in ispecie; la più larga adozione degli interventi addominali, lasciando da parte le indaginose e spesso pericolose operazioni vaginali; il sempre maggiore rispetto della vita fetale che appunto nel taglio cesareo trova la migliore salvaguardia in molte contingenze patologiche; le restrizioni ognor più accentuate in tema di provocazione di aborto e di sterilizzazione; l'importanza data alla concezione degli stati spastici dell'utero nella patologia del periodo dilatante.

« Era doveroso, nel rivedere questo Prontuario, tener conto di codesti orientamenti, perchè ormai affermatisi e accettati dai più come non caduchi o non avventati. Non era il caso invece di fare posto a una quantità di altre proposte terapeutiche che videro la luce nel decennio, poichè per alcune già è stata fatta giustizia dalla esperienza clinica serena, per altre manca ancora il vaglio di una larga applicazione. Ricordiamo appena: la campagna serrata per sistematizzare la rottura artificiale del sacco come mezzo per affrettare il parto; le varie proposte per il parto indolore, non ancora risolto in pieno; l'idea di sottoporre a revisione strumentale tutti gli uteri dopo il parto per prevenire le infezioni puerperali; come il suggerimento di fare subito artificialmente il secondamento manuale dopo ogni parto operativo; il consiglio di ritornare per sistema alla antisepsi nell'assistenza al parto, con irrigazioni vaginali e medicazioni disinfettanti, ecc.

« Questo breve Prontuario si rivolge a medici pratici e a studenti; deve quindi accogliere solo quanto ha ormai il consenso universale, pur seguendo l'evoluzione inevitabile anche nella terapia ostetrica.

« Non ho ritenuto di apportare sostanziali modificazioni alla disposizione della materia; qualche aggiunta sulla nostra legislazione mi è parsa utile e segnalo sopratutto l'accenno all'O. N. M. I.; nessun medico deve ignorarla nella sua essenza; tutti devono cooperare alle realizzazioni delle provvidenze che vi sono disposte per la difesa della maternità.

« Non ostante la mia intenzione e la mia buona volontà, errori o lacune restano ancora in questa edizione; ma confido ugualmente nella simpatia dei Maestri e dei Colleghi perchè seguitino a dare il loro appoggio alla diffusione del mio Prontuario; come mi auguro che gli studenti e i medici pratici possano trarne qualche utilità, trovandovi, sia pur schematicamente raccolte, le cognizioni più fondamentali per il loro pratico esercizio ».

Roma, 15 maggio 1936-XIV.

Paolo Gaifami.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Ferrio L. *Compendio di Patologia e terapia medica.* Vol. II; di pag. 732 con 101 figure ed una tavola. U.T.E.T., Torino 1936, L. 55.

Con la usuale solerzia la casa editrice, a breve distanza dalla pubblicazione del primo, mette alla luce questo secondo volume del compendio del Ferrio. Il quale secondo volume conferma appieno quanto avemmo a scrivere su queste stesse colonne nei suoi riguardi.

Vengono, nel presente, trattate le sindromi addominali e del peritoneo, dell'apparato gastro-enterico, le affezioni del ricambio, delle ghiandole a secrezione interna, del sistema nervoso.

Tutto è detto in forma piana, riassuntivamente; per ciascuna malattia l'esposizione clinica è completata dagli accertamenti di laboratorio — compresi i radiologici — ormai acquisiti in modo definitivo alla quotidiana pratica. In opportune note, a piè di pagina, si ricordano i fondamentali caratteri delle sostanze di uso comune nella terapia. La trattazione è sveltita dalla abolizione di ogni citazione bibliografica.

Numerose figure, per lo più didatticamente schematizzate, completano il libro.

Il volumetto, anch'esso in bella veste tipografica e con pratica resistente legatura, si presta molto bene a studenti e principianti per una rapida e completa preparazione ad esami o concorsi. Monteleone.

O. Naegeli. *Differentialdiagnose in der inneren Medizin.* Un vol. in-8°. I Puntata, di pagine 216, con 55 fig. G. Thieme, Leipzig, 1936. Prezzo RM 9,60; id. di tutta l'opera RM. 30.

Il libro che qui ci presenta il Direttore della Clinica medica di Zurigo è destinato sia al medico pratico come allo scienziato. Rifuggendo dal dare troppa importanza ai singoli piccoli sintomi, egli considera la diagnosi in sen-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

so essenzialmente totalitario, fondandosi sulla analisi del complesso dei fatti.

Anzitutto, egli osserva, il medico deve decidere se si tratta di un processo infiammatorio, tumorale, di un'intossicazione, di un disturbo ormonico, ecc. e se la malattia sia generale o colpisca un organo isolato. Riuscirà così più agevole inquadrare il caso in esame in un dato gruppo. Fatto questo, l'A. prende in esame i singoli complessi sintomatici (anemie, insufficienza cardiaca, dispnea, ecc.) indicando il modo di arrivare alla diagnosi esatta. Grande importanza egli dà, per le condizioni addominali, all'esame del fegato e della milza e, da un punto di vista generale, al fattore costituzionale ed a quello dell'età.

L'A. considera i singoli argomenti separatamente dal punto di vista clinico e da quello degli esami di laboratorio, in modo che anche con il solo esame clinico si possa già arrivare ad una diagnosi, che potrà essere confermata con le opportune ricerche.

In questa puntata, sono trattate, oltre alla parte generale, le anemie, le diatesi emorragiche, le leucemie, le angine, le malattie della milza, del fegato e delle vie biliari.

fil.

H. MONDOR. *Diagnostics urgents: abdomen.* 2ª Ed. 1° volume in-8° di pagg. 1075 e 275 figure. Masson et C.ie. Paris. Fr. 145.

Rileggendo, riconsultando quotidianamente questo trattato, mi tornava alla mente un altra opera, che sebbene con altri intendimenti, per gli ultimi decenni, ha fornito a generazioni di medici il pabulum per la loro basale cultura pratica chirurgica: alludo al noto Léjars. E sono convinto che l'appellativo di « aureo » con cui solevamo ricordarlo, a buon diritto spetta al trattato del Mondor le cui edizioni si succedono mostrando il crescente successo.

Per coloro i quali ancora non lo conoscessero, dirò che il libro, abbenchè di forte interesse chirurgico, è scritto per i medici, per la generalità dei medici pratici; due righe della prefazione scritta dall'A., incidono sinteticamente lo scopo del lavoro « ho voluto in queste pagine ricordare quelle affezioni addominali che, per la maggior parte, in mancanza di un opportuno e tempestivo intervento chirurgico, uccidono il malato in poche ore ».

Quindi è inutile ricercare nel lavoro del Mondor questioni di patogenesi, di anatomia patologica, ma in ogni capitolo lo studio esatto del singolo sintoma, la disamina della correlazione dei vari sintomi diretta alla ricerca rapida del più preciso diagnostico: per ogni gruppo di affezioni (ad es. peritoniti) egli cerca di dare al medico pratico il filo conduttore che deve, o non, portare al chirurgo il paziente in esame. I cinque grossi capitoli si leggono e si rileggono con interesse, ciascuna volta trovando nuove nozioni, all'esposizione non mancando quella semplicità che forma la fortuna di tanti trattati. Per essere completi ricorderò che il primo capitolo tratta delle peritoniti acute, il secondo dei traumi addominali, il terzo delle emorragie intraperitoneali, il quarto delle occlusioni intestinali, il quinto è un capitolo comprensivo delle più svariate sindromi (pancreatiti, infarti, volvolo, torsione, ecc.). Belle riproduzioni fotografiche, chiari schemi e grafici illustrano il volume.

MONTELEONE.

Ergebnisse der gesamten Medizin. Vol. XX. Un vol. in-8° di 559 pag. con 54 fig. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1935. Prezzo RM 27.

L'importante pubblicazione diretta da Th. Brugsch che espone in monografie talora assai vaste lo stato delle questioni più significative e vitali che si agitano in tutti i campi della medicina, in questo ventesimo volume contiene i seguenti lavori. *Le malattie da vermi nell'infanzia* (H. Brüning). *Il trattamento pneumotoracico* (H. Ulrici). *Nuovi risultati negli studî sull'ipofisi* (H. Bernhardt). *La fisioterapia delle malattie circolatorie* (H. G. Scholtz). *Malattie professionali della bocca e dei denti* (H. Böhlert). *L'igiene psichica* (E. Stransky). *Il reumatismo visto da un anatomo-patologo* (S. Gräff). *La linfogranulomatosi inguinale* (W. Frei). *Le malattie coronariche* (D. Scherf). *La pleurite essudativa ed il suo trattamento* (A. Sylla). *La sclerosi multipla* (H. Hoffmann). *Le differenze individuali del sangue* (I. Hölzer). *Il significato clinico della porfirina* (J. T. Brugsch). *La psicoterapia* (E. Stransky). *La mano del bambino sano e malato* (H. v. Mettenheim).

In questa annata, si trova anche un indice alfabetico particolareggiato e generale dei volumi dall'XI al XX, molto comodo per facilitre le ricerche su argomenti che interessano.

fil.

L'Année médicale pratique. Anno XV, edizione 1936. Pubblicato sotto la direzione di C. LIAN; prefazione di E. SERGENT. Un vol. in 16° di 796 pag., con 24 fig. R. Lépine ed., Paris, 1936. Prezzo 26 frs.

Questo utile Annuario si pubblica ormai da quindici anni, il che dimostra il favore che ha incontrato presso la classe medica; favore, del resto, giustificato perchè esso risponde bene ai bisogni del medico pratico, raccogliendo in brevi articoli sintetici od in buoni sunti, i lavori pubblicati nello scorso anno nel campo della medicina generale, della chirurgia, della terapia, delle specialità, ecc. Esso mette, quindi, a portata di mano, giudiziosamente scelto secondo fini pratici, tutto ciò che vi può essere di più vitale ed interessante. Utile è lo

sfogliarlo, per leggervi qua e là le parti che maggiormente attraggono, ma ancora più al momento del bisogno il ricorrervi per consultazione, che è resa facile, oltre che per il fatto che la materia è ordinata per disposizione alfabetica, anche per il copioso indice alfabetico che comprende anche vari anni precedenti.

Varie notizie (elenco delle nuove specialità, dei nuovi strumenti, ecc.) completano l'utile e paziente lavoro. *fil.*

L'Année thérapeutique. Anno X (1935). Compilato da A. Ravina. Un vol. in-16° di 196 pag. Masson et C.ie, Paris, 1936. Prezzo 18 fr.

Come è noto, è questo un riassunto pratico delle novità terapeutiche pubblicate nell'anno. In questo volume, troviamo 48 trattamenti nuovi per le varie malattie od i singoli sintomi: algie, cirrosi, difterite, erisipela, morbo di Addison, reumatismo cronico, scarlattina, zona, ecc.; sono anche riportati i lavori di Ferrannini e di Panegrossi sulla cura bulgara dell'encefalite, pubblicati nel nostro giornale.

I metodi e le tecniche nuove riguardano la anestesia, la diatermocoagulazione, la puntura sottooccipitale, la trasfusione sanguigna, ecc.

Fra i medicamenti, di cui sono state fatte nuove applicazioni, sono trattati: il blu di metilene, la cloramina, l'ergosterol, l'insulina, lo jodio, i veleni, le vitamine, ecc.

Lo scopo di questa pubblicazione è quello di far conoscere ai pratici, sia le nuove tecniche di applicazione immediata ed agevole, sia di indicare loro i nuovi orientamenti di certi metodi terapeutici.

In questo volume, si ha anche un indice per i 4 anni precedenti.

fil.

S. e G. Wohlfart. *Mikroskopische Untersuchungen an progressiven Muskelatrophien.* In 16°, di 137 pag. con fig. Supplemento LXII degli Acta medica scandinavica, Helsingfors, 1935.

Studio serio e coscienzioso basato sull'osservazione di 23 casi in cui si fecero esami microscopici dei muscoli e del midollo spinale.

Gli AA. distinguono da una parte la distrofia muscolare progressiva e la D. miotonica e, dall'altra, le forme determinate da lesioni spinali. Essi trovano una grande affinità fra la atrofia muscolare progressiva neurotica e la distrofia progressiva, mentre la miotonia congenita costituisce una forma a parte. Il reperto microscopico del midollo spinale concorda generalmente con quello muscolare, mentre spesso il quadro clinico fa propendere per altre diagnosi; da ciò la grande utilità di assodare la diagnosi con la biopsia.

Gli AA. mettono in rilievo altri importanti reperti, che servono a dilucidare varî punti ancora oscuri dell'argomento.

fil.

Accademie, Società Mediche, Congressi

Il primo convegno del gruppo per lo studio delle malattie del ricambio.

Il « Gruppo Italiano per lo studio delle Malattie del ricambio » ha indetto a Milano un Convegno scientifico su tale argomento, invitando a parteciparvi tutti coloro che nel campo biologico e clinico si occupano di ricerche sul metabolismo organico. La riuscita ha superato l'aspettativa e l'aula dell'Istituto di Clinica Medica dell'Università di Milano ha raccolto, il 26 aprile, una eletta schiera di clinici e biologi, salutati del prof. Zoia, che ha poi invitato il prof. Bottazzi ad assumere la presidenza.

Sul *Ricambio dei lipidi* ha fatto una relazione il prof. Quagliarello, a cui sono seguìti il prof. Cannavò che ha parlato sull'influenza dell'ipofisi e dell'epifisi sul metabolismo dei grassi ed il prof. Frontali, il quale ha rivendicato la priorità dei suoi studî sulla buona utilizzazione degli olî vegetali, specialmente nel morbo celiaco; in tale malattia, sono meglio utilizzati i grassi a basso punto di fusione ed elevato indice jodico (olio di oliva, di papavero ecc.) mentre è scarsa l'utilizzazione del burro.

Sulla *cura ambulatoria dei diabetici* ha riferito il prof. L. Zoia, rilevando che nonostante tante ricerche, l'origine del fatto basale « iperglicemia » rimane tuttora oscura. Rimangono tuttora in vigore le teorie sull'origine insulare del diabete, sebbene modificate nel senso che la disfunzione delle isole di Langerhans non va disgiunta da quella di altri organi ormonici, vedute che sono del resto appoggiate dalle concezioni sulla origine plurighiandolare del diabete, o monoghiandolare con riflessi plurighiandolari.

La cura dietetico-insulinica, aggiunge il Relatore, è la sola a cui si debba ricorrere con le maggiori probabilità di successo. Interessante è il seguire i risultati ottenuti con la cura ambulatoria del diabete nell'Ambulatorio di Milano, che ha incominciato a funzionare nell'ottobre 1931. Ad esso sono afflulti (a tutto il marzo 1936) 1340 diabetici, di cui 528 non abbienti. L'Ambulatorio risponde bene anche nella sua funzione didattica e divulgatrice, soprattutto per combattere dei vecchi pregiudizi; entra fra le sue attività anche quella di fornire una « carta di identità » per ogni diabetico curato, la quale si è dimostrata assai utile.

L'O. considera poi la cura dietetica e quella insulinica, insistendo sull'assoluta inefficacia dei preparati per via orale ed accennando all'erroneo convincimento di alcuni medici che la cura insulinica debba durare per tutta la vita. Il trattamento del diabetico deve essere individualizzato, tenendo conto delle qualità e delle attitudini personali del malato, delle tolleranze od intolleranze alimentari individuali, della necessità di evitare i disturbi digestivi, del diabete in gravidanza e nei cardiopatici, ecc. In complesso, l'Ambulatorio si dimostra assai utile; il problema assillante ne rimane però sempre il lato economico.

Nella discussione, sono stati riportati casi di guarigione senza insulina ed altri di glicosurici, vissuti lungamente e relativamente bene pur con diete abbastanza larghe.

Il prof. Caccuri ha rilevato l'importanza del *fattore lavoro* nelle cure ambulatorie dei diabetici;

il diabete non è sempre influenzato dall'esercizio fisico nello stesso modo sicchè, nel prescrivere la cura dietetico-insulinica ai lavoratori, debbono praticarsi alcune ricerche, fra cui quella della curva glicemica nell'affaticamento.

Riguardo ai singoli alimenti nella dieta del diabete, il prof. CANNAVÒ si dichiara contrario ad alcuni che pure sono piuttosto usati, come il pane di segale e di avena, mentre possono essere utili gli alimenti glutinati ed iperglutinati. In generale, secondo quanto ha riferito il prof. SERIO, gli alimenti meglio tollerati sono quelli a cui una data popolazione è abituata *ab immemorabile;* l'amido di frumento è il più facilmente metabolizzato e sarebbe utilizzato al massimo grado l'elemento proteico di esso, il glutine, che è anche importante per il suo valore antichetogeno.

Interessanti sono state le comunicazioni sui caratteri nosologici regionali del diabete; citiamo fra esse quella del prof. VACCARI per la Liguria (dove il diabete avrebbe la maggiore frequenza) e del prof. M. ASCOLI per la Sicilia.

L'ottima riuscita di questo « Convegno » che ha trattato largamente i problemi scientifici e pratici fa attendere con impazienza il prossimo, che si terrà nel 1937, in una città da destinarsi.

fil.

R Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.

Presidente: Prof. G. JAPPELLI.

Seduta del 4 marzo 1936.

Morte da freddo e sistema reticolo-endoteliale.

M. RASO. — L'O., da ricerche sperimentali su colombi e conigli trattati con tripanblau all'1 % ed immersi in miscela frigorifera, conclude affermando che la milza influenza la resistenza al freddo, non già con l'attività delle cellule del S. R. E., ma probabilmente con la splenocontrattilità e con la funzione di riserva delle emazie, che le è propria.

Seduta del 1° aprile 1936.

Anomalia dei processi stiloidei in un caso clinicamente studiato.

D. TANTURRI. — L'O. riferisce di un caso clinico in cui ha potuto rilevare l'inglobamento dei processi stilodei di ambo i lati nelle tonsille palatine. Tale anomalia ossea bilaterale, rilevata all'esame diretto della faringe del paziente (uomo di 72 anni, di sana e robusta costituzione), è nuova nella letteratura e si aggiunge alle altre anomalie di già descritte, e che l'O. enumera. Ricordata l'embriogenesi del sistema ioideo e dei processi stiloidei, l'O. si intrattiene sui muscoli che si attaccano ad essi e principalmente sui muscoli stilo-ioidei, ritenuti come sostegni dell'osso ioide, contribuendo alla trazione in alto ed in dietro di tale osso: in questo caso la mancanza di tali muscoli non modifica la normale posizione dell'osso ioide. L'O. è di opinione che i muscoli stilo-ioidei abbiano una parte secondaria nella muscolatura destinata all'osso ioide sia per la sua posizione che per la sua sospensione. E ciò per il laringochirurgo è a tenersi presente per la chirurgia dell'ipofaringe, essendo altri gruppi muscolari (digastrico, miloioideo, ecc.) necessariamente più utili quando si deve ricostruire il piano antero-inferiore della faringe con appoggio all'osso ioide. L'O. ha corredato la sua relazione con radiografie esplicative

Il Segretario.

Reale Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta ordinaria del 17 aprile 1936.

Presiede: Prof. G. SALVIOLI, vice-presidente.

Prof. F. SESTINI. — *Sulla struttura del glande del cinocefalo amadriade: osservazioni sulle terminazioni nervose; sulla struttura dell'os penis.*

Tentativi sperimentali per ricercare il reflusso pielorenale.

Prof. F. SESTINI. — L'O. presenta alcuni preparati microscopici di rene di amadriade in cui è stato iniettata gelatina colorata per la pelvi. La gelatina ha refluito per i tubuli retti; in un sol caso è passata per le vene.

Emiplegia senza focolaio.

Dott. A. FORCONI. — L'O. illustra un insulto cerebrale con emiplegia destra durato tre giorni e mezzo in cui non venne trovato all'autopsia alcun focolaio di emorragia o di rammollimento. Il caso è interpretato — al modo di un altro recente del prof. Greppi — come un episodio di insufficienza circolatoria locale da brusca ipotensione in soggetto vecchio già iperteso e arteriosclerotico; e viene discussa la possibilità di tale evenienza nei riguardi dell'evoluzione della malattia ipertensiva e della sensibilità spiccata delle vie motrici ad un deficit del circolo, non ancora così grave da portare a grossolane alterazioni del tessuto nervoso.

A proposito di alcuni casi di setticemia stafilococcica.

Proff. G. SALVIOLI e G. MAZZETTI. — Gli OO. riferiscono su due casi mortali di setticemia stafilococcica in bambini. La malattia ebbe un decorso brevissimo con repentina insorgenza, accenno a localizzazioni osteo-articolari, precoce comparsa di delirio. Nel paziente che sopravvisse più a lungo (9 giorni) tendenza a essudazioni delle sierose, nell'altro a manifestazioni cutanee (*rash* orticariforme, manifestazioni scarlattiniformi). Dall'emocultura praticata in vita furono isolati due ceppi di stafilococco aureo perfettamente identici fra di loro per quanto riguarda i caratteri morfologici e culturali, l'intenso, inconsueto potere emolitico, la scarsa virulenza per il topolino e l'altissima virulenza per il coniglio. I due pazienti provenivano da località della provincia di Siena ben distanti l'una dall'altra.

Sopra un particolare aspetto delle pleuriti interlobari nella prima infanzia.

Prof. S. QUADRI. — Presentazione di sei casi di pleurite interlobare isolata in piccoli bambini, raccolti fra una serie di 134 ammalati di affezioni pleuriche. Considerazioni sulla non rarità di queste forme e sulla particolare caratteristica di risoluzione critica che si è verificata in cinque dei sei casi presi in esame.

Azione dell'urina di donna gravida sulle mammelle.

Dott. G. ROMANIELLO. — L'O. ha iniettato urina di donna a gravidanza avanzata in cavie impuberi, adulte, non gravide, gravide e castrate da oltre due mesi ed ha notato che la ghiandola mammaria si ipertrofizza poco nelle gravide, di più nelle adulte non gravide e nelle impuberi ed in modo sorprendente nelle castrate, ottenendo in queste ultime un reperto anche superiore a quello delle cavie adulte normali, fino ad una secrezione lattescente.

Il Segretario: G. MAZZETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Modalità insolite di contagio sifilitico.

L. Tommasi (*Soc. it. di Dermat. e sif. e Dermosifilografo*, marzo 1926) riporta tre casi non comuni di contagio sifilitico.

1) Ostetrica di 55 anni con eczema professionale alle mani; non usa guanti nell'espletamento delle sue mansioni. Da 2 mesi lo eczema sembra più acuto e non cede alle cure consuete. L'A. trova sifiloderma maculoso classico recente e sierologia positiva; grosse ghiandole a destra; invece, alla mano nulla che faccia pensare al sifiloma positivo. Nulla ai genitali nè alle altre mucose.

2) Medico anziano che non esercita nemmeno la medicina nè ha avuto occasione di toccare qualche cosa di sospetto. Mignolo destro tumefatto, duro, come infiltrato da un granuloma e senza fatti suppurativi; sifiloderma eritemato-papuloso classico, sierologia positiva. Qualche tempo prima, si era ferito leggermente al solco ungueale del mignolo stesso, nel mettere in moto la manovella della sua auto.

3) Donna di 53 anni che ha curato il figlio con sifiloma al labbro e non aveva usato alcuna precauzione. Dopo qualche tempo, accusa cefalea e vertigini. Esame somatico completamente negativo; la sierologia eseguita *ad abundantiam*, fortemente positiva. È probabile che si sia trattato di un'infezione per penetrazione del virus attraverso la mucosa senza sifiloma (sifilide acefala); possibilità ammessa specialmente per le donne e per casi a decorso benigno ed asintomatico, tale da realizzare un quadro di *infezione inapparente*.

fil.

La diagnosi di guarigione della sifilide.

La guarigione della sifilide è possibile, persino in modo spontaneo (però raramente). Essa è poi tanto più probabile quanto migliore e più precoce è stata la cura.

Come osserva L. Tommasi (*Il dermosifilografo*, marzo 1936) l'ostacolo essenziale per la diagnosi di guarigione nel singolo malato è dato dalla difficoltà di distinguerla dalle latenze, che possono essere complete e lunghe (anche oltre 50 anni).

Varî sono i criterî su cui si suole fondare la diagnosi di guarigione e cioè: 1) *C. clinici*; *a*) Età della sifilide; l'infezione si va attenuando col tempo; anche dopo decenni, possono però comparire riprese e contagi; *b*) gravità dell'infezione (non esiste parallelismo fra la gravità del decorso iniziale e la guaribilità dell'infezione); *c*) criterio terapeutico (la guarigione più frequente è in rapporto con cure ben condotte, ma non basta aver fatto cure sufficienti per giudicarsi guarito; *d*) esame clinico, che va fatto con la massima accuratezza, specialmente confrontando i reperti a distanza di tempo; comunque, la negatività è un dato necessario, ma non sufficiente.

2) *Criteri sierologici*: *a*) le sierodiagnosi sono spesso negative nelle latenze tardive ed anche in forme antiche, ma attive (aortite, lesioni oculari, ecc.). Utili la provocazione secondo Milian-Vernes e gli esami in serie. La sieropositività ostinata non esclude la guarigione, ma consiglia la diffidenza; *b*) Esame del liquor; utile per completare le ricerche, dà le indicazioni per il solo sistema nervoso centrale.

3) *Criteri immunitari*. La reinfezione non costituisce una prova sicura dell'avvenuta guarigione, ma può semplicemente attestare uno stato allergico. Fallace è la reazione intradermica (saggio allergico).

4) *Criteri di infettività residua*. L'inoculazione, nel coniglio, di gangli linfatici dell'uomo presunto guarito è assai poco utile praticamente.

In complesso, nessun segno sicuro; si tratta di diagnosi negativa e come tale soggetto ad errori.

La combinazione dei vari metodi può essere utile, ma non sicura. Si tratta sempre di diagnosi di probabilità, che va controllata nel tempo, tenendo in osservazione il paziente, senza però imporgli la continuazione di cure per tutta la vita, come alcuni vorrebbero.

fil.

Le strie ungueali nell'infezione sifilitica.

G. Milian (*Paris méd.*, 28 marzo 1936) richiama l'attenzione sulla importanza che possono avere, nella sorveglianza della sifilide, le alterazioni ungueali anche lievi, quali le strie trasversali e le erosioni punteggiate. La loro presenza, su una o più unghie, indica che ad un dato momento vi è stato un attacco attivo di sifilide e può mettere sull'avviso per la diagnosi in presenza di sintomi altrimenti non spiegabili, come, p. es., di una cefalea di etiologia incerta.

Si può anche stabilire la data dell'attacco attivo di sifilide, tenendo presente che l'unghia impiega circa sei mesi per essere eliminata e che, dopo 3 mesi, la stria si può trovare a circa 7 mm. dalla matrice. L'A. riporta un caso di comparsa di strie trasversali in una sifilitica secondaria, durante il periodo di riposo del trattamento; quest'ultimo era stato sospeso stante la negatività della Wassermann, mentre invece l'infezione continuava, tanto che si ebbe

sviluppo di roseola, con un notevole ritardo, di circa 19 mesi dalla comparsa dell'ulcera primitiva. *fil.*

La scelta del trattamento nella blenorragia.

Come osserva M. Carle (*Bruxelles médical*, 9 febbr. 1936) non esiste un trattamento della blenorragia applicabile a tutti i casi. Il trattamento migliore, quello che guarisce è la risultante di un'equazione in cui entrano non soltanto la tecnica, ma ancora le indicazioni, cioè l'adattamento della tecnica stessa al caso determinato e le possibilità del malato, considerazione troppo dimenticata dai Maestri che si librano troppo in alto e dagli assistenti delle consultazioni che fanno troppo presto.

Vi sono, di fatto, dei casi che si devono lasciare « scolare »: le forme acutissime, con abbondante scolo, meato congestionato, uretra infiltrata, minzioni dolorose, come pure le cistiti con pollachiuria o le minaccie di prostatite. Per quanto si sia partigiani delle lavature, si esiterà ad ordinarle in presenza di infiammazioni uretro-vescicali acute, Si consiglieranno i balsamici, la gonacrina, i vaccini. il riposo ed il regime adatto, in modo da calmare gli organi e diminuire lo scolo, di schiarire il secondo bicchiere. Dopo di che, si interverrà con le soluzioni antisettiche.

Ma vi sono dei casi intermediarii in cui l'esitazione è permessa. Scolo di 6-8 giorni, meato roseo, uretra sensibile, secondo bicchiere già opaco. In tali condizioni, interviene un elemento morale, professionale, sociale. Se il malato, già istruito sul maneggio della siringa, può anche andare ogni giorno dal medico per le grandi lavature, si può iniziare senz'altro il trattamento antisettico (iniezioni e grandi lavature; la grande lavatura quotidiana unica è insufficiente ed anche nefasta). Ma se si tratta di un contadino, di un operaio trattenuto lontano dal suo lavoro, meglio lasciare « scolare », poichè nelle loro mani, la siringa e, più ancora i tentativi di grande lavatura sarebbero nefasti.

Specialmente nei dispensari, ancor più che nei gabinetti di consultazione, l'elemento morale ha grande importanza. Nell'individuo già adusato al maneggio della siringa ed alle grandi lavature, si consiglino queste senz'altro. In un uomo ammogliato, si sopprima al più presto lo scolo, elemento di contaminazione o di rivelazione. Ma si lasci invece scolare il neofita inesperto, l'ingenuo che non capisce nulla, il vanitoso che contesta l'autenticità del suo scolo.

Per quanto riguarda poi i casi cronici, è inutile sottoporre alle grandi lavature le vecchie goccette militari, mantenute da follicoliti dell'uretra anteriore; od almeno, associarle alle iniezioni argentiche bi- o triquotidiane, prolungate ed a forti dosi, le sole efficaci con le dilatazioni.

In altri casi del genere, è in causa la prostata, ed allora: massaggi ed instillazioni.

Tutto questo è ben lungi dalla consueta fretta del Dispensario, la quale fa spesso trascurare l'esame microscopico, che è tanto più necessario con i fobici e gli ansiosi, stiratori della verga e contatori di filamenti, che si trovano in tutti gli ambienti, anche i più umili.

Semplificare il trattamento, riducendolo al minimo indispensabile. Le dilatazioni, come anche le grandi lavature quotidiane non costituiscono una necessità assoluta e si vedono talora dei pazienti che trascurano i loro affari per sottoporsi ad esse, senza essere per questo più sicuri della guarigione. Se la lavatura si può praticare, tanto meglio, altrimenti accontentarsi delle iniezioni argentiche, a dosi sufficienti e prolungate. *fil.*

Nella dermite delle labbra da rossetto.

G. Garnier (*Gaz. méd. de France*, 15 dic. 1935) consiglia anzitutto di sopprimere quei tipi di rossetto che sono sospetti e che contengono spesso dell'eosina. Il meglio sarebbe sopprimere tale vezzo degno delle tribù della Papuasia, ma siccome i gusti maschili continuano a non trovare più attraenti le labbra « pure » e la vanità femminile li asseconda, bisogna pur trovare un rimedio per queste martiri della moda.

Contro le lesioni eczematiformi o flittenulari, l'A. consiglia delle polverizzazioni all'acqua borica, mattina e sera per 10 minuti. Dopo queste, spennellature con un tampone di cotone della seguente soluzione:

Collargolo . . . . g. 1
Ittiolo . . . . g. 3
Acqua distillata . . . . . g. 100

Passata la fase flittenulare, ungere con la pomata seguente:

Balsamo del Perù
Vaselina . . . . ana g. 5
Lanolina . . . . g. 10

Come rossetto inoffensivo, si potrà usare il seguente:

Cera bianca . . . . g. 2,75
Lano-vaselina . . . . . . g. 10
Carminio di coccinìglia . . . . g. 1,50
Ylang-Ylang od altro profumo, 1 goccia.

fil.

Un trattamento indoloro ed incruento dell'unghia incarnata.

O. Frisch (*Wien. med. Woch.* e *Med. Welt*, 29 febbraio 1936) consiglia di assottigliare l'unghia, per tutta la sua lunghezza e per la larghezza di 1/2 cm., mediante un coltello affilato, come se si trattasse di temperare un lapis. L'unghia deve essere ridotta sottilissima; vi si mette un buon quarto d'ora, ma con questo, l'intervento è finito. Già il giorno dopo i dolori sono più scarsi e scompaiono in breve.

Con tale procedimento, si ottiene uno scarico dell'unghia in modo tale che la pressione laterale delle parti molli sul margine ungueale non ha più come conseguenza la formazione e lo sviluppo di un'ulcera da decubito. *fil.*

TECNICA DI LABORATORIO.

I caratteri del gonococco.

P. Barebellion (*Journ. des praticiens*, 21 marzo 1936) richiama giustamente l'attenzione sugli errori che si commettono nella diagnosi di gonococco, ritenendo per tali dei diplococchi banali ed insiste sul fatto che i caratteri del gonococco sono del tutto stabili; in corso di trattamento, può accadere che qualche elemento di gonococco appaia poco colorato od atrofizzato, od anche che scompaia uno degli elementi della coppia diplococcica; ma basta sospendere per un giorno il trattamento per vedere ricomparire la forma tipica.

I caratteri del gonococco sono i seguenti:

1) è sempre un diplococco reniforme a larga fessura; non ha mai tendenza a formare delle catene o dei bastoncini;

2) è sempre intracellulare; può anche trovarsi al difuori dei leucociti, ma queste forme extraleucocitarie non sono sufficienti per la diagnosi;

3) nello stesso leucocita, il gonococco è sempre solo e non mai accompagnato da altri tipi (cocchi, bastoncini, catenelle);

4) il gonococco è sempre gram-negativo.

Nelle culture (sempre difficili) il gonococco ha la stessa stabilità morfologica e tintoriale.

Gli altri germi uretrali manifestano invece un polimorfismo; fra essi, è specialmente da citare il *B. coli*, che l'A. ha una volta trovato nel centrifugato dell'urina di un individuo con stringimento; si trattava di diplococchi intracellulari gram-negativi; il loro numero eccessivo fece dubitare della loro identità; la coltura ha dimostrato che si trattava di *B. coli*.
fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

La biochimica del sangue mestruale.

Risulta dalle ricerche di C. Daniel e I. Florian (*Gynécollogie et obstétrics*, genn.-marzo 1936) che il sangue mestruale non è da considerarsi come un semplice prodotto di escrezione o di stravasamento. Esso presenta caratteri chimici e biologici diversi da quelli del sangue circolante. È incoagulabile, probabilmente per mancanza di fibrinogene e per eccedenza di fermento triptico della mucosa uterina. Esso inoltre subisce una certa diluizione, in quanto che contiene una minor quantità di sostanze fisse, in generale, e, specialmente di clorури.

La sua produzione è contemporanea a delle modificazioni del sangue circolante, per quanto riguarda l'indice di coagulazione ed il fermento antitriptico del siero. L'indice di coagulazione segue una curva discendente in prossimità dei mestrui e durante il periodo mestruale nelle donne normali, le quali presentano delle variazioni del fermento antitriptico durante il ciclo il che viene a convalidare le teorie secondo cui l'incoagulabilità del sangue mestruale è dovuta alla tripsina della mucosa uterina.

Invece, il meccanismo di sanguinamento nelle donne affette da fibroma uterino sarebbe dovuto ad un fenomeno puramente locale.
fil.

VARIA

Condizioni fisiche e disoccupazione.

È logico, ed appare accertato che questi due gruppi di fenomeni possono influenzarsi reciprocamente. Durante gli anni della crisi la sottonutrizione risultante dalla disoccupazione ha molto contribuito ad estendere e a rendere più grave la tendenza dell'organismo umano a soggiacere ai danni delle malattie. *The Journal of the American Med. Ass.* n. 1, 1936), analizzando uno studio fatto dal Dipartimento di ricerche sulla disoccupazione dell'Università del Minesota, viene precisamente a queste conclusioni. Ricerche fisiche, psicologiche e sociologiche condotte scientificamente su un gran numero di disoccupati di Mineapolis, St. Paul e Duluth han dimostrato chiaramente la stretta relazione esistente tra condizioni fisiche e le condizioni fisiche scadenti aggravano la disoccupazione. Questa predispone a dati difetti fisici e rende impossibile al disoccupato la cura di quelli che egli eventualmente avesse in precedenza, ora il trascurare i propri difetti fisici rende più deboli e più incapaci anche in altre cose. D'altro lato chi gode buona salute e si difende il più possibile da difetti fisici soffre più difficilmente di disoccupazione che non quelli che sono ostacolati da cattive condizioni di salute. D'altra parte gli stessi datori di lavoro possono sperare in un maggior rendimento dei loro lavoranti se ne curano e prevengono i difetti fisici. Lo studio quindi di questi ostacoli fisici è utilissimo sia nei lavoranti che nei disoccupati. L. TONELLI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

I. TANSINI. *Per il perfezionamento della operazione chirurgica nella lotta contro il cancro.* — Tip. Campi, Foligno, 1935.

U. NOBILI *Chirurgia d'ospedale di Provincia.* — Tip. Argentana, Argenta, 1935.

E. MORETTI. *Su di un eccezionale caso di granuloma cronico da necrosi del tessuto adiposo orbitario.* — Tip. Impegnoso e Pulvirenti, Catania, 1935.

U. CAPECCHI. *La lattoterapia nell'infezione tifosa.* — Tip. Campi, Foligno, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

BOLZANO, per Bolzano (2° reparto), Brennero; scad. 30 giugno.

NOVARA, per Cannero, consorzio Carpignano Sesia-Landone, Casale Corte Cerro, Cavallirio, Garbania Novarese, Chiffa, consorzio Santa Maria Maggiore-Druogno; scad. 30 giugno.

PESARO, per Gabicce, Orciano di Pesaro, Sant'Angelo in Vado, condotte di città e direttore del Civico Ospedale, Sant'Ippolito, Tavoleto, Gradara; scad. 15 giugno.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

DESIO (*Milano*). *Ospedale di Circolo.* — Concorso al posto di medico primario. Età massima anni 45. Stipendio L. 12.000 annue oltre l'abitazione. L'Ospedale dispone di 230 letti e presta servizio ai 12 Comuni del Circolo Ospedaliero con una popolazione di oltre 80.000 abitanti. Scadenza ore sedici del giorno otto giugno 1936-XIV.

FERRARA. *Arcispedale di Sant'Anna.* — Scad. 15 giugno, ore 18; 5 posti di assistente; L. 4000 annue, al lordo delle ritenute di R. M. e assicurazioni sociali, al netto da riduzioni; percentuali; L. 10 per ogni servizio di guardia; età limite 30 anni. Nomina e conferme biennali. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Presidenza dell'Amministraz. (corso Giovecca 203).

GENOVA-PONTEDECIMO. *Ospedale « Andrea Gallina ».* — Scad. 14 giu.; medico primario con funzioni di vice-direttore, aiuto primario chirurg. e aiuto primario medico; stipendi rispettiv. L. 5000, L. 4000 e L. 3500; laurea rispettiv. da 6, 2 e 2 anni; età limite 40 anni; tassa L. 50; assunzione servizio entro 15 giorni.

LECCE. *Ospedale Civile « Vito Fazzi ».* — Scad. 15 giugno; aiuto medico; stip. L. 3000 annue; riduzioni e ritenute di legge; compartecipaz.; età limite 45 anni al 31 marzo; 10 anni di esercizio profession.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civile.* — Scad. 14 giugno, ore 12; medico aiuto; titoli; stip. L. 6000; guardie L. 20; età limite 35 anni; tassa L. 50; 3 anni di assistentato in ospedale o istituto universitario; assunzione servizio entro 20 giorni.

SULMONA (*Aquila*). *Casa Santa dell'Annunziata.* — Aiuto medico presso l'Ospedale Civile; stip. L. 3000 annue, indennità vitto L. 2400 annue, alloggio in Ospedale. Rivolgersi all'Amministrazione del Pio luogo.

TORINO. *Ospedale « Maria Vittoria ».* — Scad. 7 giugno, ore 17; vice direttore dell'Istituto di elettroterapia e dell'ambulatorio di neuropatologia. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale, via Medail 3, Torino.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — A tutto il 13 agosto 1936-XIV è aperto il concorso per titoli al posto di Primario Anatomo-Patologo e del Laboratorio Micrografico: assegno annuo L. 6700 lorde da ridurre del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caroviveri; compartecipazione agli utili del Laboratorio. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

TRIPOLI. *Ospedale Coloniale Principale.* — Medici capi reparti: radiologico, tisiatrico, dermoceltico, delle malattie infettive, otorinolaringoiatrico, neuropsichiatrico, di medicina; scadenze: 21 giugno per il primo posto; 22 giugno per il secondo; 26 giugno per il terzo, quarto e quinto; 30 giugno per il sesto e il settimo; stipendio iniziale lire 16.700, indenn. servizio att. L. 3700; indennità coloniale e altri assegni; è consentito il libero esercizio; età limite 40 anni al 31 gennaio. Rivolgersi al Ministero delle Colonie, Ufficio del Personale, Roma. I bandi di concorso sono pubblicati nella « Gazz. Uff. », nn. 94 (23 apr.), 95 (24 apr.), 98 (28 apr.) e 96 (25 apr.).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Francesco Graziani, di Zara, primario chirurgo dell'Ospedale provinciale, presidente dell'Unione provinciale dei Sindacati professionisti e artisti e presidente del Comitato provinciale della Croce Rossa, su proposta della Presidenza Centrale della Croce Rossa Italiana, è stato promosso commendatore della Corona d'Italia.

Rallegramenti cordiali. L. P.

NOTIZIE DIVERSE

Italia imperiale.

La fine della guerra, con il suggello glorioso della pace romana, fa estendere la nostra sovranità e fa irradiare la nostra civiltà su di una vasta, fertile e ricca zona dell'Africa.

Voluto dal Duce, sanzionato dal Gran Consiglio del Fascismo, dal Consiglio dei Ministri e dalle due Camere, l'impero italiano è ormai nella Storia.

Il Duce proclamava nel discorso del 9 maggio: « Impero Fascista, perchè porta i segni indistruttibili della volontà e della potenza del Littorio Romano.

« Impero di pace, perchè l'Italia vuole la pace per sè e per tutti e si decide alla guerra soltanto quando vi è forzata da imperiose incoercibili necessità di vita.

« Impero di civiltà e di umanità per tutte le popolazioni dell'Etiopia. È nella tradizione di Roma, che dopo aver vinto associava i popoli al suo destino.

« Il popolo italiano ha creato col suo sangue l'Impero. Lo feconderà col suo lavoro e lo difenderà, contro chiunque, con le sue armi ».

Echi della nostra impresa africana.

Il Comitato Internazionale della Croce Rossa porta a conoscenza della Società delle Nazioni una circolare inviata alle varie organizzazioni nazionali nella quale fra l'altro si espongono le ragioni che hanno ritardato l'inizio dell'inchiesta sulle violazioni delle leggi di guerra: soltanto il Governo italiano ha annunciato le condizioni che esso propone per tale inchiesta, condizioni che al Comitato Internazionale sono sembrate ragionevoli, mentre il governo etiopico non ha mai nominato il plenipotenziario per discutere in proposito. Dalla data di questa circolare, ossia il 27 aprile, dice la comunicazione, la situazione è cambiata, causa gli ultimi avvenimenti militari e politici sopravvenuti in Etiopia e si è essenzialmente modificata la possibilità di una inchiesta che risponda ai desideri già espressi dal Governo etiopico e da quello italiano. Ma poichè nella nota dell'on. Suvich del 30 aprile al Presidente del Comitato dei Tredici risulta che il Governo italiano persiste nel suo desiderio di stabilire la verità dei fatti, il Comitato della Croce Rossa rimane pronto a iniziare l'inchiesta qualora possa essere organizzata in condizioni che offrano tutte le garanzie necessarie. Esso tuttavia avverte che non potrà assumere le spese. D'altra parte, se l'inchiesta non dovesse aver luogo, il Comitato internazionale si riserva di fare uso, compatibilmente con i suoi doveri di imparzialità, di alcuni documenti in suo possesso.

Si ha notizia da Addis Abebà che uno squadrone di cavalleria venne inviato a 50 km. dalla città in soccorso del dott. Ossent, svizzero, assediato da bande di razziatori; l'Ossent era illeso.

Il prof. Gaifami al Congresso dei ginecologi francesi.

In seguito ad invito della Società dei ginecologi francesi, si è recato a Parigi il prof. Paolo Gaifami, presidente della Società Italiana di ostetricia e ginecologia, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Roma, onde partecipare ai lavori di quel congresso.

Congressi e convegni varî.

Il Comitato organizzatore del 4° Congresso internazionale di pediatria, Congresso presieduto dal prof. L. Spolverini, è stato ufficialmente informato che il Comitato ordinatore del 2° Congresso Internazionale per la Protezione dell'Infanzia — il quale, in base alla decisione dell'assemblea generale del Congresso di Parigi, si sarebbe dovuto svolgere in Roma nel corrente anno presso che contemporaneamente a quello Pediatrico — ha ritenuto conveniente di chiedere il rinvio all'anno prossimo.

Nell'intento che il Congresso Pediatrico si svolga in un'atmosfera di fattiva ed unanime collaborazione internazionale per il raggiungimento degli alti fini scientifici e sociali ai quali esso tende, si è stabilito che anche il Congresso internazionale di Pediatria venga rinviato all'anno venturo, ad un'epoca la più prossima possibile (e precisamente nella prima decade dell'aprile 1937), insieme a quello della Protezione dell'Infanzia.

Il 3° Congresso medico-chirurgico calabrese si è svolto a Catanzaro dal 15 al 17 maggio, con l'intervento di oltre 300 medici delle province calabresi e di molti illustri rappresentanti delle Università italiane. All'inaugurazione parteciparono le Autorità; parlarono il Prefetto, il Segretario federale, il Preside della Provincia, il Podestà, l'Arcivescovo, il Segretario del Sindacato Medico Fascista dott. Piterà, il prof. Caminiti, il prof. Santoro, il presidente del Comitato ordinatore prof. Cantafora, il presidente d'onore prof. Jemma. Il prof. Pizzini commemorò poi la grande e nobile figura di Pietro Castellino, patriota, scienziato, maestro, uomo politico. Il prof. Bruni esaltò un altro illustre clinico calabrese, Diodato Borrelli.

Ampiamente discusse furono le tre relazioni: « Appendicite e drenaggio duodenale » (prof. V. Aloi), « La tubercolosi come problema sociale in Calabria » (dott. L. Belliotti), « Tubercolosi renale » (prof. F. Virgilio). Ebbero anche luogo numerose comunicazioni.

La 94ª riunione della Società dei naturalisti e medici tedeschi si terrà dal 20 al 24 settembre in Dresda. Alla seduta inaugurale i proff. v. Bergmann (Berlino) e Grote (Dresda) parleranno sul tema: « Compiti e scopi della medicina e della ricerca biologica ». Saranno tenute varie conferenze nel campo medico (dai proff. Aschoff, Volhard, Payr, e altri).

Un congresso di medicina dello sport si terrà a Berlino dal 27 al 31 luglio; i partecipanti potranno presenziare, subito dopo, le gare olimpioniche, che s'iniziano il 1° agosto.

Ricordiamo che le Giornate mediche di Bruxelles (15ª sessione) si terranno dal 20 al 24 giugno. Richiameranno indubbiamente moltissimi medici e assumeranno grande importanza. Rivolgersi al segretario generale Dr. Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles.

Dal 15 al 18 aprile si è tenuto ad Atene il 3° congresso internazionale di patologia comparata. La seduta inaugurale ebbe luogo alla Camera dei Deputati e fu presieduta dal Re Giorgio II, che lesse un discorso in lingua francese; parlarono poi il presidente del congresso prof. Bensis, il ministro dell'igiene e vari delegati, quasi tutti in francese. La guardia degli evzones prestava servizio d'onore.

Gl'italiani furono assenti da questa manifestazione; ma il prof. Sanarelli, che era stato nominato tra i vice-presidenti e che era uno dei relatori, mandò la sua relazione, sulle spirochetosi, la quale venne discussa. Alla seduta di chiusura si rinnovarono i discorsi.

Ebbero luogo varie escursioni.

Il 6° Congresso panucraino dei chirurgi si terrà a Odessa dal 25 al 29 giugno; comprenderà una giornata ortopedica. Rivolgersi al presidente dell'Ufficio d'organizzazione, prof. N. I. Kefer, r. Bebel 58 log., Odessa, Ucraina.

Riforma degli studi medici in Spagna.

L'organizzazione degli studi medici in Spagna è stata modificata notevolmente; le innovazioni sono dovute in gran parte al dott. Villalobos, distinto medico di Salamanca. Il nuovo ordinamento andrà in vigore a partire dal prossimo ottobre.

Gli studi comprendono, col nuovo ordinamento: un anno preparatorio nella Facoltà di scienze, un corso di sei anni nella Facoltà medica e un semestre d'internato in ospedale; si consegue così la *licenza* di medicina; per il *dottorato* si richiede almeno un anno di studi complementari.

Nell'anno preliminare s'insegnano chimica, fisica, biologia e matematica. Il corso medico è così ripartito: 1° anno: anatomia descrittiva e topografica, embriologia, istologia, fisiologia generale; 2°: anatomia descrittiva e topografica, embriologia, fisiologia speciale, microbiologia; 3°: farmacologia e materia medica, anatomia patologica, patologia generale; 4°: patologia medica, patologia chirurgica (compresa la tecnica operatoria), ostetricia e ginecologia, igiene e batteriologia sanitaria; 5°: patologia medica, patologia chirurgica, medicina legale e deontologia; 6° patologia medica, terapia clinica, pediatria, oftalmologia, oto-rino-laringologia, dermatologia, psichiatria. Inoltre l'allievo deve studiare almeno una delle specialità seguenti: urologia, parassitologia, endocrinologia, idrologia, elettrologia.

Gli esami vengono divisi in due cicli: delle materie basilari e di quelle cliniche; ogni ciclo è diviso in gruppi (3 per il primo e 4 per il secondo); la riprovazione in una materia del gruppo implica quella in tutto il gruppo. Dopo la pratica ospedaliera si deve ancora sostenere un esame di licenza.

Per conseguire il dottorato occorre frequentare un corso di storia della medicina e presentare una tesi, su di un tema scelto da un professore.

È previsto il rilascio di diplomi di specializzazione; ma con ciò non viene ristretta l'attività dei pratici generici nel campo delle specialità; i diplomi attestano una maggiore conoscenza specializzata, ma non creano diritti di esclusività nell'esercizio.

Le Facoltà possono autorizzare l'insegnamento in centri ufficiali, ospedali, istituti ecc., che da esse siano stimati in grado di adempiere le condizioni pedagogiche desiderabili, e ciò allo scopo di aumentare le possibilità di studio. — A tal fine le Facoltà propongono all'Università di conferire la « venia docendi » a professori, docenti aggregati o liberi ed a medici liberi esercenti, che per la solida preparazione scientifica, diano ogni affidamento. Questi ultimi dovranno avere un servizio di malati con tutte le installazioni moderne, e saranno sotto il controllo della Facoltà.

Ospedale Sanatoriale di Chieti.

Il 10 maggio, alla presenza del generale Russo, capo di S. M. della Milizia, dell'on. Biagi, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, e delle gerarchie locali, venne inaugurato l'Ospedale Sanatoriale di Chieti.

Con questa inaugurazione, che precede di pochi giorni quella degli Ospedali Sanatoriali di Venezia e di Brindisi, l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale raggiunge una disponibilità di 37 Ospedali Sanatoriali per un complesso di 11 mila posti-letto.

L'Ospedale Sanatoriale di Chieti ha una capacità di 282 posti-letto; la sua costruzione ha importato una spesa di 6 milioni e 400 mila lire.

Colonia elioterapica di Mantova.

La Colonia elioterapica di Mantova, che sin'ora ha funzionato in modo temporaneo al Campo sportivo e poi sul Te, diverrà ora permanente; sorgerà sul Lago Maggiore, nel tratto di spiaggia che si estende superiormente al grazioso parco del Dopolavoro postelegrafonico, fra esso e lo spalto di Belfiore.

Il Genio Civile, con una squadra di 60 operai, ha iniziato lo sgombero dello specchio d'acqua prospiciente dalle acque; Il Comune penserà alla costruzione dello stabile, per la direzione e i vari servizi; la Federazione provinciale dei Fasci di Combattimento — Ente Opere Assistenziali — provvederà all'arredamento, oltrechè al normale funzionamento della Colonia che, coi primi di luglio, ospiterà le parecchie centinaia di bimbi poveri della città.

Conferenze.

Il prof. Luigi Ferrannini, clinico medico di Bari, per invito della Società della Medicina interna della Repubblica austriaca e con l'intervento della Società dei neurologi ha riferito a Vienna sopra i postumi dell'encefalite letargica, fermandosi sovratutto sui risultati delle sue osservazioni cliniche. Assistevano alla conferenza le più alte notabilità della scienza medica austriaca, tra cui i proff. Eppinger, Bauer, Falta e Rotheberger, moltissimi studenti e il nostro Console generale in rappresentanza del Ministro.

Il prof. sen. Pende ha tenuto una conferenza nell'Istituto di patologia medica da lui diretto, sulla specializzazione delle acque minerali di cui ha distinto dieci gruppi, definendone le azioni terapeutiche.

Il direttore generale della Sanità pubblica, prof. G. Petragnani, ha tenuto all'Istituto Carlo Forlanini una conferenza dal titolo « Infezione e malattie ». Egli ha fatto una serrata critica delle dottrine riguardanti le vie d'infezione tubercolari nell'organismo. Finita la conferenza si è trattenuto in discussione con un gruppo di studiosi.

Il « Centro Radio-Medico », che ha saputo acquistarsi tante benemerenze con la sua attività nel campo dei soccorsi sanitari alla gente di mare in navigazione, ha preso in Italia, la iniziativa di conferenze per radio dedicate ai medici condotti.

La prima conferenza sarà tenuta dal senatore prof. Aldo Castellani, che rappresenta oggi la più alta competenza nel campo della medicina tropicale. Seguiranno quelle di altri illustri maestri in altre branche della medicina.

L'Italia così, anche in questo campo, non sarà seconda a nessuna nazione.

Il prof. D. Ottolenghi, direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Napoli, ha tenuto una

conferenza di divulgazione scientifica sul tema: « Come ci si difende dalla malaria », illustrata da una cinematografia.

Littoria onora il ricordo di Giorgio De Blasi.

Sulla spiaggia di Littoria è stato inaugurato, il 14 maggio, un cippo marmoreo in memoria dell'eroico sottotenente pilota Giorgio De Blasi, studente in medicina, arruolato volontario per l'A. O. e caduto nell'ottobre scorso mentre si esercitava arditamente in voli radenti.

Al commovente rito in vicinanza del mare erano presenti, oltre tutta la famiglia dell'Accademico d'Italia prof. Dante De Blasi, padre del giovanissimo caduto, gli accademici Panzini e Bottazzi, il Prefetto di Littoria, S. E. Petragnani, molti ufficiali della R. Aeronautica e numerosi professori, clinici e igienisti delle Regie Università di Roma e di Napoli. Si erano fatti rappresentare il Presidente della Camera on. Ciano, il Presidente della Accademia d'Italia Marconi, gli onn. Buffarini, Mormino, Di Crollalanza e Morelli.

Tra la viva commozione dei numerosi presenti, hanno pronunziato elevati discorsi il Podestà di Littoria comm. Palmardita, il parroco don Borello che raccolse la salma del Caduto, e il prof. Botti.

Al canto dell'« Inno a Roma » dei Balilla di Littoria è stato scoperto il cippo che portava incise nel travertino queste parole: « Contro i resti del naviglio — che il mare abbandonò sull'arena — percosse e si infranse — l'ala rutilante di Giorgio De Blasi — lanciata alle audacie guerriere — del volo radente — per la gloria fascista — della Patria immortale — 14-X-XIII E. F. ».

Dopo la benedizione del marmoreo cippo è stato fatto l'appello fascista dell'Aquilotto Caduto.

Un po' dovunque.

Il Comitato centrale permanente dell'oppio ha tenuto la sua 26ª sessione a Ginevra dal 24 al 31 marzo, sotto la presidenza del sig. Lyall; l'Italia vi era rappresentata dal prof. Ferrari dalle Spade.

L'Associazione della Stampa Medica Francese si è adunata a Parigi il 15 febbraio, sotto la presidenza del prof. Loeper, che è stato rieletto presidente.

Il prof. Gaetano Ronzoni ha riferito al « Rotary » di Milano sulla difesa sanitaria della città e provincia.

A Modena verrà costruito un Policlinico, col finanziamento di un Consorzio provinciale e in seguito al voto unanime del Consiglio provinciale di Sanità, cui ne aveva riferito ampiamente il prof. P. Sisto.

A Cremona sorgerà un nuovo Dispensario antitubercolare, quasi affiancato a quello attuale.

Il 16 marzo fu inaugurato alla Facoltà medica dell'Università imperiale di Tokio l'Istituto del cervello, dovuto alla generosità di un filantropo, Horikoshi Kakujiro; sarà diretto dal prof. Koichi Miyake e diviso in 4 sezioni: chimica, anatomo-istologia, psicologia, medicina sociale (igiene mentale e statistica).

La Facoltà di medicina di Mukken (Manciuria) ha elaborato un progetto d'Istituto di medicina coloniale, il quale sarà destinato, in cooperazione di analoghi istituti delle Facoltà d'agricoltura e di scienze applicate, ad organizzare la colonizzazione della Mongolia. Il progetto prevede un bilancio di 300.000 yen per le ricerche consuetudinarie e di 200.000 per le ricerche scientifiche; è costituito un fondo di riserva di 200.000 yen.

In seguito allo scioglimento della Camera francese, il progetto di legge sull'ordine dei medici è provvisoriamente abbandonato; una proposta di legge sull'ammissione dei malati abbienti negli ospedali non ha potuto essere discussa; una proposta di legge che tende a impedire le intese fra medici e commercianti di medicinali, a detrimento della dignità medica, è stata rimandata.

L'Associazione Volontari Italiani del Sangue ha invitato tutti i cittadini a farsi determinare il proprio gruppo sanguigno, di modo che, in caso di urgenza, possa farsi subito la scelta del donatore. Le determinazioni saranno fatte gratuitamente. Verrà rilasciata una tessera, indicante il gruppo. A scanso di possibili equivoci, si potrà far indicare il gruppo per mezzo di un tatuaggio indelebile, in una parte poco visibile del corpo.

Una Commissione composta dai proff. Piccagnoni, Tibaldi, Villa e Cortese ha consegnato al Magnifico Rettore della Università di Pavia la somma di L. 45.000 destinata alla fondazione che porterà in perpetuo il nome del prof. Achille Monti. A tale fondazione hanno contribuito da ogni parte d'Italia allievi ed ammiratori del prof. Monti.

Un premio letterario istituito dall'Unione provinciale di Littoria della Confederazione Fascista dei professionisti e artisti, per un'opera in cui venisse esaltata la terra, premio dell'importo di L. 5.000, intitolato « Sabaudia », è stato conferito al dott. Vincenzo Rossetti, per il suo volume « La mia terra pontina »; il Rossetti è nato a Terracina, conta 39 anni ed ha esercitato la medicina per 11 anni nella regione Pontina.

Il giorno 21 aprile, nell'Ospedale di Santa Fina in San Gimignano, si procedette alla consegna della « Stella al merito del lavoro » che il Governo Fascista decretò al « Volontario del sangue », infermiere Guido Martinucci, per le numerose donazioni di sangue alle quali volontariamente si è sottoposto. La cerimonia si svolse alla presenza delle Autorità cittadine e di un gruppo di beneficati. La consegna della onorificenza fu fatta dal medico provinciale di Siena prof. Giraldi, il quale portò anche il saluto del Prefetto. Parlarono il presidente dell'Ospedale sig. Ferdinando Puccioni ed il direttore sanitario e chirurgo primario prof. Gucci.

In Francia nel 1935 le morti hanno superato le nascite di 19.476 unità, mentre si era registrata l'anno precedente un'eccedenza di nascite di 42.840 unità. Per diecimila abitanti, le eccedenze delle nascite si elevava a 10 nel 1934, mentre nel 1935 si nota un'eccedenza di 5 morti. I matrimoni sono scesi nel 1935 a 284.604, contro 298.192 nel 1934.

La spedizione scientifica diretta dal dott. Charcot ritornerà prossimamente in Groenlandia a bordo del « Pourquoi-pas ? » di cui si valse nel viaggio dello scorso anno.

Il 23 aprile è stato inaugurato a Milano il corso di addestramento per patronesse dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, con un discorso dell'avv. Sileno Fabbri, presidente dell'Opera. Tra le lezioni svolte sono quelle dei proff. Alfieri, Nasso, Preti, Devoto.

Si è spento a Zurigo, in età di 72 anni, il prof. JOSEF JADASSOHN, uno dei più eminenti dermatologi della Germania. Insegnò prima a Berna e poi a Breslavia, sino al 1931, quando venne fatto emerito. La sua opera scientifica è straordinariamente ricca; egli ha individuato i tricofitidi, analoghi ai tubercolidi; ha dato il suo nome a varie malattie cutanee: « anetodermia erythematosa » o « cutis maculosa atrophica »; « pityriasis lichenoides chronica » o « parapsoriasis guttata »; la strana affezione « granulosis rubra nasi ». Ha accertato il compito dell'allergia in varie manifestazioni cutanee, nozione oggi ammessa generalmente. Con grande larghezza d'idee ha affrontato il problema della predisposizione, mettendosi all'avanguardia sulla via del biologismo. Un altro dominio in cui si è affermato è l'igiene sociale, particolarmente nella profilassi antivenerea. È stato anche di un'intensa attività letteraria; ha diretto la monumentale enciclopedia « Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten », in 32 volumi; ha diretto o contribuì a dirigere i più importanti periodici tedeschi della specialità e una « Sammlung » di monografie. Clinico e istopatologo senza rivali, aveva anche l'animo del maestro. Era modesto e buono.

Trattandosi di un israelita, si vide costretto negli ultimi anni a rifugiarsi in Svizzera, presso il figlio; e ora nei giornali medici della Germania non si trova che l'accenno della sua morte; ma notizie biografiche ampie sono pubblicate in altri Paesi e Darier, sulla « Presse Médicale » (9 maggio), non esita a proclamarlo « la più grande figura della dermatologia attuale ».

A. P.

È morto a Parigi, in età di 78 anni, il dott. TEOPHILE LEGRY; anatomo-patologo eminente, si occupò sovratutto delle alterazioni della glandola epatica; batteriologo consumato, stabilì con Chantemesse e Widal le basi della nosologia delle infezioni colibacillari. Era molto apprezzato, malgrado l'estrema modestia con cui egli dissimulava i suoi meriti.

Dopo un infortunio automobilistico occorsogli lo scorso anno, non si era più rimesso.

M. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 13 aprile al 19 aprile 1936: Morbillo 310 (1917); Scarlattina 121 (237); Pertosse 135 (626); Varicella 134 (319); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 124 (195); Infezioni paratifiche 27 (32); Febbre ondulante 59 (93); Dissenteria 7 (7); Difterite e croup 230 (423); Meningite cerebro-spinale epidemica 17 (20); Poliomielite anteriore acuta 14 (23); Encefalite letargica 3 (3); Anchilostomiasi 7 (10); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 47 (62), dichiarata — (—); Pustola maligna 5 (5); Parotite epidemica 90 (357); Leishmaniosi — (—); Febbre puerperale 23 (24).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI. Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 1 Giugno 1936 - XIV Num. 22

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Sen. Prof. N. PENDE

L'operazione di Pende ed il blocco dello splancnico sinistro nella cura degli stati ipertensivi.

Prof. LORENZO ANTOGNETTI.

L'operazione della splancnicotomia sinistra, proposta dal Pende al Congresso di Medicina Interna del 1924 per la cura dell'ipersurrenalismo midollare e degli stati ipertensivi in genere, trova la sua giustificazione dottrinale nella dimostrazione, pure dovuta al Pende nel 1903, di una azione trofica esercitata dallo splancnico sinistro sulla sostanza midollare surrenale dei due lati, inoltre nel fatto che i nervi splancnici dominano costrittoriamente il più vasto territorio circolatorio e quello che più di tutti condiziona lo stato della pressione generale.

Gli studi di questi ultimi anni hanno ben messa in evidenza la grande importanza che alla esclusione funzionale dei nervi dei seni carotidei (nervi di Hering) e dei nervi depressori (nervi di Cyon) spetta nella genesi di alcune forme di ipertensione: ora deve ammettersi, con riferimento alle esperienze dello Heymans, che in seguito al venir meno dei normali riflessi inibitori centripeti originati dai nervi dei seni carotidei e dai depressori, si pervenga ad uno stato di eccitamento dei centri vasomotori diencefalici, eccitamento esplicantesi a sua volta in via centrifuga attraverso i nervi splancnici, donde l'aumento della pressione arteriosa condizionato dall'azione diretta vasocostrittoria di questi nervi e dalla loro azione indiretta adrenalinosecretrice. E noi stessi (Antognetti) abbiamo potuto ben mettere in evidenza in due gruppi di animali l'uno sottoposto alla asportazione dei seni carotidei. l'altro alla sezione dello splancnico sinistro, un comportamento opposto per quel che riguarda il biochimismo ematico e specialmente i valori della glicemia: questi apparivano in-

fatti aumentati nel gruppo di animali sottoposti alla esclusione operatoria dei seni, diminuiti nel gruppo sottoposto invece a taglio dello splancnico sinistro. Col primo intervento noi avevamo evidentemente indotto, attraverso la esclusione dei nervi di Hering, un esaltamento del tono splancnico e quindi una iperincrezione adrenalinica responsabile dell'iperglicemia, col secondo intervento invece una insufficienza incretoria adrenalinica, manifestantesi con la ipoglicemia, ed una ipotonia vasale del territorio splancnico. Questo secondo gruppo di ricerche ha ricevuto una recente conferma da parte di Ciceri e Gabrielli, i quali appunto col blocco anestetico dello splancnico hanno realizzato nell'uomo ipoglicemia ed aumento di tolleranza verso gli idrati di carbonio.

Dal punto di vista strettamente fisiologico si potrà obbiettare che l'organismo animale, grazie alle sue possibilità di compenso, provvede rapidamente a supplire e correggere l'insufficente innervazione trofica e secretoria surrenale; mentre d'altra parte nel sistema vascolare addominale resta pur sempre una innervazione vasomotoria capace di reazioni costrittorie: questi presupposti troveranno conforto negli esiti lontani della splancnicotomia praticata nell'animale normale, essendo noto che l'ipotensione successiva all'intervento mette capo, nel volger di venti-trenta giorni, al ripristino dei valori pressori normali. Ma queste obbiezioni, puramente fisiologiche, cadono di fronte alla considerazione che il compenso è fisiologicamente ortoplastico, diretto cioè a reintegrare una situazione artificialmente alterata: nella ipertensione arteriosa si tratta di uno spasmo, di una ipertonia primitiva e patologica del territorio vascolare splancnico, di una iperincrezione morbosa medullo-surrenale, che il nostro intervento operatorio tende appunto a correggere e compensare fisiologicamente. Ed in questo senso sembrano deporre le prime osservazioni di splancnicotomia in animali resi ipertesi con l'esclusione funzionale dei nervi di Hering e di Cyon.

Ma la riprova veramente cruciale della utilità o meno di tale intervento noi non la possiamo attendere che dalla esperienza clinica. Ed i primi risultati autorizzano — crediamo — un certo ottimismo, tanto più giustificato in quanto si tratta di una malattia ribelle a qualsiasi tentativo terapeutico e purtroppo costretta finora nella ferrea legge della fatalità evolutiva.

L'operazione della splancnicotomia sinistra, proposta dal Pende fin dal 1924, ha avuto la sua prima applicazione pratica all'uomo nel 1929 ad opera di un valoroso operatore, cultore della chirurgia del simpatico, il professor Pieri di Belluno. Successivamente essa è stata eseguita da numerosi altri chirurghi fra cui Durante, Donati, Stropeni, Ciceri tra gli italiani; Craig e Brown; Camelot, Langeron e Vincent; Langeron, Vincent e Desorgher; Max M. Peet; Lériche e Fontaine tra gli stranieri.

La tecnica seguita dai diversi operatori è stata varia; resezione sopradiaframmatica dello splancnico e dei rami dell'XI, XII ganglio (Pieri); resezione sottodiaframmatica per via lombare extraperitoneale (Durante, Donati, Langeron e coll.); resezione uni- o bilaterale degli splancnici e dei primi gangli simpatici lombari (Craig e Brown).

I risultati sono stati particolarmente favorevoli, come può dedursi dalla casistica che facciamo seguire, nei casi di ipertensione solitaria, nonchè nelle sindromi arteriopatiche dominate dal fattore spastico e nelle forme di gangrena giovanile; meno buoni o addirittura nulli nelle forme complicate a grave insufficenza renale.

Nella ipertensione solitaria l'abbassamento della pressione realizzato dall'intervento può essere molto marcato, talvolta lieve, però — è questo agli effetti terapeutici ha valore fondamentale — la pressione arteriosa non presenta più dopo l'operazione quegli innalzamenti bruschi parossistici che rappresentano il grave pericolo che sempre incombe sugli ipertesi; scompaiono inoltre o si attenuano i disturbi soggettivi: nelle sindromi angiospastiche rapidamente si vengono determinando condizioni di migliorata irrorazione sanguigna e conseguente esaltamento del trofismo tessurale.

Ecco la casistica resa, fino ad oggi, di pubblica ragione·

1) (G. Pieri). — Atonia gastrica in soggetto iperteso (160/100): dopo la splancnicotomia abbassamento della pressione (130/70) che si mantiene dopo 3 anni dall'intervento.

2) (G. Pieri). — Donna di 67 anni, ipertesa (200/100): dopo l'operazione miglioramento delle condizioni generali, diminuzione della pressione (165/90), persistente ancora dopo un anno.

3) (L. Durante). — Uomo di 30 anni, affetto da malattia di Buerger, con ipertensione distrettuale (arti superiori 150/95; arto inferiore sin. 190/100; arto inferiore destro 220/100; riduzione notevole dell'I. O.). Dopo l'operazione diminuzione della pressione generale (110/75) e locale (145/95), maggior ampiezza delle oscillazioni; scomparsa dei fenomeni dolorosi, miglioramento delle turbe distrofiche.

4) (L. Durante). — Uomo di 31 anni; sindrome di Raynaud con modica ipertensione (150/85). Crisi gastralgiche. Dopo l'operazione scomparsa delle crisi gastralgiche, degli accessi acroasfittici, miglioramento dell'I. O. e diminuzione della pressione arteriosa (125/75).

5) (Donati e Greppi). — Soggetto di 56 anni con bruschi aumenti accessionali di pressione accompagnati ad episodi congestizi ed irritativi interessanti il sistema nervoso centrale. In seguito alla operazione gli AA. hanno notato modica diminuzione dei livelli tensivi con un maggior grado di stabilità del regime circolatorio in confronto delle brusche oscillazioni preesistenti e specialmente un livello più moderato e costante di pressione diastolica che verosimilmente esprime l'attenuazione del momento angiospastico ipertensivo.

6) (Craig e Brown). — Donna di 31 anni con ipertensione arteriosa (200/130). Splancnicotomia seguita da miglioramento dei disturbi funzionali e diminuzione della pressione arteriosa.

7) (Camelot, Langeron e Vincent). — Donna di 53 anni, con sindrome anginosa e dispnea; ipertensione di alto grado (340/170). Splancnicotomia sinistra seguita da passeggera diminuzione della pressione arteriosa e lieve miglioramento. Morte dopo 6 mesi in seguito ad emorragia meningea.

8) (Ciceri). — Soggetto di 56 anni, ipertensione arteriosa (300/110) senza lesioni renali. Diminuzione notevole dei valori pressori (130/80) persistente a distanza di mesi; miglioramento delle condizioni subbiettive.

9) (Stropeni). — Due casi riferentisi a soggetti colpiti da perturbamenti circolatori degli arti a tipo angiospastico, con fenomeni evidenti di acroasfissia. Risultati soddisfacenti in seguito all'intervento.

10) (Langeron, Vincent e Desorgher). — Questi AA. hanno sommariamente riferito di altri 6 casi di ipertensioni durevoli con crisi parossistiche, sottoposti a taglio dello splancnico, con risultati nettamente favorevoli in 4 casi.

11) (Max M. Peet). — Dobbiamo ancora accennare ad una vasta casistica di ipertesi (60 soggetti) operati dal prof. Peet di Michingham, di resezione del grande e del piccolo splancnico e della catena dorsale simpatica inferiore, con l'85 % di risultati favorevoli.

Ci risulta che anche il clinico chirurgo di Bordeaux, prof. Jeanneney, ha operato con successo dei casi col metodo Pende.

La casistica radunata in questo breve periodo di tempo è già abbastanza numerosa per affermare l'utilità dell'operazione del Pende e permettere un raffronto ed un giudizio comparativo nei riguardi di un altro intervento, pure proposto ed attuato nella cura degli stati ipertensivi, e cioè la surrenectomia monolaterale: dalla casistica suddetta scaturiscono inoltre considerazioni e deduzioni sulla più precisa indicazione, sui pericoli e sui risultati dell'intervento.

La surrenectomia unilaterale ha, per giudizio unanime degli autori, una precisa indicazione là dove l'ipertensione, per lo più caratterizzata da crisi parossistiche sul fondo di un elevato livello tensivo permanente, è legata a tumori surrenali. Al di fuori di questa evenienza noi crediamo, in accordo con la maggioranza degli autori che dell'argomento si sono occupati, che tale intervento debba essere abbandonato, sia per le difficoltà tecniche operatorie ed i conseguenti pericoli (vedi casi di Meillere e Olivier; di Delbet, ecc.); sia per i risultati meno brillanti e duraturi (Pieri) in rapporto forse con fenomeni di ipertrofia capsulare controlaterale (Volhard).

La splancnicotomia dovrà invece essere preferita ed insistiamo sul fatto, ben dimostrato sperimentalmente dal Pende e confermato, su terreno clinico, dalla casistica suddetta, della preponderante importanza dello splancnico sinistro nella innervazione trofica e secretoria della midollare surrenale, donde la indicazione a limitare a questo solo lato l'intervento.

La splancnicotomia sinistra presenta inoltre di fronte alla surrenectomia, sicuri vantaggi dal punto di vista della maggiore semplicità di tecnica chirurgica e della perfetta tollleranza; del minore rischio operatorio; dei risultati più brillanti, più stabili e persistenti. Tale intervento è poi più razionale in quanto agisce non solo limitando, come fa la capsulectomia unilaterale, l'increzione adrenalinica, ma anche, e forse principalmente, abolendo l'ipertono vascolare splancnico. Ed infatti, data l'interferenza di azioni neuroumorali complesse nella genesi della ipertensione cosidetta solitaria o essenziale, l'esclusione della sola componente adrenalinica non sempre sarà sufficente alla realizzazione del presupposto terapeutico: soccorrerà allora l'ipotonia indotta nel territorio vascolare splancnico.

Ed anche le forme di ipertensione nelle quali esiste associato un substrato anatomico arteriale moderato, trarranno vantaggio dell'intervento che varrà ad eliminare la componente angiospastica che sempre aggrava la sintomatologia ed il decorso della forma morbosa. Rappresenteranno invece una controindicazione le gravi complicanze renali e cardiache.

Figliazione diretta dell'atto operatorio proposta dal Pende sono stati i tentativi, dovuti a Ciceri e Gabrielli in Italia, a Lériche e Fontaine in Francia, rivolti ad ottenere il blocco anestetico o l'alcoolizzazione dello splancnico sinistro o di ambedue gli splancnici. I primi risultati riferiti sembrano abbastanza confortanti: è comunque in corso uno studio sistematico del Pende e del clinico chirurgico di Roma, prof. Alessandri, sulla applicazione pra-

tica della operazione di Pende per via chimica (blocco anestetico dello splancnico sinistro) come sussidio terapeutico di urgenza nelle crisi ipertensive minacciose di vita, o come mezzo di cura di una certa durata (alcoolizzazione dello splancnico sinistro) negli stati di ipertensione elevata che non possono essere sottoposti all'intervento chirurgico.

Nel 1930 in un nostro lavoro inteso allo studio sperimentale e clinico, degli stati ipertensivi, à proposito della cura chirurgica scrivevamo: « Se ulteriori contributi clinici confermeranno, come abbiamo ferma convinzione, i primi risultati, l'operazione di Pende, tanto più semplice, più razionale e completa della surrenectomia unilaterale, assumerà alta importanza nella cura degli stati ipertensivi ».

A distanza di 6 anni, una casistica, forte di numerose osservazioni, specialmente francesi ed americane, ha sicuramente confermato la perfetta tolleranza, l'alto significato terapeutico, la sicura utilità pratica dell'intervento che rappresenta, al momento attuale, il mezzo terapeutico più legittimo, più razionale e più efficace (Pieri, Donati e Greppi, Ciceri, Durante Langeron, Fontaine, Adson, Max M. Peet) capace di dare risultati positivi almeno nell'85 % dei casi d'ipertensione non complicata (Max M. Peet); cura chirurgica nuova di una malattia diffusissima e ribelle che rappresenta un nuovo titolo d'onore per la medicina italiana.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce le ragioni di indole dottrinale e pratica poste a fondamento dell'operazione del Pende (taglio dello splancnico sinistro) nella cura degli stati ipertensivi. Dai risultati riferiti nella letteratura mondiale deduce l'utilità pratica del metodo.

BIBLIOGRAFIA.

ADSON. Congr. Intern. di Neurologia, Londra, 1935; rif. Presse Méd., 1935, 75, 1464.
ANTOGNETTI. *Le ipertensioni arteriose.* Milano, 1930, Vallardi ed.
CAMELOT, LANGERON e VINCENT. Cit. da LANGERON, VINCENT e DESORGHER.
CICERI. Arch. Ital. di Chir., 1935, 6.
CICERI e GABRIELLI. Ibid., 1934, 1, 2.
CRAIG e BROWN. Proc. of Mayo Clin., 1933, 24.
DELBET. Cit. da MEILERE e OLLIVER.
DONATI e GREPPI. Atti Soc. Lombarda di Chirurgia, luglio 1933.
DURANTE. Accademia Medica, 1932, 3.
ID. Wien. Med. Woch., 1932, 34.
FONTAINE. Bull. Soc. Ther., 1935, 243.
HEYMANS. Arch. Intern. de Pharm. et de Thér., 1929, 35, 3.
MAX M. PEET. Congresso Intern. di Neur., Londra, 1935; rif. Presse Méd., 1935, 75, 1464.
MEILLIERE e OLLIVER. Journ. de Chirur., sett. 1934.
LANGERON, VINCENT e DESORGHER. Presse Méd., 1934, 51.
PENDE. Il Policl., Sez. Med., 1903.
ID. Atti del 30° Congr. di Med. Interna, Milano, 1934.
ID. Medicina Interna, 1935, 1.
PIERI. Riforma Medica, luglio 1932.
SANTUCCI. La clinique, 1932.
STROPENI. Bollett. Soc. Piem. di Chir.
VOLHARD. Verh. d. Kongr. Inn. Med., 1923, 134.
ID. *Nieren u. ableitende Harnwege.* Springer, ed., Berlino, 1931.

RELAZIONI

La fitoterapia nella clinica medica moderna. (1)

Prof. GIUSEPPE SABATINI
Direttore della Clinica medica
della R. Università di Genova

Quando, alcuni mesi or sono, in un momento d'entusiasmo, accettai la proposta di essere relatore a questo Congresso sul tema della fitoterapia, devo confessare che non mi venne in mente che sull'identico tema avevano già parlato, nel Congresso di Parigi nel 1931, studiosi illustri quali Henri Leclerc, de Graaf, Mascré, Denève: non ci voleva molto per comprendere come, a distanza di soli 48 mesi, sarebbe stato estremamente arduo, se non addirittura impossibile, aggiungere dell'altro o del nuovo a quello che autorità di chiara fama avevano già detto in materia.

Sicchè oggi, per sperare di poter riuscire a dire qualche cosa che meriti di essere detto, od anche più semplicemente ripetuto, e di esporre qualche idea che, per essere personale, giustifichi di avere presa la parola, non rimane a me, clinico medico, che percorrere, della materia vastissima compresa sotto il titolo globale di *fitoterapia*, quella parte che ha più strette correlazioni col campo della clinica medica.

Del poliedrico tema della fitoterapia esaminerò dunque alcuni aspetti di quella faccia, che si riflette e s'incastra nella clinica medica contemporanea, coll'obbiettivo di una valutazione quanto più possibile esatta di quello che nella moderna fitoterapia siavi di vero, di vitale, di proporzionato, di stabile e perciò di quello che essa rappresenti e valga nella terapia del tempo presente, senza dimenticare che le verità d'oggi potranno divenire errori di domani, per poi rinascere forse ancora quali verità, come già avvenne nel passato e come sarà sempre,

(1) Relazione al 5° Congresso internazionale delle Piante medicinali. (Bruxelles, agosto 1935).

non essendo mai concesso al sapere umano di poter dire d'aver raggiunta la sua ultima Thule.

È intanto necessario fare una preliminare precisazione riguardante quello, che intendiamo col nome di fitoterapia. Etimologicamente considerato questo sostantivo significa « cura con le piante »: nell'uso pratico invece esso vale per indicare tutto quanto, in dottrina ed in pratica, si ricollega all'uso delle piante medicinali, assumendo così significati e valori multipli e sovente diversi. Orbene è appunto nel suo stretto significato etimologico di applicazione di determinata forma di terapia medica, e precisamente di quella che usa le piante, che noi intendiamo usare il vocabolo « fitoterapia » (che potrebbe anche, per pleonastica chiarezza, prendere l'aggettivo e chiamarsi « fitoterapia clinica ») lasciando da parte tutti gli altri campi abitualmente compresi nel nome generico, quali, ad esempio la fitochimica o la fito-farmacologia.

Poichè la *fitoterapia clinica* così intesa costituisce una *pars* della terapia in generale, è evidente come una giusta e valutativa disamina della fitoterapia moderna non possa farsi se non ponendola in correlazione con la terapia in generale: e poichè è del pari noto che la terapia ha, in ogni tempo, derivate e teoria e prassi dalle linee dominanti e nella scienza e nella pratica medica, delle quali è sempre venuta ad assumere il « colore dell'epoca », è evidente che il precisare quali siano gli orientamenti del pensiero e le condizioni di fatto della clinica contemporanea e della terapia da essa creata ed accettata, costituisce non una disgressione ma una premessa valutativa necessaria ed una parte integrante della disamina, che ci accingiamo a fare.

Quali sono dunque oggi gli aspetti, l'essenza, « il colore » della medicina in genere e della terapia in specie?

Difficilissimo è giudicarlo con precisione, ancor più difficile è riassumerlo ed impossibile quasi prospettarlo in poche parole.

Non v'ha dubbio che l'epoca attuale rappresenta, per la medicina in generale e per la clinica in particolare, un periodo che si può chiamare di agitazione, di revisione di posizioni e fors'anche di trasformazione. Si sente infatti ripetere con sempre crescente frequenza la parola « crisi » e riferendosi alla clinica si parla di « crisi della scienza medica » e di « crisi dell'arte medica », considerando la clinica nella sua tradizionale erma bifronte, di cui una faccia si presenta come scienza e l'altra come arte.

Non voglio indagare se questo vocabolo « crisi » — che è stato preso in prestito proprio dal linguaggio clinico per essere largamente usato ad indicare le più varie forme di mali e malanni delle attività umane o della vita della collettività sociale — sia, riapplicato ora alla clinica, perfettamente giusto; certo è che in questa un qualche stato di disagio e di patimento effettivamente esiste; chiamandolo « crisi » includiamo il concetto, che nel vocabolo è insito, di precarietà e di lotta in atto per il ritorno allo stato di stabile normalità: quale questa abbia ad essere, oggi non ci è possibile prestabilire: se il ripristino cioè vittorioso e integrale di quello che era lo stato preesistente o l'avvento definitivo di quelle, che saranno le condizioni di domani.

Il vero è che il presente subisce l'attacco da parte di un domani, il quale, con una strana unione di forze di rivoluzione e di passatismo, chiede, ma non ha ancora dimostrato di possederne la capacità, di liberare il campo della medicina dalle costruzioni esistenti per sostituirvi delle altre, e precisamente le sue.

Io credo di essere stato il primo in Italia a prospettare ufficialmente questo stato di disagio e di movimento revisionista, che fa apparire la medicina ed una svolta filosofica del suo pensiero dottrinale, quando tenni, nel 1931, il discorso inaugurale dell'anno accademico della R. Università di Sassari trattando « *i moderni orientamenti del pensiero medico sulle cause delle malattie* »; l'anno dopo presso a poco dello stesso tema si è lucidamente e più ampiamente occupato il mio amico Di Guglielmo in un analogo discorso tenuto a Catania, riallacciandosi alle idee di Bernardo Aschner, il quale per il primo ha parlato di « crisi della medicina », di Adolfo Meyer, di Stefano Zweig, di Hans Much.

Come questi stessi nomi indicano, il movimento di dissenso e talvolta di aperta rivolta contro le posizioni attuali della medicina e della clinica è incominciato nella Germania del dopo guerra; ma si è andato rapidamente estendendo ad altri paesi: in Inghilterra ponderati oratori hanno, con una certa predilezione, preso ad esaminare le condizioni attuali della biologia, della clinica e della terapia anche nelle tradizionali orazioni di apertura o di chiusura dei lavori delle loro vetuste accademie e l'America ha largamente raccolti questi atteggiamenti così saturi di « new ».

Il contenuto e le affermazioni di questo movimento si possono così riassumere: la medicina sorta e cresciuta tra la fine dell'ottocento ed il principio del novecento deve considerarsi superata perchè malata di insufficienza, minata da errori, esausta nelle sue risorse, e quindi deve essere sostituita da una nuova scienza medica, già delineata, e che è in parte costituita dalle nuovissime conquiste del sapere ed in parte consiste nella necessaria restaurazione di antiche idee classiche, detronizzate ingiustamente dalle teorie del materialismo scientifico degli ultimi cento, anni oggi in rotta.

Bisogna riconoscere che per un simile attacco alle posizioni raggiunte e consolidate della medicina moderna esistevano ed esistono condizioni spirituali e di fatto particolarmente favorevoli.

Al tormentato spirito del dopo guerra, con

le sue tendenze rivoluzionarie, non poteva sfuggire il contenuto innovatore e così carico di speranze e di promesse di talune effettive ultimissime conquiste della scienza, adatte per dare corso in taluni campi a un nuovo mondo in contrasto col vecchio: a favorire poi le mire di questo spirito è stato l'atteggiamento di una parte della scienza cosiddetta ufficiale, la quale, stranamente sicura di essere detentrice delle verità eterne ed assolute, si è chiusa nelle sue torri di avorio, condannando od irridendo aprioristicamente ogni idea nuova od ogni pratica non ortodossa.

Bisogna poi tenere conto della atmosfera di delusione esistente pel fatto che « l'età d'oro, che la scienza esatta aveva promesso ai medici pratici non è mai venuta » e che molte malattie, e fra queste le più paurose, quali il cancro o la tubercolosi, si sono dimostrate inattaccabili coi mezzi forgiati seguendo le norme della medicina dominante. Nè infine senza valore di discredito o di sospetto è stata un'eccessiva tolleranza, per non dire qualche volta soggezione, di una parte dell'autorità scientifica verso manifestazioni o indirizzi commerciali.

In tali condizioni di psicologia e di ambiente della clinica, non era davvero difficile il sorgere, come è accaduto, di atteggiamenti spirituali e materiali a tipo rivoluzionario, i quali si sono venuti estrinsecando in modo perfettamente identico a quello riscontrabile nei rivolgimenti sociali: ribellioni dapprima sporadiche e poi più estese, subdole o aperte, dirette verso l'ordine costituito e le posizioni acquisite, dapprincipio determinate da pochi entusiasti o ribelli, più tardi avvalorate dall'adesione di esponenti responsabili, e manifestanti obiettivi di vario grado, dall'attuazione di concilianti riforme... evolutive alla distruzione completa del presente per dar posto a creazioni nuove o a restaurazioni rivoluzionarie: i nomi per le une e le altre sono stati presto creati: neoippocratismo, neovitalismo, antroposofismo, naturismo, cosmopatologia e via dicendo.

Non sarebbe giusto misconoscere che nel movimento in parola vi sia del vero ed anche del buono; ma sarebbe follia da questo fatto passare a negare o rinnegare i progressi e le conquiste della medicina contemporanea e più che prematuro il proclamare il fallimento della medicina moderna e sopratutto delle sue fondamentali conquiste, quali la patologia cellulare e l'indagine batteriologica, per sostituirvi un indirizzo che, come dice O. Bumke (citato dal Di Guglielmo) « apparentemente combatte il materialismo ma in questo stesso va a finire e nasconde un nucleo pedantescamente razionale ».

Senza voler giungere a conclusioni o prese di posizioni, oggi impossibili, ho tratteggiato gli aspetti particolari sotto i quali si viene presentando in generale la clinica moderna, per gli immancabili riflessi che tutto ciò ha sulla fisionomia della terapia in generale e della fitoterapia in specie, in quanto quest'ultima costituisce una forma di cura che nei suaccennati atteggiamenti del pensiero clinico può trovare particolari riferimenti od affinità.

E veniamo ora a dare uno sguardo sulle condizioni proprie della terapia medica.

In ogni tempo la terapia ha costituito il punto più sensibile di tutta l'arte medica, il punto veramente umano di essa, quello che ha finito col dominare, con la forza utilitaria dei suoi resultati, tutto il contenuto della clinica. Perciò delicatissimo e pericolosissimo campo è stato sempre quello della terapia; settore sensibilissimo nel quale più che in ogni altro sono possibili disordini e rivoluzioni per l'entrata in giuoco di forze spirituali, quali la sofferenza, lo sconforto, la paura, la superstizione e talora il tornaconto.

L'epoca moderna vede tutto il campo della terapia in grande risveglio. La medicina dell'ultimo cinquantennio, intenta a sfruttare i portati della patologia cellulare, allettata dalla risoluzione di problemi biologici (fino a chiamare la clinica col nome di *Biologia umana patologica* (Sergent) e portata in conseguenza ad occuparsi più della cavia e del coniglio che non dell'uomo infermo, gioiosa di poter sfruttare, per rivelazioni diagnostiche insperate, le possibilità fornite dai sempre maggiori mezzi d'indagine, ricca delle scoperte di Pasteur e di Roentgen, aveva troppo dimenticato la terapia, posponendola alle altre sue attività: e se pure in taluni settori di essa si erano raggiunte delle mirabili e vaste conquiste, come quelle che prendono il nome di vaccinazione, sieroterapia, chemioterapia, radioterapia, endocrinoterapia, opoterapia, vitaminoterapia, si era pur sempre trattato di metodi di cura applicabili ad una minoranza delle malattie che affliggono l'umanità, e non era scomparsa la sproporzione fra i progressi fatti dalla terapia di fronte a quelli conseguiti alle altre branche della medicina, rimane indiscutibile: mancanza di progresso dovuta secondo il farmacologo Gunn ad una sola causa: « semplice negligenza, e talora mancanza di interesse verso la terapeutica ».

Bisogna giungere agli ultimi anni del dopoguerra per vedere la terapia riportata a riprendere il suo posto ed i suoi diritti non solo nella pratica medica ma anche nel campo del pensiero dottrinale, tanto che si suol dire che se l'epoca ultima della medicina si chiamerà epoca della diagnosi, la presente dovrà denominarsi epoca della terapia.

Io non saprei dire se a questo ritorno in primo piano della terapia abbia condotto l'esaurimento delle possibilità di ulteriori larghi progressi negli altri campi del sapere medico oppure uno spirito maggiormente pratico e realistico dei moderni cultori della medicina od

anche una pressione spirituale su di essi esercita dal mondo esterno reclamante maggiore attenzione per la parte curativa, dopo le ripetute accuse — ingiustificate però — di essersi i medici per troppo tempo abbandonati al nichilismo terapeutico e di essersi fatti sopraffare dall'interventismo chirurgico demolitore ed antimorfologico.

Certo è che noi assistiamo ad una intensa ripresa degli studi e delle pratiche della terapia in genere in tutte le sue forme: e, come diretta consguenza, ad un rinnovellato interesse per quella che si chiama fitoterapia.

Ma oltre questa ragione, ora enunciata, del rifiorire generico della terapia, altre condizioni, le quali hanno avuto tanto più forza in quanto sono intervenute quando già agiva l'altra, han rimessa in auge la fitoterapia: cause in parte costituite da cessazione o attenuazione delle forze e delle tendenze, che provocarono la decadenza della fitoterapia stessa verso la metà del secolo scorso ed in parte dal delinearsi dei nuovi orientamenti dottrinali tendenti (come abbiamo visto) al ripristino di antiche concezioni, sopratutto umorali, le quali trovano appunto nella terapia delle piante la loro logica forma di pratica curativa.

È quest'insieme di forze e di cause, che con giudizio superficiale potrebbero designarsi col nome di *moda*, quello che ha permesso alla fitoterapia quella ripresa, che oggi constatiamo. È stato certo merito grande di una non grande falange di persone colte — e delle viventi la Federazione Internazionale raccoglie nomi fra i più rappresentativi di tutti i paesi — quello di avere mantenuta accesa, con religione di Vestali, la fiamma della fede nelle piante medicamentose; ma mi sia concesso di affermare che, se non si fossero affermate le condizioni ambientali, di dottrina e di pratica, or ora tratteggiate, la fitoterapia non sarebbe così risorta, come ha fatto, nonostante le affermazioni e gli ordini del giorno di botanici, di farmacologi o di clinici e nemmeno sotto la spinta delle forze, tutt'altro che trascurabili, degli interessi materiali economici.

Ed ora, come si presenta questa rinata fitoterapia moderna?

Se non sapessi di parlare a persone di particolare dottrina in materia, le quali sanno perfettamente tutto quello che potrei dire al riguardo, volentieri prospetterei quella che fu la fitoterapia dei tempi più vicini a noi, perchè è interessante partire da essa e dalle cause e dalle modalità del suo declino per più agevolmente presentare la nuova fitoterapia; e poi esaminerei questa nella sua fisionomia, elencherei le singole piante, che tornano in auge e le loro virtù e le loro applicazioni: renderei così più documentaria e pratica questa mia trattazione e certamente più interessante.

Dovrò così limitarmi all'argomento nelle sue linee generiche e nei suoi peculiari riflessi clinici.

Quando si parla di rinascita della fitoterapia si intende alludere al fatto, concreto ed accertato, che da circa tre o quattro lustri, con interesse sempre crescente, le piante medicinali tornano a far parte degli usi clinici correnti.

Riprendono così posto nei capitoli di terapia dei libri moderni e nelle ricette dei medici e, di conseguenza, negli scaffali dei farmacisti quei « *semplici* » e quelle « *preparazioni galeniche* » che erano quasi scomparse, sia perchè le piante medicinali erano state nella grande maggioranza radiate come tali dall'uso quotidiano, sia perchè in nome di principi dottrinali chiamati *purezza*, *standardizzazione*, *principio attivo* e via dicendo, il trionfante materialismo chimico ne aveva fatte scomparire gran parte, sostituendole con prodotti a fisionomia chimica ottenuti da esse: e poi, facendo un passo più in là, era andato sostituendo questi con gli « equivalenti sintetici » fabbricati non più dall'organismo vegetale sotto la luce divina del sole ma dal freddo macchinario industriale alla luce artificiale del laboratorio, in base a ricostruzioni chimiche di strutture sovente più che dubbie e arbitrarie.

Io non nego che di tutto il poderoso lavoro che ebbe inizio con l'estrazione della morfina dall'oppio una parte non piccolo sia stata utilissima ed abbia rappresentato un vero progresso e sia destinata a rimanere; sono invece le deduzioni e le leggi generali di uso e di equivalenza quelle di cui si viene facendo revisione o giustizia. Oggi infatti nessuno oserebbe più concludere senz'altro che la morfina sia l'oppio e nemmeno che ne sia tutta la ragion d'essere e ne rappresenti tutto il valore terapeutico; altrettanto vale per gli altri alcaloidi o glucosidi, i quali si dubita persino se non siano prodotti artificiali della manipolazione e del clivaggio, anzichè composti preformati nell'organismo vegetale; concetti del resto analoghi a quelli che si fanno largamente strada anche nel campo dell'opoterapia, che comprenderebbe le così dette « droghe animali », e degli ormoni che sarebbero a loro volta gli « alcaloidi animali » anch'essi oggi non più identificati con gli organi da cui derivano: la tiroidina e la tirossina non sono giustamente la tiroide, come la follicolina non è l'ovaia e come l'adrenalina e la cortina sommate insieme non equivalgono e rappresentano la capsula surrenale.

Quella che nelle piante era considerata ignobile *zavorra* di fronte al nobile *principio attivo*, si è dimostrata e si torna a considerare quale parte integrante e non eliminabile della divina complessità proporzionale della costituzione organica vegetale della pianta medicamentosa: ed il chimico, il quale aveva voluto avere in mano il prodotto attivo, sotto forma di sostanza pura, definita, costante, è venuto a trovarsi nelle stesse condizioni del bambino, che rompendo un bel giocattolo meccanico per cercarvi dentro la sorgente del movimento proporzio-

nato e coordinato (la cosiddetta forza) ha finito col trovarsi in mano soltanto la molla, con la quale non può davvero riprodurre gli effetti del balocco intero.

Ecco perchè, senza disconoscere i valori della *fitoterapia chimica*, come potrebbe chiamarsi in extenso la terapia cogli alcaloidi, coi glucosidi e coi principi attivi, la medicina moderna ritorna alla classica terapia integrale delle piante in toto e delle preparazioni galeniche.

Ciò non deve però significare che la galenica moderna debba essere quella di Dioscoride, d'Ippocrate, di Celso, di Galeno o quella medioevale di Paracelso con la sua « quinta essentia » e nemmeno quella dell'ultimo periodo ottocentesco.

Noi tutti sappiamo quanta parte abbiano avuto nell'abbandono della fitoterapia gli inconvenienti, gli errori, le manchevolezze delle cosiddette farmacia galenica; ricadere in essi — e peggio ancora ove ciò avvenga per uno snobistico atteggiamento di ritorno integrale all'antico — sarebbe inconcepibile e dannoso. La medicina moderna ha ben altre possibilità e necessità di precisione e di discriminazione, che non quella antica; oggi i medici sono abituati ad usare e vogliono medicamenti definiti, stabili, costanti nel tipo se anche di composizione controversa od ignota; i progressi fatti in materia di raccolta, conservazione, stabilizzazione, preparazione, analisi, titolazione (e sappiamo quanto valore internazionale abbia assunto anche la titolazione biologica proposta dal Dale nel 1923), durata di attività, scadenza di uso ecc. delle piante e delle preparazioni galeniche permettono di dare ai terapisti le garanzie di sicurezza e di definita precisione richieste.

È quindi giusto e necessario che tali progressi siano integralmente, costantemente e rigorosamente applicati e che si cerchi anzi di allargarli sempre di più. Poichè se oggi si vuol ritornare, e si ritorna, all'infuso di foglie di digitale od alla polvere di foglie di senna, si ha anche l'elettrocardiografo per controllare esattamente ed obiettivamente gli effetti del primo e lo schermo radiografico per accertare l'attività della seconda, nè si potrebbe oggi più permettere che la vita di una madre abbia ad essere compromessa da una segala cornuta spuria o inattiva.

Solo dando al clinico la sicurezza spirituale e la prova materiale dei requisiti delle preparazioni, si difende, s'impone, si valorizza la fitoterapia, mentre nello stesso tempo si compie il proprio dovere da parte di coloro che producono, regolano o controllano le preparazioni fitoterapiche offerte per l'uso.

Un altro punto da considerare è quello che riguarda la precisione dell'attività terapeutica e quindi la definizione degli usi delle piante medicinali.

Parlando ad un consesso di profondi competenti, io non devo prospettare quelle, che erano anticamente le indicazioni farmacologiche e terapeutiche delle varie piante medicinali; ma non si può certo ammettere che tali indicazioni, giustificate nei rapporti delle conoscenze e del grado di sviluppo della medicina antica siano ripresentabili alla patologia ed alla clinica moderne, per le quali divengono in massima parte incomprensibili, anacronistiche, irreali. Che cosa infatti possono significare per noi indicazioni delle proprietà e degli usi di una pianta, come queste: *depurativa, stimolante, deflogosante, amaricante, derivativa, rinfrescante, antiperiodica*, ecc.? e di fronte alle precisazioni diagnostiche ed etiologiche moderne che cosa può valere più chiamare una droga coi termini generici di *astringente, febbrifuga, antidiarroica?*

Eppure ogni giorno vediamo che la proprietà di molte droghe sono indicate con queste vaghe e vecchie formule di una medicina primitiva e sorpassata e di una patologia crepuscolare, improntate di empirismo umorale quando non addirittura con sapore di mistero, di iniziazione o di magia.

Peggio ancora poi scientificamente è il presentare una stessa droga come fornita delle più varie e slegate proprietà, come potrebbero essere quelle di: *tonica, stimolante, febbrifuga* e *drastico-emetica*: ciò deve far concludere che si tratta di una pianta che non serve a nulla o che nella migliore ipotesi, non ha alcuna definita fisionomia per poter essere scientemente usata.

E veniamo ad un altro punto, collegato con quelli finora presi in esame: la necessità di limitare la cittadinanza nel regno della terapia moderna a quelle droghe che sono positivamente efficaci.

Nell'antichità si può dire che non vi sia stata pianta che non abbia avuto un qualche campo di azione terapica: tale universalismo ha in notevole parte contribuito a screditare tutta la fitoterapia: e quando questa ha declinato, si sono salvate dall'abbandono solo poche piante ad azione certa e definita, quali la digitale, la china, l'ipeca, la poligala, il rabarbaro, la felce maschio, il ricino, la belladonna ecc.

Nel rifiorire presente della fitoterapia si assiste alla frettolosa riesumazione — e ragioni di commercio non sono a ciò estranee — di piante medicinali che nulla giustifica vengano oggi richiamate all'onore della cura dell'uomo ammalato. E così è già divenuto enorme il numero dei preparati fitoterapici richiamati all'uso; ed ogni giorno qualche nuova pianta viene rievocata dall'oblio, formando la delizia di scrittori su facili argomenti o la speranza d'industriali in cerca di lancio di rimedi.

Queste rievocazioni non solo formano a mucchi i cosidetti studi di terapia ed accrescono la pioggia delle stampe propagandistiche, che giornalmente investe i medici, ma sotto forma

di concreti campioni, vanno a riempire sempre più gli scaffali delle cliniche o delle sale ospedaliere e perfino dei medici rurali.

Già si delinea un disorientamento dei medici, comprensibilmente insospettiti, di fronte a quella ondata fitoterapica, nella quale vengono convogliate anche le piante commestibili più comuni (aglio, cipolla, carciofi, castagne, prezzemolo, pomodoro) fino a far diventare la lista di un pranzo una elaborata prescrizione fitoterapica: nè veggo quanta probabilità di successo possono avere, oggi che la clinica sintetica ha messo a disposizione preparati definiti e precisi, la propaganda per il ritorno all'uso di piante che per un po' di tannino o di mucilaggine dovrebbero riuscire medicamentose; nè saprei dire quanti medici possano oggi affidarsi ad es.: alla violetta per curare le tossi e le bronchiti.

Mi sembra che la via così presa non sia la migliore per far del bene alla fitoterapia e continuando in essa verrebbe a determinarsi un nuovo periodo di abbandono dopo un effimero tentativo di restaurazione.

Ma oltre questa considerazione, che può interessarci come fitoterapisti, ce n'è una che ci riguarda come clinici: il divieto impostoci di dare l'adesione a qualsiasi movimento terapeutico, che non si presenti con le dovute garanzie di sicurezza od efficacia, essendo imprescindibile nostro dovere non esporre — se non dietro fondatissimi presupposti di giovamento — l'uomo ammalato a metodi curativi che siano fondati non sulla sicura osservazione ma su empirici presupposti o su aleatorie speranze o peggio su criteri della così detta moda.

È innegabile che, per oscure forze d'istinto o per tropismi ancestrali, il curarsi mediante le piante ha costituito in tutti i tempi una forma particolare delle tendenze e della fede dell'uomo. Lo storico della fitoterapia non può, vedendone i cicli, non ripensare ad una frase di un grande clinico italiano, Augusto Murri: « lo spirito umano non è stato capace che di generare poche idee, che il tempo ha rivestite di nuove apparenze ma che in fondo sono sempre le stesse ».

E per questa continuità delle idee e delle disposizioni psicologiche umane, che la fitoterapia ha sopravissuto a tutte le epoche della medicina, anche a quelle che parevano dovessero sommergerla, ed ha sempre trovato non solo posto ufficiale nell'armamentario terapeutico, ma proseliti con fede di missionari: è per questa continuità che oggi essa si ripresenta e trova intanto un ambiente psicologico particolarmente favorevole.

Chi ha preparato e propagandato rimedi « *a base di erbe* » ha, in tutti i tempi — anche in quelli nei quali noi stiamo vivendo — trovato in abbondanza non solo clienti ma anche credenti: e le polveri, le misture, gli elixiri denominati *vegetali*, hanno trovato e trovano uno smercio incredibilmente vasto e facile, contrapponendosi spesso alla terapia scientifica, razionale e sperimentale e sovente battendola, arrogantemente o subdolamente, in breccia; ed in ciò per lo più sfruttando atteggiamenti di terapia incompresa, dileggiata, perseguitata, per meglio infiltrarsi e soppiantare, facendo abile affidamento sulle disposizioni dell'anima umana sempre favorevole a tutto ciò che sa di tradizionale, di misterioso, di naturistico. E ognuno di noi potrebbe fare lunghe liste di « rimedi vegetali » o di « medicamenti a base di erbe » attualmente in largo uso nei vari paesi e dei quali alcuni — meglio ancora se con l'etichetta di un vecchio nome di monastero o con una figura barbuta da antica incisione su legno di un ignoto abate o col nome in carattere gotico di un benefico ed umanissimo dottore — si sono adattate ai tempi moderni, si sono procurati i passaporti, han superato le frontiere e si sono messi a viaggiare per il mondo, costituendo delle vere entità internazionali, con succursali in tutti i paesi ed annuncianti, nelle loro stereotipe rubriche reclamistiche dei giornali di tutte le lingue, i beneficii sicuri del loro potere, elargito generosamente (a puro prezzo dei cambi del giorno!) ai sofferenti di tutto il globo, e col solo scopo di rimediare, senza rancori!, ai fallimenti della terapia medica imperante, scientifica ma misoerboristica.

La fitoterapia che noi vogliamo, quella che deve essere emanazione della clinica e della terapia moderne, con tutte le loro inobliabili acquisizioni scientifiche, quella che vuole essere derivata ed avallata dai laboratori di ricerche e dai responsi delle corsie, non può fondare la sua ragione d'essere su contingenze di psicologia umana, non può evidentemente nascere, o rinascere, nel clima della fede cieca e peggio ancora della superstizione ed in ogni caso dell'empirismo assoluto: ma sanamente liberata perfino dai possibili e giustificabili eccessi o fanatismi dei suoi specializzati cultori e seguaci, deve assumere una veste che le permetta di entrare a testa alta nel geloso tempio della terapia positiva, presentando alla porta le proprie credenziali di serietà, di positività, di attività: che se poi — e ciò è comune a molte altre pratiche di terapia e fra queste cito le cure con le acque minerali — non potrà sempre dare le prove o le spiegazioni delle sue azioni, ciò non la farà nè respingere nè squalificare, quando i documenti che porta siano obiettivi, veri, controllati; sono tante purtroppo le manifestazioni naturali delle quali l'uomo non sa ancora darsi la spiegazione e che tutta via esistono e valgono per la loro forza e per i loro effetti. Tale sano rigorismo non deve significare che in questa, come in altre materie, debba aversi una sopraffazione della cosidetta scienza su quella attività che prende il nome di pratica: se anche non posso conveni-

re con Sauerbruch (riferito da di Guglielmo) quando dice che la medicina scientifica ha rappresentato un pericolo per l'arte medica, devo convenire con esso che « nella lotta millenaria fra arte medica e scienza medica questa ultima ha sempre avuto una speciale tendenza a sopraffare la prima » e sotto i suoi influssi si sono andati perdendo preziosi attributi dell'arte medica: nè si può dimenticare, nella definizione della scienza medica, la proposizione di Swifh: « nessun artista può essere eminente senza conoscere i fondamenti della propria arte: il fondamento della medicina rimane la scienza della medicina ».

Bisogna d'altronde cercare sempre di apprezzare quanto nell'attuale ripresa su larga scala della preparazione di prodotti farmaceutici a base di piante medicinali o di derivati delle medesime, alla quale si cominciano a dedicare con crescente ritmo anche i grandi esponenti della produzione chimica pura, sia l'effetto di un bisogno già decisamente sentito o la precorritrice adesione a richieste, che non dovrebbero tardare, e quanto possa essere l'effetto, meno tranquillante, di una sensibilità commerciale che trae partito da una tendenza curativa, che, specie favorita e sollecitata, si presenta capace di rappresentare un utile del momento.

Accennerò infine ad alcuni problemi di ordine meno generico e fondamentale, che ci si presentano all'esame delle condizioni della moderna fitoterapia.

La possibilità di un'adeguata e salda ripresa delle posizioni fitoterapiche s'inquadra nell'auspicato e sempre più necessario rinnovamento delle forme pratiche della terapia generale. Lungo sarebbe illustrare come si faccia nei nostri giorni la terapia medica: ciò del resto è largamente noto.

Oggi le prescrizioni curative consistono per nove decimi in specialità, che per lo più non sono che ricette preparate e presentate come specialità: l'antiscientifismo, l'illogicità, le incongruenze ed i veri danni di tale sistema sono evidenti.

Non è qui il caso di analizzare se tale spiacevole stato di cose sia da ascrivere a colpe dei maestri o sia l'ineluttabile portato dell'indirizzo, degli atteggiamenti e della forza dei tempi; certo è che molti insegnanti sono figli del loro tempo ed hanno perduto il culto o non hanno mai acquistata la *tournure* mentale per le prescrizioni soggettive, adattate o proporzionate, per composizione o dosi, all'individuo ed alle peculiari condizioni di esso.

Avete mai pensato alla inconcepibile pratica costituita dalla prescrizione di un tipo brevettato di sciroppo per la tosse?

Prescindendo dal fatto che chi prescrive uno di questi sciroppi non ne ha spesso presente la composizione, vi sembra possibile che uno stesso sciroppo — ed in genere ogni medico ha un tipo che abitualmente prescrive — possa servire per tutte le infinite forme di tosse ed in una stessa forma, per esempio in una tosse da bronchite acuta, valga tanto per la fase iniziale iperemica, che richiede sedativi, emolienti e antiflogistici, quanto per quella di *sputum coctum*, che richiede espettoranti, quanto infine per quella risolutiva, che richiede anticatarrali e prosciuganti.

Ed allora accade che uno sciroppo per poter essere adatto a tutti i momenti, contenga in incredibile associazione tutti questi farmaci (e leggendo la formula dei più reputati preparati internazionali si trova ciò assai frequentemente) o ne contenga solo uno, che se rende giustificato l'uso del rimedio in particolari definite contingenze, lo fa diventare dannoso in altre opposte: quante volte ho visto giovani medici prescrivere uno sciroppo a base di creosoto o di terpina all'inizio di una banale forma bronchitica, provocando una accentuazione dello stato di secchezza o di congestione tracheobronchiale e triplicando i parossismi penosi della tosse.

Ho accennato a queste particolarità perchè le prescrizioni fitoterapiche richiedono, più di ogni altra materia terapeutica, il ritorno all'arte della ricettazione, oggi molto trascurata nella pratica medica.

E quando si tornerà a ricettare bisognerà trovare i farmacisti, che abbiano le droghe vegetali (naturalmente con tutti i requisiti di purezza, affinità, ecc.) e le sappiano e vogliano preparare; condizioni queste divenute un po' rare, ove si eccettuino farmacie particolarmente attrezzate.

Purtroppo — e questo è un malanno particolarmente denunziato negli ultimi tempi anche dalla stampa professionale franco-belga — i farmacisti moderni sono quasi totalmente ridotti a fare un lavoro bottegaio di pura consegna dei preparati confezionati e la loro funzione di laureati si riduce, per usare l'espressione di un nostro medico, a montare la guardia di onore di fronte alla vetrina contenente una quarantina di veleni.

Il ritorno della galenica muterà, e contribuirà anche a rialzare l'attività di diplomati, quali sono i farmacisti.

Un'altra questione è quella dei dosaggi. Bisogna rivedere la vecchia posologia fitoterapica e stabilire la nuova in base alle progredite possibilità di conservazione, selezione, standardizzazione e titolazione delle droghe; e fissare dosaggi semplici, facili a ricordare, univoci, fondati su tipi costanti di droghe.

In questa revisione della posologia, bisogna tenere presente che oggi la terapia non costituisce più una pratica di tipo nazionale; i giornali, le riviste, i libri diffondono le stesse idee in tutti paesi, come il commercio diffonde gli stessi prodotti; bisogna quindi anche nel campo della pratica raggiungere una effettiva uniformità.

Dello stesso ordine è anche il problema dei nomi. La scienza moderna è internazionale, senza più « usi locali »: un libro scritto in una lingua va pel mondo e quale cultura sarebbe necessaria se ogni lettore dovesse conoscere, per ogni pianta, i vari nomi nazionali, che può trovare? che cosa ne pensate di un lettore italiano o tedesco che trovino in lingua francese una prescrizione di *pissenlit?*

La soluzione evidente per raggiungere questa necessaria uniformità di nomenclatura sarebbe, com'è facile supporre, quella di adottare universalmente i nomi latini delle piante; ma non bisogna illudersi che anch'essa non riserverebbe inconvienti e difficoltà.

Oggi, per esempio, che è tanto di voga l'uso del carciofo, quanti sarebbero i medici che subito capirebbero ed i farmacisti che senz'altro spedirebbero una prescrizione di estratto di *Cynara scolimus?*

Mi sembra giunto il momento per porre termine alla mia dissertazione.

Ho la sensazione di aver fatto un rapporto scarno, incompleto, quasi nervoso ed a scatti.

Ma anche se non appare, un filo conduttore esiste in esso dal principio alla fine ed è la fede nella fitoterapia e nelle sue effettive possibilità di giovare alla salute umana, nelle sue applicazioni presenti e nelle future.

Sono stato talora rudemente franco, mettendo a nudo più di un inconveniente generico e specifico; ma non ho fatta della critica come principio, poichè la critica pura è sempre infeconda e paralizzatrice ed io amo l'azione, che crea e nella quale ammetto anche una dose di errori, ma solo quelli assolutamente inevitabili. Gli altri bisogna avvistarli e francamente denunciarli per evitarli o combatterli.

E così noi renderemo un positivo servigio alla scienza ed alla pratica.

La fitoterapia ha, con alterne vicende, occupato un posto di primissimo ordine fra le medicine concesse all'uomo; ed anche quando la terapia dei semplici sembrò decaduta, la fitoterapia nella sua essenza sopravisse ed occupò i posti di maggior responsabilità nel campo della lotta e delle vittorie della medicina curatrice: sono infatti agenti di non confondibile razza la chinina, la morfina, l'atropina, la stricnina, e tutti gli altri infiniti alcaloidi, e per dire dei più recenti l'emetina e l'efedrina: presidii di primissimo ordine e di insostituible valore, che han difese e salvate milioni di vite umane, che hanno debellato il dolore e resa lieta la vita.

Oggi la medicina riapre alle piante medicatrici molti suoi vecchi scaffali, rimasti a lungo disabitati, li spolvera, li rimette a nuovo in un'atmosfera anch'essa nuova, piena di consapevolezza e di modernità che prende i nomi di scienza e di progresso.

Le radici, le corteccie, le foglie, i fiori tornano ai loro posti d'onore: accogliamo questi mezzi di salvezza, che la natura elargisce alla sua più alta e divina manifestazione, l'uomo, non solo con la fede tramandataci dai padri e nemmeno, oso dire, con l'avallo dato dalla scienza, che è forma evolutiva di sapere e quindi caduca e mutevole, ma con i crismi insopprimibili della verità. che è eterna.

Solo così prepareremo una nuova scienza che non conoscerà più tramonto.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Il trattamento delle coliti.

(S. W. PATTERSON. *The Practitioner.*, febbraio 1936).

Per ben comprendere le manifestazioni cliniche delle coliti e per ben indirizzare il relativo trattamento curativo occorre tener presente la funzione del colon.

Prima di raggiungere il cieco la maggior parte del cibo è stato già digerito ed assorbito. La funzione del colon prossimale è quella di assorbire acqua in modo che il contenuto intestinale diventa sempre meno liquido ed assume nel colon distale la forma di feci che sono spinte verso il retto. Se c'è un ristagno nel colon, s'impiantano e s'induriscono piccole porzioni di feci, provocando evacuazioni a pallottole simili alle feci di pecora. Un ulteriore, effetto è l'accumulo di feci nel colon sigmoideo e nel retto superiore, che perdono la loro sensibilità agli stimoli di pressione, così che viene paralizzata l'evacuazione riflessa e si ha una stitichezza distale.

Nei casi di irritazione dell'intestino tenue il contenuto acquoso verde alcalino può attraversare rapidamente il colon ed infiammare le regioni perianali. Nelle forme meno gravi questo passaggio può essere lento solo fino al punto da ostacolare l'assorbimento dei grassi ed in questi casi le feci sono pallide, grasse, abbondanti. Il grasso è diviso e saponaceo e le feci quantunque appaiono pallide contengono notevole quantità di bile.

Nella pancreatite cronica le feci contengono accumuli di grasso, sono acide, hanno un aspetto rilucente dovuto alla presenza di acidi grassi.

Nelle forme di occlusione biliare le feci sono pallide per il mancato assorbimento dei grassi e la scarsezza o assenza di bile.

Inoltre la dispepsia intestinale amidacea o proteica aumenta i processi fermentativi o putrefattivi determinando il passaggio nel colon di sostanze acide e gas fetidi.

La membrana interna del colon è abbondantemente fornita di cellule muco-secernenti le quali reagiscono ad ogni forma di irritazione con una secrezione eccessiva. Nei processi infiammatori si ha anche la presenza di

gas ed allora il muco appare screziato. Nelle forme ulcerative possono essere emesse anche piccole escare ed il muco-pus può essere tinto di sangue. Questo può essere intimamente mescolato al muco o solo screziarlo.

Un altro segno d'irritazione del colon è lo spasmo o contrazione della tunica muscolare che provoca vari gradi di dolore.

In relazione al fatto che il colon non ha funzioni digestive non esiste la dispepsia colica, e ogni irritazione della parete del grosso intestino può praticamente essere considerata come una colite, la quale può avere molti gradi d'intensità in relazione alla quantità e virulenza del materiale irritante e dello stato di resistenza individuale.

Le coliti possono essere funzionali (colite spastica e colite muco-membranosa) e organiche (coliti infettive, coliti ulcerative non specifiche e coliti ulcerative specifiche come la tubercolare e la dissenterica).

I sintomi della colite di media intensità sono la pseudo-diarrea o diarrea alternata a stitichezza con dolore più o meno intenso dovuto allo spasmo. Nelle forme gravi si ha sempre diarrea con evacuazioni frequenti e dolorose di piccole quantità di muco e pus striati di sangue. Spesso la causa della colite consiste in un'irritazione nella parte più superficiale della mucosa che si diffonde poi in profondità. Spesso dipende dall'abuso di lassativi, aperitivi e di lavande del colon. Gli alimenti attraversano rapidamente l'intestino incompletamente digeriti. Il contenuto del grosso intestino rimane fluido e con il concorso della temperatura del corpo costituisce un ottimo terreno di cultura per i microrganismi. I batteri normali dell'intestino aumentano di numero irritando e successivamente invadendo la mucosa. In qualche caso la colite è il residuo di un'infezione batterica del gruppo coli-dissenterico, talaltra di una vera dissenteria, ed infine può dipendere da infezioni provenienti da carni o altri alimenti guasti.

In molti casi è in giuoco una deficienza di acido nel succo gastrico con la conseguente riduzione del potere antisettico su i batteri ingeriti con gli alimenti. In altri casi può esistere una sorgente definita di contaminazione batterica nella parte superiore del tubo digerente, come la piorrea, le infezioni tonsillari e naso-faringee. Non abbastanza chiari sono al riguardo gli effetti della mancanza di vitamine e di sali minerali negli alimenti. Alcuni autori vedono nell'eosinofilia, che spesso accompagna la colite muco-membranosa, un disturbo più generale o metabolico. In molti pazienti si riconosce uno stato nervoso costituzionale o dipendente da eccesso di lavoro, riposo insufficiente o tensione emotiva.

È utile iniziare il trattamento sgombrando l'intestino. Si possono somministrare piccole dosi di calomelano (2-3 cgr.) parecchie volte al giorno con intervalli di ore e facendo seguire un purgante salino (solfato di sodio e di magnesio specie nella dissenteria bacillare). Si può anche somministrare l'olio di ricino in una sola volta alla dose di 25-50 gr. oppure a piccole dosi ripetute.

Ma il miglior metodo di vuotare l'intestino è quello degli enteroclismi, con soluzione fisiologica a temperatura di 40°. L'introduzione del liquido, nella quantità di 150 grammi, deve essere fatta lentamente, a bassa pressione. Il paziente deve stare in completo riposo e cercare di trattenere a lungo il liquido. Dopo l'evacuazione si può ripetere subito un'altra lavanda.

Per ridurre gli effetti delle sostanze irritanti sulla mucosa intestinale giova il bismuto, somministrato in dosi generose (1 o 2 grammi per volta) sotto forma di sottonitrato, carbonato, ossicloruro o salicilato. Può essere associato con il caolino (una parte di bismuto e due di caolino) oppure con il carbonato di calcio nella stessa proporzione. La polvere di carbone è utile per l'effetto carminativo e assorbente dei gas. Altri preparati utili sono lo psyllium, il normacol, l'isogel e la paraffina liquida.

In alcune condizioni sono indicati farmaci astringenti come il collargol ed i preparati tannici.

La belladonna allevia lo spasmo ed il dolore; eventualmente deve essere associata all'oppio.

Allo stesso scopo giovano le applicazioni fredde o calde (meglio queste ultime) sull'addome.

I così detti antisettici intestinali presi per via orale lasciano il tempo che trovano. Per via rettale potrebbero essere utili, ma solo se somministrati ad una concentrazione tale che poi in effetti danneggia la mucosa.

Risultati migliori possono dare i fermenti lattici.

I vaccini preparati con i microrganismi isolati dalle feci del paziente non hanno dato effetti incoraggianti.

Alcuni autori hanno lodato l'antivirus del bacterium coli preso per bocca.

I sieri specifici e sopratutto il siero polivalente Flexner-Y è vantaggioso nelle forme di dissenteria bacillare.

Il siero antidissenterico talvolta si mostra utile anche nelle forme di colite cronica ulcerativa, ma probabilmente l'effetto è dovuto allo shock proteinico non specifico.

Al riguardo va rilevato che la trasfusione di sangue può riuscire molto utile, migliorando sia le condizioni locali che lo stato anemico. Anche la cura di preparati epatici può dare risultati analoghi.

La dieta deve tendere essenzialmente a fornire alimenti facilmente digeribili nello stomaco e nell'intestino e che lascino pochi residui. Contemporaneamente la dieta deve essere varia e tale da non provocare ripugnanze

che avrebbero effetti nocivi sullo stato generale. Nei casi gravi si deve cominciare a dare solo latte, e succhi di frutta. Con il miglioramento dello stato generale e dell'appetito si possono cominciare a dare farine di cereali già parzialmente digerite. A poco a poco quindi si aggiungerà pesce bollito, carne di vitella o pollo grattato o triturato leggermente cotto, uova alla cocca, animelle di vitello, cervello, pane biscottato, burro, vegetali verdi passati allo staccio, marmellata di frutta.

Nei casi gravi occorre il. riposo a letto assoluto. Comunque occorre sempre che il paziente risparmi le sue forze: non si affatichi fisicamente e mentalmente, e si sottragga alle emozioni.

Nella colite ulcerativa e dissenteria amebica si darà l'emetina, e preparati arsenicali come lo stovarsol, il treparsol e l'yatren. Mentre nelle forme ulcerative non specifiche, l'arsenico è controindicato e giova invece l'iodio (soluzione di Lugol a goccie più volte al giorno).

Le coliti ulcerative di natura tubercolare purtroppo non si giovano di tutti i detti farmaci. Tutto sta a migliorare le condizioni generali.

Il diverticolo duodenale spesso acuisce o anche determina forme di coliti, essendo una sorgente continua di infezione e d'irritazione. In tal caso si daranno piccole dosi di paraffina liquida, sulfocarbonato di sodio, salicilato di bismuto e antisettici intestinali.

Nella diverticolosi del colon giova la paraffina liquida per bocca o per il retto e le doccie intestinali.

Il valore delle operazioni chirurgiche (colopessi, colectomia, colostomia) è molto limitato. DR.

Errori di diagnosi nell'appendicite.

(K. VOLKMANN. *Deut. med. Wochens.*, 10 aprile 1936).

La tendenza odierna nei casi di appendicite è quella di procedere all'intervento, che sarà precoce nei casi acuti. Il tempo del trattamento con l'oppio, l'atropina e la vescica di ghiaccio è, dice l'A. fortunatamente passato. È pertanto necessario di porre presto la diagnosi esatta, che talora riesce difficile non soltanto al medico pratico, ma anche nelle stesse cliniche, tanto che anche in queste la proporzione delle diagnosi errate arriva al 6 %.

In generale, il medico poco sperimentato ha sempre il timore di non riconoscere a tempo l'appendicite e tende quindi ad inviare il malato all'operazione; mentre il chirurgo sperimentato cerca se vi sono realmente le indicazioni per l'intervento.

I *segni diagnostici* essenziali sono: 1) Dolore più o meno circoscritto alla regione cecale per lo più (ma non sempre) connesso con la « difesa » muscolare, talvolta avvertibile soltanto con la pressione profonda. I punti indicati dai vari autori sono incostanti e possono trovarsi anche dalla parte opposta (posizioni varie dell'appendice).

2) Il quadro definito dell'empiema appendicolare o della gangrena della parete senza perforazione decorre con temperature rettali di 38°,6-38°,8, sicchè il reperto di tali temperature ha un alto valore diagnostico; quelle al disotto dei 38°, però, non depongono senza altro contro l'appendicite, mentre quelle superiori indicano la presenza di perforazione o di altre localizzazioni (annessi, pelvi renale).

3) Il vomito o lo stimolo ad esso non manca quasi mai, ma si può trovare anche in altri processi infiammatori endoperitoneali.

4) Leucocitosi di 12-20.000; valori superiori od inferiori sono rari.

Questi fenomeni permettono una diagnosi giusta quando si tenga presente che l'appendicite non risparmia nè i poppanti nè i vecchi. Le difficoltà sorgono specialmente quando si può sospettare la malattia di un organo vicino ed è allora che si possono commettere errori di diagnosi. In questi casi, può accadere che si faccia diagnosi di appendicite, che non viene poi confermata dall'operazione, oppure che si scambi l'appendicite stessa per la malattia di un altro organo.

Nel primo caso, può accadere che l'appendice sia realmente malata, ma che non si tratti di appendicite (torsione dell'appendice, carcinoide della stessa, mucocele, presenza di ossiri, di corpi estranei, ecc.).

Più frequente è il caso che sia ammalato un organo vicino, specialmente per le donne gli annessi (infezioni acute degli stessi, aborto tubario, emorragie del corpo luteo, torsione peduncolare di tumori, ecc.). In molti di questi casi, i vari segni (leucocitosi, reperti palpatori, localizzazione del punto dolente, l'anamnesi, ecc.) sono spesso fallaci, mentre l'A. dà grande importanza al reperto di leucociti nell'urina, come segno dell'infiammazione degli annessi. Un reperto urinario negativo, con una temperatura costante di 38°,6-38°,8 depone per un'appendicite.

Particolari difficoltà diagnostiche possono aversi quando vi siano state pregresse laparotomie ginecologiche, durante le quali molti chirurghi asportano l'appendice per misure precauzionali.

Nonostante queste difficoltà è bene non attendere dei fenomeni minacciosi per operare e procedere ad una laparotomia esplorativa, facendo l'incisione in modo tale da poterla prolungare nella direzione dell'organo che si trova malato.

Beninteso, per l'intervento entreranno in discussione le varie condizioni in cui si può trovare il malato (cuore, età, diabete, stato generale).

Notevole è il numero delle malattie intestinali che possono essere scambiate per appen-

dicite ed anche qui la clinica, anche con le ricerche più accurate non può evitare qualche errore di diagnosi. Una porpora della sierosa intestinale, una colite acuta della parte ascendente, una diverticolite sono di diagnosi assai difficile, come del resto anche un attacco recente di tubercolosi delle ghiandole mesenteriche, frequente nei bambini. Appunto nei bambini, poi, si resta spesso sorpresi della discrepanza che si ha fra il quadro sintomatico ed il reperto dell'appendice. L'A. ha osservato spesso gravi fenomeni acuti con febbre alta ed invece scarso, sebbene sicuro reperto appendicolare e, d'altra parte, fatti di gangrena e di perforazione dell'appendice, senza febbre e con un contegno spigliato del bambino stesso. Anche la perforazione di una ulcera duodenale, ricoperta da un versamento nella borsa omentale può presentarsi col quadro di una appendicite. In un caso riportato dall'A. i fenomeni appendicolari non erano dati dall'appendice che fu trovata normale, ma da una scheggia di legno di 3 mm. che fu trovata ad un metro sopra la valvola del Bauhin e che aveva perforata la parete intestinale.

Anche le malattie degli organi urinari possono indurre in errore; la presenza di ematuria, o l'eventuale urografia (calcoli) possono chiarire la situazione. L'ematuria manca nel vespaio renale, che è accompagnato da febbre elevata e nell'idronefrosi intermittente. In caso di epididimite destra, si può avere il dolore alla regione cecale, talvolta anche accompagnato da « difesa » muscolare.

Più difficile riesce la diagnosi in casi di malattie delle vie biliari, in cui soccorre soprattutto la localizzazione del dolore.

Le infezioni generali sono spesso, sul principio, di diagnosi oscura. La forma enterica dell'influenza è spesso accompagnata da spasmi intestinali con un quadro appendicolare; l'esistenza di un'epidemia influenzale deve quindi imporre una certa cautela, sebbene vi siano, d'altra parte, degli aumenti periodici di appendiciti, in forma di piccole epidemie, forse in rapporto con il tempo, la stagione (autunno, primavera) o con l'alimentazione (frutta?).

Il paratifo decorre con una leucocitosi non superiore a 12.000; la tifoide è bene distinguibile nell'adulto, ma non altrettanto nel bambino.

Nei bambini, in rapporto con un'angina, si ha spesso una reazione dell'apparato linfatico, particolarmente nel territorio dell'ileo inferiore; il quadro che si presenta è però incompleto per l'appendicite, mancando sopratutto la « difesa » muscolare. In casi del genere, l'A. ha rifiutato di eseguire l'appendicectomia senza conseguenza di sorta.

Un breve accenno anche alle crisi tabetiche ed agli stati irritativi del sistema nervoso vegetativo; da anni, l'A. non ha più osservato casi di isterismo col quadro appendicolare o col desiderio di farsi operare. È anche da tenersi presente la possibilità di quadri appendicolari nelle polmoniti dei bambini, nei vomiti acetonemici, negli ematomi della parete addominale, ecc.

Un altro gruppo di errori diagnostici si trova nei casi in cui l'appendicite non è riconosciuta. Le cause possono essere varie: anomalie di posizione dell'appendice, per cui il dolore viene attribuito ad un altro organo, specialmente se vi sono dei fatti locali come il rigonfiamento addominale o la resistenza. Appartengono a questa categoria i casi di appendicite nel sacco erniario, con i sintomi di strozzamento. L'errore, però, non è dannoso per l'infermo, poichè anche lo strozzamento rende necessaria l'operazione.

Grandi difficoltà sorgono nel caso di anomala posizione dell'appendice, sia mediana (confusione con necrosi del pancreas), sia subfrenica (presenza di ittero), sia retrocecale. In quest'ultimo caso, il dolore è localizzato alla parte posteriore della parete addominale, mancano spesso la tensione muscolare ed i fatti peritoneali. Il processo si svolge come extraperitoneale e, ad avvenuta perforazione, può simulare un ascesso paranefritico o, nei vecchi, un carcinoma cecale.

La vicinanza delle vie urinarie può pure dare fenomeni che inducono in errore; possono aversi ematuria ed anche anuria reflessa, che scompaiono con l'appendicectomia.

In casi non urgenti, si possono avere utili indicazioni con l'esame radiologico, ma non mancano le possibilità di errore, come dimostra un caso citato dall'A., in cui tutto faceva propendere per un tumore, mentre all'operazione si trovò un ascesso endoperitoneale epitiflitico, da appendice perforata.

Altri casi interessanti sono citati dall'A., come quello di un bambino con numerosi accessi di meningismo ed un lieve dolore al punto di Mac Burney; l'appendicectomia portò la guarigione. In un altro caso, il chirurgo, si lasciò ingannare dalla presenza di febbre alta, diarrea, reperto negativo al cavo del Douglas e presenza di bacilli pseudodissenterici nelle feci, trascurando così una appendicite perforata, con la presenza di 750 cmc. di pus incapsulato nella cavità addominale.

Le difficoltà diagnostiche e gli errori aumentano quando coesista un'altra malattia. Numerosi casi del genere sono riportati nella letteratura: coesistenza di polmonite, di strozzamento intestinale, di appendicite gangrenosa, con ulcera duodenale, con gangrena della cistifellea, con ulcera tifosa perforata, con pielite destra nelle gravide, ecc.

Le difficoltà diagnostiche, in questi casi, dipendono dalla sovrapposizione dei sintomi analoghi, per cui non si pensa alla seconda malattia; pessime sono le condizioni quando è

l'appendicite si presenta secondariamente ed è soltanto un caso se il malato può salvarsi.

Si pensi, da ultimo, anche alla possibilità che il quadro morboso sia artificialmente oscurato, sia per dissimulazione (non solo nei bambini, ma anche negli adulti) sia per l'azione di medicamenti, come p. es. la somministrazione di morfina fatta per agevolare il trasporto; possono, in tal caso, essere scomparsi i dolori e la difesa, mentre il meteorismo ed il vomito possono essere attribuiti alla morfine stessa e la febbre e la leucocitosi non sono, da soli, segni sicuri di diagnosi.

Tutto quanto si è esposto dimostra che in clinica sono pur sempre possibili in questo campo errori di diagnosi che è necessario tener presente procedendo sempre alla più accurata ricerca con tutti i metodi ed alla esatta valutazione dei segni. *fil.*

RENI E VIE URINARIE.

Direttive pratiche nel trattamento delle cistiti.

(A. CZECH, *Münch. mediz. Wochenschr.*, 28 febb. 1936).

L'affezione infiammatoria della vescica urinaria viene di solito considerata sia dal medico, sia dal profano, come una malattia banale e benigna; e se, nella maggior parte dei casi, tale concetto corrisponde alla realtà, esso non può essere senz'altro generalizzato; spetta al medico pratico il giudizio relativo alla diagnosi etiologica di una data cistite per poter escludere l'esistenza di un altro processo morboso, di cui la cistite non è che la conseguenza. Dunque anzitutto un'anamnesi accurata, la quale nel caso di cistite primitiva « a frigore » o da abusi dietetici ci rivelerà l'elemento protopatico, o d'altra parte ci indicherà la possibile esistenza di un'infezione gonococcica; la lunga durata di una cistite ostinata farà mettere in dubbio la benignità dell'affezione. Un esame obiettivo accurato che implica anche l'esplorazione vaginale e rettale farà assodare o escludere la presenza di eventuali affezioni degli organi genitali che possono causare la cistite; nella donna può trattarsi anche di tumori vaginali che si fanno strada nella vescica; la presenza di annessite richiamerà ancora la nostra attenzione sulla possibile infezione Neisseriana; nell'uomo occorre ricercare se vi sono cause di ritenzione sotto forma di restringimento uretrale o ipertrofia prostatica.

Sarebbe inutile insistere sull'importanza dell'esame dell'urina, se esso non fosse ancora frequentemente trascurato o mal valutato. Fatto l'esame macroscopico (aspetto, prova dei tre bicchieri ecc.) e quello chimico, l'importanza decisiva spetta all'osservazione microscopica del sedimento. Occorre ricordarsi che la presenza di 3-4 elementi leucocitari per campo è normale per la donna, mentre costituisce un reperto sospetto per un uomo. Fino a che i leucociti non superano 50-100 per campo la prova chimica per l'albumina dà risultato negativo; anche nelle piurie più accentuate l'albumina non supera 1-2 %; in caso di maggiori quantità è da sospettarsi una lesione renale.

L'A. insiste sulla delicata tecnica del cateterismo e consiglia di evitarlo nel primo periodo di una cistite acuta. Egli ricorda che la natura benigna del processo può essere confermata dal successo del trattamento medico e si sofferma sui particolari di questo.

Tra gli schemi più semplici della terapia della cistite va ricordato il trattamento con infuso di uva ursi (4-5 cucchiaini per litro di acqua) e salolo nella proporzione di 1,5-2 gr. *pro die*. L'urotropina di solito aggrava i disturbi subiettivi della cistite acuta. Raccomandabile è inoltre il caldo sotto forma di semicupi, l'uso di biancheria pesante; occorre evitare le bevande alcooliche, quelle fredde, cibi molto conditi. L'acidificazione dell'urina può essere raggiunta mediante somministrazione di acido cloridrico (X goccie, 3 volte al dì di HCl diluito) o di ac. fosforico (a 5 %, XX goccie 3 volte al dì). Di grande utilità nella cistite acuta si è dimostrata la dieta « alternata »: 2-3 giorni di regime alcalinizzante a base di patate, legumi, frutta con molti liquidi, seguiti da 2-3 giorni di regime quasi asciutto, acidificante a base di carne, pane, uova, avena, lardo, noci, ecc.

Una cistite che a malgrado un trattamento adeguato dura più di 3-4 settimane, non è solo una cistite; occorre ricercare le cause della sua persistenza: si penserà all'eventuale esistenza di altre infezioni organiche (tbc., infezione Neisseriana); si dovrà escludere la presenza di un ostacolo meccanico al deflusso dell'urina; spesso si dovrà ricorrere a indagini speciali sotto forma di cistoscopia e osservazione radiologica di pertinenza dello specialista; ancora prima però il medico pratico dovrà attentamente studiare tutto l'app. urinario, ricordandosi quanto sono frequenti le cistiti da affezioni renali a cominciare dalle nefroptosi, idro- e pionefrosi, tbc. renali, tumori del rene, calcolosi, ascessi pararenali ecc. Non ci soffermiamo sui dati dell'esame obiettivo e dell'esame di urine che possono rivelare le affezioni del genere. Comunque spetta al medico di sondare anche la funzionalità del rene rivelabile molto bene mediante la prova combinata di diluizione-concentrazione: dopo che la mattina a digiuno è stato somministrato al paziente 1,5 litro di liquido (acqua, tè), questo rimane per 24 ore a dieta asciutta; nelle prime 4 ore l'urina viene misurata ogni ora; quindi ogni due ore. Normalmente i 1500 cm. di liquido vengono eliminati nelle prime 4-6

ore; il peso specifico dell'urina che nelle prime ore è di 1002-1004, cresce successivamente fino a raggiungere 1027. Tale prova è da proscriversi nelle nefriti acute e nell'ipertensione.

Un'insufficienza renale anche minima controindica l'uso di disinfettanti urinari per via endovenosa (urotropina, piridio ecc.). Nello stadio subacuto della cistite si è dimostrato utile il lavaggio vescicale con deboli soluzioni disinfettanti. (L'A. usa il chinosolo a 1/2-1 ‰), eseguito sotto bassa pressione; non occorre mai riempire la vescica tanto da provocare dolore; l'aumento della capacità di essa sarà raggiunto gradualmente.

Non possiamo riportare qui i molteplici consigli tecnici riguardanti le singole modalità dell'esame e del trattamento del malato affetto da cistite. A conferma dell'importanza di un esame scrupoloso l'A. cita alcuni casi capitati sotto la sua osservazione e nei quali sotto il quadro di « catarro vescicale » diagnosticato per più anni (fino a quindici), si celava volta per volta pionefrosi, idronefrosi, rene cistico e perfino tbc. renale bilaterale.

S. MINZ.

La via para-mediana, latero vescicale nell'estrazione dei calcoli dell'estremità inferiore dell'uretere.

(J. FRANÇOIS. *Bruxelles-Médical*, 19 gennaio 1936, n. 12).

Le vie di accesso in caso di calcoli degli ultimi 8 cm. inferiori dell'uretere sono state recentemente ristudiate da Boeminghaus e da Papin.

L'A. avendo una discreta esperienza in proposito desidera esprimere la sua opinione. Su una casistica di 40 calcoli ureterali di cui 16 situati negli ultimi 8 cm. inferiori dell'uretere egli ha seguito la via classica laterale di Albarran in otto casi, riscontrando le seguenti difficoltà: luce insufficiente, ricerca indaginosa dell'uretere, suture ed emostasi a volte difficili, facili eventramenti consecutivi specie nei casi infetti.

Per la via paramediana latero-vescicale che si avvicina molto a quella descritta da Beer, Mayo e Wilherpton, l'A. ha levato sei calcoli dell'estremità inferiore dell'uretere. La tecnica si può tracciare nelle sue grandi linee in dieci tempi.

1) incisione cutanea di 12-15 cm. (a seconda la corpulenza del soggetto) transrettale, cominciando o finendo un dito trasverso al disopra del pube.

2) Incisione dell'aponevrosi anteriore del retto.

3) Scollamento del retto e retrazione verso l'interno.

4) Spostamento o legatura dei vasi epigastrici.

5) Sfondamento della parete posteriore della guaina posteriore del retto nella sua parte inferiore ponendo un divaricatore.

6) Respinta del cul di sacco peritoneale in alto e scollamento laterale della vescica.

7) Ricerca del calcolo palpando sulla parte laterale della faccia posteriore della vescica servendosi come punto di refere dell'arteria uterina nella donna e del canale deferente nell'uomo.

8) Estrazione del calcolo e verifica della permeabilità ureterale in basso.

9) Sutura dell'uretere e drenaggio.

10) Fissazione dei bordi del muscolo grande retto al bordo esterno della sua guaina e sutura accurata dell'aponevrosi anteriore del grande retto e della pelle.

L'A. conclude rilevando i vantaggi della tecnica adoperata che sono:

1) la ferita parietale si trova verticalmente al disopra dell'uretere;

2) questa via permette, se è necessario la apertura della vescica; e si può, aggiungendo un'incisione orizzontale sulla verticale dopo dissociazione e sezione parziale dei muscoli, repertare l'uretere a livello dell'arteria iliaca con maggiore sicurezza di evitare gli eventramenti che si verificano col taglio medio laterale vescicale;

3) gli scollamenti peri-vescicali sono ridotti al minimo, ciò che può avere grande importanza nei casi infetti;

4) il muscolo grande retto interponendosi tra il piano aponevrotico impedisce gli eventramenti consecutivi.

SCANDURRA.

Sulla decapsulazione ed enervazione renale negli stati ipertensivi permanenti.

(H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL e P. GAUME. *La Presse Médicale*, n. 16, pag. 307, 1936).

Gli AA. si riferiscono agli stati ipertensivi che trovano la loro patogenesi in una glomerulo-nefrite cronica, in una nefro-angiosclerosi benigna o maligna, e in cui hanno praticato con risultati discreti la decapsulazione e quindi l'enervazione renale d'ambedue i lati. Riferiscono sulla loro esperienza, illustrandone anche tre casi, e accennano a quella degli altri AA. (Page e Heuer, Rieder, Gerbi e Rizzi) che prima di essi si sono occupati dell'argomento. Concludono affermando che la decapsulazione, essendo un intervento meno grave, deve essere eseguita, specie nei casi con grande insufficienza renale, come operazione preparatoria all'enervazione, e invitando infine gli altri chirurgi a rendere note le loro osservazioni su questo argomento ancora così nuovo ed oscuro, perchè si possano precisare le indicazioni e i risultati.

G. GENTILE.

DIVAGAZIONI

Vita cellulare e struttura protoplasmica.

Gli studi sulla cellula hanno sempre destato un grande interesse in biologia, con la grande speranza di svelare, in questo elemento che pur nella sua grande complessità appare primordiale, qualche fase del segreto della vita. Sulla fine del secolo scorso, le ricerche citologiche seguivano due diversi orientamenti. Gli uni, i morfologi, con ricerche micrografiche sempre più fini, tentavano di definire nella cellula la massima parte delle particolarità strutturali, dando la massima importanza al nucleo, in cui distinguevano un gran numero di sostanze, in base alla loro colorabilità e conformazione. Gli elementi strutturali della cellula, a funzioni indipendenti, erano in certo modo diretti dal nucleo, a funzioni di centro trofico, e dal centrosoma, centro cinetico.

Altri, invece, volevano ricondurre la proprietà del protoplasma alle leggi fisiche note; è il tempo in cui Bütschli riteneva di riprodurre i movimenti protoplasmici e pseudopodici con delle gocce di olio nell'acqua, non tenendo conto delle proprietà caratteristiche di materia vivente del protoplasma e della sua specificità.

Malgrado molte esagerazioni, l'enorme somma di lavoro accumulato (il solo centrosoma ha una ricca bibliografia!) non è andata perduta e, se oggi non si crede più che la chimica fisica possa dare una spiegazione del fenomeno della vita, si deve però riconoscere che le leggi di quella si applicano alla sostanza vivente.

Gli studi odierni hanno tutt'altro orientamento, piuttosto dinamico che statico. Ci si è accorti che i reattivi citologici provocano spesso degli aspetti artificiali e si sono introdotti metodi nuovi di studio, quali la colorazione vitale, l'esame ultramicroscopico e la microdissezione e l'interesse si è spostato dal nucleo, con tutte le sue parti figurate, al protoplasma amorfo, che appare la sede essenziale della vita. Esso ha, lo ha affermato per il primo il Bottazzi, una individualità ed una unità chimica e morfologica e questo autore ha addirittura istituito un paragone fra i legami delle molecole chimiche del protoplasma e quelli degli atomi di una molecola. Si tratta, però, di legami molto più labili, soggetti a molteplici cambiamenti, nei complessi fenomeni fisiologici, che comportano sempre molteplici reazioni fra loro connesse od accoppiate.

Sempre inspirandosi ai principi della chimica fisica, Zwaardemaker ha considerato il protoplasma come un sistema complicato di fasi coesistenti in equilibrio eterogeneo; ma non bisogna andare troppo oltre nei paragoni. La cellula non è una provetta ed anche se noi mettiamo in questa della sostanza colloidale, vi abbiamo una materia che è ben lungi dal presentare la struttura finemente gerarchizzata e tanto complessa della materia vivente. Nella provetta, le reazioni decorrono in modo ben diverso che nel protoplasma, in cui non è indifferente se la reazione concerne una quantità semplice o decupla, se si produce in questo o quel punto della cellula, a contatto di questo o di quell'*organite*.

Come si è detto la chimica fisica non rende completamente conto della materia vivente; ma questa negazione non implica di per sè l'ammissione di un qualsiasi principio vitale; ma significa soltanto che la materia vivente possiede sempre una struttura e che non si può fare astrazione da questa struttura e dalla sua forma, se si vuole tentare di comprendere la vita.

Quello che si deve essenzialmente mettere in rilievo, come osserva M. Prenant (*Scientia*, dic. 1935) è questo distacco, sempre più evidente, delle forme viventi da quelle che non lo sono. È quindi illusorio il voler cercare di spiegarle con delle cause statiche, avendo esse una evoluzione propria.

La vita di una cellula appare pertanto come un insieme molto complesso di reazioni fisicochimiche, che influiscono incessantemente le una sulle altre; esse dipendono dalle fini strutture protoplasmiche, ma queste a loro volta sono condizionate dalle prime. Ad un dato momento, struttura e composizione chimica esprimono tutto il passato della materia vivente considerata e non potrebbero essere pienamente comprese, che in funzione di questo passato a noi ignoto. Tutto questo indica che non si può sperare (nemmeno mediante un fenomeno fisico o chimico che si possa scoprire) di realizzare la sintesi della vita.

D'altra parte, la relativa stabilità della materia vivente, che è la sua proprietà più curiosa dati i cambiamenti che essa subisce incessantemente, sembra essere garantita dalla stessa complessità del protoplasma e dalle interazioni multiple, fra costituenti chimici ed elementi morfologici. Si rende così superflua ogni ipotesi vitalista, da cui come dalle ipotesi meccaniste ci sentiamo oggi lontani.

A. FILIPPINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

ARTURO CASTIGLIONI. *Storia della medicina.* Nuova edizione riveduta ed ampliata. A. Mondadori, Milano, 1936. Prezzo L. 140.

Dal tronco suo robusto, l'opera rinasce freschissima in questa nuova edizione ad accrescere la benemerenza di Arturo Castiglioni, chiaro maestro dell'Ateneo di Padova, che gli studi storici della medicina persegue, con austerità di metodo e scrupolosa fedeltà delle fonti, e li ravviva con la grazia sua inconfondibile di narratore.

La scienza e l'arte si danno la mano, ed appena s'apre il volume subito si sente il fine gusto usato a rappresentare le figurazioni del dolore che l'umana vita tormenta; il segno, l'incisione, la scultura, il quadro, dalle forme rudimentali e primitive, alle più nobili ed efficaci espressioni, sempre al fine di offrire un documento vivo e palpitante.

Non vi può essere alcuno che sfogliando, non provi l'irresistibile piacere della figura; ed ecco la statuetta in calcare dell'età della renna, la Venere adiposa di Willensdorf, il frammento dell'anfora degli Inkas a forma umana con la rappresentazione delle pustole di malattia cutanea pruriginosa, i crani chirurgicamente trapanati, la paralisi del facciale.

Vinto ormai dalla curiosità, sfogliando ancora ritrovi Michelangelo, Leonardo, Rembrandt, con gli studi di anatomia e di vivisezione ed il Mantegna con il martirio di San Sebastiano dal bellissimo corpo, sul quale le frecce avevano aperto al dolor finestra.

L'opera del Castiglioni s'inserisce nella cultura generale; chiunque sia desideroso di sapere, l'autore conduce per mano e lo ricrea, con l'ampio respiro filosofico che dentro aleggia d'ogni parte; ed è lo spirito del libro, fatto, si direbbe, per i poveri e per i ricchi, di medica dottrina; chè quelli vi trovano sempre salutare alimento, e gli altri possono appagare il gusto di cibo prelibato.

La storia della medicina segue passo passo la vita dell'uomo sulla terra, dal più tiepido clima ove essa si afferma a quelli più rigidi, e dal primo nucleo dell'idea che si è andata progressivamente organizzando. E l'idea, il Castiglioni accosta sempre al fatto, onde la materia ne è tutta vivificata: date, uomini, avvenimenti, si susseguono legati gli uni agli altri da una prosecuzione di concetti logicamente concatenati, onde i fatti ci appaiono nella loro reale essenza quali una animata « rappresentazione » della storia del pensiero. Dalla preistoria colle fosforescenze nebulose della magia, ed i segni predivinatori tratti dagli astri e dai fenomeni naturali, guizzano già le prime luci: qualche verità appare; ma l'evoluzione della medicina ci sembra atassica, irregolare, sensibilissima di solito alle perturbazioni sociali; spesso parallela all'evoluzione in altri campi dell'umano sapere; e rapide ascese e lunghe soste e regressioni e faticose riprese e lampi di idee sprizzanti da cervelli possenti che a tratti illuminano la via sino allora percorsa rendendone possibile la visione panoramica, la sintesi; e infine l'organizzazione del lavoro scientifico, l'avanzata di un vero esercito del pensiero su un estesissimo fronte, con particolari indirizzi di Scuole talora forse audaci, ma necessarie, quali pattuglie di punta. Storia d'una scienza: evoluzione nel tempo e storia dell'umano pensiero. Sembra talora che questa evoluzione riproduca quasi le tappe che il nostro abituale ragionamento clinico-scientifico ogni giorno più volte rapidissimamente percorre: anzitutto il rilievo e la ragione dei fatti, poi le correlazioni e le deduzioni; il primo còmpito è, in realtà, il meno facile, forse perchè l'attuazione dei procedimenti anche più semplici, atti a svelare un fatto ai nostri sensi, presuppone in noi una percezione sia pur vaga del significato del fatto stesso basata in genere sulla sintetica concezione dei dati sino allora acquisiti; nella storia del sapere e in particolare in quella della nostra scienza medica, sono perciò frequenti le contestazioni sulla priorità di una osservazione nuova quasi contemporaneamente fatta da studiosi che a reciproca insaputa su strade analoghe si indirizzavano seguendo la traccia segnata dall'evoluzione del pensiero. E se detta evoluzione ci sembrasse veramente essere avvenuta nel passato con lentezza, basti, a giustificare questa, il pensare, che è logicamente presumibile, nelle espressioni vitali del mondo che ci circonda, l'esistenza di molti fatti che noi non rileviamo, ma che altri dopo di noi dimostrerà.

Deve esser riconosciuta al Castiglioni la virtù dell'esploratore, chè la sua è opera di esplorazione a ritrovar le prime polle, e tutti i rivi e tutti gli affluenti che vanno al gran fiume segnante il corso dell'umana gente.

Nello studio ricostruttore d'una feconda analisi, si sviluppa la storia della medicina a cominciare dall'Oriente lontano, dai Babilonesi, gli assiri, gli egiziani. Quindi la scienza si afferma nell'Ellade con l'aureo periodo dominato da Ippocrate, il più grande clinico dell'antichità, ed a Roma con Celso, Plinio, Galeno.

Tramonta il grande Impero, sorge il Cristianesimo e superati i periodi di decadimento (medicina bizantina, medicina araba) ecco aprirsi l'evo di mezzo con le scuole, prima fra tutte quella di Salerno di vasta rinomanza. Succede l'umanesimo, sorge il rinascimento con la instaurazione di studi positivi e la fioritura di indirizzi nuovi. Avanti ancora; le linee direttive del pensiero medico appaiono molto progredite col 600 e col 700; un grande restauratore si affaccia e si afferma, il nostro Morgagni, che stringe il rapporto vigoroso fra fenomeno clinico e fatto anatomo-patologico, onde l'anatomia patologica che fino allora quasi non aveva veste di scienza, assume d'un tratto la sua alta dignità ed entra trionfante nella medicina.

La storia della medicina diventa allora, vi-

cina a noi, contemporanea potremmo dire; l'A. segna con tratti sicuri i due grandi periodi fra l'ottocento ed il novecento, e tocca le tappe raggiunte, i princìpi fissati, i segreti scoperti, le vittorie conseguite, dai grandi di fuori e nostri, specialmente *nostri*, sino a coloro cui vivemmo vicini; le loro figure passano l'una accanto all'altra, austere e serene, care al nostro ricordo di studiosi o di allievi: da Camillo Golgi, a Guido Baccelli, ad Antonio Cardarelli, ad Augusto Murri, ad Achille De Giovanni, a Carlo Forlanini, a Pietro Grocco.

Il Castiglioni che esplorando ha ritrovato le origini e seguito il corso dell'evoluzione del pensiero medico conclude la storia della medicina rilevando l'importanza che ha per il medico l'osservazione clinica del malato; il malato il quale è mutabilissimo, non soltanto nella sua malattia diagnosticabile, ma anche nella sua psiche...: sarebbe cecità, dice l'A., non riconoscere che vi furono prima dell'avvento della medicina scientifica e dopo, grandi ed insigni guaritori che non furono uomini di scienza; ma ebbero soltanto la facoltà di sollevar l'animo del sofferente, e dominarne la psiche; e vi furono scienziati valorosissimi i quali furono medici, men che mediocri. La medicina moderna, afferma il Castiglioni, si orienta verso un nuovo ippocratismo, con un ritorno alla concezione classica e mediterranea della medicina clinica diretta, secondo il pensiero dell'antico sapiente di Coo in prima linea, al benessere dell'individuo e al miglioramento della razza, e che ricerca le cause della malattia nelle origini dell'individuo, nei fattori climatici, nell'ambiente e conseguentemente determina la profilassi e la cura.

Su questa traccia luminosa l'A. addita i nuovi orizzonti della medicina, e, facendo sosta, si compiace, contro l'ingiusta e semplicista critica di scarso progresso, a ricordare l'avanzata benefica e gloriosa del grande esercito della salute, nettamente ormai vittorioso sui grandi mali e sulle calamità più paurose e sterminatrici del genere umano; la diminuzione della mortalità infantile, delle malattie epidemiche e contagiose, l'importanza delle moderne indagini nel campo dell'immunità e dell'allergia, il valore della terapia specifica, i trionfi della chemioterapia, l'utilità grande, e tale da sostanzialmente modificare la prognosi di varie affezioni, della terapia ormonica, quale la insulina nel diabete, il fegato nell'anemia perniciosa, l'estratto corticale nell'Addison, l'estratto ovarico nell'emofilia, il progresso grandioso degli studi sulle vitamine, e infine gli studi delle patologiche impostazioni individuali intese oltre che nella loro statica espressione morfologica sopratutto nella loro dinamica estrinsecazione chimico-fisica.

D'altro canto se nella tradizionale concezione, la medicina suol chiamarsi l'arte di prevenire il male e lenire la sofferenza, essa dovrà ormai essere anche e sopratutto apprezzata in una generale e grandiosa visione, siccome fattore primo, accanto ad altri che appartengono all'ordine etico e sociale, della integrità e sanità della stirpe, poichè da queste dipende non soltanto la diminuzione della mortalità, ma il beneficio ben più grande e risolutivo dell'aumento delle nascite: prima, grande forza della nazione.

A nuovo decoro della scienza medica, a beneficio dell'itala gente nostra, dalle molte vite, per il forte stil nuovo, alla grandezza di Roma risorgente, Castiglioni addita, con nobile fede animatrice, il còmpito sociale della medicina.

E valuta questo còmpito rispetto alla quotidiana vita che noi conduciamo nell'esercizio della nostra professione, considerando, specie nei diversi paesi d'Europa, le odierne tendenze e i metodi diversi seguiti per la formazione spirituale e scientifica del medico moderno.

Pagine calde e penetrative nell'ordine psicologico che danno carattere d'interessante attualità all'opera dell'A.; o che accenni alle Scuole e alla letteratura medica degli ultimi tempi, o che accolga in un sol quadro le classi sanitarie nel cerchio dell'ordinamento corporativo, o segua il crescente sviluppo delle leggi sociali verso il progressivo miglioramento delle classi lavoratrici e con esse della sanità della stirpe cui fra noi si dà, alle origini, sì grande contributo con l'opera nazionale della maternità e della infanzia, o tocchi i sempre più vasti problemi della profilassi, giungendo per molteplici osservazioni a concepire quale sarà e dovrà essere la nuova coscienza igienica.

Rileva egli infine che si va delineando un movimento verso una medicina di Stato. Ma tutto ciò più che mai intaccherà i princìpi tradizionali della libertà d'azione e della individualità del medico, che formano, dice Castiglioni, il fondamento del progresso scientifico e professionale.

Cesare Frugoni.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. Gucci. *Nozioni elementari sopra la retrattiloterapia chirurgica della tubercolosi polmonare.* Edit. L. Pozzi, Roma, Vol. di pagine 112 con 60 figure, L. 18.

La monografia del Gucci sarà bene accolta dai Medici d'Italia che vi troveranno esposte con chiarezza tutte le più recenti cognizioni sulla retrattiloterapia nella tubercolosi polmonare. Il problema, per la estesa indicazione che trova, dovrebbe essere conosciuto, almeno nelle sue linee generali, da ogni medico che cura malati con lesioni tubercolari del polmone. I risultati così brillanti che la cura chirurgica ha raggiunto, quando le indicazioni

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

siano poste esattamente, impongono al medico anche non specialista, di conoscere con esattezza le vie che si possono seguire in quanto tocca generalmente a lui di stabilire se, nel caso in oggetto, la cura debba essere solamente medica o no.

Il Gucci, valendosi della sua esperienza personale e di quella della Scuola di Roma, non si limita a esporre solamente la tecnica operatoria, ma discute chiaramente sulle indicazioni e fissa i risultati che si possono ottenere. Opera dettata a scopo eminentemente pratico per il medico e che ha il pregio della chiarezza e nello stesso tempo della precisione. Le figure sono abbondanti e molto dimostrative.

Dopo una premessa su generalità di anatomia e fisiologia, espone le basi generali della collassoterapia e le indicazioni e controindicazioni in base ai dati semeiologici, radiologici e anatomopatologici. Pone così nettamente le varie indicazioni e discute i vari metodi di cura, dal pneumotorace, alla sezione delle aderenze, alla toracoplastica, all'apicolisi, alle toracoplastiche parziali, alle operazioni associate.

Questa monografia del Gucci riuscirà pertanto di indiscutibile utilità anche ai medici condotti.

P. Valdoni.

H. Rein. *Einführung in die Physiologie des Menschen*. Vol. in-8°, di pag. 460. J. Springer, Berlino, 1936. M.K. 18.

Come dice il titolo stesso del libro, questo, più che un trattato completo di fisiologia umana, costituisce un'introduzione in questa scienza; dato l'indirizzo fisiopatologico della medicina moderna, si può dire che il presente volume costituisce anche l'introduzione nello studio della medicina in genere. Fra i cómpiti che l'A. si è proposto, e si può dire ha assolto con successo, v'è anche questo di mettere in evidenza l'unitarietà delle leggi e le correlazioni che regolano i fenomeni biologici dell'essere vivente; tale unitarietà si è rispecchiata anche nel libro stesso, di cui i singoli capitoli costituiscono altrettanti richiami reciproci, contribuendo all'organicità dell'insieme del testo.

L'A. ha cercato d'altra parte di condensare nella mole relativamente esigua del volume il vastissimo materiale della fisiologia moderna; ammettendo quale premessa la conoscenza da parte del lettore delle nozioni di fisica, chimica ed anatomia, egli riesce in questo intento, sfrondando il materiale da tutto il sovraccarico delle date e dei nomi, cui spetta più che altro un valore storico; nell'esposizione si è fatto a meno di riportare tutto lo sviluppo cronologico delle singole nozioni e delle rispettive ipotesi limitandosi soltanto a quelle accertate ed attendibili.

Fra i meriti del libro figura anche il fatto che in esso troviamo aggiornati anche i capitoli relativi ai campi solo da poco esplorati; nelle pagine dedicate al sistema nervoso vegetativo, all'endocrinologia ecc., troviamo riunite le nozioni più recenti nella ricerca delle quali bisognava finora rivolgersi alle ultime annate dei periodici scientifici.

La chiarezza dell'esposizione viene ancora a guadagnare dalle figure, schemi e diagrammi che abbondantemente illustrano il testo.

S. Minz.

R. Goiffon. *Etude clinique de l'équilibre acido-base par l'analyse d'urine*, Vol. in-16° di pagg. 100, Masson & C. Paris, 1935, Fr. 16.

Scopo dell'A. è di volgarizzare il concetto di equilibrio acido-base tra i medici e di offrire loro il modo di comprenderne le premesse senza affrontare i freddi capitoli della chimico-fisica, e di apprenderne le tecniche ultrasemplificate. L'A. infatti ritiene che attraverso l'esame delle urine si possa costruire uno specchio fedele dell'equilibrio acido base del paziente. Ad ogni modo, dice l'A., per quanto il problema sia considerato qui nel modo più semplice possibile, questo libretto non deve essere considerato che una « introduzione » allo studio del tanto studiato equilibrio A. B. Il libretto comprende tre parti.

Nella prima è definito l'equilibrio acido base quale è nel sangue, per il gioco dei vari tamponi e dei vari compensi possibili (renale, polmonare, fecale, tissulare); è descritto il quadro chimico e clinico dell'acidosi e dell'alcalosi, ne sono riassunte le determinanti più frequenti.

Nella seconda parte è esposto tutto ciò che, riferentesi all'equilibrio A. B. può essere evidenziato con l'analisi delle urine e cioè il pH, la acidità di titolazione, i radicali acidi dei vari gruppi; aminoacidi, fosfati, carbonati, ac. organici, ecc. L'A. propone alcuni « coefficienti » urinari, tipo acidità di titolazione — urea, o acidità totale — acidità aminoacidi, che a suo parere possono servire a deduzioni sullo stato acidosico dell'organismo.

Fondamentalmente è l'acidità di titolazione, l'A. totale urinaria che permette all'Autore di parlare, su questo solo dato, di *acidosi* o di *alcalosi* il che veramente è il massimo possibile della semplificazione.

La *terza parte* è dedicata alla terapia della acidosi e delle alcalosi, sunteggiata in 3 facciate, e alle conclusioni pratiche riguardanti la sorveglianza del diabetico, dello sportivo, delle gravide, del bimbo: in due parole: la protezione dell'organismo contro la acidosi e soprattutto contro la *chetonemia*, che non è la stessa cosa. Segue un'appendice tecnica (pH colorimetria, acidità di titolazione, acidi organici, ac. carbonico e fosfati.

M. Coppo.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Sezione Laziale della Società Italiana di Gastroenterologia.

Seduta del 13 marzo 1936.

Presidente: C. FRUGONI.

Ulceri associale gastriche e duodenali.

G. B. SALVATORI. — L'O. ha preso in esame 600 casi di ulceri del tratto gastro-duodenale studiate radiologicamente e controllate all'atto operativo, giungendo alle seguenti conclusioni:

1) Le ulceri associate gastriche e duodenali sono in generale una sorpresa dell'indagine radiologica, perchè clinicamente, di regola, la diagnosi non ne viene posta.

2) La loro sintomatologia, il più spesso è da ulcera duodenale, ma può essere anche da ulcera gastrica: nel minor numero dei casi è mista: può anche essere muta.

3) Radiologicamente si riesce quasi sempre, con ricerche accurate, a mettere in rilievo il segno più certo dell'ulcera, rappresentato dalla nicchia, nella sua duplice localizzazione. Scarso valore hanno invece le sole deformazioni, che più spesso sono di origine riflessa da stimoli a distanza.

4) I riscontri anatomo-patologici coincidono di massima con i reperti radiologici per quel che riguarda la sede e la grandezza della lesione.

5) La nostra statistica, fondata su elementi di assoluta certezza (pezzi anatomici), e su un numero sufficiente di casi (600), non convalida l'affermazione di quegli autori, che asseriscono essere le due ulcerazioni pressochè sempre coesistenti. L'argomento quindi che si basa su una tale supposta associazione, e che viene invocato per dimostrare che non esistono ulceri gastriche o duodenali, ma solo una « malattia ulcerosa » secondo il nostro lavoro, mancherebbe del suo fondamento.

Studi di fisiopatologia dello stomaco operato.

P. VALDONI. — Gli interventi praticati sullo stomaco portano a delle modificazioni notevoli nei fenomeni motori e secretori dello stomaco stesso, modificazioni che per quanto perfettamente tollerate come i risultati clinici lo dimostrano, hanno pur sempre un'importanza anche pratica notevole in quei casi in cui il compenso non sia così completo o in quei periodi in cui non si sia ancora stabilito. Sono prese così in considerazione le modificazioni della motilità, non quelle studiabili a distanza con l'esame radiologico e che sono in relazione allo svuotamento, ma particolarmente quelle intrinseche alla muscolatura liscia della parete gastrica. Si sono instaurate delle ricerche introducendo nello stomaco dopo l'operazione un palloncino di gomma connesso ad un apparecchio scrivente e si è notata la profonda modificazione della grafica che mostra una scomparsa pressochè completa delle contrazioni periodiche dopo resezioni gastriche mentre queste si mantengono pressochè inalterate dopo le gastroenterostomie. Solo in questi casi si comportano in modo analogo a quelle normali sotto l'azione di stimoli di vario ordine.

Le alterazioni della funzione secretoria sono più importanti in quanto l'intervento porta ad una profonda modificazione specialmente quando si pratichi un esame a distanza dall'intervento. Ricerche di varii autori e alcune della nostra stessa Clinica (Ascoli, Brancati, Chiasserini, Egidi, ecc.) hanno dimostrato l'abbassamento dei valori che arrivano all'anacloridria dopo la resezione

È stato indagato nelle ricerche particolarmente il chimismo gastrico nei primi giorni dopo l'intervento studiando i valori dell'acidità nei liquidi che ristagnano nello stomaco nei primi 4-5 giorni dopo l'intervento e in modo particolare le variazioni della secrezione in rapporto a stimoli. Si è visto così che uno stomaco reso anacloridrico dopo una resezione, con il comune pasto di pappa all'avena, acquista un potere secretorio per l'acido cloridrico con un pasto rappresentato da 200 gr. di vino e ancora più quando il vino sia mescolato alla pappa d'avena.

Di pari passo alle modificazioni secretorie e particolarmente al contenuto in acido cloridrico, va la presenza di una flora microbica nello stomaco. Prima dell'intervento circa il 60 % degli stomaci esaminati sono risultati sterili completamente; nei primi giorni dopo l'intervento la flora microbica è costante ma a distanza, come si è potuto constatare per reintervento per varie condizioni, la percentuale di sterilità si mantiene nella stessa proporzione.

Dalle ricerche eseguite risulta che anche lo stomaco resecato è capace di una funzione secretiva simile al normale se pure ridotta sotto determinati stimoli. La modificazione più importante riguarda i movimenti periodici dello stomaco che rimangono quasi del tutto aboliti.

Alla discussione interviene il prof. S. BAGLIONI il quale chiede schiarimenti sui metodi di studio adoperati per indagare la funzione dello stomaco operato.

Disturbi pancreatici nella distrofia muscolare progressiva.

G. MELDOLESI. — L'O. riferisce su alcune esperienze e studi, da lui compiute nella Clinica Medica di Roma, che tendono a mettere in rapporto la distrofia muscolare progressiva con lesioni del pancreas. La distrofia muscolare progressiva secondo l'O. deriverebbe dalla mancanza nell'organismo di questi malati di particolari sostanze peptiche necessarie al trofismo muscolare, sostanze che deriverebbero dagli alimenti dopo che questi hanno subito la digestione pancreatica. La relazione molto dettagliata e documentata si presta poco ad essere riassunta in poche righe.

Alla discussione prende parte il prof. ARCANGELI, il quale richiama alcune sue idee già esposte in altri giornali, secondo cui la distrofia muscolare progressiva ha rapporti con la lues ereditaria.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'importanza della costituzione per la diffusione delle infezioni banali.

Le infezioni banali, come i raffreddori e le diarree sono generalmente poco considerate, mentre hanno invece grande importanza sociale per il numero di individui che complessivamente colpiscono e ciò specialmente nelle comunità infantili. Per queste, però, risalta il fatto che non tutti vengono colpiti, sicchè si deve concludere che vi è una disposizione individuale per tali malattie.

Interessante è l'osservazione di H. Wohlrade (*Mediz. Welt*, 8 febbr. 1936) di una comunità di 360 bambini, di cui nello spazio di 2 giorni si ammalarono 82, con grave catarro intestinale. Febbre fra 39°,5 e 40°, forte cefalea, diarrea verdiccia, puzzolente, fino a 20 scariche al giorno; in molti, vomito. Somministrazione di tè, biscotti, zuppe mucillaginose e carbone medicinale. Rapido sfebbramento, sicchè al terzo giorno la maggior parte potè alzarsi, salvo qualcuno in cui la temperatura cadde per lisi.

Nel 70 % dei casi, si trattava di bambini di costituzione longilinea e mingherlini; l'altro 30 % apparteneva a bambini labili psichici, ansiosi, sensibili o facilmente eccitabili. Era da escludersi un'infezione od intossicazione alimentare. Invece, i bambini grassi che generalmente appaiono più suscettibili mostrarono in questo caso minore predisposizione. Per quelli nervosi, si può ritenere che la loro forte reazione ad ogni modificazione esterna li ha resi più sensibili.

Ad ogni modo, l'osservazione dimostra che anche nelle infezioni banali è opportuno tener conto della costituzione. *fil.*

L'apparato genitale interno maschile come foco di infezione.

L'infezione latente della prostata e delle vescicole seminali, senza sintomi, è molto frequente. A. e E. de la Peña (*Z. Urol. Chir.*, V. 41, p. 394, 1936) su 824 malati hanno trovato nel 63,1 % dei casi una prostato-vescicolite latente. Queste infezioni possono essere messe in evidenza non tanto con l'esame diretto della prostata e delle vescicole seminali, quanto con l'esame microscopico e culturale del secreto prostatico e vescicolare.

L'infezione latente prostato-vescicolare ha importanza come foco allergizzante similmente ad altri focolai di infezione come tonsille, denti ecc., e può essere quindi alla base di manifestazioni reumatiche. L'A. su 84 malati con fatti reumatici vari, ha trovato 54 volte un'infezione latente prostato-vescicolare.

Lo studio delle alterazioni del quadro ematico e della velocità di sedimentazione delle emazie prima e dopo il massaggio della prostata, ha permesso all'A. non solo la diagnosi del focolaio d'infezione, ma anche di stabilire il significato che questi focolai hanno nell'organismo dei malati.

Il massaggio della prostata e delle vescicole seminali è analogo alla spremitura delle tonsille di Smith.

L'eliminazione del focolaio prostato-vescicolare dimostrata dalla mancanza delle variazioni ematiche dopo spremitura della prostata, coincide con la guarigione del processo morboso. P. STEFANINI.

Encefalite post-vaccinica.

L'encefalite post-vaccinica è abbastanza rara in confronto del grande numero di vaccinazioni che si eseguono; le osservazioni finora registrate sono di circa 600, di cui oltre 300 in Olanda. In Italia sono una novantina. Un nuovo caso viene ora pubblicato da G. Biagini (*Giorn. di med. militare*, genn. 1936), nella persona di un soldato, già vaccinato nell'infanzia; qualche giorno dopo la nuova vaccinazione, si manifestò una reazione locale e generale piuttosto imponente, con temperatura alta. Accusava cefalea e dolore ai globi oculari, con lacrimazione. Dopo qualche giorno, pronunziava stentatamente le parole e deglutiva con difficoltà; non accusò mai diplopia; la febbre durò quasi due mesi. All'esame neurologico: facies rigida, riflessi pupillari torpidi. tremore della testa e degli arti superiori a tipo parkinsoniano; motilità segmentaria senza difetti per quanto un po' lenta. Sensibilità oggettiva integra. Intensa scialorrea e sudorazione patologica. Linguaggio incomprensibile.

In seguito, si ebbero lievi miglioramenti; scomparsa della scialorrea e sudorazione patologica, miglioramento della parola, pur persistendo disartria e voce a timbro nasale. Riflessi tendinei attenuatisi gradatamente dal lato sinistro, dove comparvero movimenti atetosici. Attenuati anche i tremori. Assenza di sintomatologia piramidale.

L'etiopatogenesi di questa forma è tuttora oscura, però il suo nesso con la vaccinazione è innegabile, per cui l'A. ritiene che, pur non costituendo questa rara complicazione un ostacolo alla vaccinazione, lo sviluppo di essa esiga, nel caso speciale, un indennizzo. *fil.*

Meningo-encefalite in corso di vaccinazione antiamarillica.

H. Darré e P. Mollaret (*Bull. Soc. Path. Exot*, 12 febbraio 1936) descrivono un caso di meningite acuta con notevole linfocitosi, modificazione della reazione del benzoino colloidale, accessi epilettici, narcolettici e confusione mentale seguito dopo 2 giorni ad una iniezione di virus amarillico preparato su to-

polino bianco. Si ebbe una poussée secondaria di ipertensione endocranica ed infine guarigione completa senza esiti.

Lo studio microbiologico del caso sembra condurre ad ammettere nel topolino che era servito per il vaccino l'esistenza di un ultravirus neurotropo inapparente in questo animale, e capace di resistere ai vari tempi della preparazione del vaccino. Gli AA. ritengono quindi più opportuno che per la preparazione di un vaccino contro la febbre gialla ci si rivolga ad altri animali, come la scimmia o la cavia, o meglio ancora che si preferisca l'uso dei vaccini preparati nelle culture di embrione di pollo. E. CARLINFANTI.

Le cause della morte nella difterite e la loro prevenzione.

A. L. Hoyne (*Amer. journ. med. sciences*, febbr. 1936) considera il problema dal punto di vista pratico rilevando quanto segue:

1) Quando le membrane difteriche sono localizzate nella laringe od al di sotto, la sola antitossina non è sufficiente e si richiede generalmente l'intubazione o la tracheotomia.

2) La broncopolmonite costituisce spesso una complicazione dell'intubazione e, per prevenirla, è consigliabile una scrupolosa pulizia delle mani e degli strumenti, nonchè una grande cura nella somministrazione del cibo mentre il bambino è intubato.

3) Altra causa molto importante di morte è la miocardite, di cui l'A. ha studiato circa 500 casi. Il metodo migliore per prevenirla consiste nella somministrazione endovenosa del glucosio, che viene fatta abitualmente nei casi seguenti:

a) negli individui in cui la malattia è decorsa per 3 giorni o più prima della somministrazione dell'antitossina;

b) in quelli con collo taurino per adenite cervicale;

c) nei pazienti con notevole albuminuria;

d) nei casi postnasali ed in tutti i tipi maligni.

Si usa una soluzione al 10 % in acqua bidistillata, introducendone 500 cmc. al giorno per i bambini e 1000 per gli adulti e continuando per non meno di 8 giorni.

Il glucosio ha il vantaggio di provvedere alla nutrizione del paziente, che è incapace di inghiottire e trattenere il cibo; esso inoltre provvede alla nutrizione del miocardio e diminuisce la congestione epatica. Esso è soprattutto efficace se somministrato prima della diagnosi sicura di miocardite. *fil.*

La terapia dell'intossicazione difterica.

G. Mouriquand, P. Sedallies e A. Coeur (*Presse méd.*, 28 dic. 1935) hanno rilevato che l'intossicazione difterica tende a svuotare le ghiandole surrenali dalla loro adrenalina (midollo-surrenale), come dal loro acido ascorbico (cortico-surrenale).

Ne risultano due indicazioni terapeutiche precise. Anzitutto, iniezioni di adrenalina e di estratto surrenale totale (il che è già entrato nell'uso corrente) ed inoltre somministrazione di acido ascorbico, di cui le dosi di cg. 5-20 sono bene tollerate dal poppante e dal bambino. Tutto questo, naturalmente, aggiunto al siero ed ai cardiotonici. *fil.*

Sieroterapia nella febbre tifoide.

È stato dimostrato nel bacillo di Eberth un nuovo antigene che viene da Felix chiamato « Vi » (virulenza), perchè strettamente legato alla virulenza del germe. L'antigene « O » sembra invece responsabile del potere tossico. L'efficacia dei sieri terapeutici antitifici dipenderebbe perciò dal contenuto in anticorpi anti-Vi ed anti-O. I sieri preparati secondo questi criteri sono stati sperimentati in Palestina ed in Egitto (*Society of Med., Off. of. Health*, 31 gennaio 1936). Sebbene le cifre di cui si dispone fino ad ora siano troppo piccole per constatare sicuramente una diminuzione della mortalità e della durata della malattia, sembra tuttavia che i primi risultati siano piuttosto incoraggianti. E. CARLINFANTI.

Il carbone nel trattamento dell'eresipela.

H. D. Gonzales e M. Schteingart (*La prensa medica argentina*, n. 6, 1936) riferiscono i soddisfacenti risultati ottenuti con le iniezioni endovenose di carbone animale nel trattamento dell'eresipela.

Essi hanno modificato la formula primitiva di Coghlin e Saint Jacques, perchè questa presenta l'inconveniente che le particelle di carbone precipitano rapidamente e ostruiscono il lume dell'ago. Praticano invece due iniezioni giornaliere e, per un periodo di quattro, cinque giorni, da 3 a 5 cc. di soluzione di carbone animale nella concentrazione di 2 gr. per cento di siero glucosato ipertonico al 10 %. In questo modo con la densità conferita al liquido si evita la precipitazione rapida del carbone.

Gli AA. hanno osservato che il dolore e la sensazione di tensione cessano rapidamente, le lesioni cutanee perdono subito il loro aspetto lucente e in breve regrediscono, la desquamazione s'inizia più precocemente e dura meno tempo. In sintesi si ha un'abbreviazione del processo in toto.

Hanno esperimentato il carbone in numerosi processi infettivi, melitococcia, tromboflebite senza esito, stati setticemici con esiti variabili. G. LABOMBARDA.

TECNICA MEDICA.

L'esplorazione cutanea della sensibilità all'arsenico e sua utilità nella profilassi degli accidenti da intolleranza.

Gli accidenti cutanei, durante le cure arsenicali sono tutt'altro che eccezionali e la loro gravità può essere grande. La paura della loro

comparsa ha fatto perfino abbandonare da molti medici il trattamento arsenicale sostituendolo con quello bismutico. Per esplorare la sensibilità all'arsenico, Ch. Flandin, H. Rabeau e Ukrawiczyk (*Le Bulletin Médical*, 28 marzo 1936) consigliano di praticare l'epidermo-reazione, prova semplice, molto sensibile e di facile lettura. La tecnica di esecuzione è la seguente: su di un quadratino di cerotto adesivo si pone un quadratino un po' più piccolo di compressa di garza ed al centro di essa un quadratino ancora più piccolo di carta assorbente, che verrà bagnato con due gocce di una soluzione di novarsenobenzolo all'1 %. Si applica il cerotto sul dorso, senza aver compiuto alcuna pulizia della pelle e si lascia in contatto per 24 ore, dopo il quale tempo il cerotto vien tolto e la pelle pulita con etere. Si aspetta allora una mezz'ora prima di leggere la reazione, affinchè si attenui la lieve irritazione spesso causata dal cerotto. Una reazione è già positiva quando si costata una zona eritematosa limitata con leggera infiltrazione; fortemente positiva quando si costata un gruppo di vescicolette su di un edema rosso. Queste reazioni durano in genere alcuni giorni. La reazione positiva si accompagna spesso al una reazione generale consistente in lieve malessere ed edema discreto delle palpebre.

Se vi è stata nel corso di una cura arsenicale una eruzione cutanea, ma l'epidermo-reazione fatta dopo la sua scomparsa, riesce negativa, la cura può essere ripresa, mentre una reazione positiva caratterizza l'intolleranza ed esige l'abbandono assoluto e definitivo del trattamento arsenicale.

Gli AA. infine insistono sul fatto molto importante che le prove cutanee hanno solo valore per le manifestazioni di intolleranza cutanea-arsenicale e cioè per l'eritrodermia vescicolo-edematosa, mentre non dicono nulla nei riguardi delle altre specie di intolleranza da parte del fegato, del sistema nervoso, ecc.

VICENTINI.

VARIA

L'ermafroditismo.

È noto il mito di Ermafrodito, di cui ci parla Ovidio nelle sue metamorfosi. La ninfa Salmacide, presa da intenso amore per il figlio di Mercurio e di Venere ottenne di essere in certo modo « fusa » con lui, in modo che:

nec duo sunt et forma duplex, nec femina dici
nec puer ut possit, neutrumque et utrumque vi-
[detur.

Mito indubbiamente originato dalla erotica fantasia orientale, che desta una morbosa curiosità e che si rinnova in quello di Tiresia, ha esso una qualche rispondenza alla realtà? Le apparenze esterne traggono in inganno e non è raro il caso di individui ritenuti maschi che, in occasione della visita di leva si dimostrano femmine ad un esame più accurato. Si tratta generalmente di falso ermafroditismo, ma vi sono casi nella letteratura in cui si trovarono realmente entrambe le ghiandole sessuali, così è per quello studiato da Naujoks, in cui esistevano tanto lo sperma come il tessuto ovarico.

Può destare un certo interesse lo studio della vita psichica di questi poveri disgraziati. Ne dà un cenno L. Schmidt, in una comunicazione alla R. Società medica di Budapest (*Deut. med. Wochens.*, 10 aprile 1936) rilevando che essi vivono in un perpetuo conflitto psichico e che la loro esistenza è una ininterrotta catena di traumi psichici. L'anormalità sessuale, da quando diventa nota all'ermafrodita (anche se l'ermafroditismo è falso) provoca un costante senso di vergogna ed un segreto desiderio di annientamento, che tendono ad escluderlo dalla vita sociale, la sola che possa formare il sentimento e l'animo.

Ne viene l'utilità di tentare di portare un aiuto a questi individui che diventano degli inadatti sociali. Ciò può ottenersi mediante la correzione dei caratteri esterni da farsi dopo un accurato studio non soltanto morfologico, ma anche psichico. L'ermafroditismo, di fatto, non è mai così completo che non vi sia una preponderanza dell'un sesso o dell'altro. La struttura psichica e le tendenze dell'ermafrodita debbono avere la massima influenza nella decisione, dopo di che si procederà alla castrazione del sesso meno prevalente ed a plastiche diverse, in modo da dare le apparenze esterne del sesso desiderato. A. Schmidt (*Ibidem*) riferisce di tre plastiche così eseguite, in individui allevati come femmine e mascolinizzati; l'effetto desiderato è stato raggiunto ed essi si sentono ora dei maschi (l'A. non dà ulteriori particolari) trovando un buon equilibrio psichico.

Per la determinazione del sesso prevalente, può utilizzarsi lo studio degli ormoni, specialmente nel senso della determinazione quantitativa la quale deve dimostrare (per il sesso femminile) una eliminazione nettamente ciclica. J. Frigyesi (*Ibidem*) però non è favorevole alla castrazione delle parti sessuali deficienti e consiglia di accontentarsi di modificare opportunamente gli organi sessuali esterni.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

M. CERAVOLO. *Metodi attuali di terapia chirurgica nella tubercolosi polmonare.* — Arti Grafiche Guzzi, Nicastro, 1935.

C. ORTALI. *La cura della sifilide nelle affezioni cardio-vascolari.* — Archetipografia, Milano, 1935.

E. MORETTI. *Effetti della autoemoterapia nel glaucoma.* — Tip. Impegnoso e Pulvirenti, Catania, 1935.

A. BELARDINELLI. *Le istituzioni di assistenza alla maternità ed infanzia in Provincia di Ancona.* — Tip. Flori, Iesi, 1935.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Precedenze nei concorsi.

L'art. 8 del D. L. 13 dicembre 1933 n. 1706, modificando l'art. 13 del D. L. 3 gennaio 1926 n. 48, dispose così: « entro il limite massimo della metà dei posti disponibili debbono *riservarsi* agli ex combattenti e a coloro che risultino regolarmente iscritti ai Fasci di combattimento senza interruzione da data anteriore al 28 ottobre 1922, nelle nuove assunzioni di personale, ai sensi dell'art. 20 del R. D. 2 maggio 1924 n. 843, tanti posti quanti ne occorrono per la nomina degli ex combattenti e degli iscritti senza interruzione ai fasci di combattimento prima dell'indicata data, che risultino idonei nei concorsi relativi.

« Nulla è però innovato al disposto dell'art. 56 della legge 26 luglio 1929 n. 1397.

« Il limite massimo di età previsto dagli ordinamenti in vigore per l'ammissione ai concorsi ad impieghi statali è aumentato di quattro anni per coloro che risultino regolarmente iscritti ai Fasci di combattimento senza interruzione, da data anteriore al 28 ottobre 1922.

« Detto beneficio non si cumula con quello previsto dall'art. 3 del decreto 17 dicembre 1932-XI del Capo del Governo, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 24 dicembre 1932; ma è concesso in aggiunta a quello eventualmente spettante in base alle vigenti disposizioni a favore di coloro che abbiano prestato servizio militare durante la guerra 1915-1918, dei decorati al valore militare, degli invalidi di guerra e degli invalidi per la causa fascista ».

Per effetto dell'art. 1° del D. L. 19 aprile 1934, n. 746, sono state estese alle nomine e alle promozioni nei ruoli delle Provincie, dei Comuni, delle istituzioni di assistenza e beneficenza ecc., le disposizioni *degli ultimi due commi* dell'art. 8 soprariportato, *concernenti il limite massimo di età* per l'ammissione ai concorsi; non sono state estese, invece, le norme relative alle precedenze.

La Provincia di Milano, *con disposizione regolamentare*, estese anche le precedenze, agli effetti dell'attribuzione di un certo numero di posti. Successivamente il Preside della Provincia seguì l'ordine della graduatoria e non applicò le norme attributive della precedenza. Sorta contestazione in sede giurisdizionale, l'amministrazione provinciale dedusse che la disposizione del regolamento era illegittima perchè in contrasto con quella del R. D. 19 aprile 1934 n. 746, che aveva esteso soltanto le norme relative al limite di età.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 19 dicembre 1935 n. 1138, ha dichiarato legittima la disposizione del regolamento, osservando che dalla limitazione risultante dall'art. 1 del D. L. 1934 n. 746, « non si può argomentare che sia stato interdetto all'Amministrazione Provinciale di adottare in via regolamentare per i suoi dipendenti una disposizione analoga a quella contenuta nel primo comma dell'art. 8, diretta a riservare un certo numero di posti ai concorrenti fascisti iscritti senza interruzione al Partito, prima della marcia su Roma e riconosciuti idonei nel concorso; come ha giustamente rilevato il patrocinio del ricorrente, quella norma ha *il suo fondamento di legittimità nell'autonomia di decisione dell'amministrazione provinciale* la quale, così provvedendo, se pur non ha tradotto in norma regolamentare una precisa disposizione di legge col farne l'applicazione che era consentita dalla condizione dei ruoli del proprio personale, si è indubbiamente valsa di una potestà che normalmente le appartiene e l'ha inoltre esercitata in modo pienamente conforme allo spirito di doveroso favore verso i benemeriti della causa nazionale dal quale sono pervasi così i RR. DD. 13 dicembre 1933 n. 1706 e 14 aprile 1934 n. 746, come tutta la legislazione fascista ».

In sostanza, il Consiglio di Stato ha risoluto un problema di limiti della potestà regolamentare degli enti autarchici, secondo i noti principi tradizionali.

Se l'art. 1° del R. D. 1934, estendendo le sole disposizioni relative alle esenzioni dal limite di età, avesse sia pure implicitamente escluso la estensione di quelle concernenti la precedenza, la norma del regolamento locale sarebbe illegittima. La quistione era dubbia. Il Consiglio di Stato, in tanto ha respinto la tesi della Provincia di Milano, in quanto ha ritenuto che il decreto del 1934 non abbia escluso che con norma speciale fossero attribuite quelle precedenze che non erano stabilite con disposizioni di carattere generale.

Diversa sarebbe la risoluzione se l'ordinamento dei concorsi, per determinate categorie di impiegati, escludesse l'esercizio di un potere regolamentare al fine delle precedenze. Per es., le nomine dei sanitari condotti sono compiutamente regolate dalla legge, sicchè è da ritenere che, precedenze e preferenze efficaci, siano soltanto quelle dalla legge stabilite.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici e l'Etiopia.

I grandiosi avvenimenti che si sono svolti nel breve periodo di sette mesi, e che si sono conclusi con la folgorante vittoria militare e diplomatica, hanno fatto fremere di giubilo e di orgoglio il popolo italiano.

La classe medica ha seguito con passione la gloriosa vicenda e ha dato in silenzio il suo prezioso concorso, non escluso quello di sangue.

Il numero dei medici che volontariamente si sono arruolati per l'epica impresa è stato grandissimo.

E non poteva essere altrimenti.

I medici, essendo a contatto con tutto il popolo, sentivano la necessità dell'espansione della nostra gente, alla quale l'angustia del territorio negava il lavoro in patria.

D'altra parte essi non potevano ignorare che uno dei fattori contrarî per il successo della spedizione era costituito dalle condizioni d'insalubrità del terreno sul quale si svolgeva la lotta, sapevano quanto necessaria fosse la loro opera.

Le cassandre del sanzionismo avevano fondato le loro speranze sulle malattie che avrebbero dovuto arrestare o annientare lo slancio delle truppe italiane meglio e più delle pallottole dum-dum.

Il *generale febbre* avrebbe dovuto essere, secondo il loro avviso, lo stratega più abile per sbaragliare l'invasore.

La previdenza degli organizzatori ha avuto ragione di questo elemento, che in effetti poteva riuscire nefasto. L'imponenza dei mezzi di profilassi sapientemente apprestati, l'opera zelante dei medici hanno mantenuta in pieno l'efficenza dell'esercito malgrado le avversità dell'ambiente fisico, l'insidia delle infezioni, le sovrumane fatiche ed i disagi sopportati da soldati e operai.

Ma non soltanto così i medici hanno concorso all'esito felice della guerra. Hanno contribuito anche a propiziare gli indigeni dei territori occupati, a far desiderare l'intervento degli italiani da quelli che si trovavano oltre le linee nemiche.

Il famigerato Weib Pascià ha affermato che gli italiani hanno vinto sopra tutto con l'oro e la propaganda.

L'affermazione è bugiarda quanto sciocca per l'oro. Questo, certo, è stato largamente distribuito da chi poteva disporne più che l'Italia. E per quel che riguarda la propaganda forse c'è una parte di verità. Ma si tratta di quella propaganda che viene subita come suggestione derivante dai fatti, dai fatti della civiltà.

Questo miraggio per i popoli primitivi si concretizza essenzialmente nelle opere di assistenza e soccorso, e quindi nella medicina.

Non è dubbio che questo mezzo è stato largamente adoperato. Il varco aperto dalle armi è stato allargato e consolidato dall'assistenza medica.

I compiti che derivano dalla vittoria non sono meno faticosi, certo sono più lunghi e complessi di quelli che sono stati necessari per conquistarla.

Popolazioni sparse in immensi territori, rimaste primitive per millenni malgrado i progressi fatti da tante parti dell'umanità, oppresse dalla schiavitù, stremate dalle malattie, devono essere redente alla civiltà, al libero lavoro, alla salute.

Quest'opera di redenzione e insieme di rivalutazione dell'elemento umano, deve procedere di pari passo con la valorizzazione del territorio, e spetta in buona parte alla medicina.

Nulla conquide di più dell'alleviamento della sofferenza fisica. Lo sanno le opere missionarie che accompagnano la predicazione con la cura degli infermi e la distribuzione di cibi agli affamati. Al riguardo finora eccellevano le missioni protestanti britanniche ed americane in Africa ed in Asia (in effetti sono strumenti di penetrazione pacifica e perciò largamente sussidiate dai governi), le quali sono sempre fornite di abbondanti mezzi sanitari e sono sempre accompagnate da numerosi medici. Spesso l'impianto degli ospedali precede la costruzione della chiesa.

Le missioni cattoliche che pure sono animate da maggiore spirito di sacrificio, che affrontano maggiori disagi e talvolta il martirio, hanno per lo passato raggiunto effetti meno larghi e meno evidenti perchè non hanno potuto sfruttare adeguatamente questo elemento. L'attuale Pontefice ha al riguardo vedute molto larghe ed ha apprestato mezzi sufficienti per eliminare l'inconveniente.

In Etiopia sotto questo punto di vista c'è tutto da fare. Le missioni sanitarie straniere erano impari agli immensi bisogni e trovavano persistenti ostacoli nella diffidente ignoranza dei capi. Ora non più.

Il Vice-Re Badoglio in un'intervista concessa poco dopo l'ingresso in Addis-Abeba ha con geniale intuizione affermato che la penetrazione presso le popolazioni indigene, l'adattamento delle popolazioni metropolitane al clima dei territori conquistati è compito prevalente dei medici.

I medici italiani sapranno assolvere degnamente questi compiti.

Essi sanno la dura fatica della condotta, i disagi e l'isolamento delle paludi e dei monti.

L'Etiopia, come l'Italia, ha pianure arse, colline ubertose, monti altissimi.

Gli italiani di tutte le regioni, che pure hanno una straordinaria capacità di acclimatamento, vi troveranno gli ambienti climatici presso che corrispondenti a quelli dei loro paesi di origine.

Vi troveranno i medici della loro patria, che parlano la loro lingua, che sanno i loro bisogni fisici e spirituali.

E per la classe medica italiana in conseguenza della conquista etiopica non si parlerà più di pletora. *Pangloss.*

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Colonie climatiche estive anno XIV.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica, Divisione VI C. - Sezione I), ha diramato ai sigg. Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare n. 66, in data 13 maggio 1936-XIV:

Nell'imminenza del funzionamento delle Colonie climatiche estive, alla cui preparazione attende attivamente il P. N. F. a mezzo dei suoi organi Provinciali, il Ministero ritiene opportuno richiamare l'attenzione delle LL. EE. sulla necessità che tali benefiche istituzioni siano oggetto di una assidua e adeguata vigilanza igienico-sanitaria, ad evitare eventuali manchevolezze nell'organizzazione e nel funzionamento dei vari servizi.

Ferme restando le disposizioni impartite negli anni precedenti, si richiama perciò, l'attenzione delle EE. LL. particolarmente sui seguenti punti, riguardanti:

1) l'adeguamento del numero dei bambini, da accogliersi nelle Colonie, all'effettiva capacità dei locali, ad evitare eccessivi e dannosi affollamenti;

2) la salubrità dell'approvvigionamento idrico, perchè sia corrispondente alle necessità igieniche, sia dal punto di vista qualitativo e quantitativo dell'acqua, e sia della protezione igienica del mezzo di rifornimento;

3) l'allontanamento e lo smaltimento dei materiali luridi, da assicurarsi in modo da escludere eventuali pericoli sanitari;

4) la lotta contro le mosche e i mezzi di protezione dalle medesime con particolare riguardo alle cucine, dispense, refettori ecc.;

5) la disponibilità di idonei ed appositi apprestamenti, oltrechè per il ricovero di affetti da malattie comuni, anche per la osservazione e l'isolamento di quelli colpiti da malattie infettive e diffusive;

6) la scelta dei bambini e la loro assegnazione ai vari tipi di Colonie (marine, montane, fluviali ecc.) da eseguirsi preferibilmente a mezzo dei Dispensari antitubercolari, in collaborazione con i servizi sanitari scolastici, dell'O. N. B., affidando, se del caso, il giudizio relativo ad un'apposita commissione sanitaria, con l'inclusione del medico provinciale;

7) il preventivo parere dell'Autorità sanitaria locale per la partenza dei ragazzi dai Comuni di residenza per recarsi alle Colonie, nella eventualità di controindicazioni derivanti dallo stato sanitario del paese o delle famiglie;

8) la esecuzione dei prescritti trattamenti immunizzanti anche per quanto riguarda la difterite e in merito si richiama l'attenzione sulla Circolare del 9 aprile 1936-XIV, n. 20300.2.

Si ricorda, infine, che qualora si manifestassero casi di malattie infettive nelle Colonie, la restituzione dei ragazzi ai Comuni di provenienza dovrà essere preceduta dalle prescritte segnalazioni alle Autorità locali per l'opportuna sorveglianza e che di ogni manifestazione del genere devesi dare sollecita comunicazione a questo Ministero.

Con l'occasione si fa, altresì, presente che entro il mese di novembre p. v. dovranno essere trasmessi al Ministero, debitamente compilati, i moduli 24 e 24-bis (elenchi riassuntivi) riguardanti il funzionamento delle colonie durante l'estate prossima. Tali moduli dovranno essere richiesti direttamente dalle Prefetture al Provveditorato Generale dello Stato presso il Ministero delle Finanze.

Il « Foglio di Disposizioni » del Vice Segretario del Partito, n. 591, reca le Norme per l'organizzazione delle colonie estive nell'anno XIV, molte delle quali suggerite dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, riguardanti l'igiene e la profilassi.

L'assistenza malattia agli operai dell'A. O.

Con decreto del Capo del Governo la Federazione nazionale fascista delle Casse mutue di malattia dell'industria è stata incaricata di provvedere all'assistenza malattia dei prestatori d'opera nelle Colonie e in A. O. La Federazione amministrerà e gestirà il fondo apposito sotto la vigilanza di un Collegio di sindaci, composto dai membri dei Ministeri competenti. In base agli articoli del regolamento, relativo al decreto, hanno diritto all'assistenza contro le malattie coloro che prestano lavoro retribuito, anche se con partecipazione agli utili e al prodotto, e le varie prestazioni assistenziali sono dettagliatamente specificate nel decreto stesso.

La Federazione Nazionale Fascista delle Casse Mutue malattia dell'industria, che in base all'accordo federale nel settembre scorso provvedeva ad assicurare le prestazioni delle Casse mutue di malattia agli inscritti malati reduci dall'Africa Orientale, ha predisposto, all'Asmara e a Massaua, i primi servizi assistenziali, mentre, secondo le necessità indicate dalla sistemazione dei territori conquistati, saranno aperti, al più presto, altri uffici in altri centri dell'Impero.

In tal modo anche ai lavoratori dell'Africa Orientale sono assicurate tutte le assistenze previste dal Regime in caso di malattia.

L'assistenza sanitaria alle mondine.

Il Ministero dell'Interno ha diramato ai Prefetti disposizioni relative all'assistenza sanitaria alle la-

voratrici addette alle risaie. Le disposizioni impartite sono volte ad evitare che al lavoro di monda possano venire addette operaie in condizioni di salute minorate, o affette da malattie trasmissibili, o in avanzato stato di gravidanza.

Deve, poi, essere tempestivamente portato l'esame sull'idoneità degli alloggi e ricoveri nelle località di lavoro, assicurandosi che, da parte dei Comuni, sia stato predisposto un accurato e completo servizio d'assistenza medica, farmaceutica e di profilassi. Necessita, inoltre, che si proceda a preventivi accordi con le rappresentanze della Maternità e dell'Infanzia per assicurare una conveniente custodia ed assistenza ai bambini delle operaie e di vigilare che alle madri allattanti sia concesso, indipendentemente dai periodi di riposo, un congruo tempo per l'allattamento.

La Confederazione dei lavoratori dell'agricoltura ha impartito alle dipendenti Unioni provinciali opportune disposizioni affinchè esse collaborino con le autorità locali in modo che le norme abbiano integrale applicazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono banditi concorsi per medici condotti nelle seguenti province:

NOVARA, per Cannero, consorzio Carpignano Sesia-Landone, Casale Corte Cerro, Cavallirio, Garbania Novarese, Chiffa, consorzio Santa Maria Maggiore-Druogno; scad. 30 giugno.

PESARO, per Gabicce, Orciano di Pesaro, Sant'Angelo in Vado, condotte di città e direttore del Civico Ospedale, Sant'Ippolito, Tavoleto, Gradara; scad. 15 giugno.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

ANCONA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorsi ai posti di direttori delle sezioni dispensariali abbinate di Osimo Senigallia e Iesi Fabriano. Scad. alle ore 18 del 10 luglio. Stip. lire 18.000; indennità serv. att. L. 2210; compensi globali per vacazioni fuori residenza; abbon. ferrov. in II classe per la zona di competenza. Limite età anni 40. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguito da almeno due anni. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio presso l'Amministrazione Provinciale.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Scad. 31 lug., ore 16; medico aiuto per l'Istituto di Röntgenologia, Elettrologia e Radiumterapia; stip. L. 5500; indenn. carica L. 5000; 7,5 % sui proventi lordi dell'Istituto. Età limite 35 anni. Tassa L. 50. Chiedere avviso. Rivolgersi all'Amministraz.

DESIO (*Milano*). *Ospedale di Circolo.* — Concorso al posto di medico primario. Età massima anni 45. Stipendio L. 12.000 annue oltre l'abitazione. L'Ospedale dispone di 230 letti e presta servizio ai 12 Comuni del Circolo Ospedaliero con una popolazione di oltre 80.000 abitanti. Scadenza ore sedici del giorno otto giugno 1936-XIV.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civile.* — Scad. 14 giugno, ore 12; medico aiuto; titoli; stip. L. 6000; guardie L. 20; età limite 35 anni; tassa L. 50; 3 anni di assistentato in ospedale o istituto universitario; assunzione servizio entro 20 giorni.

TORINO. *Ospedale « Maria Vittoria ».* — Scad. 7 giugno, ore 17; vice direttore dell'Istituto di elettroterapia e dell'ambulatorio di neuropatologia. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale, via Medail 3, Torino.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — A tutto il 13 agosto 1936-XIV è aperto il concorso per titoli al posto di Primario Anatomo-Patologo e del Laboratorio Micrografico: assegno annuo L. 6700 lorde da ridurre del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caroviveri; compartecipazione agli utili del Laboratorio. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Castellino.

È aperto il concorso per due borse di studio annuali da L. 1000 ciascuna, da assegnarsi a laureati in medicina e chirurgia nella R. Università di Napoli, nelle sessioni di luglio e ottobre 1935, che abbiano svolto la migliore tesi di laurea di Clinica Medica.

Per disposizione statutaria per i due premi annuali, a parità di condizioni, saranno preferiti i candidati che risultino figli di medico.

Nel giudizio per il conferimento dei premi, oltre al valore della tesi di laurea, sarà considerato il *curriculum* degli studi.

Il termine per la presentazione delle domande è fissato alle ore 18 del giorno 30 giugno 1936-XIV.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla Facoltà medica di Parigi il prof. P. Abrami, incaricato di un corso di clinica, è nominato titolare di patologia interna; il dott. Laubry è nominato professore di cardiologia clinica, cattedra nuova.

Il dott. Ernesto V. Merlo è nominato professore titolare di semeiologia e clinica propedeutica alla Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires.

Il prof. Antonio Fontes è nominato presidente della Società brasiliana di tisiologia.

NOTIZIE DIVERSE

Echi della nostra impresa africana.

Al Senato del Regno, nella seduta del 19 maggio, il prof. Maragliano ha esaltato i servizi resi dalle forze sanitarie durante la gloriosa epopea africana: nessuna epidemia si è verificata tra le centinaia di migliaia di soldati e di lavoratori adunati in una zona ove le malattie infettive abbondano e facili sono i contagi.

L'ex segretario esecutivo della Croce Rossa Etiopica, dott. T. A. Lambie, ha inviato al Comitato Internazionale della Croce Rossa in Ginevra, il 21 maggio, una dichiarazione sui presunti bombardamenti aerei di ospedali da campo in Etiopia durante gli ultimi mesi, da parte degli italiani. Da tale dichiarazione, riportata integralmente e commentata nei giornali politici, emerge il rispetto delle leggi di guerra da parte dell'Italia, del che non si doveva dubitare.

Il Governo del vicereame d'Etiopia ha messo a disposizione del dott. Jouanod, presidente del Comitato della Croce Rossa Internazionale, un apparecchio trimotore per la ricerca delle ambulanze norvegese e svedese. Fino al momento di andare in macchina si è trovato solo un campo abbandonato e che pareva essere stato saccheggiato.

Il Re ha visitato all'Ospedale Militare di Roma i feriti dell'A. O., tornati in Patria con la nave « Cesarea » su cui ha prestato servizio quale crocerossina la Principessa di Piemonte. Fu ricevuto e accompagnato dal direttore dell'Ospedale ten. col. medico Giulio Masserano, dal maggiore Cristini e da altri ufficiali. In tutti i presenti erano visibilissimi i segni di commossa gratitudine.

Convegno di neuropatologi per la cura degli encefalitici.

Si sono riuniti, il 16 maggio, nei locali della Accademia Medica al Policlinico Umberto I in Roma, i dirigenti dei principali reparti ove si pratica la nuova cura dell'encefalite epidemica cronica.

Notati fra i convenuti i proff. Ayala di Pisa, Besta di Milano, Buscaino di Catania, Ceni di Bologna, De Lisi di Genova, Donaggio di Bologna, Ferrannini di Bari, Fragnito di Napoli, Gozzano di Cagliari, Levi Bianchini di Nocera Inferiore, Medea di Milano, Negro di Torino, Poppi di Modena, Panegrossi di Roma, Riquier di Padova, Zalla di Firenze, Zerman di Verona.

Nel convegno, diretto dal prof. Petragnani, direttore generale della Sanità pubblica, si sono discussi i principali problemi riguardanti la tecnica della cura, il suo valore scientifico, umanitario, economico e sociale e l'opportunità che di essa possano beneficiare tutti gli infermi di tale malattia.

La discussione è terminata con l'invio a S. M. la Regina del seguente telegramma:

« I dirigenti dei reparti della cura del Parkinsonismo encefalitico constatano che la così detta « cura bulgara », rappresenta allo stato attuale delle conoscenze il mezzo principale per la terapia del Parkinsonismo encefalitico; rivolgono il pensiero devoto alla Maestà della Regina, Alta assertrice di detta cura, con opera fattiva estesa a tutta Italia e si fanno interpreti presso l'Augusta Sovrana della gratitudine dei sofferenti, per suo volere migliorati ed in gran parte ridonati alla possibilità ed alla gioia del lavoro ».

Ed al prof. Panegrossi del seguente indirizzo:

« I dirigenti dei reparti per la cura del Parkinsonismo encefalitico, convenuti in Roma al raduno del 16-5-1936-XIV, inviano un voto di plauso al prof. Panegrossi che con tanto zelo ed abnegazione ha saputo studiare, perfezionare e diffondere la così detta « cura bulgara » realizzando in pieno la nobile umanitaria opera così vivamente da S. M. la Regina Elena auspicata ».

I congressisti hanno infine visitato il Reparto « Regina Elena » diretto dal prof. Panegrossi al Policlinico. A detta visita si è degnata d'intervenire S. M. la Regina, fatta segno al più devoto ossequio da parte dei convenuti e alle manifestazioni della più viva riconoscenza da parte dei ricoverati.

Al 5° Congresso francese di ginecologia.

Il V Congresso Francese di Ginecologia, tenutosi a Parigi dal 18 al 20 maggio, ha dato luogo a simpatiche manifestazioni di italianità. Il presidente d'onore del Congresso è stato il prof. Alfieri, che ha tenuto il discorso ufficiale inaugurale e il giorno seguente assieme coi numerosi congressisti italiani ha deposto un fascio di alloro sulla Tomba del Milite Ignoto. Al banchetto, offerto dalla Stampa Medica Latina ad alcuni congressisti, Pierra, Dartigues, Daniel ebbero pubbliche parole di ammirazione per il nostro Capo e per la nostra impresa, stigmatizzando vivacemente il contegno incerto del Governo francese.

Argomento del Congresso era lo studio e la cura della sterilità femminile: fu svolto con larghezza nei vari temi che ebbero tutti ampia discussione alla quale prese parte attiva, dei nostri, il prof. Cova che rappresentava il Centro per la cura della sterilità di Torino. Parte della seconda seduta è stata presieduta dal prof. Gaifami, delegato da S. E. il Ministro della Educazione Nazionale a rappresentare la Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia; il Gaifami ha profittato della occasione per rivendicare, fra il plauso dei presenti, i meriti del prof. Pestalozza nello studio della tubercolosi genitale femminile prepubere, spesso causa misconosciuta di sterilità.

Servizi igienici e di pulizia sui treni.

L'Amministrazione delle Ferrovie dello Stato, che dal 1° gennaio 1935 ha applicato a tutti i treni direttissimi e diretti i servizi igienici nelle ritirate delle carrozze dei treni rapidi e in servizio internazionale, per i quali tale provvedimento risale a parecchi anni addietro, persegue il suo programma di perfezionare sempre più questi servizi e di ottenere con tutti i mezzi possibili una maggiore pulizia nei treni.

Così ha ora disposto di istituire anche sui treni diretti e direttissimi, come già sui treni rapidi e su qualche altro treno con carrozze in servizio internazionale, la scorta con pulitori viaggianti. Questi agenti hanno l'incarico di mantenere in perfetto stato di pulizia l'interno di tutte le carrozze e, particolarmente nelle ritirate, nonchè di curare in queste il regolare funzionamento di tutti gli apparecchi igienici e il rifornimento dei relativi accessori che, eventualmente, venissero a mancare.

Tale provvedimento porterà, senza dubbio, a migliorare notevolmente le condizioni igieniche e la proprietà delle carrozze ferroviarie, rendendo più confortevole la permanenza dei viaggiatori sui treni e i risultati saranno ancora migliori, se i

viaggiatori stessi vi contribuiranno segnalando le deficienze che avessero eventualmente a riscontrare agli agenti suddetti, i quali hanno il dovere di eliminare gli inconvenienti rilevati.

Il prof. Tullio Gayda commemorato.

Il 16 maggio, nell'aula della Clinica medica dell'Ateneo di Cagliari, affollata di docenti e di discepoli, il prof. Mitolo ha commemorato l'illustre prof. Tullio Gayda, immaturamente scomparso.

La commemorazione era stata indetta dalla Sezione Cagliaritana della Società fra i cultori delle scienze mediche, che ha voluto in tal modo rendere devoto omaggio alla memoria dello scienziato insigne.

Il prof. Mitolo, con efficace ed appassionata parola, ha rievocato la nobilissima figura del Gayda, illustrandone le superbe affermazioni nel campo della scienza medica e suscitando il commosso plauso degli ascoltatori.

Un po' dovunque.

Al Congresso francese di oftalmologia, adunatosi a Parigi, l'Italia era rappresentata dal prof. Filippo Gabardi di Bologna. Il sen. prof. Giuseppe Ovio, presidente della Società italiana di oftalmologia, è stato nominato per acclamazione membro d'onore. Alla fine del banchetto sociale si ebbe una vibrante manifestazione di simpatia per l'Italia fascista.

Il 1° Congresso internazionale dei medici ebrei si è tenuto a Tel-Aviv, sotto la presidenza del prof. M. Neuburger di Vienna, con l'intervento di oltre 250 medici. L'inaugurazione ebbe luogo il 23 aprile, nella sala Ohel-Strem; il discorso inaugurale fu pronunziato dal dott. D.-A. Fridmann.

Il 9° Congresso dei medici e biologi di lingua catalana si terrà a Perpignano dal 24 al 27 giugno. Temi: « Il reumatismo »; « La malattia idatidea »; « La diagnosi d'inizio dei tumori cerebrali ». Sono previste varie escursioni. Segretario generale aggiunto: Dr. Arnaud, Pézilla-la-Rivière, P.-O., Francia.

La 9ª Conferenza degli psicoanalisti di lingua francese si è adunata a Nyon (Svizzera) il 10 e l'11 aprile, sotto la presidenza del dott. R. de Saussure.

La Società tedesca per ricerche sulla circolazione ha tenuto la 9ª riunione a Bad Nauheim, unitamente alla Sezione Medica della Società tedesca per la tutela del lavoro, dal 16 al 18 aprile, sotto la presidenza del prof. Reiter, presidente dell'Ufficio nazionale di sanità.

Il 15° Congresso di medicina del Marocco si è tenuto dal 2 al 4 aprile, in Rabat e Casablanca; tema all'ordine del giorno: « L'amebiasi nell'Africa del Nord ».

Il 21 maggio si è tenuto a Modena un convegno del gruppo emiliano-romagnolo della Società it. oto-neuro-oftalmologica. Pronunziò brevi parole d'inaugurazione il prof. Arturo Donaggio, quale presidente della Società it. di neurologia. Ai lavori hanno partecipato numerosi congressisti.

La Società Lombarda di chirurgia si è adunata il 13 e il 27 marzo, sotto la presidenza del prof. M. Donati. Sono state fatte comunicazioni da: V. Pettinari - C. Gagliardi, A. Jachia, R. Zanoli, A. Miani (2 comunicazioni), V. Pettinari, N. Della Mano; A. Ciminata, C. Goggi, A. Defrise.

« Les voix latines » di aprile recano una conferenza del dott. J. Colombani, direttore generale onorario della Sanità pubblica del Marocco, sul tema: « Sotto l'insegna di Lyautey; medicina e medici al Marocco ».

Nel periodico « Sapere » del 15 maggio il prof. Sanarelli espone « Come l'Italia doma la malaria »; richiama le benemerenze degli scienziati le cui scoperte hanno reso attuabile una lotta efficace; illustra l'azione svolta dal Regime per la redenzione del suolo e degli uomini.

Il prof. G. Ayala, direttore della Clinica neuropsichiatrica di Pisa, in seguito ad invito, ha tenuto, nell'aula magna della Scuola di Applicazione di Sanità Militare di Firenze, una dotta e documentata conferenza su le « Realizzazioni e speranze della diagnostica e della terapia dei tumori dell'encefalo ». Rallegramenti vivissimi al nostro vecchio collaboratore per il successo riportato in questa occasione.

Il Prefetto di Milano gr. uff. Motta si è recato a visitare i lavori per la nuova sede dell'Ospedale Fatebenefratelli - Fatebenesorelle - Ciceri - Agnesi, in corso Porta Nuova.

Per esaltare la vittoria del nostro esercito e la fondazione dell'Impero e contribuire all'opera di protezione sociale per la sanità della stirpe, il comm. Rocco Chiapponi ha destinato 600.000 lire al Consorzio provinciale antitubercolare di Piacenza, affinchè venga costruito un preventorio maschile.

È stato organizzato a Vienna un Museo di elettro-patologia, a cura del prof. Stephen Jellinek, noto studioso degli elettro-traumi, benemerito per avere indicato efficaci mezzi di profilassi e di trattamento di essi. Il Museo occupa una parte dei locali dell'ex ospedale generale della città.

Il prof. René Leriche, clinico chirurgo di Strasburgo, è stato incaricato di supplire il compianto prof. C. Nicolle sulla cattedra di medicina al Collegio di Francia. Egli inaugurò il suo corso trattando il tema: « La chirurgia del dolore ».

È in preparazione un volume di scritti in onore del prof. Angelo Ceconi, in occasione del 30° anno d'insegnamento dell'illustre Maestro. Il volume verrà édito da « Minerva Medica ».

In occasione del 30° anno d'insegnamento del prof. Enrique Finochietto, della Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires, gli amici ed estimatori dell'insigne chirurgo hanno pubblicato un volume di memorie in suo onore; è édito dalla Casa Aniceto López.

Per onorare in modo permanente la memoria del prof. Ottorino Rossi, un gruppo di allievi, di colleghi e di amici, si propone di dar vita, presso l'Università e la Clinica delle malattie nervose e mentali di Pavia, ad una fondazione che significhi ammirazione e gratitudine per il Maestro, lo scienziato, il filantropo. L'apposito Comitato, di cui fanno parte i proff. Pensa, Ciapessoni, Riquier ed altri prega di inviare le offerte al prof. P. Ottonello, R. Clinica Neuropsichiatrica, Pavia.

La sezione dell'infanzia anormale della Lega nazionale belga d'igiene mentale e la Società protettrice dell'infanzia anormale del Belgio hanno organizzato una serie di conferenze, dedicate all'assistenza agli anormali fisici.

Ricorre quest'anno il secondo centenario della nascita di Domenico Cotugno, che visse dal 1736 al 1822; nacque a Ruvo di Puglia e insegnò nell'Ateneo di Napoli. Il Cotugno individuò la nevralgia sciatica, che per molto tempo fu detta « malattia di Cotugno »; descrisse con precisione il tifo esantematico, da lui detto « febbre corruttoria »; appassionato di studi anatomici, scoprì il liquido cefalorachidiano, detto anche « liquido di Cotugno », il liquido labirintico, gli acquedotti del vestibolo e la chiocciola nell'orecchio interno; constatò per primo l'albumina nelle urine; si fece iniziatore delle misure profilattiche contro la diffusione della tubercolosi. Ebbe altre grandi benemerenze scientifiche, cliniche e sociali. Riportiamo una sua massima: « La medicina non ha maestri: la maestra è una sola e questa è la natura ».

Nel Museo storico dell'arte sanitaria a Roma si è inaugurata la Mostra nazionale dei mortai di bronzo, che i farmacisti offrono alla Patria. Alla cerimonia intervennero moltissime autorità e personalità. La mostra occupa la sala alessandrina; comprende 3500 mortai, di cui alcuni antichissimi, alcuni di valore storico, molti di valore artistico.

Il dott. Benedetto Allasina, di 33 anni, da Torino, mentre procedeva su di un marciapiede nella via Meucci, venne investito e schiacciato contro il muro dal rimorchio staccatosi da un autocarro; l'infelice collega spirava durante il trasporto all'Ospedale.

È morto a 81 anni il dott. ARNOLD NETTER, che fu primario nell'Ospedale Trousseau di Parigi e organizzò una vera scuola.

Formatosi all'Istituto Pasteur, compì importanti studî sulle malattie infettive; precisò le azioni patogene dei pneumococchi, dei meningococchi, del bacillo paratifico A; definì il quadro clinico della meningite cerebro-spinale e dell'encefalite epidemica; contribuì a stabilire i rapporti tra zona e varicella. Introdusse od avvalorò molti metodi curativi: l'argento colloidale per via endovenosa nelle infezioni in genere, l'ascesso di fissazione nell'encefalite letargica, l'adrenalina nella difterite, il siero di convalescenti nella poliomielite, la sieroterapia nella meningite, il cloruro di calcio nella spasmofilia. Mise in evidenza l'utilità della vaccinoprofilassi e della sieroprofilassi. Era nativo di Strasburgo. A. P.

È morto a Genova il prof. ARTURO MORSELLI. Era succeduto al padre Enrico nella direzione di quella Clinica neurologica e ne aveva continuato le brillanti tradizioni.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 20 aprile al 26 aprile 1936: Morbillo 311 (1768); Scarlattina 116 (240); Pertosse 166 (694); Varicella 115 (301); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 147 (227); Infezioni paratifiche 18 (20); Febbre ondulante 78 (119); Dissenteria 1 (1); Difterite e croup 213 (418); Meningite cerebro-spinale epidemica 26 (29); Poliomielite anteriore acuta 13 (16); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 5 (9); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 46 (62), dichiarata — (—); Pustola maligna 15 (15); Parotite epidemica 101 (368); Leishmaniosi 1 (1); Febbre puerperale 29 (31).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Gaz. d. Hôp., 22 apr. — R. LEVENT. Correlazioni ipofiso-genitali.

Proc. R. Soc. Med., apr. — Discussioni su: Le vie d'infezione e di trasmissione degli ultravirus; Fattori fisiologici che influenzano l'azione dell'insulina; Agranulocitosi; La radiologia in ostetricia. — Casistica.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., apr. — S. KADRNKA e R. ANDEOND. Radiologia delle coliti ulcerose.

Minerva Med., 21 apr. — M. TITONE. Insuccessi dell'appendicectomia.

Wien. Klin. Woch., 13 mar. — SINGER. Trattam. non specifico del diabete. — SATTLER. Caverne mute.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 apr. — Numero sull'ulcera gastro-duod.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., apr. — R. A. BARTHOLOMIEW e R. R. KRACKE. Ipercolesterinemia in gravidanza. — A. B. HUNT e W. B. MCGEE. Incisioni di Dührssen.

Med. Welt, 25 apr. — Climo- e balneologia.

Pathologica, 15 apr. — G. PRETO. Bambino portatore di leptospire dell'ittero emorragico.

Minerva Med., 28 apr. — O. MAESTRI e B. COSSU. Azione dell'insulina sull'aminoacidemia del diabete m. — L. FASSIO. Il coefficiente di insufficienza ponderale.

Wien. Klin. Woch., 1 mag. — GERLACH e SCHWEINBURG. Morbo di Aujeszky (pseudo-rabbia). — LEITES e WOLPIAUSKAJA. Auto-regolazione nel ricambio azotato.

Rif. Med., 25 apr. — F. CAPELLA. Costante ureosecret. d'Ambard e interventi sulle vie biliari.

Mediz. Klinik, 1 mag. — G. LOTHEISEN. Varici del tubo digerente. — T. STRAATEN e M. HÜNERMANN. Ipoglicemia nei gastropazienti.

Arch. dello Ist. Bioch. It., mar. — B. FRATTINI. Iodomercurato di manganese nella malaria aviaria. — R. CASAZZA. Dosimetria della vitamina C negli alimenti e nell'urina.

Minerva Med., 5 mag. — G. SALVIOLI. Olio di tonno per uso medicinale.

Riv. di Chir., apr. — O. CANTELMO. Rotture arteriali interne spontanee degli ipertesi.

Ann. di Med. Nav. e Col., mar.-apr. — V. ALFANO. Misure manometriche durante la rachicentesi.

Gaz. d. Hôp., 29 apr. — L. LANGERON. Patogenesi degli edemi acuti polmonari.

Presse Méd., 29 apr. — F. BEZANÇON e al. L'esame funzionale dei polmoni separati mediante il cateterismo dei bronchi.

Pediatria, 1 mag. — G. SURÁNYI. Ipotonia infantile.

Clin. Chir., apr. — G. PERRANDO. Esostosi osteogenetiche solitarie. — F. RUSSO MARCHESE. Correlazioni dei testicoli e della ipofisi.

Riv. di Patol. nerv. e ment., mar.-apr. — F. CARDONE. Tumori del setto pellucido. — F. CARDONA. Patogenesi delle crisi oculogire nel parkinsonismo post-encefalitico. — G. GIORGI. Il sistema neurovegetativo nelle sindromi mentali. — A. ROMERO. Riflessi al dolore ed eccitabilità neurovegetativa.

Practitioner, mag. — Numero semi-monografico sulle malattie cutanee.

Arch. per le Sc. Med., *apr.* — A. ROBECCHI e F. QUAGLIA. Eliminaz. dell'ac. urico per via gastrica. — I. PERAGALLO. Granuloterapia con carbone; carbone da benzolo.

Arch. It. di Chir., apr. — S. MILONE. Cura chirurgica del carcinoma del retto. — C. COLOMBO e A. ROMERO. Amiotrofie.

Rif. Med., 18 apr. — C. RUSSO. Vaccinaz. microbica preventiva mista immunizzante di Castellani.

Deut. Med. Woch., 1 mag. — DRUCKREY. Ormoni e cancro. — RODENWALD. Sostanza che fissa l'ormone melanoforo nel siero di cancerosi.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 30 apr. — C. COGGI. Sindromi epilettiformi e funzioni di maternità. — E MARCHESE. Istidino-reazione di Kapeller-Adler per la diagn. di gravid. — G. ROMANIELLO. Influenza degli ormoni contenuti nell'urina di donna gravida sul sistema reticolo-istiocitario. — E. MOMIGLIANO. Patogenesi del corioepitelioma primitivo del canale cervic.

Bull. Ac. de Méd., 28 apr. — ROCAZ. Acrodinia infantile.

Arch. Méd.-Chir. de l'App. Respir., 2. — L. BINET e M. BURNSTEIN. Azione del polmone sui polipeptidi. — P. PRUVOST e al. Caverne controlaterali e pneumot. artif.

Sang, 5. — G. KARAVANOÉF. Tecnica della puntura ossea. — P. MOUREAU. Si può cambiare il gruppo d'isoagglutinazione ematica? — J. ITELSON e M. KOCEN. I progressi dell'ematologia.

Gaz. d. Hôp., 9 mag. — A.-C. GUILLAUME. Le parentele dell'emicrania.

Quarterly Journ. Med., apr. — R. E. JONES e D. LEYTON WOODHOUSE. Reazione sierologica di Bendien-Lowe nei tumori mal. — F. J. NATRASS e S. F. EVANS. Iperpiressia da onde corte. — L. S. DAVIDSON e J. SMITH. Morbo di Weil nei lavoratori del pesce.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm., gen.-feb. — G. SAI. Angiografia cerebrale. — G. B. BIETTI e G. LUGLI. Riflesso naso-retinico.

Deut. Med. Woch., 8 mag. — DÖLLKEN. Centri e luoghi d'accentramento nella corteccia cerebrale. — CURSCHMANN. Reazioni leucemoidi e leucemie pure nella lue tardiva. — SEEL e al. Veleno d'api.

Presse Méd., 6 mag. — E. JOLTRAN e al. Influenza dei campi elettro-magnetici sull'equilibrio umorale.

Riforma Med., 2 mag. — P. RIOLO. Terapia spleno-contrattile endovenosa di porpore emorragiche.

Brit. Med. Journ., 9 mag. — R. L. HOLT. Trattam. dell'ileo paralitico. — R. T. BRAIN. Ultravirus nell'eziologia delle malattie cutanee.

Rif. Med., 9 mag. — E. STORTI e P. DE FILIPPI. Potere radiante del sangue e dei tessuti ematopoietici in emopatie.

Arch. It. di Dermat. ecc., apr. — V. LEIGHEB. Potere lipolitico del siero di sangue nella lue. — A. DE AMICIS. Filariasi autoctona in Italia.

Giorn. di Med. Milit., apr. — ILVENTO. I servizi igienici e medici nelle Colonie italiane dell'Africa Or. — MASTROJANNI. Nuovi preparati di bismuto.

Bull. Ac. de Méd., 5 mag. — G. GUILLAIN e P. MOLLARET. Crisi epilettiche jacksoniane all'inizio della sclerosi a placche. — L.-C. MAILLARD e J. ETTORI. Il titanio nel corpo umano.

Presse Méd., 13 mag. — C. STRZYZOWSKI. Nuovo antidoto dei metalli pesanti, dell'arsenico, dell'antimonio.

Ann. Inst. Pasteur, mag. — C. LEVADITI e al. Ricerche sperimentali sulla sifilide.

Arch. It. di Urol., IV. — S. BIANCARDI. Idronefrosi dei calici. — S. LATTERI. Pielite granulosa e leucoplasia del bacinetto renale.

Münch. Med. Woch., 15 mag. — W. SCHARPFF. Trattamento dell'enterocolite acuta. — A. E. LAMPÉ. Trattam. dietetico della sedimentazione e delle litiogenesi nelle vie urinarie.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 8 Giugno 1936 - XIV — Num. 23

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: Sen. Prof. ALDO CASTELLANI.

Sullo sviluppo di alcuni miceti sottoposti all'azione di raggi di diversa lunghezza d'onda.

Dott. GABRIELE AMALFITANO, assist. effettivo.

Una volta preso in esame il rapporto esistente tra lo sviluppo dei miceti e alcuni fattori indicati e conosciuti come capaci di influenzare la vita e lo sviluppo in genere degli organismi viventi, accanto alle ricerche da me condotte e a parte pubblicate sulla influenza che i succhi di frutta esercitano sullo sviluppo di taluni funghi, ho pressocchè contemporaneamente ricercato l'azione esercitata sul loro sviluppo da radiazioni di diversa lunghezza d'onda.

In natura, oltre alle radiazioni dello spettro solare, esistono ancora numerose altre radiazioni e cioè le radiazioni derivanti dagli organismi viventi (mitogenetiche di Gurwitsch), le radiazioni provenienti dalle sostanze radioattive, i raggi cosmici ed infine le onde Hertziane.

Ai primi del XIX secolo fu dimostrata l'esistenza, nello spettro solare, di radiazioni chimiche, luminose e termiche; in seguito fu provata l'identità fisica del calore raggiante, della luce e dei raggi chimici, sebbene dal punto di vista biologico apparisca grande e profonda la loro differenza.

In complesso, onde elettriche, calore raggiante, radiazioni infrarosse, radiazioni visibili, raggi ultravioletti, raggi delle sostanze radioattive e forse anche le onde cosmiche rappresentano una gamma di radiazioni che vanno dalle lunghissime onde (Hertziane) alle brevissime onde (cosmiche).

Stabilita come unità che esprima la lunghezza d'onda (γ) l'Angstrom (A°), che rappresenta il decimillesimo di micron, ovvero il deci-

milionesimo di millimetro, riportiamo la seguente tabella con le diverse radiazioni conosciute e con a fianco le cifre corrispondenti agli angstroms che le caratterizzano.

Raggi X e γ . . .	da 12 a	144 A°
Raggi ultravioletti .	da 1030 a	3.920 A°
Raggi violetti . . .	da 3920 a	4.280 A°
Raggi indaci . . .	da 4340 a	4.490 A°
Raggi azzurri . . .	da 4570 a	5.000 A°
Raggi verdi . . .	da 5000 a	5.230 A°
Raggi gialli . . .	da 5680 a	5.830 A°
Raggi aranciati . .	da 6000 a	6.500 A°
Raggi rossi	da 6630 a	6.980 A°
Raggi infrarossi . .	da 6980 a	3.140.000 A°
Onde Hertziane. . .	fino a 50 Km.	

All'incirca nella parte mediana della gamma delle radiazioni conosciute è collocata l'ottava luminosa, che è quella che particolarmente interessa il nostro studio, avendo proprio di alcune sue radiazioni cercato l'influenza sullo sviluppo di un gruppo di miceti.

I raggi luminosi della luce solare sono scomposti da un prisma in diversi colori, che sono, da sinistra a destra, il rosso, l'aranciato, il giallo, il verde, l'azzurro, l'indaco e il violetto e che costituiscono il noto spettro solare. Le proprietà dei vari colori si riferiscono alla lunghezza d'onda delle loro radiazioni. Ogni radiazione ha particolari caratteristiche: quelle rosse, i cui raggi sono meno refratti, hanno l'onda più lunga e sono le più calorifiche; avanzando verso destra diminuisce gradatamente la lunghezza d'onda e le vibrazioni si fanno più numerose; di pari passo variano anche le proprietà intrinseche dei raggi in quanto i raggi gialli sono luminosi mentre quelli violetti dimostrano spiccate proprietà fisiche.

Oltre tali radiazioni visibili esistono radiazioni al di là del rosso e al di là del violetto, non più percettibili dal nostro occhio, ma dimostrabili con esperienze fisiche. Infatti al di là del rosso esistono radiazioni a lunghezza d'onda maggiore del rosso e a maggior potere calorifico dimostrabili con la pila termoelettrica, e al di là del violetto le radiazioni ultravioletta, di minore lunghezza d'onda e di azione chimica più potente, controllabili con l'uso della lastra fotografica. Le radiazioni infrarosse e ultravioletta agli estremi dello spettro solare sono l'invisibile legame tra questo e le altre radiazioni esistenti in natura.

I raggi luminosi producono delle sensazioni diverse a seconda della loro lunghezza d'onda; essi mostrano dunque una specificità biologica, che si traduce per noi nella sensazione dei colori: ogni radiazione di μ 0,8, infatti, ci appare rossa e ogni radiazione di μ 0,4 ci appare violetta. Inoltre, come abbiamo accennato, i raggi rossi e infrarossi hanno soprattutto proprietà calorifiche, mentre i raggi violetti e ultravioletti hanno proprietà prevalentemente chimiche.

Per tutte queste radiazioni si può, dunque, parlare di una azione biologica specifica. Tuttavia una netta distinzione non può farsi assolutamente in quanto non esiste limite netto fra l'una e l'altra categoria di radiazioni; come pure non è detto che i singoli raggi agiscano esclusivamente come energia calorifica o luminosa o chimica, mentre è vero che l'una azione si sovrappone all'altra, pur rimanendo preponderante quella azione propria a ciascuna. Ed infatti sono tutti d'accordo nell'attribuire proprietà diverse alle tre specie di raggi menzionati se fatti agire separatamente.

L'azione biologica della luce può essere dovuta o a una trasformazione chimica della radiazione assorbita (azione fotochimica), o alla sua trasformazione in calore o spesso ad una combinazione delle due azioni, che sommano i loro effetti.

Secondo la legge di Krothus e Draeger, che si riferisce all'assorbimento della luce dagli organismi viventi, vediamo che: « l'azione dei raggi dipende dall'assorbimento, che varia nei diversi organismi; alcuni assorbono totalmente, altri lasciano passare raggi di una determinata specie e trattengono gli altri; in genere la permeabilità dei raggi diminuisce aumentando lo spessore della parte irradiata ».

L'energia radiante assorbita dalle sostanze può subire o una estinzione fisica o una estinzione chimica. Molti corpi lasciano passare più o meno i raggi attinici, mentre altri li assorbono totalmente o quasi e in genere, quando la luce colpisce un corpo non suscettibile di azioni chimiche, una parte dei raggi che la compongono è estinta, cioè trasformata in una equivalente quantità di energia termica; soltanto i raggi assorbiti possono produrre una azione chimica, mentre può esservi l'assorbimento senza azione chimica. In tal caso la luce assorbita si degrada in calore, che rappresenta l'equivalente della energia luminosa.

Un mezzo assorbente agisce sul fascio che lo attraversa o per eliminazione o per affievolimento di certe radiazioni ed è incapace di creare radiazioni che non siano contenute nel fascio incidente. E per questo un vetro rosso non produce raggi rossi, ma è filtro che arresta (assorbe) tutte le radiazioni e che indebolisce,

pur lasciandole passare, le stesse radiazioni rosse.

Non si può affermare che un corpo sia o no trasparente per una data radiazione senza tener conto dello spessore; per radiazione a breve lunghezza d'onda tutti i corpi diventano opachi. Il vetro comune, per es., è opaco per i raggi violetti ed ultravioletti, mentre il quarzo è trasparente. Uno spessore d'acqua assorbe i raggi ultrarossi; uno strato liquido colorato assorbe in genere tutti i raggi ad eccezione di quelli che danno il colore per trasparenza. Questo, però, non in modo assoluto, perchè in pratica è noto che:

il rosso lascia passare solo il rosso;

il giallo lascia passare il giallo, il rosso e il verde;

il verde lascia passare il verde, il giallo e un po' di azzurro;

l'azzurro lascia passare l'azzurro, un po' di verde e di indaco;

il violetto lascia passare l'azzurro, un po' di verde e d'indaco.

Se si fa eccezione per i vetri rossi, tutti gli altri lasciano passare con la luce del proprio colore anche luci di colore diverso ed in proporzione diversa; ciò serve a spiegare perchè sul conto della luce rossa i risultati degli studi eseguiti siano stati relativamente più concordi e perchè sul conto delle altre luci (più facilmente inquinate da raggi di altri colori) i risultati siano stati così diversi da caso a caso; probabilmente in dipendenza della specie e quantità delle luci parassite (Guerrini).

Fattori biologici della luce sono: la sorgente luminosa, interessante per la qualità dei raggi che la compongono; l'intensità della luce, che decresce come è noto in ragione inversa al quadrato della distanza; il mezzo interposto (l'atmosfera trattiene la maggior parte dei raggi a breve lunghezza d'onda, il vetro è opaco agli ultravioletti e uno strato di liquido colorato si comporta diversamente, come abbiamo visto sopra parlando dei liquidi); la quantità, in quanto una radiazione può esplicare effetti diversi sui reattivi biologici a seconda della sua intensità. E appunto, secondo Hinrichs, il fattore che decide la natura stimolante o inibitrice dell'azione dei raggi è piuttosto di ordine quantitativo che qualitativo. Ma il controllo della quantità è, stante le nostre cognizioni, alquanto difficile. Inoltre, un altro fattore è rappresentato dalla qualità e sono ormai note le diverse qualità biologiche inerenti alle varie radiazioni dello spettro.

Influiscono notevolmente le condizioni dell'organismo illuminato (grandezza, stato della superficie, presenza o non di colore, lo stato di quiete o di moto) e l'ambiente (la temperatura elevata accelera le reazioni; la presenza di ossigeno è talora indispensabile).

La luce sui sistemi viventi può determinare o una reazione (nella relazione di causa ad effetto), come avviene per gli organi visivi o per certi animali (amebe che si contraggono alla luce), ovvero una condizione ambiente continuamente operante, favorevole o sfavorevole, comunque modificatrice, nella quale si svolgono i fenomeni vitali.

Molte reazioni chimiche e biologiche trovano nella luce la condizione migliore per esplicarsi. Talora l'azione della luce non è subito manifesta, ma esiste un periodo più o meno lungo di latenza, più apparente che reale, perchè l'effetto è immediato mentre tarda a manifestarsi il fenomeno palese ai nostri sensi. (L'infiammazione eritematosa dopo l'esposizione ai raggi ultravioletti non compare subito, ma dopo alcune ore: la luce ha determinato subito certi processi fotochimici, che a loro volta hanno poi agito nel tempo sugli elementi cellulari). A volte i fenomeni determinati dalla luce continuano a svolgersi anche dopo la cessazione di essa.

Il meccanismo d'azione della luce varia a seconda dei fenomeni che si osservano. In alcuni agisce per la presenza dell'ossigeno dell'aria; in altri l'azione è mediata, cioè per compiersi è necessaria la presenza di speciali catalizzatori minerali e di sostanze fotodinamiche.

Secondo alcuni Autori l'azione della luce si esercita sugli organismi non direttamente, bensì attraverso la formazione di prodotti intermedi. Secondo altri la proprietà ossidativa di alcune radiazioni (es. i raggi ultravioletti) sarebbe dovuta alla proprietà di queste di ozonizzare l'ossigeno. Altri invocano la formazione di perossidi.

Come si vede svariati sono i meccanismi d'azione e se ne riceve l'impressione, come risulterà anche da quanto andremo esponendo ancora, che la luce sia un fattore che può modificare i fenomeni vitali e che agisca come se venisse richiesta dai singoli fenomeni per quella parte che serve allo svolgimento del fenomeno stesso.

* * *

Esposti, così, in breve, i moderni concetti sull'azione biologica della luce, cercherò ora di riassumere quel che si conosce dell'azione della luce e delle singole radiazioni che la compongono sugli organismi viventi.

È nota l'azione inibitrice dei raggi ultravioletti sull'attività del lievito di birra. Studiando l'azione delle luci monocromatiche sulla fermentazione alcoolica, il Guerrini ha messo in evidenza che la luce visibile la influenza favorevolmente e che l'azione dello stimolo è tanto maggiore, quanto maggiore è la lunghezza d'onda dei singoli fasci monocromatici.

L'azione si esercita sul fermento o sul substrato (glucosio, ecc.)? Si deve ritenere che l'azione agisca sul glucosio: infatti il glucosio in soluzione leggermente alcalina può essere distrutto già dalla luce diffusa del giorno, con formazione di aldeidi, acidi volatili e glucosano; inoltre Gillot ha visto che la luce azzurra e ultravioletta accelera l'idrolisi dello zucchero più della luce gialla e rossa. Anche i fermenti intracellulari (intra vitam) possono sentire l'azione della luce. Questo fatto potrebbe spiegare in parte l'azione della luce o delle luci, per meglio dire, sugli organismi; nel senso che uno stimolo accelerante o inibente sull'attività fermentativa tanto importante per gli organismi potrebbe riflettersi sulla rapidità o meno dello sviluppo di essi.

Nel 1887 Downes e Blunt provarono che la luce diretta del sole ostacola di molto lo sviluppo dei microorganismi in genere. In seguito da altri Autori (Suclaux, Arloing, ecc.) sono state fatte analoghe esperienze giungendo agli stessi risultati.

Le divergenze riscontrate in seguito tra i vari Autori si dimostra che dipendono sia dalle diverse luci adoperate, sia specialmente dalla diversa intensità e durata della illuminazione. Secondo Guerrini e Gronchi sul Saccaromyces le luci visibili e invisibili, se agiscono per breve tempo, non hanno azione deleteria bensì eccitante.

Guassardo e Ghio misero in evidenza che il bacillo di Loeffler è differentemente influenzato da luci di varia lunghezza d'onda, e secondo Tatzu-Jwara la luce ad onde lunghe avrebbe azione alquanto accelerante lo sviluppo di alcune specie batteriche; azione opposta avrebbero le luci ad onda breve.

Finsen ci ha dato la nozione che l'attività della luce è dipendente dalla sua intensità e che il potere battericida aumenta con la concentrazione della luce.

I batteri vengono uccisi non dalla luce, ma dalla luce forte. Sono i raggi chimici ad esplicare azione deleteria. Il protoplasma dei diversi batteri è diversamente sensibile all'azione della luce.

Il meccanismo d'azione della luce sulle cellule deve essere diverso per le luci a lunga onda e per le luci a breve onda. Per le prime in genere è necessario l'ossigeno ed è probabile che, per mezzo della luce solare, si formi del perossido di idrogeno. Ricerche condotte con filtri dimostrano che sono i raggi a breve lunghezza d'onda i responsabili dell'azione battericida.

Dal complesso risulta che la luce solare diretta è nociva allo sviluppo e talora alla vitalità della maggior parte delle forme batteriche. Coadiuvante di tale azione è l'aria che lascia supporre intervengano fenomeni di natura ossidativa. Non è escluso che all'azione della luce diretta non filtrata, come quella del sole estivo, concorra l'azione termica che può far toccare temperature oltre ai 45°, cioè lesive per sè stesse sui protoplasmi viventi.

Secondo Rivera i vegetali in genere si dimostrano sensibili non solo per le radiazioni che compongono la luce, ma anche per tutte le altre forme di energia raggiante, che costituiscono un complesso di radiazioni elettromagnetiche che investono i tessuti.

Tutta la banda di radiazioni a breve lunghezza d'onda si dimostra in sè e per sè deprimente e rallentatrice della moltiplicazione cellulare. Tutta la banda delle radiazioni a maggiore lunghezza d'onda si dimostra in sè e per sè eccitatrice della moltiplicazione cellulare. Nella parte mediana della gamma delle radiazioni conosciute è collocata l'ottava luminosa, le cui radiazioni estreme partecipano all'influenza deprimente ed eccitante delle due bande contigue.

Sull'altezza delle piante la luce esercita una azione ritardatrice. Sotto la luce azzurra le piante rimangono piccole; nella luce verde crescono meglio e diventano straordinariamente rigogliose nella luce rossa (Flammarion).

L'azione delle singole onde dello spettro non è, dunque, uniforme; la parte a più lunga onda, specifica il Rivera, produce la formazione degli individui ad eccessivo sviluppo somatico ed occorre la presenza di radiazioni a piccola onda per equilibrare tale anormale sviluppo.

In complesso tutte le radiazioni (Biancani) intervengono nella edificazione dei tessuti vegetali, alcune favorendo la imbibizione cellulare, altre apportando l'energia necessaria alla sintesi degli idrati di carbonio, altre ancora mantenendo la normale tonicità delle piante.

Esperienze eseguite nel campo degli esseri inferiori hanno dato risultati non sempre concordi circa l'azione biologica di radiazioni a diversa lunghezza d'onda sullo sviluppo di essi.

ESPERIENZE.

Da tutto quanto abbiamo esposto finora appare come non ci sia ancora un perfetto accordo sull'azione specifica delle varie radiazioni, specie per quel che riguarda le radiazioni luminose.

Per studiarne l'influenza sullo sviluppo di un gruppo di miceti, mi sono servito di vari raggi ottenuti filtrando la luce del giorno attraverso vetri colorati.

Per ottenere luci monocromatiche il metodo più rigoroso sarebbe stato quello di decomporre la luce col prisma e di isolare una limitata zona spettrale; ma questo procedimento, benchè esatto, dà troppo scarsa quantità di luce, per cui si preferisce ricorrere a filtri costituiti da soluzioni di materie coloranti o da pellicole di gelatina o da lastre di vetro colorate.

Il Guerrini fece uso di vetri colorati e così molti altri. Anche io ho fatto uso nei miei esperimenti di vetri colorati in rosso, in giallo e in azzurro. Va sempre tenuto conto del fatto noto a cui ho accennato prima, che i filtri così costituiti, se si eccettua il rosso, lasciano passare più di una radiazione; ma in ogni caso le radiazioni parassite saranno sempre la minoranza nei confronti con le radiazioni che si vogliono lasciar passare e a cui spetta la parte più importante nell'azione biologica.

Ho studiato l'azione dei raggi rossi, gialli e azzurri su culture di 5 monilie e 5 criptococchi nei confronti con le stesse culture tenute al buio o esposte alla luce diffusa.

Dei miceti usati dirò brevemente:

Dalla classe Hyphomycetes, dall'ordine Thallosporales, col sottordine Blastoporinae abbiamo la famiglia delle Cryptococcaceae e la famiglia delle Oosporaceae.

Dalla famiglia Cryptococcaceae abbiamo il genere Cryptococcus a cui appartengono i seguenti tipi da noi studiati:

Cryptococcus Metaniger: (Castellani 1926 - isolato da un caso di tricomicosi nigra);

Cryptococcus Pararoseus: (Castellani 1926 - isolato dallo sputo di un bronchitico cronico);

Cryptococcus Rubrorugosus: (Castellani 1926 - isolato da un caso di tricomicosi rubra);

Cryptococcus I, Cryptococcus II. (entrambi isolati dal Castellani e ancora non meglio classificati).

I tipi della famiglia Cryptococcaceae sono caratterizzati dal non fermentare generalmente con produzione di gas i terreni zuccherati; dall'aver le ife poco differenti dai conidi, entrambi fermentosimili. I conidi formati per gemmazione non sono mai disposti in catena. Il genere Cryptococcus è tra i patogeni ed è costituito da elementi vegetativi spesso con doppio contorno; la gemmazione ha luogo con una sola gemma alla volta.

Dalla Famiglia delle Oosporaceae (caratterizzate da ife che possono essere lunghe o poco differenti dalle spore, disposte tipicamente in catena), abbiamo il genere Monilia, i cui tipi possono avere ad un tempo forme vegetanti e filamenti miceliali lunghi e spesso ramificati.

I tipi da me studiati sono:

Monilia Tropicalis (Castellani 1909);
Monilia Pseudotropicalis (Castellani 1910);
Monilia Krusei (Castellani 1909);
Monilia Pinoyi (Castellani 1910)

isolate da casi di broncomicosi e da espettorati di bronchitici;

Monilia Macedoniensis (Castellani 1917) (1) che a differenza delle precedenti non è patogena.

Tecnica seguita. — Mi sono assicurato dapprima che gli ambienti in cui venivano poste le culture fossero alla stessa temperatura, in modo tale che questa causa di errore fosse eliminata. Per ogni micete si operò nel seguente modo:

Da culture recenti in agar glucosato al 2 % si faceva un passaggio con ansa normale in un tubo contenente 5 cmc. di brodo glucosato al 2 % stemperando bene l'ansata. Il brodo veniva posto nel termostato a 22° C. Da questo brodo dopo 24 ore, si prelevava una goccia con pipetta Pasteur sterile e si diluiva in altro tubo contenente 5 cmc. di brodo. Si controllava un'ansata di questa nuova sospensione al microscopio per stabilire approssimativamente il numero di elementi in essa contenuti e ciò al fine di operare con sospensioni a diluizione pressochè costante. Una goccia della sospensione veniva messa in 5 tubi di agar glucosato al 2 % fuso e tenuto a 45° C. Previa agitazione l'agar liquefatto veniva versato in una corrispondente piastra di Petri. Ogni tubo d'agar conteneva la stessa quantità di agar e tanta che fosse sufficiente a coprire il fondo di una piastra di 10 cm. di diametro.

Le piastre preparate nel modo suddetto venivano poi poste una per ognuno dei vari scompartimenti di un mobile espressamente costruito. Ciascuno di questi scompartimenti era fornito, nella parete esposta alla luce, di un vetro colorato rispettivamente in azzurro, giallo

(1) Ho conservato la vecchia nomenclatura del Castellani per non ingenerare confusioni.

e rosso. Una piastra veniva tenuta al buio ed un'altra era esposta alla luce diffusa.

Dopo 7 giorni si procedeva alla conta delle colonie sviluppate e alla misurazione del loro volume. Per ogni piastra si teneva conto delle

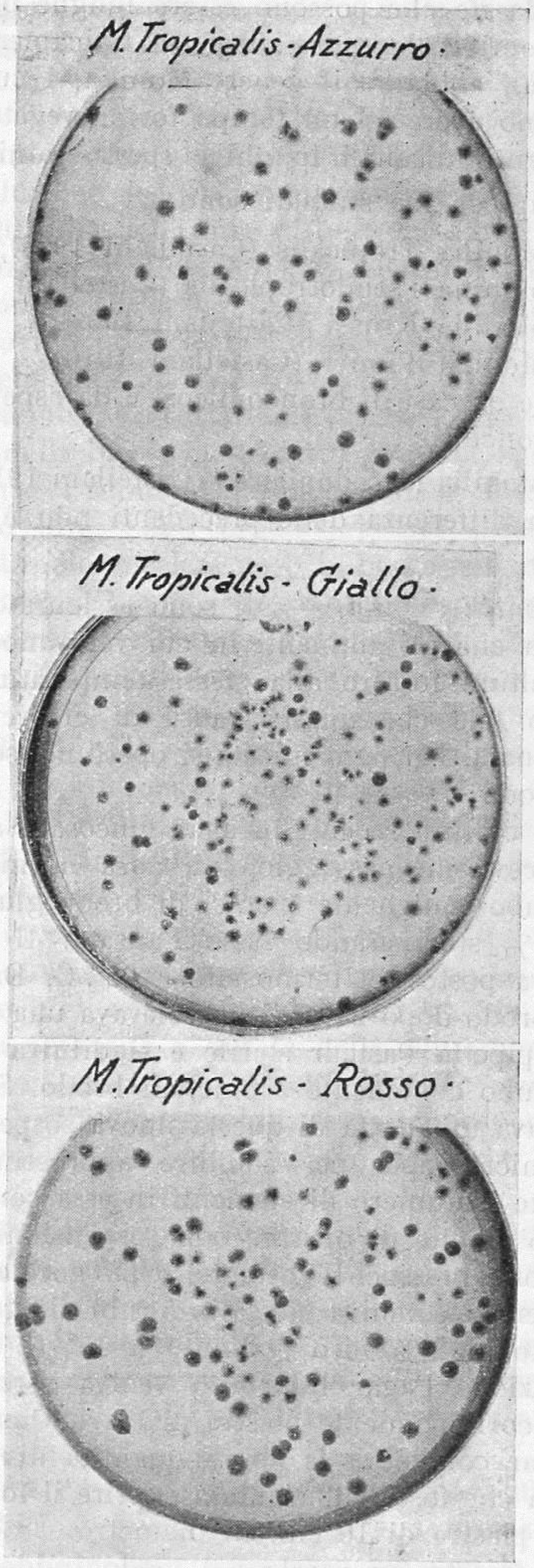


FIG. 1.

colonie di massimo, medio e minimo diametro e si faceva una media; le medie dei diametri delle varie piastre venivano poi confrontate tra loro.

Passo ora a riferire separatamente i risultati ottenuti per ogni singolo micete.

1) *Monilia Tropicalis*. La Monilia Tropicalis presenta un massimo sviluppo esposta alla luce rossa, un discreto sviluppo all'azzurro e alla luce diffusa, un minimo al giallo. Sotto l'influenza di quest'ultimo colore il numero delle colonie sviluppatesi è stato maggiore. (v. figura 1-2).

2) *Monilia Pseudotropicalis*. La Monilia Pseudotropicalis presenta il maggiore sviluppo alla luce rossa, e poi sviluppo sempre decrescente alla luce gialla, alla luce diffusa e al buio. Il minimo sviluppo si ha alla luce azzurra.

Ripetuti esperimenti confermano per questa monilia i risultati ottenuti.

3) *Monilia Krusei*. La Monilia Krusei ha avuto un maggiore sviluppo al rosso. Lo sviluppo, poi, era decrescente progressivamente al giallo, all'azzurro, alla luce diffusa e al buio.

Ripetendo le esperienze si è constatato un

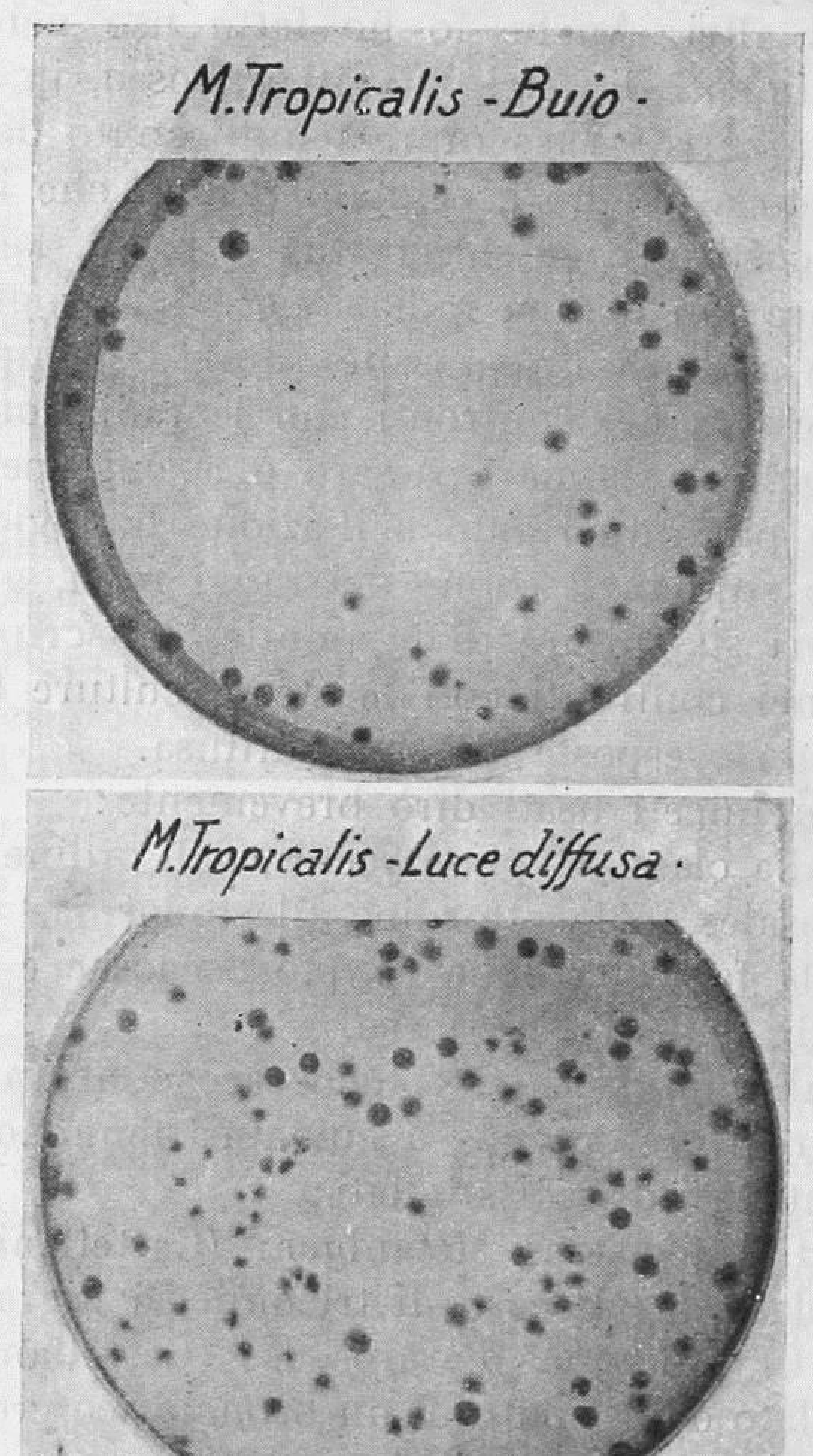


FIG. 2.

maggiore sviluppo per le culture esposte al giallo e al rosso, un minimo per l'azzurro. Decisamente la luce azzurra si dimostra poco favorevole allo sviluppo di questo micete, specie nei confronti con le luci a maggiore lunghezza di onda.

4) *Monilia Pinoyi.* La Monilia Pinoyi presenta il maggiore sviluppo al rosso e poi alla luce diffusa, al giallo e all'azzurro ed un minimo al buio.

5) *Monilia Macedoniensis.* La Monilia Macedoniensis mostra il massimo sviluppo al colore azzurro. Segue sviluppo decrescente ai colori rosso, luce diffusa, giallo e buio.

È degno di nota questa influenza decisamente favorevole della luce azzurra sullo sviluppo della Monilia Macedoniensis, in contrapposto a quello che si è avuto per le altre monilie. E da tenere presente è anche il carattere della patogenicità che distingue la Monilia Macedoniensis dalle altre, essendo, come abbiamo visto, l'unica monilia non patogena.

6) *Cryptococcus Metaniger.* Il Cryptococcus Metaniger dà un massimo di rigoglio nelle colonie esposte alla luce azzurra. Seguono in ordine decrescente di sviluppo le colonie esposte al rosso, al giallo, al buio e in ultimo quelle tenute alla luce diffusa.

7) *Cryptococcus I.* Anche il Cryptococcus I mostra di gradire la luce azzurra. Infatti, la piastra esposta ai raggi di questo colore presenta le colonie meglio sviluppate; seguono poi le piastre tenute rispettivamente al buio, alla luce diffusa ed infine, ultime, quelle esposte al giallo e al rosso.

8) *Cryptococcus II.* Questo cryptococco ha il massimo sviluppo al buio, sviluppo pure notevole alla luce diffusa, meno al giallo e all'azzurro, meno ancora al rosso (v. fig. 3-4).

9) *Cryptococcus Rubrorugosus.* Il Cryptococcus Rubrorugosus dà uno sviluppo massimo all'oscuro e al rosso, medio all'azzurro e minimo al giallo e alla luce diffusa. L'esperienza di questo micete, ripetuta più volte, ha confermato il maggiore sviluppo per le culture tenute al buio, mentre per le culture tenute al rosso i risultati sono stati contradditori.

10) *Cryptococcus Pararoseus.* Il Cryptococcus Pararoseus ha dimostrato un massimo di sviluppo per le colonie tenute esposte alla luce azzurra, sempre minore per quelle tenute rispettivamente al rosso, al giallo, alla luce diffusa e al buio.

Stabilito che i vari raggi da me usati avevano dimostrato una differente azione sullo sviluppo dei miceti, ho voluto osservare fino a che punto si spingeva l'influenza delle diverse radiazioni e se esse non agissero anche, in modo più o meno specifico, su alcune proprietà morfologiche e strutturali dei funghi stessi, come la forma, la disposizione e i rapporti dei singoli elementi, il modo di riprodursi, ecc. E nel caso dei criptococchi colorati, se non venisse influenzata la produzione del pigmento.

Per far ciò ho operato nel seguente modo: da culture recenti in agar glucosato al 2 %,

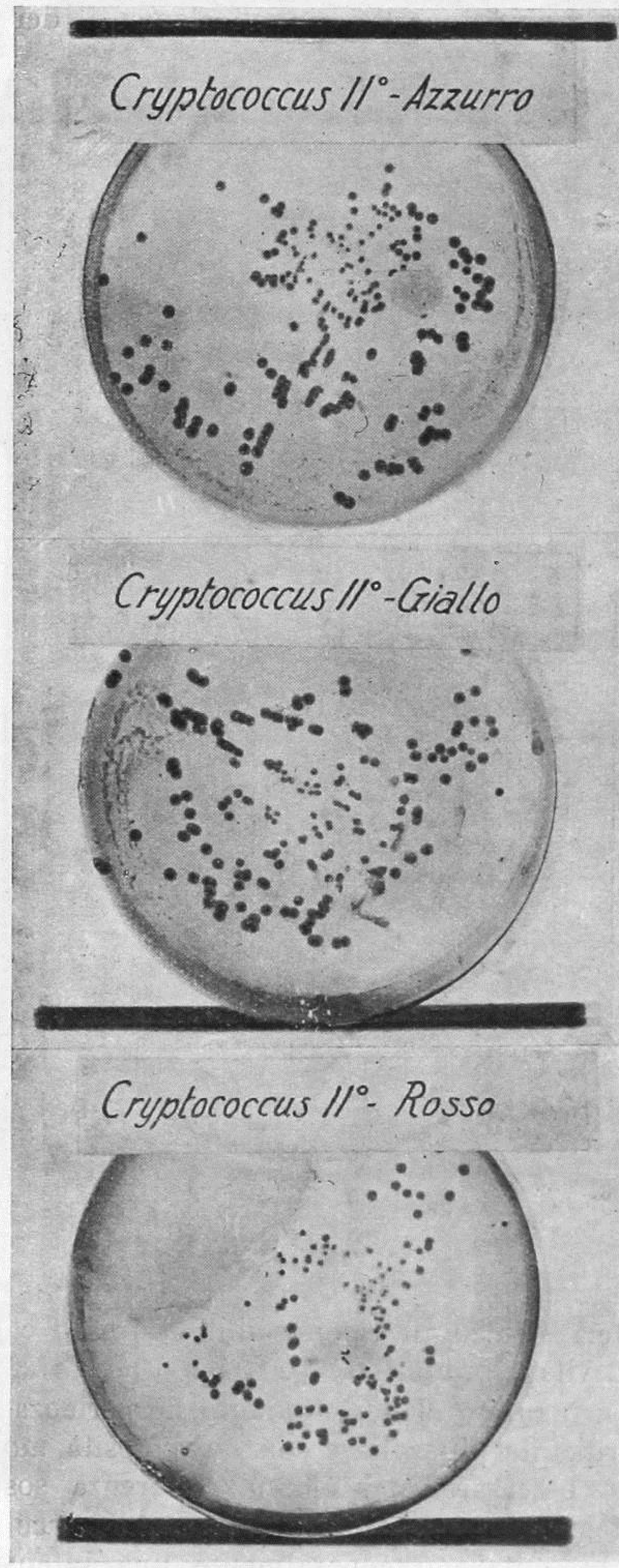


FIG. 3.

per ciascuno dei miceti in esame feci un passaggio in brodo glucosato al 2 % e lo misi in termostato a 22° C. per 24 ore. Successivamente, partendo da questi brodi, allestii 5 brodoculture per ciascuna specie delle Monilie e dei Cryptococchi e le esposi alle diverse radiazioni con le stesse modalità usate per le piastre.

Iniziai le osservazioni 3 giorni dopo le semine e le ripetetti dopo 6, 8 e 15 giorni. E l'osservazione consisteva nell'allestimento di un preparato a goccia pendente per ciascuna brodocultura dei singoli miceti e nello studio al microscopio della grandezza, della forma, della disposizione dei singoli elementi, dei caratteri strutturali riconoscibili a fresco e dell'attività riproduttiva.

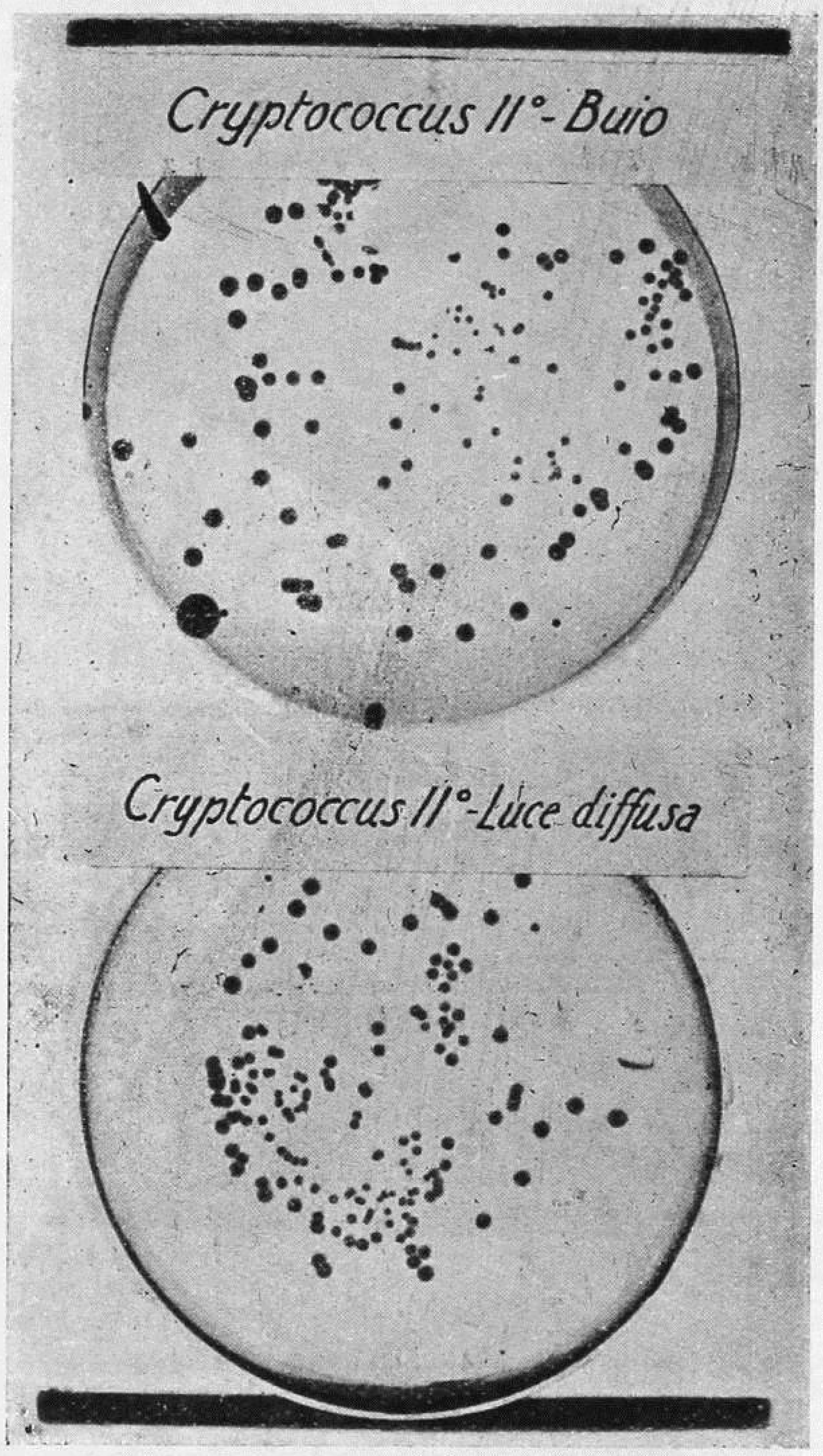


Fig. 4.

Dirò subito che, per quanto l'esperienza fosse ripetuta più volte e con scrupolosità, non si potè osservare mai alcuna differenza sostanziale. Soltanto le Monilie esposte alla luce rossa presentavano generalmente una intensissima attività riproduttiva.

Concludendo, allora, i risultati di queste mie esperienze notiamo:

che le monilie e i cryptococchi, sebbene molto vicini nella scala botanica poichè rappresentano famiglie dello stesso sottordine e ordine, si comportano in maniera affatto differente se esposti ai raggi di varia lunghezza d'onda;

che le Monilie da me prese in esame si sviluppano tutte meglio alla luce che al buio, mentre i Cryptococchi, quelli da me presi in esame, si sviluppano in massima parte (4 su 5) meglio al buio che alla luce diffusa;

che nelle culture esposte ai raggi rossi, gialli e azzurri le Monilie studiate hanno mostrato uno sviluppo massimo al rosso per la gran maggioranza (4 su 5), eccezione facendo solo la Monilia Macedoniensis, che delle cinque era l'unica non patogena; che i Cryptococchi, invece, lo sviluppo prevalente non ha dimostrato un particolare rapporto con i diversi raggi usati, ma soltanto una predilezione di massima per l'azzurro, colore al quale si è avuto il massimo sviluppo della Monilia Macedoniensis;

che le diverse radiazioni non hanno mostrato di modificare, almeno apparentemente, i caratteri morfologici e strutturali di nessun micete portato allo studio;

che la produzione di pigmento, da parte di quei Cryptococchi che ne producono e che hanno fatto base delle mie esperienze, non è stata influenzata dalle diverse radiazioni;

che i raggi di varia lunghezza d'onda agiscono sullo sviluppo dei vari miceti, eccitandolo o ritardandolo, ma che non è legato a ciascuno di essi una influenza costante e sempre nello stesso senso.

RIASSUNTO.

Si studia l'influenza che i raggi di varia lunghezza d'onda esercitano sullo sviluppo di alcuni miceti. In base ai risultati ottenuti, l'A. conclude che i vari raggi mostrano di agire sullo sviluppo dei funghi presi in esame, ma che a nessun raggio è legata un'azione unica e costante. I vari funghi hanno reagito in maniera diversa all'influenza dei diversi raggi.

In rapporto alle diverse radiazioni non sono state osservate modificazioni morfologiche e strutturali dei vari miceti.

BIBLIOGRAFIA.

Busi. Lezioni radiologia medica, 1928-29.
Guilleminot. Rayon X et Radiations diverses. Parigi, 1910.
Guerrini. Arch. Fisiol., 1935.
Id. Rassegna Clin. Scientif., 1932.
Rivera. Rivista di Biologia, 1931.
Viale. Le azioni biologiche delle radizioni, 1934. Ed. Treves.
Guerrini. Boll. Soc. Ital. Biol. Sperim., 1930.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE « MAURIZIO BUFALINI » IN CESENA
DIVISIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. FILIPPO MARINELLI

I tumori connettivali degli strati muscolo-aponeurotici delle pareti addominali.

(Contributo clinico ed etiopatogenetico)

per il Dott. GIUSEPPE DE POL, aiuto.

Essendomi occorsi all'osservazione tre casi di « Tumori connettivali degli strati muscolo-aponeurotici delle pareti addominali » ritengo non privo di interesse la loro esposizione sia come contributo statistico, sia per alcuni rilievi e considerazioni etiopatogenetiche.

CASO I (*). — *R. Ester.*, a. 35, Formignano, casalinga. Nulla degno di nota nel gentilizio. Da piccola ha sofferto di poliomielite anteriore acuta, di cui residua, quale postumo una lieve atrofia dell'arto inf. destro con piede varo, che obbliga la P. ad una modesta claudicazione. Primo mestruo a 16 anni; si susseguono regolari. Saltuaria leucorrea. Sposa a 31 anni un uomo sano; ha due gravidanze abortive al II mese ed una terza, che risale al 8-3-1930 con parto eutocico. Durante questa notò grave deperimento organico, tosse ed ebbe una *emoptoe*, per cui fu ricoverata nel Reparto Specifici di questo Ospedale con diagnosi di « *Pleurite e Tbc. polmonare* ». Tuttora ha tosse, saltuari sputi ematici, febbre serotina. La malattia presente risale a 6 mesi or sono con l'apparire alla zona soprapubica di una tumescenza indolente del volume di un uovo. È lievemente dolente alla palpazione.

E. O. — *Cuore, Apparato digerente e nervoso*: normali; *Torace*: scarno, lieve ipofonesi all'apice ed alla zona inter-scapolo-vertebrale sin.; sempre a sin. il m. respiratorio è ridotto ed il respiro è aspro. Alla regione ascellare e scapolare fini rantoli sotto i colpi di tosse. *Addome*: sulla linea ombellico-pubica si nota una piccola tumescenza, che scompare quando la P. contrae i muscoli. Ha il volume di un uovo di tacchino, consistenza dura, superficie liscia, limiti laterali definiti.

Esame radiologico del torace. — Calcificazioni agli ilii ed alle diramazioni dei grossi bronchi. Lesioni interstiziali sclerose nelle regioni sottoclaveari. *Cutireazione*: + + — —. Tutti gli altri *esami clinici, fisici* e di *gabinetto* sono negativi.

Diagnosi clinica: Fibroma del m. retto di destra in donna sofferente di lesione specifica bronco-polmonare. *Operazione*: Anest. loc. con tutocaina. Incisione mediana sotto ombellicale della lunghezza di circa 10 cm. Incisione della aponeurosi del m. retto, enucleazione del tumore, che è ben circoscritto, innesto in catgut del moncone muscolare sull'obliquo di destra, sutura in catgut delle aponeurosi, con agrafes della cute. Guarigione per prima. Viene dimessa dopo due sedute di Roentgen-terapia.

Esame anatomo-patologico. — *Esame macroscopico del tumore.* Tumore della grossezza di un uovo di tacchino, colorito bianco-sporco uniforme, superficie liscia. Peso gr. 70. Diametro trasverso cc. 12, long. cc. 15. Non esiste una capsula. L'azione del tagliente non fa sentire stridore, ma si incontra una certa resistenza. La superfice di sezione ha colorito madreperlaceo con aspetto a tratti plessiforme, a tratti fascicolare.

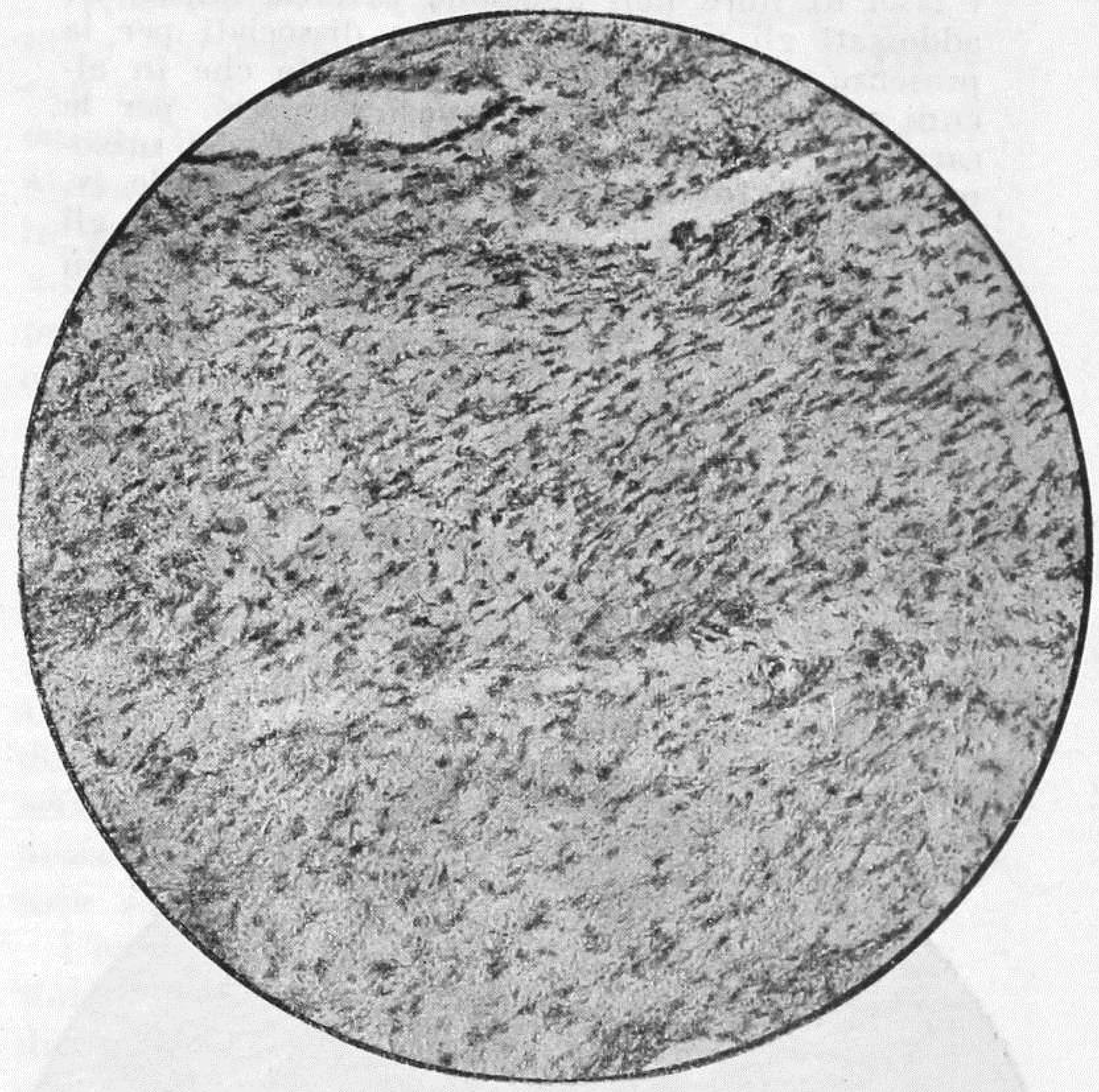


FIG. 1. — Caso I. Aspetto del fibroma molle. (Obb. 3, Ocul. 3, Reichert).

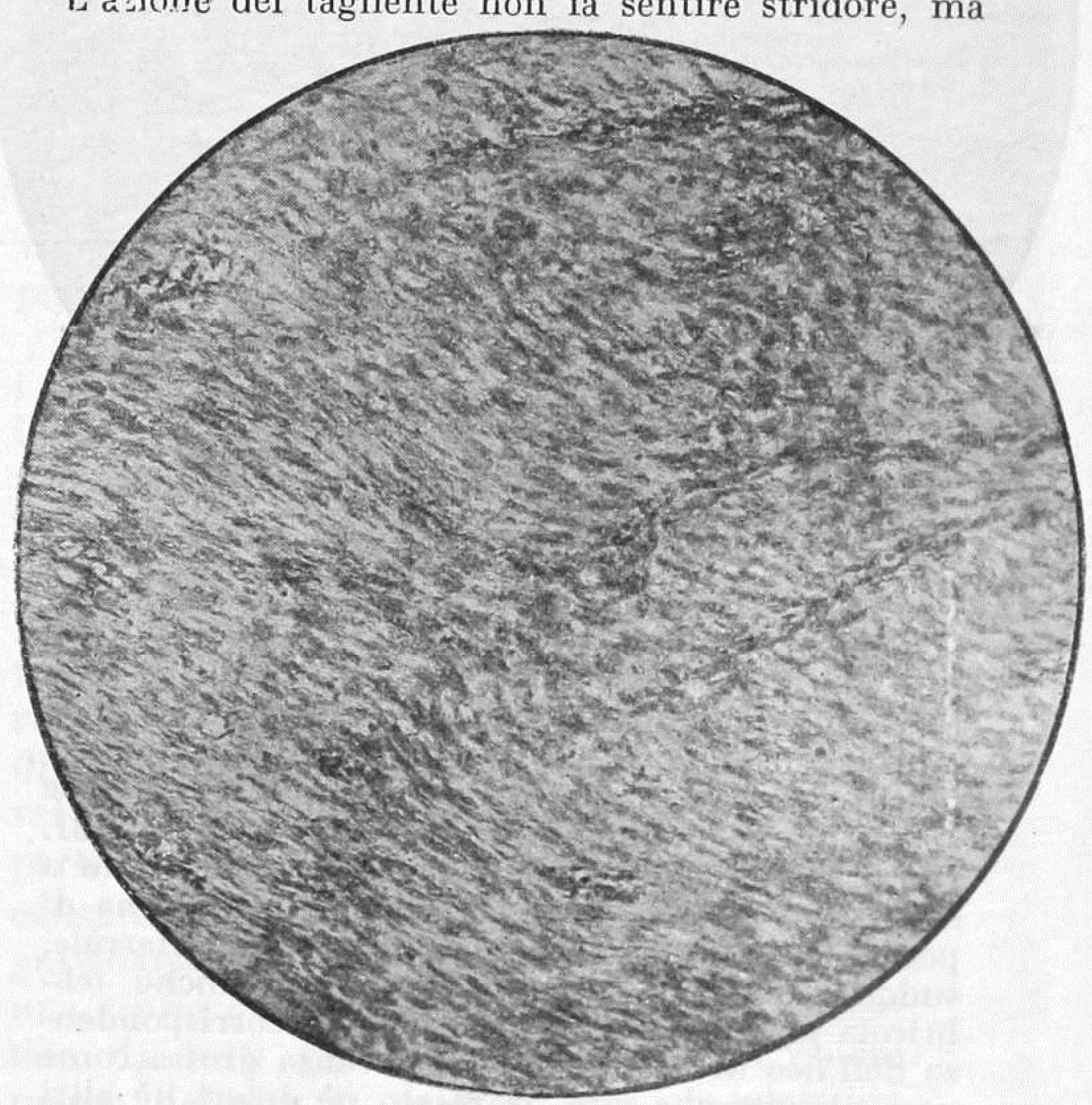


FIG. 2. — Caso I. La figura dimostra maggiore attività cellulare (passaggio al fibrosarcoma ?). (Obb. 3. Ocul. 3, Reichert).

(*) Le seguenti storie cliniche sono ridotte al minimo indispensabile per limitazione di spazio.

Esame istologico: L'aspetto generale del tumore, esaminato in più zone, è quello del fibroma; i fasci di fibre non appaiono tuttavia stipati ed addossati gli uni agli altri, ma dissociati per la presenza di un liquido sieroso, tanto che in alcuni punti il tumore ha quasi l'aspetto, per le caratteristiche del tessuto interstiziale, del mixoma. Si può tuttavia parlare di fibroma molle (v. fig. 1). Qua e là, spesso in rapporto coi vasi, gli elementi fibromatosi si addensano in gruppi più compatti, ed in queste zone le cellule tumorali, esaminate a più forte ingrandimento, appaiono più tozze, con nuclei più voluminosi, ricchi in cromatina, tanto che non si può escludere che queste zone rappresentino un punto di passaggio ad una forma fibrosarcomatosa (v. fig. 2).

Diagnosi istologica: Fibroma molle in via di trasformazione in fibrosarcoma del muscolo retto di destra.

CASO II. — *G. Albertina*, a. 27, Diegaro, casalinga. Nulla nel gentilizio. Ha sempre goduto sino

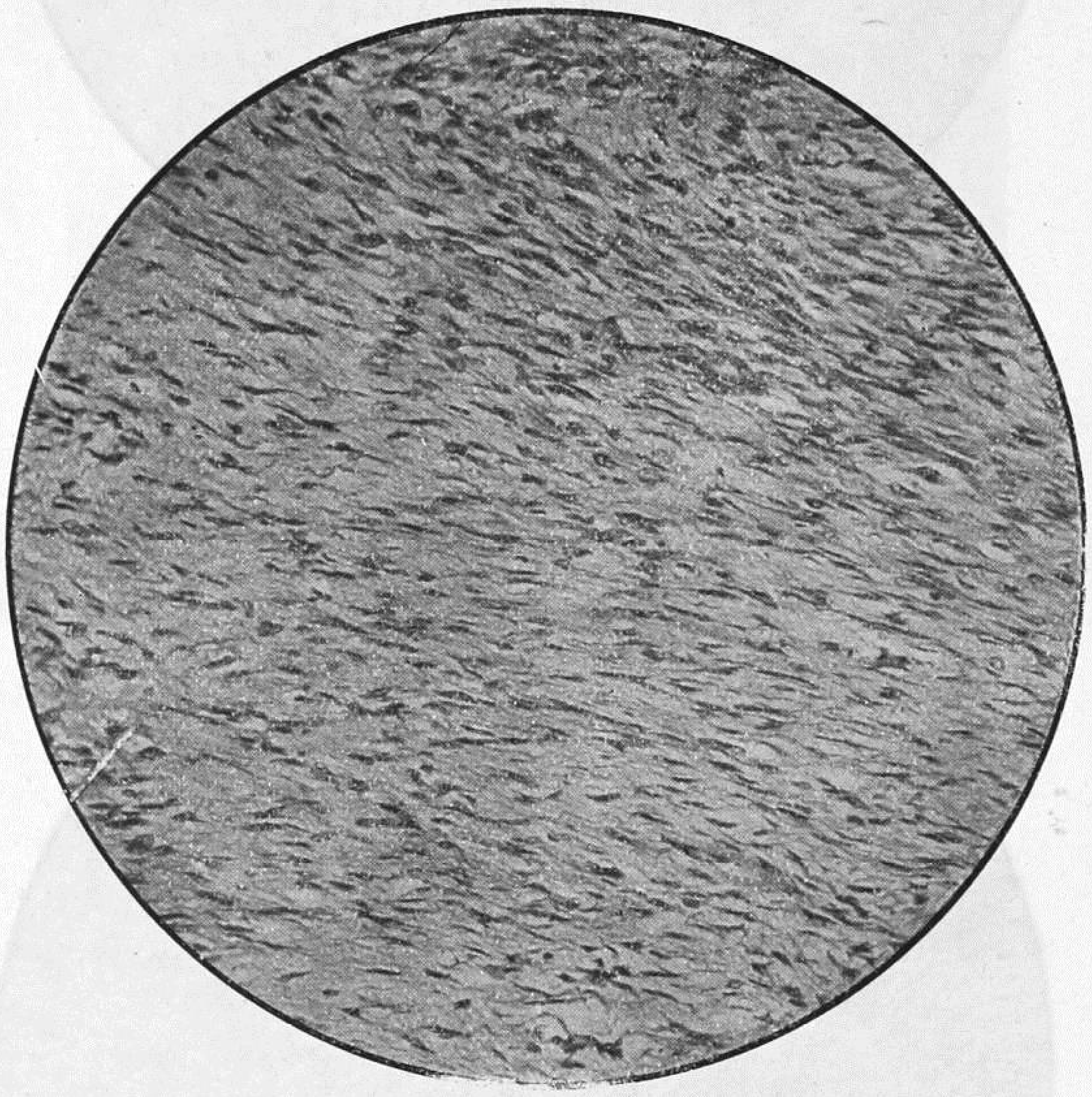


FIG. 3. — Caso II. Aspetto del fibroma molle. (Obb. 3, Ocul. 3, Koritska).

a 10 mesi fa buona salute. Primo mestruo a 15 anni, si susseguono poi irregolari (anticipi di 10-15 giorni). Sposa a 22 anni, ha avuto due gravidanze a termine normalmente; l'ultima risale al 17-V-31. Durante quest'ultima gravidanza ha cominciato a soffrire di astenia, anemizzazione, diminuzione di peso corporeo, tosse con espettorazione catarrale, sudori notturni. Attualmente accusa anche febbricola serotina. Da 10 mesi nota in corrispondenza dell'ileo di destra una tumescenza grossa come una ciliegia, che non ha recato nè dolori nè altri disturbi. In questi 3 ultimi mesi ha notato un lieve ma continuo aumento.

E. O. — *Sistema cardio-vascolare, nervoso e visceri addominali*: perfettamente normali. *Torace*: ipofonesi nella zona sopraspinosa di sin., aumento del f.v.t. a sin.; rantoli a piccole bolle all'apice sinistro. *Addome*: nel quadrante inf. di destra al di sopra ed un po' all'intero della cresta iliaca si apprezza una massa della grossezza di una arancia, dura a contorni netti, fissa a muscoli contratti. mobile a muscoli rilasciati. Non è dolente. *Cutireazione*: + + — —. *Esame radiologico del torace*: il polmone di sin. presenta segni indubbi di peribronchite specifica. Lesioni interstiziali sclerose nella regione sottoclaveare di sin. Tutti gli altri *esami clinici*, di *gabinetto* e *fisici* sono negativi. *Diagnosi clinica*: Tumore dei muscoli addominali di destra in donna sofferente di lesioni polmonari specifiche. *Operazione*: ibid. come il caso precedente.

Esame anatomo-patologico. — *Esame macroscopico del tumore*: il pezzo asportato pesa gr. 80, con forma e volume di un arancio, diametri 8 × 15 cm. Colorito bianco-sporco uniforme, consistenza dura, non esiste capsula ed alla periferia si notano lacinie muscolari aderentissime. Non stride al taglio, le superfici di sezione son biancastre, con gemizio di modica sierosità. Non zone di rammollimento o di apparente degenerazione.

Esame istologico: l'esame istologico del tumore, osservato in diverse zone, dimostra la presenza di un tipico tessuto connettivo fascicolare (fibroma). I fasci di fibrocellule sono alquanto dissociate per la presenza di un liquido sieroso, che conferma al tumore il classico aspetto del fibroma molle (v. fig. 3). Per quanto qua e là i fasci si addensino e gli elementi appaiano più numerosi, non si riscontrano mai quelle caratteristiche cellulari e di ordinamento che consentono una diagnosi di fibrosarcoma.

Diagnosi istologica: Fibroma molle del muscolo trasverso di destra.

CASO III. — *F. Clara*, a. 38, Cesena, casalinga. Nel gentilizio un fratello deceduto a 24 anni per Tbc. polmonare. Primo mestruo a 13 anni, i successivi regolari. Una pleurite a 17 anni per cui tenne il letto per 4 mesi. Sposa a 22 anni, ha avuto 3 gravidanze a termine, due abortive. Un figlio deceduto a 4 anni per « miliare ». Da un anno accusa qualche dolore trafittivo all'emitorace destro, tosse stizzosa, rialzi termici serotini, inappetenza, dispepsia. Da 8 mesi nota nel quadrante inf. destro dell'addome un piccolo nodo (come una castagna), indolente, che in questi ultimi 3 mesi ha subito un progressivo aumento di volume.

E. O. — *Sistema cardio-vascolare* e *visceri addominali* normali. Psiche depressa con tendenza alla malinconia. *Torace* scarno, lieve ipofonesi in rapporto all'apice ed alla zona scapolare destra; f.v.t. lievemente aumentato. Espansione polmonare a destra ridotta, ove pure si ascoltano lievi rantoli granulari. *Addome*: si nota in vicinanza ed all'interno della spina iliaca ant. sup. di destra una tumefazione della grossezza di un uovo di gallina, mobile a muscoli rilasciati e che si fissa quando essi si contraggono. I contorni si delimitano nettamente, la cute sovrastante è normale. Le diverse manovre palpatorie non risvegliano dolore. *Formula leucocitaria*: lieve linfocitosi. *Cutireazione*: + + + —. *Esame radiologico del torace*: calcificazione all'ilo di destra, da cui si dipartono lungo i bronchi piccole ombre miliari con disposizione a rosario. Apice polmonare di destra velato. Tutti gli altri *esami clinici*, *fisici* e di *gabinetto* sono negativi. *Diagnosi clinica*: Fibroma degli strati muscolari della parete addominale de-

stra in donna affetta da lesioni specifiche dell'apparato respiratorio. *Operazione*: ibid. come il caso precedente.

Esame anatomo-patologico. — Esame macroscopico del tumore: il pezzo estirpato ha una forma rotondeggiante, peso gr. 50; diametri 7 × 9 cm. Non si apprezza una vera capsula; al taglio stride leggermente, le sezioni appaiono di colore madreperlaceo con struttura a tratti plessiforme, a tratti fascicolare.

Esame istologico: il tessuto, che costituisce la neoplasia, è rappresentato in totalità da puro con-

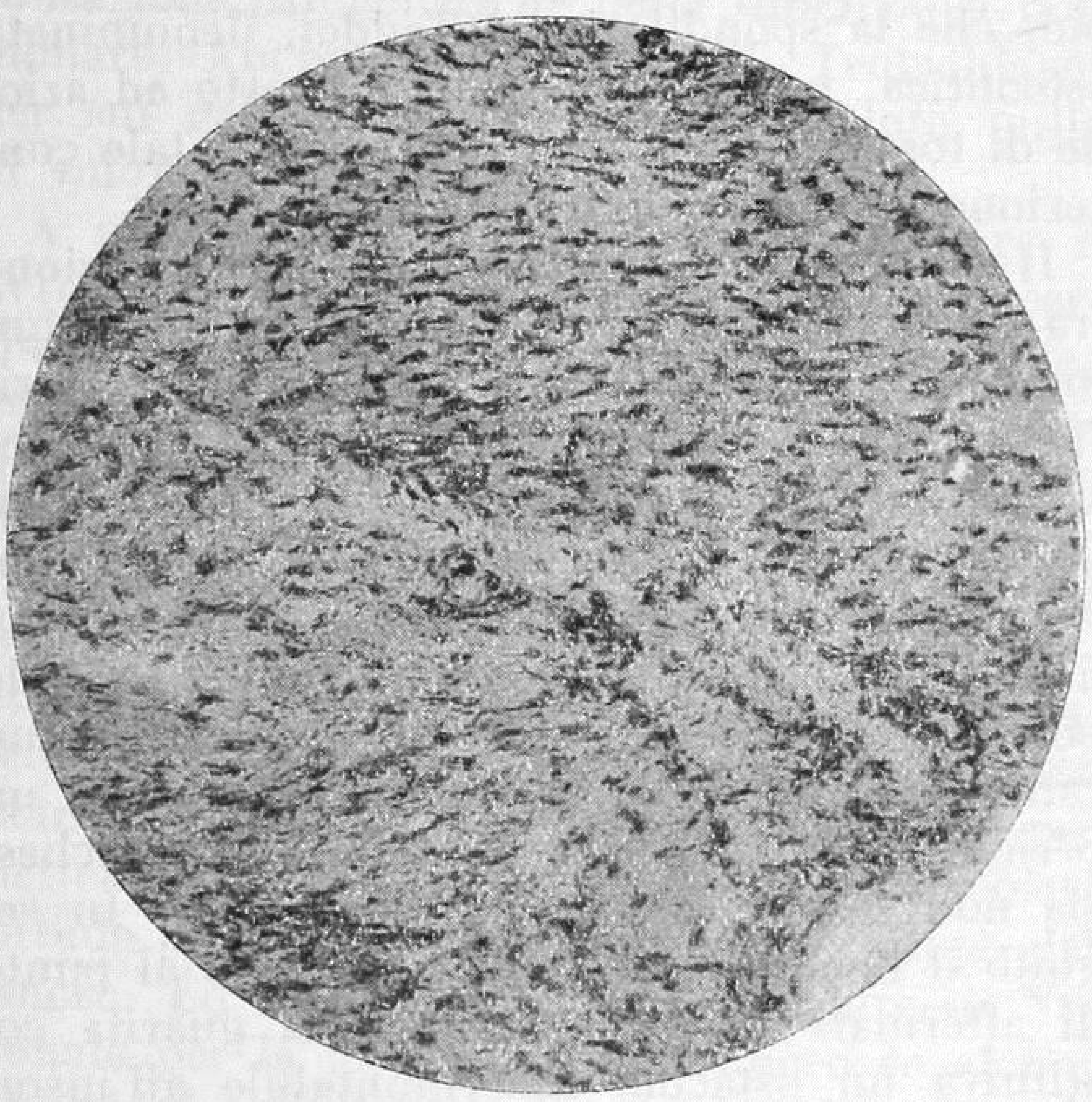


FIG. 4. — Caso III. Aspetto del fibroma molle. (Obb. 3, Ocul. 3, Koritska).

nettivo fibroso fascicolare. In molti punti delle zone periferiche si nota un aumento notevole degli elementi cellulari. Nelle pareti centrali le fibrocellule sono dissociate dalla presenza di un liquido sieroso (vedi fig. 4). Il tessuto muscolare circostante denota le caratteristiche espressioni da atrofia da compressione.

Diagnosi istologica: Fibroma molle del muscolo trasverso di destra.

* * *

I primi studi su queste neoplasie, che traggono origine dagli strati muscolo-aponeurotici delle pareti addominali, risalgono al Saffey, che nel 1850 pubblicò un caso di fibro-sarcoma, controllato istologicamente. E pochi anni dopo il Guyon nel 1865 ne sostiene e conferma l'origine aponeurotica, affermata poi dagli studi del Labbè, Reny, Ledderhose, origine che tuttora non viene più messa in dubbio. E poi una lunga schiera di osservatori, di cui cito i più recenti, Krauss, Nichols, Peracchia, Stewart, Petresco, Pacetto, Merlini, Polacco (1927) Angelelli (1928) che hanno contribuito tutti con statistiche, studi clinici, anatomopatologici, istogenetici al progredire delle nostre conoscenze su tale entità morbosa, di cui se oggi l'origine muscolo-aponeurotica è indubbia, oscura come forse ai primi studi, rimane l'etiologia e la patogenesi.

Consultando le statistiche risulta subito una netta eccedenza del sesso femminile. Su 100 casi raccolti da Ledderhose 90 appartengono a donne, in 260 citati da Priffer l'80 % a donne, Stewarth il 65 %, Polacco ne pubblica un caso in soggetto femminile, ugualmente le 6 ammalate di Angelelli, e così anche i miei 3 casi, per cui si può arguire facilmente come con questi ultimi tale particolare eccedenza femminile si accresca nella percentualità. In rapporto all'*età* la maggiore frequenza è tra i 25-35 anni nelle donne, negli uomini invece tra i 25-50 anni; eccezionalmente possono esserne colpiti anche i bambini, e nella sua numerosa statistica Pfeiffer ne riporta 8 casi. In età avanzata ne rammenta un caso il Deprès in donna di 81 anni. Interessante e degno di osservazione è il notare come nell'uomo il tumore abbia una maggiore tendenza alla struttura sarcomatosa.

Un altro dato ampiamente dimostrato dalle statistiche è la eccedenza tra le donne colpite di quelle che hanno una o più gravidanze precedenti. Così nei 100 casi di Ledderhose tra i 90 appartenenti a donne, 75 sono pluripare. Pfeiffer ha fissato cifre quasi identiche pur avendo una statistica quattro volte più numerosa: i desmoidi si troverebbero cioè nel 89 % in donne, ed il 94 % di queste avrebbero partorito prima dell'inizio del tumore, nel 5 % la gravidanza segue immediatamente il tumore. Nei 6 casi dell'Angelelli, in 5 precede la gravidanza: nei miei casi pure le malate sono pluripare.

In rapporto alla *sede* preferiscono in genere i quadranti inferiori dell'addome e di questi in specie il destro. Pur tuttavia si riscontrano nei quadranti superiori, alle regioni lombari, raramente sulla linea mediana, mai in corrispondenza dell'ombellico.

La coesistenza quasi costante di questi fattori « *età giovanile, sesso, sede, pregressa gravidanza* » hanno indirizzato i diversi AA., che di tale argomento si sono interessati, a trovare in essi, ossia in questa loro costante compartecipazione colla neoplasia, la presumibile causa di essa. E logicamente si è pensato alla gravidanza ammettendo il Guinard per primo una *teoria genitale*, che fu poi senz'altro scartata da tutti gli AA. quando venne chiaramente definita la origine muscolo-aponeurotica parietale dei desmoidi, conoscenza anatomo-patologica oggi sicuramente accertata e che non riporto per non cadere in inutili ripetizioni. Ed allora si pensò alla applicazione della *teoria del Conhein*, ossia a germi em-

brionali attenuati, che esistenti nelle pareti addominali, distese per la gravidanza e quindi in condizioni di minorata resistenza, venissero stimolati all'accrescimento. Ma troppo vaga ed ipotetica questa teoria del Conhein per convincere gli studiosi, che rivolsero la loro attenzione al *trauma prodotto* dalla pregressa distensione dell'utero sulle pareti addominali. Ed Ebner ed Hertrog spiegarono come avvenissero in tali circostanze dei stravasi di sangue, cui farebbe seguito un processo infiammatorio reattivo e consecutiva trasformazione connettivale dell'ematoma; mentre Pfeiffer dà importanza al fatto che nella gravidanza avviene *una ipertrofia ed una iperplasia da lavoro* della muscolatura e del connettivo e ritiene quindi che tale proliferazione prosegua in talune zone circoscritte di tessuto in certo modo indipendente, per cui queste diverrebbero il punto di partenza dei tumori desmoidi

Ma a queste teorie che in modo facile apparentemente spiegherebbero la patogenesi del tumore si oppone la rarità dei casi di fronte al numero enorme di donne che hanno partorito, l'insorgere in uomini, in donne che non hanno avuto gravidanze, la mancanza dei detti tumori in qualsiasi altra distensione delle pareti addominali, ad esempio per cause patologiche (asciti, voluminosi cistomi...) *Ma quello che rimane indubbio è una sicura relazione tra gravidanza e neoplasia,* che appare ben chiaro dalle statistiche che prima ho riportato.

Nella sua dotta monografia sull'argomento l'Angelelli fa una particolare osservazione: *in tutti sei i suoi casi esistono lesioni specifiche dell'apparato respiratorio.* La consultazione delle storie cliniche delle mie tre ammalate rivela pure in esse lesioni tubercolori dell'apparato respiratorio. Viene logica ora questa domanda: può esistere una correlazione tra i due fattori che abbiamo visto dominare così costantemente « gravidanza e tumore » e questo nuovo fattore « tubercolosi » che nelle citate nove ammalate esiste?

Si può obiettare la casualità di quest'ultimo referto, che sino ad ora da nessun altro A. era stato accennato; ma si può obiettare in primo luogo che l'esistere il processo specifico in tutti nove i casi (miei e dell'Angelelli) appare davvero una coincidenza troppo strana e frequente per essere causale, e che la mancanza di citazioni in altri lavori deriva dal fatto che questi in genere si indirizzano a studi anatomo-patologici, istologici, e non anamnestici: io non ho trovato storie cliniche dettagliate nella bibliografia inerente a queste affezioni da me consultata.

E intanto notorio che la tubercolosi crea nell'organismo una speciale tendenza alla neoproduzione connettivale che a volte ha l'aspetto del tipico tubercolo ma che è anche talvolta una forma del tutto diversa, e talora, sia pure raramente, svela la propria natura all'esame istologico. Si sa già che le tossine tubercolari possono determinare svariate manifestazioni morbose neoproduttive, come hanno descritto il Poncet e Taddei, e recentemente molti AA. hanno ammesso l'ipotesi, per citare un esempio, che la spondilosi del Taddei, denominata osteofitica, possa mettersi in rapporto ad azione di tossine tubercolari; nè ostano a tale concezione considerazioni dottrinarie.

Il problema dell'antagonismo e correlazione tra tubercolosi e tumore è stato oggetto di numerosi studi di antichi e moderni ricercatori. Il primo che si occupò di tali osservazioni specie dal lato anatomo-patologico fu il Rokitansky nel 1846 ed i risultati delle sue indagini lo indussero a ritenere l'esistenza di un antagonismo tra i 2 processi, ammettendo solo la possibile insorgenza della tubercolosi in un canceroso quando l'organismo di questi in un periodo terminale a causa della grave cachessia non fosse più in grado di reagire. In seguito il Benek, Paul, Lebert giunsero al punto di affermare che una tubercolosi guarita costituiva un ostacolo insormontabile all'insorgenza del tumore. Altri AA. non ammettendo un assoluto antagonismo tra i due processi, credono di ritenere la possibilità dello sviluppo del neoplasma nelle forme di tubercolosi a lento decorso e con tendenza alla guarigione (Wolf, Verga, Botteri, Reinhardt). Infine vi sono AA. che hanno sostenuto la coesistenza delle due forme morbose nello stesso soggetto (Teucher, Bobbio, Franco, Pacinotti, Scalone, Grimani, Lubarsch) come pure altri, quali lo Schwalbe, Ballance, Marschall, che non riconoscono alla tubercolosi alcuna influenza nè predisponente, nè antagonistica. Ad ogni modo da tutte queste considerazioni, dedotte da osservazioni cliniche o necroscopiche, *si può convenire, e questo in forma certa, che la tubercolosi attiva è raramente coesistente ad una forma neoplastica, mentre la tubercolosi a lento decorso, nelle sue forme sclerose con tendenza alla guarigione, la coesistenza dei due processi morbosi è ben più frequente* (osservazioni del Carlson su 11195 autopsie).

Lo studio di questo argomento si è poi svolto anche nel campo sperimentale ove pure, non ostante i progressi dell'istogenesi e dell'oncologia, i risultati sono rimasti dubbi. Sono note le ricerche del Centanni e Rezzesi, che non hanno apportato alla soluzione del

problema un contributo decisivo, e le loro conclusioni che « ... una infezione tubercolare, finchè in efficenza, impedisce lo sviluppo del cancro » sono state raccolte con molta riserva; il Goglia anzi non crede che « l'allergia » possa essere chiamata in causa come fattore principale dell'antagonismo e ribatte i loro concetti con argomentazioni molto persuasive, basate essenzialmente sulle moderne concezioni patogenetiche della tubercolosi polmonare. Anche le esperienze di Teutschlaender sui gallinacci non hanno aggiunto nulla di nuovo all'argomento (Scorpati).

A quasi uguali conclusioni giunge pure il Vercellani, che dal complesso delle sue ricerche conclude che la presenza contemporanea dei due processi morbosi nello stesso organismo deve considerarsi assai rara, sebbene « non la si possa escludere del tutto ».

Il Gargano, a conseguenza di osservazioni istologiche, propende per l'ipotesi che il blastoma si sia svolto in taluni casi su terreno tubercolare e da causa di questo. Gayet e Naussac citano osservazioni anatomo-patologiche per mettere in evidenza come lesioni tubercolari torbide preparino il terreno per lo sviluppo del cancro. Ed ultimamente al III Congresso Nazionale per la lotta contro il cancro se alcuni AA. (Viola, Gallenga, Teutschlaender, Vercellani) non parlando più di un antagonismo tra i due processi morbosi, accennano ad una inibizione del terreno costituzionale dell'uno verso l'altro, altri AA. invece (Wassiebeff, Gargano, Gayet, Naussac...) sia con dati sperimentali, che clinici poggiano l'ipotesi dell'*influenza della specificosi sulla neoplasia.* E d'altronde è già dimostrata la coesistenza di tbc. polmonare e cancro polmonare, di miomi e tubercolosi genitale... Riferendomi ad un lavoro del Cetroni noto come su 100 casi di tubercolosi genitale i miomi si associano più di 15 volte. Ora è indubitato in quest'ultimo esempio come la tubercolosi, rendendo aplastico l'utero e lasciando sane le ovaie, ne promuova una dissociazione utero-ovarica, per cui stimoli ovarici normali od eccessivi, agendo sui centri muscolo-fibrosi dell'utero non utilizzati armonicamente, provocano la formazione del mioma.

E nella tubercolosi polmonare e cancro polmonare non viene ammesso dal Lubarsch tra le cinque diverse maniere di coesistenza da lui notate anche la possibilità di *insorgenza del tumore su lesioni tubercolari già esistenti?*

Non si può certo escludere che talvolta il tumore si sviluppi su una pregressa tubercolosi polmonare cronica, probabilmente in seguito alle alterazioni dello epitelio, così come avviene per il cancro della mucosa orale, faringea, o su cicatrici ed ulcere di vecchia data (Verga, Bottari, Omodei-Zorini, Ghibellini, Friedlaender, Siegmund, Simond, Chitamura, Haberfeld, Scorpati...). Del resto non succede spesso nella clinica che manifestazioni morbose più svariate nel medesimo soggetto e manifestantesi come processi a sè, vengano poi a riconoscere un'unico momento etiologico?

Analizzando ora tutti i dati citati si può constatare come in realtà non sia facile ammettere un reale rapporto fra i due processi ma si può trovare una correlazione aspecifica (forse legata alla debilitazione organica del soggetto) e si può negare assolutamente la possibilità di un antagonismo fra i due processi.

Con queste citazioni non voglio trovare un appoggio per affermare sicuramente una correlazione tra gravidanza, neoplasia connettivale, e specificosi; riconosco quante possono essere le obbiezioni, che detta ipotesi addurrebbe.

Credo solo che se l'attenzione degli studiosi venisse richiamata in tale ordine di idee e si riscontrasse poi una grande percentuale della coesistenza dei suddetti tre fattori, il concetto del nesso di natura tossica (specifica) ipoteticamente ammesso tra le due lesioni verrebbe alquanto avvalorato (Angelelli). Ripeto che la particolare osservazione clinica della lesione specifica in tutte e tre le mie ammalate mi ha indotto a questa esposizione, che vuole essere sola ed unicamente una constatazione di valore statistico ad appoggio dell'ipotesi del nesso di natura tossica ipoteticamente ammesso per il primo dall'Angelelli.

Clinicamente questi tumori sono completamente silenti e spesso è causalmente che i malati notano la neo-formazione. In seguito per l'aumento di peso e di volume ne può venire un senso di fastidio al p. che allora ricorre all'opera del sanitario. Lo stato generale in genere non è compromesso, non esiste edema superficiale. Sono mobili, si fissano nelle contrazioni muscolari, nelle forti inspirazioni, non si spostano dall'alto al basso come accadrebbe per un tumore cavitario, ma bensì dall'indietro in avanti. Alla palpazione sono di consistenza dura, di forma ovoidale, a superficie liscia, ma talora anche bernoccoluta; hanno decorso lento e benigno.

Per il lato *diagnostico differenziale* cito le affezioni con cui più facilmente può accadere qualche interferenza clinica. Processi infiammatori acuti delle pareti, cisti da echinococ-

co intraparietale, sotto parietale, sotto peritoneale, pseudo cisti traumatiche, ematomi, lipomi, angiomi. Per non cadere in inutili ripetizioni ricordo a questo proposito il capitolo diagnostico differenziale nella monografia dell'Angelelli.

Per la *prognosi* nelle donne è in genere benigna, negli uomini deve essere riservata data la frequenza nel tumore della struttura sarcomatosa.

Le recidive non sono frequenti, ad ogni modo anche queste più facile nell'uomo. In genere avvengono più precocemente che tardivamente.

La prognosi è sempre legata alla precocità dell'intervento operatorio.

La *terapia* è unicamente chirurgica e più garantita quanto più la resezione può sconfinare nel sano. Nei nostri casi aggiungiamo per le menzionate lesioni specifiche una cura medica Jodoarsenicale e dietetica adeguata.

RIASSUNTO.

L'A. illustra ampiamente tre casi di « Tumori connettivali degli strati muscolo-aponeurotici delle pareti addominali » soffermandosi particolarmente su di un dato anamnestico comune, ossia la presenza di lesioni specifiche polmonari in tutti i casi. Ricollegando tale reperto con uno simile segnalato dall'Angelelli (1928), osserva, nello studio complesso dell'etiopatogenesi di detti tumori, questa particolare correlazione tra tumore, gravidanza e specificosi, che non può essere puramente accidentale. Dopo una accurata osservazione degli studi inerenti alle relazioni tra « tumore e tubercolosi » richiama l'attenzione degli studiosi sulla coesistenza dei suddetti tre processi, portando il proprio contributo statistico ad appoggio della ipotesi del nesso di natura tossica, ipoteticamente ammesso per il primo dall'Angelelli.

BIBLIOGRAFIA (*).

Per la bibliografia fino al 1928, v. Monografia dell'ANGELELLI.

ANGELELLI ONOFRIO. Tumori, a. 1928.
ARTOM MARIO. Policlinico, Sez. Pratica, 1931.
BOSMIN N. Gazzetta Clin. e Osped., 1932.
BARTOLANI. Riforma Medica, 1933.
CATTANEO. Annali di Ostetricia e Ginecologia, 1929.
CARY. Riforma Medica, 1930.
GOZZO. Notiziario di Diagnostica e Terapia, 1934.
LEVI. Policlinico, Sez. Pratica, 1930.
MARCHESINI e FREUD. Policlinico, Sez. Pratica, 1929.
MERLINI. Riforma Medica.
PACETTO. Riforma Medica, 1928.
RONDONI. Gazzetta Ospedali e Cliniche, 1931.
SCARDORELLI. Policlinico, Sez. Pratica, 1931.
SCIACCHITANO. Tumori, 1932.
VIGEVANO. Riforma Medica.

BIBLIOGRAFIA RELATIVA AI RAPPORTI TRA TBC. E TUMORI.

ALESSANDRI. Atti della R. Accademia Medica, 1927.
ASSMANN. Med. Clin., n. 1924.
BALZER. *Trattato* di GILBERT e THEINOT, 1929.
BARBACCI, FICHERA, ecc. *Neoplasmi*. Ediz. Ist. Sier. Mil., 1923.
BOERI. Riforma Medica, 1920.
BONNAMOUR. Lyon Médical, 1921.
BOSCO. Presse Médicale, 1921.
CASOLO. Ospedale Maggiore, 1927.
CENTANNI e REZZESI. Riforma Medica, 1926.
CETRONI. Annali Ostetricia e Ginecologia, 1930.
COSTEDOAT e CODVELLE. Presse Médicale, 1932.
CIRIO. Pathologica, 1930.
CARLSON e BELL. J. Cancer Res., 1929.
CARDARELLI. Studium, 1921.
CASSERINI. Ospedale Maggiore, 1919
CHIERICI. Nuovo Ercolani, 1911.
CELLINA. Archivio Ital. Anat. e Istol. pat., 1931.
DELLA PALMA. Pathologica, 1926.
DERISCHANOFF. Zeitschr. f. Krebsf., 1928.
DE LA CAMP. Med. Klin., 1928.
DAVIDSON. Bristol Med.-Chir. J., 1923.
DE VECCHI. Rivista Sanitaria Siciliana, 1925.
DE SIMONE. Policlinico, Sez. Pratica, 1930.
FABBRIS. Pathologica, 1926.
FROMMEL. Rev. de la tuberc., 1933.
FRIEDREICH. Virch. Arch., Bd. 36.
GASBARRINI. Giornale Medico Alto Adige, 1933.
GAYET e NAUSSAC. Presse Médicale, 1931.
GIORDANO. *Lezioni di Clinica Chirurgica*, vol. III.
GOZZO. Notiziario Diagnostica e Terapia, 1934.
GOGLIA. Minerva Medica, 1928.
HUGUENIN. Ed. Masson, 1928.
HOCHSTETTER. Klin. Wchschr., 1926.
KATZ. Zeitschr. f. Krebsf., Bd. 1927.
KIKUTH. Virch. Arch., 1925.
KLEIN. Zbl. Gyn., 1929.
LETULLE. Soc. Anat., 1920.
LOMBARDO. Pathologica, 1930.
LUMIERE. La science moderne, 1927.
MAISIN. Revue de Pathologie et du Physiologie des Accidents du Travail, 1934.
MELLY. Tuberculosis, 1929.
MARCHESANI. Franchf. z. Path., Bd. 1924.
MORELLI. Bollettino Istituto Sieroterap. Milanese, 1930.
OMODEI-ZORINI. Forse Sanitarie, 1933.
PARODI. Pathologica, 1922.
PEDRITIS. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1931.
PEPERE. Soc. I.B.I., 1929.
PEKELIS. Sperimentale, 1930.
RIBBERT. Dtsch. md. Wchschr., 1896.
ROUX. Revue de la tuberculose, 1929.
SCHNEIDER. Amer. Rev. T.B.C., 1929.
SCHWALBE. Rep. of the Intr. Conf. on Cancer, London, 1928.
SCORPATI. Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze affini, 1934.
TEUTSCHLAENDER. Tumori, 1930.

(*) Detta bibliografia è in relazione unicamente allo studio dei « Tumori connettivali degli strati muscolo-aponeurotici delle pareti addominali ».

VERCELLANI. Giornale di Clinica Medica, 1933.
VERGA e BOTTERI. Ed. Cappelli, Bologna, 1931.
VERNONI. *I tumori maligni*, 1933.
VERSTRAETEN. Soc. Belge d'étude scient., 1929.
ID. Revue Belge de T.B.C., 1929.
ZAGARI. *Diagnosi dei tumori primiti della pleura*, 1896.
ZALCA. Zeitschr. f. Krebsf., Bd. 1930.
ZENONI. Ospedale Maggiore.
WASSILIEFF. Presse Médical, 1931.
WOLF. Tumori, 1930.
Relazioni al II Congresso Nazionale della Lega Italiana per la Lotta contro il cancro, Bologna, gennaio 1931.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

Etiopatogenesi dell'apoplessia cerebrale.

(E. TARRO. *Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, gennaio 1936).

L'apoplessia, come l'intendevano al principio del secolo scorso, clinicamente era caratterizzata dall'ictus classico, cioè da quella grave e repentina sindrome per cui l'individuo colpito o moriva dopo poche ore o dopo circa una settimana, oppure rimaneva permanentemente affetto da paralisi.

Verso il 1850 Virchow riconobbe per il primo in un caso di embolia una delle cause dell'apoplessia cerebrale. Da allora si pensò che l'encefalomalacia pur avendo lo stesso substrato anatomopatologico ha origine da due forme morbose che si differenziano nettamente per l'eziologia e per la sintomatologia che determinano. L'occlusione è di origine locale nella trombosi; cause principali sono in questo caso l'arteriosclerosi nei vecchi, la nefrite cronica, l'intossicazione da piombo e l'alcoolismo. L'occlusione può essere invece effetto di una causa che agisce su organi lontani dai quali si distaccano emboli che trascinati dalla corrente sanguigna giungono nell'encefalo e vanno ad incastrarsi in un punto dove il lume arterioso è di diametro inferiore al loro. Emboli provengono frequentemente dal cuore sinistro per endocardite dalla aorta ascendente e dall'arco aortico per ulcere ateromasiche, per aortite vegetante, per aneurismi. L'embolia può essere crociata in casi di persistenza del foro ovale o di pervietà del foro di Botallo.

Veniva così definita l'etiopatogenesi del rammollimento cerebrale e si dava con essa spiegazione di alcuni attacchi apoplettici.

Per quel che riguarda l'*emorragia apoplettica* l'arteriosclerosi delle arterie cerebrali con le rotture conseguenti fu ritenuta la causa principale di tutti gli attacchi apoplettici, dalla scuola tedesca, mentre Charcot e Bouchard sostenevano che aneurismi miliari di origine periarteritica fossero la causa più frequente della rottura vasale.

Pierre Marie descrisse dei piccoli focolai che chiamò lacune di disintegrazione rappresentate da caratteristiche rarefazioni del tessuto nervoso intorno ai vasi sclerotici e ritenne questi dei « locus minoris resistentiae » alla tensione interna vasale.

Venivano indicati quali fattori etiologici remoti l'eredità, l'età, (numero massimo tra i 60 e i 75 anni), il sesso maschile, il tipo pletorico, la predisposizione, l'arteriosclerosi, le intossicazioni esogene, le malattie infettive croniche (endoarteriti luetiche) e le diatesi emorragiche. Quali fattori immediati o cause occasionali lo sforzo muscolare, il trauma psichico, la stagione primaverile e specialmente autunnale, l'ipertensione o l'ipertonia. L'aumento della pressione sanguigna veniva anzi ritenuto il fattore più importante dopo quello della diminuzione di resistenza della parete vasale.

Si è però rimproverato a questa teoria classica che essa non tiene conto del fatto che nessuno ha mai potuto dimostrare con sicurezza la rottura di qualche ramo arterioso. I fautori della vecchia teoria si sono trincerati dietro le rotture dei cosiddetti aneurismi di Charcot e Bouchard. Ma venne ben presto la dimostrazione che questi ultimi non sono che pseudoaneurismi, cioè ematomi della parete e non vere dilatazioni del lume vasale e che gli aneurismi miliari stessi debbono essere considerati non come causa dell'emorragia, ma come alterazioni concomitanti o secondarie ad essa.

Teorie moderne. — Si deve a Rosemblath l'aver messo nuovamente sul tappeto la discussione sull'eziopatogenesi dell'emorragia cerebrale. Secondo questo Autore l'origine del focolaio emorragico non sarebbe monocentrica. Focolai di rammolimento e di emorragia non sarebbero distinguibili poichè potrebbero coesistere nello stesso cervello e nello stesso focolaio insieme a punti di passaggio dai primi ai secondi. I focolai emorragici sarebbero quindi la risultante delle numerosissime piccole emorragie per diapedesi prodotte in una zona di tessuto cerebrale necrotico. Il focolaio emorragico avrebbe quindi un'origine pluricentrica. Il rammollimento primario a cui segue il processo emorragico sarebbe dovuto a sostanze tossiche ad azione fermentativa ed istolitica generate probabilmente da una perturbazione della funzione renale. In seguito la teoria di Rosemblath venne modificata da Westphall per il quale, secondo le antiche idee di Palx sulle crisi vascolari, sarebbe « l'insulte angiospastique » a determinare nel territorio cerebrale corrispondente anemia, e dopo pochi minuti degenerazione e necrobiosi, per produzione autoctona di acido lattico.

Schwarz modificò il significato patogenetico tradizionale dell'aumento della pressione

nella genesi dell'apoplessia: l'aumento continuato della pressione, egli afferma, porta a un surmenage dei nervi vascolari di certi territori che perciò si trovano costantemente pronti alla stasi; basta un piccolo squilibrio per es. un aumento critico della pressione, per condurre alla catastrofe.

Riassumendo le teorie moderne, l'apoplessia cerebrale può essere determinata:

1) da una lesione primitiva del tessuto cerebrale di origine tossica o traumatica con conseguente angionecrosi ed emorragie capillari confluenti;

2) da turbe circolatorie funzionali.

Qualunque ne sia la genesi, un fatto anatomico importante è che il focolaio necrotico può avere la stessa origine del focolaio emorragico e quest'ultimo si può sovrapporre al primo. Secondo Deelman l'occlusione completa, per embolia o trombosi di un'arteria darebbe il rammollimento bianco, mentre la occlusione incompleta produrrebbe il rammollimento rosso.

A questa importante rivista sintetica sull'argomento, l'Autore fa seguire la descrizione di un caso di un vasto focolaio di rammollimento cerebrale da embolia la cui genesi può essere interpretata sia con la concessione classica che con una di quelle moderne.

« La probabilità della genesi di rottura, egli conclude, sembra innegabile in molti casi in cui l'emorragia si è formata rapidamente ed in modo imponente. D'altra parte non meno probabili bisogna considerare le moderne ipotesi nei numerosi casi in cui oltre a non rinvenire rotture vasali vi si trovano quelle condizioni speciali che hanno fatto ammettere la possibilità di una teoria anzichè di un'altra ». Bisogna dunque ammettere ecletticamente i due modi di vedere. E. CARLINFANTI.

La neuralgia ciliare e la sua cura.

(W. HARRIS. *British Medical Journal*, 7 marzo 1936).

W. Harris fin dal 1926 ha descritto con il nome di neuralgia ciliare o micranica una forma di neuralgia, nella quale il dolore è specialmente localizzato dietro e intorno al bulbo oculare, alla tempia, alla parte esterna della fronte, alla faccia e talvolta estendentesi all'occipite. Il dolore è nettamente unilaterale, spesso è molto intenso, atroce; compare e scompare improvvisamente o gradatamente, e dura da dieci minuti fino a trenta ore. Gli attacchi di breve durata possono ripetersi più volte durante il giorno. L'accesso talvolta è accompagnato da nausea, che fa pensare all'emicrania, ma il vomito è raro, come è raro l'emianopsia transitoria frequente nell'emicrania. Contemporaneamente si ha arrossamento della congiuntiva e lagrimazione.

La neuralgia ciliare o micranica può essere confusa con il tic del trigemino. Ma in questo gli attacchi sono brevissimi, durano qualche secondo o tutt'al più uno o due minuti; sono provocati dalla masticazione, dal lavaggio o da altri movimenti della faccia; lo spasmo doloroso è particolarmente provocato dall'eccitazione di alcuni punti dell'ala del naso, delle labbra e del sopracciglio.

Essa si distingue clinicamente dalla neuralgia cronica della faccia, una forma atipica di neuralgia facciale che spesso si verifica nelle donne. In queste il dolore è più o meno persistente, di solito è consecutivo all'estrazione di un dente, ed è localizzato alle guance.

Nella neuralgia cronica persistente della faccia, della tempia, della metà della fronte e della nuca, detta anche neuralgia sfeno-palatina di Sluder, neuralgia di Vidian o algie simpatiche, il dolore è profondo, urente ed è spesso accompagnato da arrossamento e gonfiore delle parti.

Nell'emicrania vera si hanno spesso fenomeni dipendenti da spasmi vasali cerebrali: scotomi, emianopsia, amaurosi, afasia, paresi, fatti tutti transitorî, che precedono o accompagnano il dolore, il quale procede gradatamente ed è seguito da vomito.

La psicalgia facciale si rileva chiaramente di origine psichica sopratutto per il criterio terapeutico in quanto scompare con mezzi psicoterapici.

La neuralgia dentaria, il dolore oculare del glaucoma si diagnosticano in base ai rispettivi fatti organici facilmente rilevabili. E così la neuralgia del trigemino posterpetica; la neuralgia genicolata o otalgia cronica consecutiva a malattie dell'orecchio medio, a raffreddamenti, a zoster genicolato; il dolore delle sinusiti antrale, frontale, sfenoidale o etmoidale; il dolore da tumori del naso faringe o della base del cranio interessanti il quinto, settimo e nono nervo; la fibrosite occipitale.

Va infine tenuta presente la possibilità di confusione con affezioni dell'occhio (irite, ascesso orbitale, congiuntivite, ecc.) o con disturbi derivanti da corpi estranei. Ma un'accurato esame dell'occhio chiarisce la situazione.

Il nome di ciliare dato alla condizione non deve far pensare che si tratti di un'affezione dei gangli ciliari. La designazione riguarda solo le parti nelle quali si estrinsecano i fatti morbosi. L'origine del processo morboso è centrale.

La differenza dei sintomi tra neuralgia ciliare ed emicrania vera, fa ritenere che mentre quest'ultima dipende da spasmo vasomotorio dell'arteria cerebrale posteriore, la prima invece è dovuta a spasmi dei vasi della dura madre provenienti dalla meningea media, essendo il dolore riferito alle branche meningee ricorrenti del trigemino.

Tale punto di vista è confermato dagli effetti favorevoli prodotti in molti casi di neu-

ralgia ciliare dall'iniezione di alcool nei nervi sopraorbitali e infraorbitali, o nei due terzi interni del ganglio di Gasser.

L'iniezione di alcool nel ganglio di Gasser, bloccando le branche meningee ricorrenti del trigemino, interrompe le vie afferenti degli impulsi dolorosi determinati dai disturbi vasomotori ricorrenti nei vasi meningei.

Che le neuralgie cranio-facciali in molti casi dipendono da disturbi vasomotori delle meningi è provato dalle esperienze di Pickering. Secondo questo autore le iniezioni endovenose di istamina (un milligrammo) negli individui normali provoca dopo pochi secondi una cefalea specie fronto-parietale. In individui con anestesia totale del trigemino, provocata molto tempo prima con l'alcoolizzazione del ganglio di Gasser o con la resezione della radice sensitiva, l'iniezione di istamina produce cefalea solo dal lato sano. Questo fatto dimostrerebbe che la cefalea da istamina è dovuta ad alterazioni della pressione nei vasi della dura meninge e che gli impulsi dolorosi si trasmettono attraverso branche meningee ricorrenti del trigemino. DR.

MISCELLANEA.

La debolezza epatica in patologia digestiva.

(E. CHABROL. *L'Année méd. pratique*, XV, 1936).

Per indicare come i veleni intestinali facciano risentire la loro azione sul fegato, si cita spesso l'adagio di Galeno « *Vena porta, porta malorum* ». Ma si dimentica spesso di fare rilevare che in molte coliti ulcerose e dilatazioni cecali, malgrado l'afflusso degli agenti tossici ed infettivi, la ghiandola epatica rimane indenne. Secondo quanto ha detto Hanot, di fatto, l'influenza nociva dell'intestino sul fegato non si esercita se quest'ultimo se ne può difendere.

Ed è appunto nella deficienza funzionale della ghiandola epatica, fenomeno variabile secondo gli individui, che si deve ricercare la vera ragione delle epatiti di origine intestinale e Galeno, del resto, aveva intraveduto tale predisposizione morbosa, parlando per il primo del « temperamento epatico ».

Si è ritenuto da Gilbert di poter addirittura misurare tale ineguaglianza individuale, dosando i pigmenti sanguigni della colemia familiare. Ma le leggi dell'eredità non si manifestano soltanto sotto le sembianze degli itteri acolurici semplici, delle cirrosi, delle litiasi, cioè degli itteri gravi familiari, ma valgono per tutta la patologia digestiva.

La stessa età giovanile imprime, da sola, al fegato la sua debolezza; basti pensare agli attacchi di epatomegalia banale nel decorso delle gastro-enteriti infantili.

In altre occasioni, la debolezza epatica sembra acquisita ancor più che ereditaria. Il fegato degli alcoolisti e quello dei forti mangiatori ne forniscono un esempio, con gli attacchi evolutivi e le insufficienze che la più lieve intossicazione digestiva può provocare su tale terreno. Tutte queste considerazioni dottrinali devono servire da preludio allo studio dei veleni e dei germi intestinali che sono capaci di influire sul fegato.

Al giorno d'oggi l'importanza del terreno è stata sacrificata a favore del microbo ed il potere patogeno del *B. coli*, il grande invasore delle vie biliari, è stato notevolmente esaltato. Per comprendere le sue migrazioni exenteriche l'attenzione si è rivolta al cieco ed al colon ascendente.

Si è dato grande valore al ristagno delle sostanze fecali, alla loro diluizione mediante purganti intempestivi, all'abuso dei clisteri irritanti, allo squilibrio fra le flore di fermentazione e di putrefazione. Ma ben presto, si è dovuto riconoscere che nel corso di bacillurie particolarmente tenaci, la barriera intestinale poteva essere anatomicamente perfetta, mentre delle profonde ulcerazioni coliche non avevano il loro riflesso nell'urina.

Per spiegare tali discordanze, si è fatto rilevare che la diffusione del colibacillo, questo invasore banale delle ultime ore di vita, non è regolata dalla variabile permeabilità della mucosa intestinale, ma soprattutto dalla minorata resistenza dell'organismo. Già fin dal 1909, Garnier e Simon hanno dimostrato che la batteriemia non è per nulla subordinata alle ulcerazioni del tubo digerente e che i germi, del sangue portale e dei chiliferi, prima di arrivare alla circolazione generale, incontravano due barriere: i gangli mesenterici ed il fegato. Tali esperienze, confermando le teorie di Schiff, mettevano in rilievo il potere antimicrobico del fegato accanto a quello antitossico.

Ma possiamo noi procedere oltre e penetrare nell'intimo meccanismo della difesa del fegato contro le infezioni digestive? Meno complessa che la sua difesa antitossica, quella antimicrobica sembra dipendere in gran parte dall'attività dell'emuntorio biliare. In una serie di esperienze, l'A. ha potuto riconoscere che il funzionamento di questo emuntorio varia in larghi limiti, secondo la qualità dei germi. Operando su cani con fistola del coledoco e doppia fistola ureterale, l'A. ha osservato che allo stato normale l'insemenzamento della bile e delle urine era del tutto sterile in mezzo aerobio come anaerobio. Ma, iniettando per via venosa delle colture microbiche, ha rilevato che l'eliminazione del colibacillo e dello stafilococco è rapida e costante per entrambe le vie, epatica e renale, mentre il fegato lascia con minor facilità passaggio allo streptococco ed al bacillo di Eberth.

Evidentemente non è questa una prova decisiva per la decisione fra la teoria tossica e quella infettiva, in quanto che le sindromi entero-epatiche comportano troppe varianti nella loro patogenesi perchè l'una o l'altra concezione possa pretendere all'esclusività.

Comunque, è certo che la via portale si presta a maraviglia alla trasmissione di veleni che provocano l'ipertrofia cronica del fegato nella stasi intestinale destra e tutto porta a pensare che la parte dell'infezione peritoneale o linfatica non è trascurabile nella genesi delle tiflo-peri-colecistiti. Se il grande epiploon è un agente prezioso nella difesa addominale, a causa della sua mobilità, è però anche un vettore di germi che possono così disseminarsi dall'uno all'altro settore intestinale. Riconoscere un tale fatto non equivale a contestare l'importanza delle infezioni ematogene e nemmeno gettare dei dubbi sulla realtà delle canalicoliti ascendenti, quando un ostacolo meccanico ostacola momentaneamente la cacciata biliare del coledoco.

Ma l'interesse del problema non va limitato a queste considerazioni; esso risiede soprattutto nell'enigma della predisposizione epatica, poichè assai prima di subire il contraccolpo delle infezioni digestive, la debolezza del fegato ha la sua espressione clinica e la sua patogenesi. Lo studio degli itteri familiari ce ne fornisce la prova migliore. *fil.*

Rapporti tra sindrome di Felty e sepsi lenta.

(SINGER e LEVY. *Archiv. of inter. med.*, Chicago, n. 3, marzo 1936).

Felty nel 1924 descrisse negli adulti una sindrome caratterizzata da artrite deformante, splenomegalia, linfoadenopatia, leucopenia e pigmentazione. Questa combinazione di sintomi fu osservata di poi da altri scrittori americani, che la denominarono *sindrome di Felty*.

Passando in rivista la letteratura mondiale si trovano nelle pubblicazioni Europee dei casi simili descritti negli adulti sotto la denominazione di *malattia di Chauffard*, o di *Still-Chauffard*. Questi casi sono generalmente ritenuti essere il corrispondente negli adulti della malattia di Still nei bimbi.

Uno sguardo alla letteratura circa l'etiologia della sindrome di Felty e delle sindromi simili lascia intravvedere una grande varietà di punti di vista, benchè tra gli altri, un modico grado (!) di sepsi sia la causa favorita dal maggior numero di autori. Tuttavia a favore di questa opinione sono portate solo poche ricerche batteriologiche sconnesse.

Gli AA. riportano due casi molto bene studiati prima e dopo la morte. In ambedue la ricerca batteriologica e il reperto anatomico parlano per la presenza di una sepsi lenta. Sulla base dei casi proprii e di quelli della letteratura gli AA. ritengono che le varie sindromi comprendenti artrite deformante, linfoadenopatia e splenomegalia rappresentino differenti forme di una stessa malattia. La sepsi colpisce non solo le articolazioni, ma anche il sistema ematopoietico, cioè fegato, milza, midollo osseo e linfoglandole. La varia risposta dei diversi tessuti dell'ospite determina le varianti sintomatologiche. Si crede che la causa ordinaria sia uno streptococco di tipo viridans, sebbene anche altri germi possano produrre queste sindromi. L. TONELLI.

Risultati definitivi della cura aspecifica del diabete.

(G. SINGER. *Wien. Klin. Wochenschr*, n. 11, 1936).

La proteinoterapia aspecifica ha per effetto una profonda modificazione del ricambio del diabetico: questa modificazione si manifesta in forma di un aumento progressivo della tolleranza verso gli idrati di carbonio. L'azione della terapia proteinica è molto diversa da quella della insulina, che agisce istantaneamente ma che cessa anche istantaneamente se si sopprime il medicamento: essa si manifesta solo dopo un certo tempo e si sviluppa gradualmente, ha però il vantaggio di persistere a lungo dopo sospesa la cura. Dimostra molto bene i vantaggi della proteinoterapia aspecifica uno dei casi trattati dall'A. Un diabetico di 43 anni, precedentemente curato con la insulina, presentava una notevole glicosuria, acetonuria, glicemia di 190 mg. %; cattivo stato di nutrizione. Dopo due serie di iniezioni proteiniche (prima un preparato debole, poi un preparato forte) scompaiono dall'urina lo zucchero e l'acetone, la glicemia si riduce a 133 mg. %, il peso aumenta di 4 Kg.

Osservato per un periodo di 7 anni, il miglioramento si mantiene senza bisogno di riprendere la proteinoterapia: la tolleranza verso gli idrati di carbonio arriva a 225 gr. al giorno. R. POLLITZER.

DIVAGAZIONI

Il cancro nella razza nera.

Il cancro è un appannaggio della civiltà. A misura che si perfezionano i comodi della vita, che la cultura si diffonde, che la vita sociale evolve, che la stessa igiene collettiva e individuale viene più osservata, la terribile malattia fa vittime sempre più numerose.

I popoli che ancora vivono allo stato selvaggio conoscono poco il cancro, il quale diventa sempre più frequente a misura che i popoli stessi adottano i sistemi di vita dei civilizzati.

Tutte le osservazioni concordano nel fatto che i negri dell'Africa possono contrarre tutte le forme di cancro, ma che ne sono raramente colpiti quando vivono allo stato selvaggio.

Le statistiche della morbosità nel Natal, nel Zululand, nel Sudan, nella Nigeria, nel Chenia, nel Tanganika, nella Rodesia e nell'Africa del Sud danno una bassissima mortalità per cancro.

Hoffmann che ha fatto al riguardo le più larghe ricerche afferma: « Il cancro non è una

malattia universale ma tende a divenirla a misura che si diffondono le abitudini della vita moderna. Vi sono ancora vaste regione nelle quali il cancro è relativamente raro, e ciò vale sopratutto per il continente africano ».

Trippen, membro del Servizio medico dell'Africa occidentale nel 1927 affermò che il cancro è una malattia della civilizzazione. Egli pose in evidenza l'estrema rarità del cancro nei negri che non sono in contatto con popoli civili, e che la tendenza a questa malattia aumenta invariabilmente con l'aumento delle città e con il contatto con la popolazione bianca. Ed attribuisce il fenomeno alla più larga alimentazione carnea.

Sta di fatto che non può chiamarsi in causa l'influenza del clima: quel che si constata in Africa si è verificato in America.

L'aumento di frequenza del cancro nei negri di America è andato di pari passo con la soppressione della schiavitù, come se il cancro fosse stato il prezzo del riscatto.

Sin nel 1896 Matas in un lavoro basato sulla pratica dell'Ospedale della Carità di New-Orléans venne alla conclusione che di fronte ai neoplasmi maligni la costituzione dei negri ha subito probabilmente qualche modificazione sotto l'influenza della civilizzazione americana, perchè non si può dubitare che il cancro relativamente raro nei nativi dell'Africa e negli schiavi originari dell'Africa, è divenuta una malattia comune nei negri americani solo nelle ultime generazioni. È quindi probabile che le condizioni le quali hanno determinato un aumento della diffusione del cancro nei bianchi, hanno operato sui negri con il medesimo effetto. Ma l'incremento, continua il Matas, non ha avuta la medesima progressione nelle due razze: debole nei bianchi è stato considerevolissimo nei negri che ora soffrono il cancro in proporzione eguale se non superiore ai bianchi.

Hoffmann, d'altra parte, più recentemente, nel 1924, veniva a conclusioni analoghe: 1) la attuale mortalità per cancro dei negri d'America tende progressivamente ad avvicinarsi alla media corrispondente della popolazione bianca; 2) la proporzione dei morti per cancro nella popolazione negra ha dimostrato un aumento persistente durante l'ultimo trentennio ed è ora in marcato contrasto con la proporzione d'una volta; 3) alcuni fatti sembrano giustificare l'induzione che i tumori maligni erano rarissimi fra gli schiavi, corrispondentemente alle attuali condizioni della quasi totalità delle razze negre che ora popolano l'Africa.

Lo stesso Hoffmann ha rilevato che la ripartizione dei cancri nei vari organi non è uguale nei negri e nei bianchi. Nei bianchi è più frequente il cancro della bocca, dello stomaco, del fegato e della pelle, mentre nei negri è più frequente quello della mammella e dell'utero.

M. Delbert (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 24 marzo 1936) ha cercato di precisare le cause per le quali la civilizzazione insieme ai tanti benefici arreca all'umanità il danno dell'incremento del cancro. Egli scarta innanzi tutto il macchinismo, l'aumento della velocità dei trasporti, il modo di vestirsi, la migliore protezione contro le intemperie e le variazioni stagionali della temperatura, la luce artificiale, la migliore pulizia del corpo, l'agglomerazione e simili. Prendere in considerazione questi fattori è fare della letteratura e niente altro.

Sono stati incriminati anche l'alcool e la sifilide, ma non sono state date prove convincenti.

Maggior fondamento hanno le ipotesi che incolpano l'alimentazione.

Tripper, che come si è detto definì il cancro la malattia della civilizzazione, attribuisce lo aumento di tale affezione nei negri che adottano il modo di vivere dei bianchi, ad un'alimentazione troppo ricca in carne. Altri autori hanno avanzato il medesimo sospetto, ammettendo che la carne contenga un principio cancerifero.

Ma è più probabile che la carne, se mai, agisca in altro modo, per carenza di qualche sostanza indispensabile all'organismo, e che si vuole identificare nel magnesio.

Tale idea sarebbe suffragata, dal fatto che presso i civilizzati vi sono cause di carenza di magnesio che non esistono presso i selvaggi, e che si sono aggravate da circa cinquanta anni.

Marchi ha messo in evidenza che in Italia il cancro è notevolmente più raro nelle regioni nelle quali il sale da cucina è ricco di magnesio, ed è notevolmente più frequente là dove esso è povero di magnesio.

L'alimentazione prevalentemente carnea è povera di magnesio, perchè i muscoli non abbondano di questa sostanza.

A queste cause di carenze del magnesio nei popoli civili se ne aggiungono altre: lo scarso uso di concimi magnesiaci, la molitura dei grani, la bollitura dei legumi, il raffinamento del sale.

I negri allo stato selvaggio invece, non solo si alimentano con sostanze ricche di magnesio, ma non mettono in pratica nulla che valga a sottrarre dalle sostanze stesse il magnesio. Si avrebbe quindi la seguente correlazione: abbondanza di magnesio, rarità del cancro; penuria di magnesio, frequenza del cancro.

I fatti rilevati dal Delbet costituiscono forse solo una coincidenza, come una delle tanti alle quali si è dato eccessivo e spesso fantastico valore in questi ultimi tempi. Ma l'ipotesi che egli avanza merita di essere presa in considerazione per ulteriori e più convincenti ricerche.

argo.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

R. MARGARIA. *Chimica e fisico-chimica fisiologica.* Vol. di pagg. 447. Ed. U. Hoepli, 1936. L. 48.

Questo libro del giovane illustre fisiologo di Parma è opera perfettamente riuscita.

Ne sono doti caratteristiche: la chiarezza, la sobrietà, la completezza dell'esposizione; leggendo queste pagine il lettore comprende quante cose l'Autore debba conoscere, quanta dottrina debba avere prima raccolto, assimilato e personalmente annotato e ampliato nella sua vita di studioso, di sperimentatore, nei molti anni di lavoro in laboratori italiani e stranieri per aver poi potuto scrivere con tanta limpidezza e tanta profondità di sapere.

Tutti i cultori della biochimica e della biofisica vi troveranno guida sicura e la chiarificazione di molti problemi. Le doti peculiari di questo libro sono molte, molti i motivi del suo eccezionale interesse. Tra i primi la modernità, particolarmente importante nella prima parte della trattazione di indole chimico-fisica generale. Sopratutto i chimici biologi e coloro che si interessano della biochimica vi troveranno una preziosa messa a punto delle nozioni ormai in parte sorpassate o corrette, che essi appresero al tempo degli studi universitari. Il capitolo sulle dissociazioni elettrolitiche, pH e rH, quello sugli enzimi e quello sulla ossidoriduzione mi pare debbano essere particolarmente segnalati per la modernità della trattazione e della materia.

Margaria ha messo sotto gli occhi del lettore la chimico-fisica di oggi: di oggi nella sostanza, nella espressione matematica e grafica delle leggi e dei fenomeni; la chimico-fisica quale è oggi e quale deve entrare nei laboratori di biologia e di medicina sperimentale, corretta, purificata di tutte le approssimazioni, gli arrotondamenti, le arbitrarie semplificazioni dei problemi e delle tecniche che essa così spesso subisce nel passare dalle mani del chimico-fisico a quelle del biologo, e a quelle del medico sperimentatore.

La seconda parte del libro costituisce una rapida ma completa trattazione dei problemi della chimica biologica in senso stretto.

I grandi gruppi delle sostanze di alta importanza biologica, lipidi, glucidi, protidi, sali inorganici, vi sono successivamente descritti e studiati. L'A. non perde mai di vista i grandi problemi biologici e medici, che così spesso si identificano. I grandi problemi dell'alimentazione e della dietetica, del diabete, della gotta, delle diatesi ossaliche, calciche, fosfatiche, ecc. appariranno al medico sotto una luce ben più viva, quasi diafanizzati, dopo che egli avrà letto queste pagine, in cui il metabolismo dei grassi, degli zuccheri, delle proteine è seguito tappa per tappa, illustrato, chiarificato, con felice sintesi di quanto di nuovo si è appreso in questi ultimi anni, di così proficua ricerca, in armonica fusione col corpo di dottrina ormai noto ed universalmente accettato.

Nella terza parte del libro l'A. tratta sinteticamente, in quattro capitoli, dei liquidi biologici più importanti (sangue, bile, urina) e della chimica dell'attività muscolare. Nella prossima edizione è a desiderarsi figuri anche una breve trattazione del liquido cefalo-rachidiano per l'importanza biologica dell'argomento e la sua scarsa conoscenza generale.

Degni di molta lode sono i due capitoli della parte quarta: « il metabolismo energetico » e « l'alimentazione umana ». Quest'ultimo particolarmente racchiude in una ventina di pagine tutte le premesse dottrinali indispensabili per una giusta valutazione del problema alimentare, in rapporto ai vari tipi di alimento, ai vari bisogni delle varie età ed alle esigenze della gravidanza e dell'allattamento.

Completano il libro alcune appendici coi logaritmi, cenni di nomografia, pesi atomici ed altre utili tabelle.

Nel complesso dunque opera luminosa e ammirevole, in cui l'approfondita elaborazione personale dei problemi trattati ha consentito all'Autore di essere chiaro, breve e completo. Su alcuni argomenti poi l'A. ha portato un importante contributo di ricerche personali.

Questo libro nuovo avrà molta fortuna tra i biologi e tra gli studenti che agli studi biologici si avviano.

Credo fermamente che i giovani medici, che cercano nella chimico-fisica e nella chimica biologica gli strumenti d'analisi per risolvere problemi patologici e medici, studieranno questo libro di Margaria non solo con profitto, ma anche con diletto e con amore.

C. FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. CIAMPOLINI. *Sessualità e medicina legale.* Casa editrice F. Vallardi, Milano. Prezzo L. 40.

Il codice penale in vigore ha consacrato nuovi principî circa la punibilità di azioni relative alla sessualità ed alla genetica. D'altra parte il consolidamento dell'istituto della famiglia, la politica demografica, l'importanza del matrimonio religioso, che allarga notevolmente il campo di applicazione del diritto canonico, hanno creato quistioni medico-legali nuove.

Occorreva pertanto rilevare e precisare le interferenze e gli adattamenti tra la legge e la sessuologia, che per suo conto in questi ultimi anni ha fatti notevoli progressi nei riguardi della fisiologia come della patologia.

Il prof. Ciampolini ha assolto questo compito in modo brillante ed esauriente.

Il libro è compilato con quello stile chiaro, con quella precisione e documentazione di fatti e pareri, con quei commenti originali ed

acuti, che fanno delle pubblicazioni di questo autore veri trattati di consultazione.

Esso è una guida sicura per le perizie da espletarsi secondo i nuovi codici, ma costituisce anche un orientamento per tutti i riflessi sociali della genetica.

La parte generale sulla funzione sessuale normale e patologica è ampiamente trattata.

In complesso un ottimo libro che interessa non soltanto i medici-legisti e gli studenti, ma anche tutti gli studiosi di sessuologia.

DR.

E. KRETSCHMER e W. ENKE. *Die Persönlickeit der athletiker*. Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo. M. 2,80.

La voga dell'atletismo dà ragione di questo studio che considera la personalità degli atleti nella loro struttura somatica e nel loro comportamento psicofisiologico.

Dopo avere esaminata la costituzione degli atleti, gli AA. ne studiano con larghe esperienze di laboratorio le condizioni psicomotorie, i sentimenti, l'immaginazione, l'affettività. Espongono le ricerche sullo stato dell'apparato endocrino e sulle reazioni farmacodinamiche. Discutono la teoria del temperamento atletico ed i rapporti di questo temperamento con stati patologici fisici e mentali. DR.

G. MALUTA. *Suggestione terapeutica*. Editore R. Zannoni, Padova. Prezzo L. 10.

L'A. riassume in questa pubblicazione la sua esperienza trentennale in materia di suggestione terapeutica. Espone il campo di applicazione di tale cura ed i metodi adatti per ciascuna forma morbosa, alcuni dei quali risentono di sue vedute originali. DR.

M. T. COMBY. *Les encéphalites aiguës postinfectieuses de l'enfance*. Editore Masson, Parigi. Prezzo, Fr. 30.

Il riconoscimento delle encefaliti postinfettive dell'infanzia è del tutto recente. Ciò spiega come esse sembrino sempre più diffuse. La Comby, sulla base di una larga casistica tratta a fondo l'argomento descrivendo le forme cliniche che la malattia può assumere e precisando le infezioni iniziali che ne sono la causa, ne discute la patogenesi ed infine indica il trattamento terapeutico.

Il libro si chiude con l'elenco di tutte le pubblicazioni comparse finora sull'argomento.

DR.

E. PADOVANI. *Indice generale del giornale di Psichiatria Clinica e Tecnica Manicomiale*. S. A. Industrie Grafiche, Ferrara.

Questo indice mette in rilievo il valore del vecchio giornale e la produzione di quel centro psichiatrico dal 1874 al 1928. Precedono notizie storiche redatte dallo stesso Padovani. Il volume costituisce un omaggio al prof. Ruggero Tambroni, fondatore e direttore del giornale. *a. a.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 29 febbraio 1936.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Studi sulla immunità nelle infezioni da ultravirus.

Dott. F. MAGRASSI. — L'O. basandosi sui risultati ottenuti da sue esperienze con virus erpetico nei conigli descrive la « immunità verso la superinfezione » legata alla diffusione del virus in un determinato tessuto, indipendente dall'azione nello studio della superinfezione nei riguardi del processo infettivo primario, notandone le modificazioni di decorso, e l'intervento di una immunità duratura, caratterizzata da precoce autosterilizzazione del tessuto.

Ulcera duodenale postoperatoria.

Prof. P. VALDONI. — L'O. riferisce di un caso già operato di gastroduodenostomia per ulcus duodeni, nel quale egli è intervenuto per perforazione di nuova ulcera nella anastomosi. L'ammalato è stato operato di resezione con risultato ottimo.

Il prof. R. BASTIANELLI chiede chiarimento sulla sede esatta dell'ulcera; ad essa partecipando la parete gastrica, poteva essere preesistente.

Il prof. CHIASSERINI ricorda i suoi tentativi di gastroduodenostomia su 4 casi: in uno ha dovuto reintervenire per ulcera peptica post-operatoria: secondo l'O. la gastroduodenostomia è metodo che va abbandonato.

Il prof. VALDONI. risponde che l'ulcera era a carico dello stomaco e quindi doveva essere interpretata come post-operatoria.

Azione dell'olio di fegato di merluzzo, del sangue, e delle ceneri di sangue sulla ricostruzione degli eritrociti nell'anemia sperimentale.

Prof. A. GALAMINI. — L'O. riferisce le esperienze di animali nei quali ha provocato l'anemia sperimentale mettendo in rilievo il vario comportamento del sangue di animale anemico dato sotto lo stimolo di vari agenti: olio di fegato, sangue e ceneri di sangue.

Il prof. U. ARCANGELI ricorda che molti anni fa egli aveva potuto notare che il sangue fresco di animali non avesse nessuna influenza nel sangue delle clorotiche, che avevano invece beneficio dai comuni preparati di ferro.

La reazione di Schultze e Charlton può essere provocata con siero emolitico di coniglio.

Prof. T. PONTANO. — L'O. passa in rassegna le conoscenze sulla etiologia della scarlattina fermandosi brevemente sulla trasmissione sperimentale all'uomo, sulla reazione di Dick, e infine sulla reazione di estinzione. Di quest'ultima egli ricorda le caratteristiche cliniche e la patogenesi. Oltre che coi mezzi noti, siero umano, siero di convalescente, siero antitossistreptococcico, egli trova che può essere provocata la reazione di estinzione con siero emolitico di coniglio (siero antimontone). Tale reazione, a differenza di quelle provocate con mezzi chimici e biologici, non può essere distinta nè clinicamente, nè con indagine capillaroscopica dalle reazioni di Schultze e Charl-

ton. L'O. riporta il meccanismo d'azione ancora ad un meccanismo immunitario. L'antigene emazia di montone in modo aspecifico, esalta il potere estintorio *naturale* del siero di coniglio, riconoscibile in alcuni gruppi di animali. Con tale meccanismo è possibile spiegare il potere estintorio del siero di uomo normale, che ha raggiunto la sua *maturità umorale*.

Il Segretario: T. PONTANO.

Società Reale di Napoli - Sezione Medica.

Seduta del 1° aprile 1936.

La pseudartrosi congenita della tibia e del perone.

P. DEL TORTO. — Questa malformazione è interessante, oltre che per la sua rarità, anche per la grande difficoltà che il suo trattamento operatorio raggiunga lo scopo, per cause insite alla malformazione.

L'O. fa brevemente la storia della deformità e si indugia a chiarirne le teorie patogenetiche. Egli ritiene che alla base di queste malformazioni ci sia, più che una alterazione degli involucri fetali, un'alterazione propria del feto; le modificazioni del tipo embrionario si produrrebbero attraverso due meccanismi: la variazione istogenetica e la malattia. La prima dipenderebbe da modificazioni ambientali, per cui il plastide, che ha in sè la materia per tutte le differenziazioni, cerca di adattarsi alle nuove condizioni di esistenza, evolvendosi in modo atipico, con adattamento di tutti gli elementi costitutivi dell'organo modificato. Nella seconda le cellule embrionarie possono morire o solo ammalare; a guarigione avvenuta la differenziazione riprende, ma dall'arresto temporaneo è risultata una modificazione locale, che si manifesta sotto l'aspetto di malformazione. E le cicatrici fetali, che spesso si osservano, sarebbero espressione di una manifestazione ulcerosa dell'embrione nei primissimi mesi, con consecutivo arresto o sviluppo atipico dei tessuti sottostanti.

Fatta l'esposizione dell'anatomia patologica e della sintomatologia, dice che cosa si possa fare per migliorare la prognosi, sempre riservatissima, per lesioni di questo tipo ed illustra poi la cura chirurgica di esse, passandone in rassegna i vari metodi, di cui sono da prendere in massima considerazione quelli che hanno lo scopo di portare nel sito della deformità un apporto di osso capace di proliferare, secondo la concezione di Codivilla.

Illustra infine due casi operati con diversa tecnica e con buon risultato funzionale.

Sulla struttura del Bottone d'Oriente.

R. DE BLASIO. — Il Bottone d'Oriente può assumere istologicamente una forma *granulomatosa banale* ed una forma *granulomatosa tubercoloide*. Quest'ultima, in certi casi, può confondersi con le lesioni tubercolari. I fenomeni regressivi a carico dell'epidermide sono piuttost frequenti e consistono sovente in formazioni di perle epiteliali che si affondano nella compagine del tessuto granulomatoso, dando ad esso un aspetto che, ad una osservazione superficiale, potrebbe ingenerare confusione con una lesione epiteliomatosa (forma *granulomatosa pseudoepiteliomatosa*).

Probabilmente la relativa rarità del Bottone d'Oriente è dovuta al fatto che esso sovente viene confuso, istologicamente, con lesioni tubercolari od epiteliomatose. *Il Segretario.*

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 6 maggio 1936.

Presidenza: Prof. A. PENSA.

Dott. F. VACIRCA. — *Sulle cellule « parafollicolari » della tiroide.*

Eziologia della fistola ano-rettale.

C. UGGERI. — L'O. crede che per stabilire la natura di una fistola ano-rettale l'unico criterio attendibile sia quello batteriologico. Ha esaminato 30 casi ed ha potuto dimostrare in 6 un'eziologia tubercolare. Frequente, ma non costante è in questi casi il quadro giganto-cellulare. Dal punto di vista clinico e nelle modalità di guarigione le fistole tubercolari non hanno dimostrato caratteri che le differenzino nettamente dalle altre.

Creatinemia e creatinuria nelle cardiopatie scompensate.

Dott. BELTRAMETTI. — L'O. ha riscontrato nelle cardiopatie scompensate un aumento della creatinemia e la comparsa di un'intensa creatinuria la quale esprime, oltre che un disturbo della resintesi del fosfageno, una condizione legata a una diminuzione del glicogeno muscolare.

Dopo aver accennato agli esiti della tiroidectomia nelle cardiopatie scompensate e aver considerati i rapporti esistenti tra funzione tiroidea, ricambio basale, e ricambio dei corpi creatinici, esclude la partecipazione del fattore tiroideo nel meccanismo di comparsa della creatinuria.

Atipie cliniche ed ematologiche in casi di leucemia acuta.

E. STORTI. — L'O. richiama l'attenzione sulla sicura esistenza di casi di leucemia acuta tipici nella loro alterazione istopatologica ma molte atipici dal punto di vista clinico ed ematologico per l'assenza da un lato di ogni segno di diatesi emorragica, di alterazione bucco faringea, di micropoliadenopatia, di tumore splenico, e per la presenza dall'altro di spiccata leucopenia con soltanto rarissime cellule immature (emocitoblasti) in circolo.

Ricerche comparative sull'Escherichia coli e sull'Aêrobacter aêrogenes.

Dott. GINO BONEZZI. — Per i risultati ottenuti conclude che è più rispondente ai fini igienici ritenere entrambe le specie batteriche come esponente di inquinamento fecale delle acque potabili. Nel corso della ricerca ha potuto confermare, su alcuni dei ceppi isolati delle acque, la frequenza del fenomeno della agglutinazione aspecifica segnalato in una precedente nota.

P. OTTONELLO. — *Studi sull'apparato pigmentario della pia madre. — Caratteri e distribuzione dei cromatofori piali in alcuni animali da laboratorio. — Genesi dei cromatofori.*

Il Segretario.

Accademia delle Scienze Mediche Naturali e Fisico-Matematiche di Ferrara.

Seduta del 14 maggio 1936.

Presidente: prof. G. BOSCHI, presidente.

Contributo allo studio dei tumori primitivi del polmone.

F. RIETTI. — L'O. illustra un caso di tumore primitivo polmonare (del lobo superiore sinistro) verificato istologicamente mediante biopsia di un

ganglio sede di metastasi, che aveva un aspetto radiologico del tutto simile a quello che si suole considerare caratteristico della cisti di echinococco del polmone (imagine rotonda come tracciata col compasso). Il caso è notevole, anche perchè mancarono, fino alle ultime settimane di vita, i sintomi tipici dei tumori polmonari (tosse, dispnea, dolore toracico).

Discussione: CIACCIA, CAMPAILLA.

Epatite amebica.

F. RIETTI. — L'O. riferisce la storia di un malato, che da circa sei mesi aveva un fegato grosso, e accessi febbrili quotidiani fino a 39°-40° preceduti da brivido. L'O., sospettando che si trattasse di epatite amebica, consigliò una cura di emetina, yatren 105 e stovarsol. La febbre scomparve in cinque giorni; dopo tre settimane, il fegato era appena palpabile sotto l'arcata costale.

L'osteoemopatia di Cooley.

M. ORTOLANI. — L'O. presenta cinque pazienti dell'età rispettiva di anni 2, 2, 11, 20, 31 e ne ricorda altri due dell'età rispettiva di 2, 4 anni, richiamando l'attenzione principalmente sulla possibilità della sopravvivenza, fino all'età adulta ed oltre, di questi ammalati. Ricorda pure che in una donna di 57 anni, attualmente oggetto di studio, è già stato possibile mettere in evidenza anomalie scheletriche e della emopoiesi che fanno pensare ad uno stadio di riparazione o di involuzione della malattia. Giustifica infine l'opportunità della denominazione « osteoemopatia » e segnala il particolare e costante colore giallo bruniccio carico delle urine di questi pazienti; colore che non è stato possibile attribuire ai comuni pigmenti di origine biliare (bilirubina-urobilina).

Discussione: BALLARIN.

Autoemoterapia e autoliquorterapia e varianti tecniche diverse nella mia cura delle affezioni tossinfettive croniche del nevrasse.

G. BOSCHI. — L'O. espone modificazioni diverse da lui sperimentate nella tecnica della sua cura di affezioni croniche tossinfettive del nevrasse, segnatamente sclerosi a placche. Alla autoemoterapia con preparato diluitissimo attraverso frazionamenti multipli ha provato a sostituire l'autoemoterapia grezza, o con piccola diluizione, endomuscolare o endovenosa; autoliquorterapia, grezza o attenuata col frazionamento multiplo, utilizzando liquor in fase reattiva ricavato alcune ore dopo l'iniezione endorachidea provocatrice.

In complesso si è notato fin qui che risultati è dato ottenerne anche quando si impieghi l'autoemoterapia grezza; ma i risultati più brillanti finora ottenutisi corrispondevano sempre a casi trattati con autoemoterapia attenuata o attenuatissima.

Quali mezzi provocatori della reazione neuromeningea (rivulsione meningea, attivazione del drenaggio neuro-meningeo, apertura della barriera emato-nevrassica) l'O. sta studiando coi suoi Allievi se all'acqua bidistillata possa sostituirsi o addizionarsi disgiuntamente reiniezione di l. c. r.; oppure di aria.

Nei pazienti a reattività torpida i mezzi provocatori che non siano scevri di sostanze chimiche eterogenee, difettano. La ripetizione della stimolazione un giorno o due dopo la prima, si è mostrata insufficente.

L'O. ha osservato che una certa proporzione sebbene non precisa esiste fra l'entità delle reazioni neuro-meningea provocata e il risultato curativo.

Altre variazioni di tecnica si riferiscono al numero delle applicazioni e al loro distanziamento. Per adesso l'O. si attiene al seguente criterio: quando un miglioramento sia in continuazione, o quando la reazione precedente siasi molto protratta, l'applicazione successiva viene distanziata oltre quindici giorni. E quando il caso mostri di dare un risultato scarso e stentato le applicazioni si arrestano in numero di tre; riservandosi di applicare la quarta eventualmente soltanto più tardi.

Un segno radiologico di ipomesocefalia: la sella piccola.

G. BOSCHI. — L'O. consigliò il dott. Campailla a preannunciare, nel 1932 (*Giorn. di Psich.*, 1932, pag. 272), che si sarebbe riferito circa il referto radiografico di selle turciche piccole in casi clinici di quelli che l'O. ha successivamente chiamati « ipomesocefalie » (*Archives Internationales de Neurologie*, 1934, pag. 377).

Per ragioni esposte in quest'ultimo lavoro, l'O. ritiene che la patologia fondamentale di deficit risalga ai centri nervosi ipotalamici o mesocefalici regolati dall'ipofisi anche per via neurocrina; ovvero che la base morfofisiologica delle affezioni riposi su una debilità complessiva del sistema diencefalo-ipofisario. Si domanda se talvolta anche l'ingrandimento ipofisario non abbia lo stesso significato fisiopatologico essendo il risultato di uno sforzo compensativo per supplire al primigenio difetto del sistema.

Adduce casistica significativa.

Discussione: RIETTI, LAMBERTINI.

Azione della paralisi del parasimpatico, mediante la prova di Danielopolu, sulla pressione cefalo-rachidiana.

G. CAMPAILLA. — L'O. ha registrato, nell'uomo, in alcuni casi le cifre manometriche e l'indice dello sforzo idrodinamico in una prima rachicentesi, in una seconda praticata qualche giorno dopo, immediatamente dopo paralisi del parasimpatico ottenuta con iniezioni endovenose di atropina (prova di Danielopolu); ha notato come le cifre presentavano variazioni minime, incostanti. In casi in cui la osservazione fu fatta lasciando l'ago in sito paralizzando il parasimpatico e seguendo le oscillazioni per varie ore, il risultato fu il medesimo. L'O. conclude che l'azione della paralisi parasimpatica da atropina sulla pressione cefalo-rachidiana è insignificante.

Cura di alterazioni organiche di moto mediante iniezione endorachidea di fenolsulfonftaleina.

G. CAMPAILLA. — L'iniezione endorachidea di 1,5 cc. di una soluzione acquosa al 5 per mille di fenolsulfonftaleina provoca una spiccata reazione meningea asettica che si dilegua in due-tre giorni. L'O. ha osservato notevoli miglioramenti di turbe di moto di varia origine (post-apoplettiche, endoarteritiche post-infettive, ecc.) — piramidali ed extra piramidali — dopo l'iniezione endorachidea di f.s.f. che agirebbe nel senso di una rivulsione meningea in gran parte e poi per una probabile azione chemioterapica, non perfettamente conosciuta nella sua precisa natura, della fenolsulfonftaleina.

Discussione: RIETTI.

F. GIOELLI. — *L'influenza della temperatura sullo sviluppo del ricambio delle muffe.*

Il Segretario: F. BARISON.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'eretismo cardiaco degli adolescenti.

R. Bernard (*Soc. méd. hôpitaux, Paris*, 24 aprile 1936) richiama l'attenzione sui disturbi che egli ha osservato specialmente nelle reclute e negli sportivi, in individui che si lamentano di non poter effettuare una marcia rapida o qualche minuto di passo ginnastico, senza essere presi da palpitazioni o dispnea che li costringono a fermarsi. Il problema è specialmente importante dal punto di vista militare per il sospetto che possa trattarsi di simulatori.

I disturbi funzionali consistono anzitutto nella dispnea da sforzo, in palpitazioni con sensazione penosa delle pulsazioni ed in una specie di malessere endotoracico, per cui « il cuore sembra troppo grande ».

All'esame fisico: urto della punta quasi sempre nettamente visibile, che dà alla palpazione la impressione di rimbalzo; all'ascoltazione sensazione di urto pieno, energico, nervoso e, nella metà dei casi, soffio sistolico alla base, col massimo sulla polmonare; soffio generalmente dolce, talora un po' a raspa, olosistolico; non è influenzato dai movimenti respiratori, ma lo è invece dalla posizione dell'individuo (massimo in posizione supina e minimo o nullo in quella eretta). Generalmente, tale disturbo è associato a vagotonia (riflesso oculo-cardiaco) e talvolta a disturbi dello sviluppo (ipospadia, spina bifida, ecc.).

Dallo studio dei casi, valendosi specialmente del controllo elettrocardiografico, l'A. conclude che si tratti di una lieve forma di stenosi congenita dell'arteria polmonare.

La diagnosi riguarda l'insufficienza mitralica e, specialmente il così detto « cuore di guerra » che forse in molti casi non era che il citato eretismo cardiaco. La prognosi è buona. Per quanto riguarda l'attitudine di questi individui, si dovrà controllare radioscopicamente il comportamento delle cavità destre; se sono aumentate, riformare l'individuo o proibirgli i lavori di forza; se sono normali destinarlo a lavori che non richiedano sforzi fisici notevoli. *fil.*

Genesi e terapia delle extrasistoli.

La genesi delle extrasistoli non è univoca, essendovi dei casi di origine tossica ed altri che almeno in parte sono di origine nervosa o psichica. J. Pal (*Mediz. Klinik*, 17 genn. 1936) ha rivolto la sua attenzione specialmente a quelle forme che si osservano in individui a cuore sano controllato anche elettrocardiograficamente e confermato da osservazioni durate per degli anni.

La maggior parte di questi aveva il suo acme di extrasistoli dopo il pasto di mezzogiorno ed era costituita da individui stigmatizzati dal punto di vista vegetativo. Si osserva in essi una pneumatosi, la quale è dovuta ad insufficienza del cardias ed aspirazione di aria nello stomaco durante la fase digestiva ed in condizioni di eccitabilità nervosa.

Fatti analoghi si osservano anche nei cardiaci, ma in questi le extrasistoli non sono da considerarsi innocenti e senza significato.

La pneumatosi può aversi tanto per la presenza della bolla gastrica come per presenza di aria nell'intestino, per blocco delle parti inferiori.

Le genesi delle extrasistoli sarebbe da riferirsi ad un'azione meccanica esercitata sul pericardio da parte degli organi addominali: stimolo meccanico autoctono e riflesso propriocettivo. Specialmente eccitabile sarebbe il solco longitudinale.

Dal punto di vista della terapia, si devono anzitutto considerare le condizioni del tratto gastro-intestinale, che vanno tenute presenti anche nei cardiaci. Utili sono i cambiamenti di posizione; da quella supina a quella laterale od eretta, oppure il camminare per una via in salita. *fil.*

L'autoemoterapia dell'ipertensione arteriosa.

R. Fabre (*Gaz. hebd. des Sciences médicales*, 8 marzo 1936) riferisce di aver praticato già da vari anni delle ricerche sulle azioni teraputiche sull'autoemoterapia negli stati di ipertensione arteriosa. Poichè i risultati ottenuti si son dimostrati particolarmente incoraggianti e durevoli, l'A. fa alcune considerazioni sulle osservazioni cliniche da lui fatte.

Nella maggior parte degli stati ipertensivi, egli ha potuto constatare che l'autoemoterapia ha come conseguenza di provocare una diminuzione spesso notevole, della pressione arteriosa e in maniera quasi costante la sparizione dei disturbi soggettivi legati all'ipertensione, L'esperienza dell'A. riguarda circa 200 casi in cui vennero iniettati in ragione di 1 o due volte alla settimana, da 25 a 30 cc. di sangue venoso: non furono mai fatte più di 5 o 6 iniezioni. L'A. riporta per esteso dieci dei casi più dimostrativi dai quali risulta chiaramente l'abbassamento della pressione arteriosa e la sparizione dei disturbi soggettivi da queste derivanti nei soggetti in cui la cura fu praticata.

Se ci si propone poi di stabilire attraverso quale meccanismo si ottiene quest'abbassamento della pressione arteriosa, le ipotesi proposte dai vari AA. sono numerose, ma insufficienti, in quanto esse prendono in considerazione il fenomeno globale e non le due tappe successive del processo post-autoemoterapico, e cioè la caduta pressochè immediata della pressione arteriosa e il mantenimento di questa a dei valori nuovi. Secondo l'A. essendo il sangue iniettato sangue venoso e quindi

asfittico, e venendo esso riassorbito lentamente e per via linfatica dovrà comportarsi nei tessuti in cui viene iniettato come un elemento eterogeneo subendo varie e graduali trasformazioni: durante queste trasformazioni si ha verosimilmente produzione di istamina, che è seguita necessariamente da un abbassamento della pressione arteriosa.

Qualunque sia il valore di queste ipotesi, i fatti obiettivi rimangono e l'A. crede di poter affermare che l'Autoemoterapia sistematica costituisce il metodo di scelta nella cura dei numerosissimi casi di ipertensione arteriosa.

G. LA CAVA.

Il trattamento della tachicardia e di altri disturbi del ritmo.

I. Starr (*Amer. journ. med. sciences*, febbraio 1936) ha trovato grandi vantaggi con l'uso della acetil-beta-metilcolina, mediante la quale ha trattato 75 attacchi di tachicardia in 37 pazienti; in 66 casi (88 %) gli attacchi sono stati prontamente troncati.

Le dosi variano secondo l'età ed il peso del paziente; se sono sufficienti 10 mg. in un paziente di 18 anni, ne possono occorrere 50 per uno di 60; 20 mg. sono stati sufficienti per una donna magra di 58 anni, mentre per un individuo grasso di 42 ne sono occorsi 60.

La chinidina ha azione antagonista ed in qualche caso può essere la causa dell'insuccesso dell'acetil-beta-metilcolina.

Nel « flutter » auricolare, tale rimedio può provocare cambiamenti del ritmo ed in un caso di extrasistoli ventricolari esso ne diminuì la frequenza. Si deve però evitare l'uso di dosi troppo alte che danno sintomi analoghi a quelli di un attacco di sincope. *fil.*

L'efedrina.

L'efedrina è il rimedio del vago; riesce bene nell'*asma bronchiale*, purchè le crisi non siano troppo forti. Come curativo, una pastiglia da 3 cg. quando il paziente va a letto; a titolo preventivo, la stessa dose 10 giorni al mese. Consigliare inoltre un regime prevalentemente vegetariano, stimolare le funzioni epatiche, somministrando al mattino un lassativo leggero (solfato di sodio o sale di Seignette), per un mese di seguito; dopo, 2 volte la settimana.

L'efedrina dà alle volte insonnia, tremori, agitazione, che possono evitarsi aggiungendo all'efedrina (cg. 3) il gardénal (cg. 2) e la polvere di valeriana (cg. 20).

Altre applicazioni sono segnalate da A. Devic e Ph. Bouquin (*Lyon méd.*, 15 marzo 1936) contro la narcolessia. Mediante l'efedrina, hanno attenuato gli accessi di sonno in un tumore dell'ipofisi; in un parkinsoniano, in cui si avevano accessi di sonno invincibili verso le 20, la somministrazione di 2 cg. e 1/2 dopo la cena, gli permisero di stare sveglio fino alle 23. È opportuno somministrare il rimedio abbastanza presto per evitare la insonnia notturna.

Esso è inoltre utilizzato dagli oculisti, come midriatico, dagli otorinologi, per la retrazione della mucosa nasale (la soluzione al 5 % dà in 5 minuti l'effetto che dura 3 ore), dai dentisti, per la sostituzione dell'adrenalina, associata agli anestesici. *fil.*

NOTE DI DIETETICA.

Il trattamento dietetico dei sedimenti e dei calcoli delle vie urinarie.

L'abnorme formazione di sedimenti e di calcoli nelle vie urinarie può essere favorevolmente influenzata da una dieta appropriata. Anzitutto bisogna cercare, come afferma E. D. Lampé (*Münch. Med. Wschr.*, 15 maggio 1936), di diminuire la concentrazione delle urine, limitando l'introduzione di sale e di albumine ed assumendo un'abbondante quantità di liquidi.

Nei pazienti affetti da uraturia e rispettivamente da uricuria lo scopo principale da ottenere è la diminuzione dell'acidità urinaria, la quale favorisce la precipitazione dell'acido urico e degli urati. Si ricorrerà pertanto ad una dieta latteo-vegetariana, con limitazione della carne, evitando gli organi interni ricchi di purine. Si associerà l'introduzione di abbondanti quantità di acque alcaline ed eventualmente di alcalini; è da evitare però che la reazione dell'urina si sposti troppo fortemente verso l'alcalinità. Controindicato è l'atofan.

Nella fosfaturia, che sarebbe dovuta ad una incapacità del rene ad eliminare valenze acide, in rapporto ad uno squilibrio neurovegetativo, si cercherà di ottenere una acidificazione dell'urina con una dieta ricca di carne, cereali, pane e dolciumi, ed eventualmente con la somministrazione di soluzioni acide. Contemporaneamente bisogna combattere con misure dietetiche e medicamentose i disturbi di origine neuro-vegetativa che i fosfaturici spesso presentano e specialmente l'iperacidità gastrica e gli spasmi del colon spesso associati a stitichezza. Nonostante queste misure nella maggior parte dei casi non si ottiene lo scopo desiderato: ciò è dovuto alla surricordata costituzione nervosa di questi pazienti, che si cercherà di influenzare consigliando una vita tranquilla, un cambiamento di clima e somministrando luminalette od altri calmanti.

Nella calciuria, molto rara d'altronde, in cui, a differenza delle forme precedenti, l'eliminazione del calcio è fortemente aumentata, poco c'è da attendersi dalla dieta, che sarà simile a quella per la fosfaturia, con in più limitazione degli alimenti ricchi di calcio, quali il latte, le uova, il formaggio. Trattandosi in genere di neurastenici e psicastenici, bisogna anzitutto rivolgersi al sistema nervoso, con misure simili a quelle surricordate.

I calcoli ossalici sono i più frequenti, perchè l'ossaluria è molto diffusa. Anche la precipitazione degli ossalati dipende come quella degli urati e dei fosfati dal comportamento dei colloidi urinari e non da un'aumentata produzione di acido ossalico. L'acido ossalico esogeno viene introdotto con gli alimenti (vegetali) preformato, oppure si forma nel ricambio intermedio; in particolari condizioni si può formare nell'intestino per azione batterica da carboidrati. Nella dieta si eviteranno gli alimenti ricchi di acido ossalico o formatori di acido ossalico; non si proibiranno gli alimenti ricchi in calcio, anzi utile riesce la somministrazione di 1 gr. di carbonato di calcio tre volte al giorno dopo i pasti. Tra le bevande minerali si useranno quelle alcaline, specie se ricche di calcio. Nei rari casi di formazione di acido ossalico nell'intestino per azione batterica si comincerà con l'evitare nella dieta i carboidrati. Anche qui bisogna tenere presente il momento psico-nervoso, trattandosi in genere di individui irritabili, con segni di debolezza sessuale.

La cistinuria, contrariamente alle forme precedenti, rappresenta un'anomalia del ricambio costituzionale ed ereditaria, rara d'altronde: la cistina dell'organismo ha prevalentemente un'origine esogena dalle proteine alimentari. Come tentativo di terapia dietetica si limiterà la quantità delle proteine alimentari 0,5-1 gr. per kg. di peso corporeo, evitando però una prolungata dieta ipoalbuminosa: il fabbisogno calorico sarà ricoperto dai carboidrati e dai grassi. Per alcalinizzare le urine si introdurranno nella dieta molti vegetali e si somministreranno bicarbonato di sodio ed acque alcaline.

La terapia dei calcoli xantinici, estremamente rari, è quella dei calcoli uratici e dell'uricuria. Nei casi ancor più rari di calcoli di carbonato di calcio bisogna cercare di acidificare le urine, limitando i vegetali ed arricchendo la dieta di proteine animali.

Secondo recenti comunicazioni di AA. americani la vitamina A potrebbe impedire la formazione di calcoli nelle vie urinarie: ma ciò non è stato ancora sufficientemente provato.

N. NUNBERG.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'azione delle onde ultra-corte sul bacterium coli.

Le opinioni espresse nella letteratura circa l'influenza delle onde corte ed ultracorte sui batteri sono contrastanti. H. Grasser (*Med. Klin.*, 22 maggio 1936) ha studiato perciò l'azione delle onde di 6 m. sul bacterium coli commune. Un'azione termica è stata esclusa nelle ricerche. La durata del trattamento ha variato fra 3 e 35 m', con una tensione di 8-10 volts. In tutte le prove non è stata messa in evidenza alcuna influenza sul bacterium coli, soprattutto nessuna stimolazione dell'accrescimento rispetto ai controlli. Il trattamento non ha danneggiato il ricambio nè la membrana del batterio; nemmeno si sono riscontrate alterazioni della mobilità, delle proprietà tintoriali e dell'aspetto microscopico. Ad alte temperature non si è avuta più moltiplicazione: si trattava dunque in vitro di una pura azione termica delle onde ultracorte sul bacterium coli. In conclusione l'A. in vitro non ha potuto mettere in evidenza alcuna modificazione del bacterium coli in seguito ad irradiazione con onde ultracorte di 6 m., se non per azione termica.

N. NUNBERG.

VARIA

L'atresia del mascellare.

È dovuta generalmente alla presenza di vegetazioni adenoidi, che ostruiscono le vie respiratorie superiori, sicchè non si compie la respirazione nasale; in un periodo di intenso sviluppo gli organi interessati subiscono un arresto e la loro atresia si ripercuote su tutti gli organi vicini, specialmente sullo scheletro. Più compromesse sono le ossa che costituiscono la volta palatina, che rimane stretta e si fa alta, prendendo una forma ogivale; ma non sono risparmiate le ossa del cranio, almeno quelle della base.

Si realizza in tal modo il tipo cranio-facciale appiattito trasversalmente; anche il naso subisce la stessa modificazione, con le narici ridotte ad una fessura stretta e le ali flaccide. La respirazione si compie per la bocca, la quale rimanendo beante conferisce il noto aspetto di ebetudine. La *facies* dà l'impressione di rigidità; la gabbia toracica è appiattita, le spalle riportate in avanti, con una curva più o meno pronunciata; l'ossigenazione è deficiente ed i tessuti sono anemizzati. Abbandonati a loro stessi, tali bambini diventano degli individui mingherlini, senza resistenza; diminuiti fisicamente, lo sono spesso anche intellettualmente. Danno l'impressione di essere pigri e tardivi, mentre si tratta soltanto di insufficienza fisica; si stancano facilmente e hanno cefalea quando si applicano intellettualmente.

La cura consiste evidentemente nell'ablazione delle adenoidi. Fatta l'operazione, però, è necessaria la rieducazione della respirazione, vincendo l'inerzia della gabbia toracica. Per favorire il necessario accrescimento delle vie nasali, è anche consigliabile un allargamento protetico della volta palatina.

(A. Herpin. *Journ. des praticiens*, 18 aprile 1936).

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

L. PRATI. *Su di un caso di atrofia ottica luetica trattato con la pireroterapia. Forte e stabile miglioramento.* — Ist. Edit. Cisalpino, Varese, 1935.

F. PICCALUGA. *El problema del cancer.* — Revista med.-chir. femenina, Buenos Aires, 1935.

P. DE FAVENTO. *Del valore clinico degli esami di liquor nella sifilide primaria e nella neurolue latente.* — A. Cordani, Milano, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Indagini sulla mortalità infantile per enterite e sul modo di allattamento.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica - Divisione 6a) ha diramato ai sigg. Prefetti ed al Governatore di Roma la seguente circolare n. 65 in data 11 maggio 1936-XIV:

Le affezioni dell'apparato digerente, culminanti nelle enteriti, costituiscono una delle maggiori cause che mantengono ancora troppo elevata in Italia la mortalità infantile, particolarmente del primo anno di vita.

Per poterla combattere occorre avere una conoscenza della effettiva consistenza di dette affezioni nei singoli comuni, e delle particolari cause che concorrono ad agevolarne le manifestazioni.

Si è, perciò, predisposto il seguente questionario, sul quale il medico provinciale, dopo sentito il parere e raccolti gli opportuni elementi dai direttori delle cliniche pediatriche ed ostetriche, dai direttori dei brefotrofi, degli ospedali e degli istituti di assistenza infantile, dai direttori dei consultori pediatrici e dalla Federazione Provinciale dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, risponderà in modo esauriente:

1) Diffusione ed entità delle malattie intestinali nella 1a infanzia, indicando se la mortalità per tali malattie è maggiore nel 1° anno (allattamento) o nel 2° (divezzamento).

2) In quali mesi la mortalità infantile è più elevata? Quale tipo di vestizione si usa per l'infante? È molto o poco coperto? Quali sistemi di fasciatura?

3) Tipi di allattamento maggiormente in uso e durata della nutrizione lattea dell'infante.

4) È diffuso il baliatico mercenario a distanza? È controllato ed in che modo?

5) È diffuso l'allattamento artificiale? Come viene fatto? Ci sono centri per la distribuzione di latte vaccino maternizzato? Si fa propaganda circa le norme sull'allattamento artificiale in caso di necessità?

6) Vi sono consultori materni e pediatrici o altre istituzioni per la divulgazione delle norme di puericultura, e quale risultato si è ottenuto?

7) Si è constatata diminuzione della mortalità per enterite dopo la regolamentazione del 1929 sulla vigilanza igienica del latte? Si attua efficacemente tale vigilanza nei comuni? Quale è il consumo di latte alimentare per abitante?

8) In quale gruppo sociale (rurale, operaio ecc.) la mortalità infantile è più alta?

Il lavoro delle madri esercita un'influenza su detta mortalità? Quale lavoro particolarmente?

9) Giudizio sintetico e proposte per giungere nei comuni della provincia ad una ulteriore diminuzione della mortalità infantile ed in particolare di quella per malattie gastro-intestinali.

A perfezionare le notizie che possono scaturire subito dall'inchiesta anzidetta, questo Ministero dispone che contemporaneamente si svolga indagine speciale sui metodi maggiormente diffusi di allattamento dei bambini, da eseguirsi all'atto della prima vaccinazione jenneriana, che va fatta nel 1° semestre di vita o al massimo nel 1° anno.

Le EE. LL. vorranno, perciò, disporre che i medici vaccinatori comunali, come i medici privati, allorchè procedono alla vaccinazione dei bambini, rilevino, caso per caso, i seguenti dati:

a) se il bambino è allattato dalla madre (seno materno S. M.);

b) se è allattato da nutrice, in casa dei genitori ovvero in casa della nutrice (N);

c) se è allattato solo, od in modo prevalente, artificialmente (A);

d) se si esegue l'allattamento misto (al seno ed artificiale (Mi);

e) eventuali rilievi.

Le notizie anzidette possono essere segnate con le abbreviazioni su indicate, nella colonna « osservazioni » del prescritto registro delle vaccinazioni, ed i medici privati dovranno indicarle nel certificato che inviano all'ufficiale di igiene.

Di queste disposizioni le EE. LL. vogliano rendere edotto il Sindacato medico provinciale, interessandolo per una valida collaborazione da parte dei sanitari.

Gli ufficiali sanitari dal canto loro devono assicurarsi che, sempre ed in tutti i casi, vengano fornite le notizie stesse.

A fine della sessione ordinaria di vaccinazione i medici provinciali, raccolti e controllati i prospetti riassuntivi per ciascun comune devono inviarsi a questo Ministero.

Le EE. LL. vorranno dare vivo personale interessamento per la rigorosa esecuzione delle disposizioni impartite in materia di grande importanza sanitaria, demografica e sociale.

Il servizio sanitario civile in A. O.

Il Maresciallo Graziani ha istituito un Comitato di igiene ed assistenza col compito di soccorrere la popolazione europea e indigena in condizione di povertà per il recente saccheggio. Del Comitato fanno parte il Governatore civile, il rappresentante della Federazione fascista, il rappresentante dei carabinieri e il direttore dell'ospedale italiano.

Il Maresciallo Graziani ha promulgato un decreto di carattere urgente che imposta l'organizzazione del servizio sanitario civile nella zona di Addis Abebà e nel territorio circostante. Il decreto crea una direzione di sanità civile, dalla quale dipendono vari ospedali cittadini, un ufficio sanitario, un ufficio veterinario, un ufficio ostetrico ed un laboratorio di batteriologia e chimica.

Gli ospedali, facenti capo alla Direzione di sanità sono: l'Ospedale italiano con reparti di medicina e chirurgia, l'Ospedale « Fuluuaha » con reparti di medicina e chirurgia, l'Ospedale gestito

dalla missione religiosa americana avventista, due padiglioni per malattie infettive dell'Ospedale militare (ex Menelik), uno dei quali è destinati agli indigeni.

Il decreto stabilisce che in tutti i suddetti ospedali funzionino immediatamente servizi gratuiti di ambulatorio e di pronto soccorso e che speciali reparti siano adibiti al ricovero gratuito di europei e di indigeni indigenti.

Il decreto, ispirandosi a superiori principii di umanità e di assistenza, stabilisce che l'Ospedale di Gualale di proprietà della Missione religiosa americana presbiteriana ed il lebbrosario americano, di proprietà della Missione religiosa americana del Sudan, continuino a svolgere la propria attività col personale ed i mezzi di cui sono dotati, sotto il controllo e la direzione della Sanità italiana.

I provvedimenti del Maresciallo, mentre attestano la preferenza data dal Governo alla protezione di carattere umanitario e civile, rendono anche omaggio all'opera di carità svolta nell'interesse delle popolazioni indigene da enti ospitalieri nord-americani e lasciano inalterata la costituzione organica interna di essi limitandosi a inquadrarli nell'ordinamento sanitario generale di Addis Abebà.

L'assicurazione dei coltivatori diretti contro la tubercolosi.

D'accordo con l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, la Federazione Nazionale dei Proprietari e Affittuari Coltivatori Diretti ha studiato insieme con la superiore Confederazione degli Agricoltori, un progetto per la estensione agli affittuari coltivatori diretti dei benefici della assicurazione contro la tubercolosi, che avrà applicazioni tra non molto.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ancona. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorsi ai posti di direttori delle sezioni dispensariali abbinate di Osimo Senigallia e Iesi Fabriano. Scad. alle ore 18 del 10 luglio. Stip. lire 15.000; indennità serv. att. L. 2210; compensi globali per vacazioni fuori residenza; abbon. ferrov. in II classe per la zona di competenza. Limite età anni 40. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguito da almeno due anni. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio presso l'Amministrazione Provinciale.

Brescia. *Spedali Civili.* — Scad. 31 lug., ore 16; medico aiuto per l'Istituto di Röntgenologia, Elettrologia e Radiumterapia; stip. L. 5500; indenn. carica L. 5000; 7,5 % sui proventi lordi dell'Istituto. Età limite 35 anni. Tassa L. 50. Chiedere avviso. Rivolgersi all'Amministraz.

Milano. *Amministraz. Provinciale.* — Scad. 30 giugno; medico primario o di Sezione nell'Ospedale psichiatrico provinciale in Mombello di Limbiate; stip. L. 13.000, 4 trienni e 4 quadrienni di L. 1400, supplem. servizio L. 3000; età limite 35 anni al 23 aprile; tassa L. 50,10. Per altre informazioni, domanda, documenti, rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia, via Monforte 31, Milano.

Roma. *Ministero dell'E. N.* — Sono banditi i concorsi per le seguenti cattedre universitarie e sedi: anatomia umana normale a Parma; anatomia e istologia patologica, clinica ostetrica e ginecologica, patologia generale a Cagliari; clinica delle malattie nervose a Messina; farmacologia, patologia speciale medica e metodologia a Catania.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il ministro dell'E. N. ha conferito al prof. Giovanni Gallerani il titolo di emerito dell'Università di Bari, su conforme parere di quella Facoltà medica. I nostri rallegramenti all'insigne maestro, patriota e scienziato.

Il prof. Ermanno Mingazzini, primario negli Ospedali di Roma, è stato nominato Consulente urologo delle Terme di Fiuggi. Rallegramenti vivissimi.

NOTIZIE DIVERSE

Echi della nostra impresa africana.

Il sen. Castellani, ispettore generale per i servizi sanitari, militari e civili in A. O., dopo cinque mesi di permanenza in Somalia si è recato a Addis Abebà, ove è stato intervistato dal corrispondente dell'« Agenzia Stefani » sulle condizioni di salute delle truppe e degli operai nel settore meridionale. L'intervista, riportata in tutti i giornali politici, documenta come tali condizioni siano ottime e ne attribuisce il merito principale al Duce, che volle l'impostazione sanitaria e igienica della guerra africana. Viene messa in evidenza l'energica azione del gen. Graziani nel dominare un'epidemia di amebiasi.

Il Duce, presente il Sottosegretario di Stato per le Colonie, ha ricevuto il generale medico della R Marina dott. Alcibiade Andruzzi, nuovo Ispettore Generale di Sanità presso il Ministero delle Colonie, al quale ha impartito le direttive per l'azione che dovrà svolgere per garantire al massimo la salute pubblica delle truppe e dei civili in Africa Orientale.

Il 30 maggio è giunto a Napoli con la nave-ospedale « Urania » l'on. prof. Raffaele Paolucci, direttore della Clinica Chirurgica di Bologna e presidente della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, di ritorno dall'Africa Orientale dove è rimasto sette mesi quale direttore di un'ambulanza chirurgica al seguito delle truppe operanti sul fronte nord.

Alla memoria del dott. Luigi Chiavellati, Capo manipolo medico del 2° Battaglione Camicie Nere, caduto eroicamente nel Tembien, è stata assegnata la medaglia d'argento al valore militare.

Il principe Carlo di Svezia, presidente della Croce Rossa Svedese, in occasione della conferenza annuale dell'istituzione, ha pronunziato un discorso in cui ha protestato contro le azioni di aviatori italiani ai danni dell'ambulanza svedese in Etiopia, quasi che tali azioni fossero volute: ciò che è assurdo!

La « Morning Post » di Londra ha pubblicato una lettera del medico australiano H. M. Moran, il quale prestò la sua assistenza per due mesi sul fronte nord dell'Abissinia: egli afferma che nè lui nè altri europei con cui ebbe rapporti hanno mai avuto la menoma prova che gl'italiani facessero uso di aggressivi gassosi. Rileva che invece le autorità inglesi « sanzionavano la carità » e « sanzionavano la verità ».

Il medico svedese Nystroom, presentatosi alla nostra autorità politica nel settore di Debra Tabor, ha dichiarato che il cinquanta per cento delle pallottole adoperate dagli abissini erano dum-dum.

Il dott. Leopoldo Traversi, ultimo superstite della schiera degli « esploratori scioani » ordinata da Crispi, ha tenuto al Circolo della Stampa di Roma una conferenza sui medici pionieri in Etiopia. (La conferenza sarà raccolta in opuscolo).

Comitato Francia-Italia: sezione medica.

Il 12 maggio si è tenuta a Parigi l'assemblea generale del Comitato Francia-Italia, sotto la presidenza di L. Madelin. V'intervennero molti medici, e il segretario generale della Sezione medica, dott. Martiny, presentò una relazione sull'attività della Sezione dopo l'ultima assemblea; seguì una discussione.

Su invito dell'Ambasciatore d'Italia, è stato deciso un viaggio della Sezione medica in Italia per la seconda quindicina di settembre, seguendo l'itinerario: Torino, Milano, Novara, Salsomaggiore, Montecatini, Bologna, Firenze, Roma, Pontinia, Venezia; i medici francesi visiteranno le opere medico-sociali del Fascismo e porteranno ai colleghi italiani il saluto fraterno degli intellettuali fedeli alla civiltà latina.

Durante la prima settimana di settembre un gruppo di medici italiani sarà ricevuto a Vichy.

4º Congresso della stampa medica latina.

Come abbiamo annunziato, è indetto a Venezia dal 29 settembre al 3 ottobre, con l'alto patronato del conte De Vecchi di Val Cismon, ministro dell'Educazione Nazionale, e con la presidenza del sen. prof. Davide Giordano.

Del Comitato di Patronato fanno parte i due direttori del nostro periodico, proff. Alessandri e Frugoni.

La seduta inaugurale avrà luogo il 29 settembre, alle ore 10, nella Sala Napoleonica del Palazzo Reale; i lavori del congresso si svolgeranno poi in tre sedute, nella sala della biblioteca all'Ospedale Civile; saranno intramezzati da gite e da trattenimenti.

Temi di relazione: 1° « Storia della Stampa Medica nei paesi latini »: relatori: Belgio: prof. Tricot-Royer (Louvania); Francia: prof. Laignel-Lavastine (Parigi); Italia: prof. A. Pazzini (Roma); Portogallo: prof. Da Silva Carvalho (Lisbona); Rumenia: prof. V. Bologa (Cluj); Spagna: dott. E. Noguera (Madrid) (devono essere ancora designati i relatori per la Svizzera e l'America Latina); 2° « Funzione sociale della Stampa Medica »: relatori: Canadà: prof. A. Le Sage (Montréal); Italia: dott. T. Oliaro (Torino); Portogallo: prof. Eduardo Coelho (Lisbona); 3° « Principî direttivi dell'insegnamento medico e la pratica medica nei paesi latini »: relatori: Francia: prof. Henri Hartmann (Bordeaux); Italia: prof. Giovanni Perez (Roma); Rumenia: prof. Danielopolu e dott. I. Pavel (Bucarest); Spagna (il relatore verrà designato). Alle relazioni seguiranno le discussioni e le comunicazioni inerenti ai temi. I lavori saranno chiusi da una conferenza del sen. prof. N. Pende (Roma).

Seguirà, il 2 e il 3 ottobre, una gita in automobile ad Aquileia, Grado, Trieste, Abbazia, Grotte di Postumia, Redipuglia, con visita ai Campi di Battaglia della Guerra 1915-1918.

Quota di iscrizione: lire italiane 80, oppure franchi francesi 100, per i membri titolari (direttori, capi redattori o delegati ufficiali di un periodico medico); lire italiane 40, oppure franchi francesi 50, per i membri aderenti (giornalisti medici, medici non giornalisti, persone che accompagnano i congressisti).

Per le iscrizioni e per il programma rivolgersi al segretario generale del Congresso prof. U. Saraval, Ospedale Civile di Venezia.

Sono state concesse notevoli facilitazioni di viaggio.

Giornate mediche di Bruxelles.

Ricordiamo che la 15ª sessione si terrà dal 20 al 24 giugno, nei locali dell'Università Libera, con l'alto patronato della Regina Elisabetta e del Re

Leopoldo e con la presidenza del prof. R. Danis. Il programma scientifico comprende sedute operatorie e d'applicazione pratica negli ospedali e una serie di conferenze; tra i conferenzieri è il prof. R. Jemma, di Napoli, che tratterà il tema: « La malaria dei fanciulli »; il prof. Castellani, che doveva tenere una conferenza, difficilmente potrà intervenire.

Alla seduta inaugurale il medico letterato dott. M. Bedel terrà una conferenza dal titolo: « Petizione ai signori medici in nome dei malati ». Alle Giornate mediche sarà annessa una Mostra.

Un vasto programma di distrazioni e di festeggiamenti è stato pure organizzato.

Le ferrovie belghe accordano ai congressisti la riduzione del 35 %, e quelle francesi del 40 %. La quota d'iscrizione è fissata in 100 franchi belgi (50 per le signore ed i famigliari). Rivolgersi al segretario generale, Dr. R. Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles, Belgio.

Sanatorio antitubercolare nell'isola di Sacca Sessola a Venezia.

In occasione della XX Biennale Internazionale di arte, il 1° giugno S. M. il Re ha inaugurato il nuovo grande Sanatorio per tubercolotici che, ad iniziativa dell'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale, è stato costruito con ricchezza di mezzi e modernità di impianti nell'isola lagunare di Sacca Sessola.

Questa magnifica opera sanitaria vale ancora una volta ad attestare quanto il Regime si adoperi nella grandiosa lotta per la sanità della razza, e come a questa lotta partecipi in prima linea, con la sua feconda e molteplice attività nel campo assistenziale, l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.

Il nuovo sanatorio, che rimpiazzerà l'inadeguato ospedale « San Marco » per tubercolotici pure a Sacca Sessola, fruisce di tutta l'area dell'isola ceduta in donazione all'Istituto dal Comune di Venezia, ed occupa nella parte orientale dell'isola una superfice di 75 mila metri quadrati dei quali 5300 sono coperti dal solo sanatorio, 1500 dagli altri fabbricati sussidiari e più di 4 ettari dal vasto parco e giardini a disposizione degli ammalati.

Il sanatorio, costruito sotto la direzione dell'architetto veneziano prof. Giovanni Rubini su progetto fornito dall'Ufficio costruzioni sanatoriali dell'Istituto detto, è di modernissima ma piacente architettura e si eleva per cinque piani, oltre, il sotterraneo, con un volume complessivo di 120 mila metri cubi ed una capacità per 400 malati, più 150 persone addette ai servizi sanitari, amministrativi, di ordine, assistenziali ecc.

Al pianterreno, alle estremità del fabbricato, sono due speciali reparti per bambini e per maternità.

L'imponente opera è costata oltre 11 milioni.

Alla cerimonia hanno presenziato le LL. EE. Costanzo Ciano, De Vecchi, Biagi, che, quale presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale ha pronunziato il discorso inaugurale.

Convalescenziari per encefalitici.

Si sono riuniti alla Casa del Fascio di Milano, sotto la presidenza del segretario federale Rino Parenti, i componenti un Comitato promotore per l'istituzione dei Convalescenziari destinati agli ammalati encefalitici poveri che, dopo la degenza, hanno bisogno di ricovero per un certo periodo di tempo.

Sono stati esaminati i problemi connessi alla realizzazione della benefica iniziativa promossa per festeggiare i quarant'anni di matrimonio dei Sovrani. Sono state prospettate le varie possibilità per l'attuazione delle alte finalità della istituzione, ed alla fine è stata incaricata una speciale Commissione di predisporre sollecitamente, con criteri pratici, il piano d'azione.

Commemorazione del sen. Pestalozza.

Indetta dall'Accademia medica di Roma, ha avuto luogo l'1 giugno al Policlinico, nell'aula della Clinica ostetrica e ginecologica, la commemorazione del sen. prof. Ernesto Pestalozza, che per quasi un trentennio diresse la clinica stessa. Alla cerimonia hanno assistito la vedova e le figlie dello Scomparso.

In una dotta celebrazione il prof. Paolo Gaifami, ha ricordato la figura poliedrica di Ernesto Pestalozza.

Un monumento ad Ippocrate.

In occasione del Congresso di patologia comparata svoltosi ad Atene, venne inaugurata una statua di Ippocrate, innanzi alla Facoltà medica. Il monumento, in marmo pantelico, alto metri 4,20, rappresenta Ippocrate nel 418 a. C., quando egli si recò ad Atene per combattere la peste e scrisse i famosi Aforismi; esso è dovuto allo scultore Georges Dimitriadis. Sulle 4 facce della base sono incise quattro sentenze d'Ippocrate.

Alla cerimonia inaugurale assistettero i membri del Governo, le autorità politiche, religiose, scientifiche e civili, moltissimi medici e studenti. Parlò per primo il dott. Skevos Zervos, che ha avuto l'iniziativa e ha sostenuto le spese del monumento; seguirono il ministro Conzis, il prof. Catsaras per l'Accademia, il prof. Achard per i delegati stranieri, il prof. Photinos, decano della Facoltà medica, il prof. Contoleon, presidente della Società medica di Atene.

XL anno di laurea.

I laureati dalla « Sapienza » di Roma nel 1896 hanno festeggiato i loro 8 lustri dottorali il 24 maggio al « Russia ». Erano presenti i proff. Dalla Vedova, on. Fioretti, Galli, Pecori, Bonfigli, Ghèdini, Bianchi-Mariotti, Caccia, De Rossi, Fabrini, Montesano e Passera ed i dottori Bacci, Belloni, Buccioni, Bulgarini, Buzi, Carboni, Gentili, Guasoni, Macchia, Magalli, Orsini, Paolelli, Pierelli, Rusconi, Scarpace, Tamanti e Tarquini. Avevano mandato la loro adesione parecchi altri. Venne inneggiato alla grande recente Vittoria ed auspicato ai gloriosi destini imperiali della Patria.

Azioni giudiziarie

Uno dei più reputati chirurgi della Germania aveva eseguito con successo una resezione di colonna vertebrale, in una signora; tassò la sua prestazione 3500 marchi (circa 18.000 lire); il marito della operata ne offrì solo 1800: da ciò una causa. Il Tribunale dette ragione al chirurgo. La Corte d'appello di Naumburg, in una elaborata sentenza, riconosce che il chirurgo ha salvato la vita della paziente; nota che si deve tener conto delle condizioni economiche del cliente (si tratta del proprietario di una fabbrica che impiega 90 operai), nonchè delle altre spese incontrate per la malattia (27.000 marchi, oltre le cure post-operatorie); poichè l'operazione è nuova e non è contemplata nelle tariffe, la Corte si limita a consigliare una tassazione intermedia tra le due sopra indicate.

Il Tribunale di Béthune (Francia) ha condannato un chirurgo che, durante un'operazione per un igroma al ginocchio sotto anestesia rachidea, praticò un'iniezione di adrenalina; seguì una gangrena fulminante, con esito letale. Alla vedova sono stati assegnati 80.000 franchi ed all'orfano 2.400 franchi l'anno fino alla maggiore età.

Un po' dovunque.

Al Senato del Regno, nella seduta del 20 maggio, discutendosi il bilancio del Ministero per la stampa e la propaganda, il prof. Luigi Devoto ha pronunziato un importante discorso diretto ad imprimere incremento al turismo di montagna in Italia. Ha posto in rilievo, tra l'altro, come la vita in montagna costituisca un efficace mezzo di irrobustimento ed un mezzo di cura.

La Società patologica tedesca si adunerà dal 27 al 29 settembre in Breslavia. Rivolgersi al presidente, prof. Fischer-Wasels, Gartenstrasse 229, Frankfurt a. M., Germania.

La Lega francese contro il cancro ha tenuto l'assemblea generale il 26 maggio, nella Facoltà medica di Parigi, sotto la presidenza del ministro della Sanità pubblica.

La Società svizzera di psichiatria si è adunata il 2 e il 3 maggio a Ginevra sotto la presidenza del dott. H. Flournoy; venne discusso il tema « L'automatismo mentale » su relazione del prof. Brousseau (Parigi) e del dott. Morel (Ginevra).

La Società piemontese d'igiene si è adunata il 28 febbraio, sotto la presidenza del prof. G. B. Allaria, assistito dal segretario prof. U. di Aichelburg. Sono state fatte comunicazioni da C. P. Cerruti e G. Marocco.

La Società Medica del Friuli si è adunata il 30 aprile, sotto la presidenza del prof. Varisco, assistito dal segretario dott. G. Minciotti. Sono state fatte comunicazioni da: G. Pieri, G. Cantele, V. Gualdi, G. Del Zotto.

La Sezione di Cosenza della Società medico-chirurgica calabrese si è adunata sotto la presidenza del prof. Falcone, assistito dal segretario dott. Marulli. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Misasi, Marulli, Sbordone, Gallo.

Il prof. Mario Donati, clinico chirurgo di Milano, ha tenuto il 21 maggio, la lezione inaugurale al Corso di Cultura medica indetto dall'Accademia delle Scienze di Ferrara. V'intervennero le autorità cittadine, politiche, militari, amministrative, delle professioni e delle arti, l'ambiente universitario, i clinici dell'Ospedale e degli Istituti cittadini, i medici della città, moltissimi della provincia, un eletto stuolo di studenti e una gentile rappresentanza dell'intellettualità femminile. L'O. ha svolto il tema « Odierne direttive in chirurgia », intrattenendosi sulla moderna concezione della chirurgia, non più semplice tecnica, ma vera scienza sperimentale, dominata da concetti funzionali e biologici.

Il prof. Gaetano Ronzoni, direttore dell'Istituto di Tisiologia di Milano, ha parlato, davanti ad un folto uditorio di personalità mediche e di studenti, della tubercolosi post-primaria, additando nuovi orizzonti per la diagnosi della tubercolosi polmonare nell'adulto, per rendere sempre più efficace la lotta antitubercolare, gloria del Regime.
Il direttore dell'Istituto A. De Giovanni, prof. Michele Landolfi, espresse, a nome di tutti, i sentimenti di vivo riconoscenza ed ammirazione verso l'insigne conferenziere, aprendo e chiudendo la bella cerimonia, tra fervide acclamazioni, con il saluto al Duce ed al Re Imperatore.

Si è organizzata a Firenze una Mostra dell'Africa Orientale, sotto gli auspicî dell'Istituto etnografico-antropologico dell'Università, col concorso del Comitato della Dante Alighieri.

È stato inaugurato a New York, il 12 aprile, il « Centro medico italiano », istituzione ospedaliera che può ricoverare 135 malati, fornita di laboratori e impianti modernissimi; occupa un edifizio a sette piani. Tutto vi è italiano o d'origine italiana: il personale, la cucina, le abitudini ecc. È diretta dal prof. Angelo L. Soresi. Avrà un proprio organo: « Bulletin of the Italian Medical Center » (per documentare l'attività dell'istituto, contribuire al progresso delle nostre conoscenze e facilitare gli scambi di cognizioni tra medici italiani e nord-americani); un comitato organizzerà riunioni e convegni; un altro organizzerà viaggi di studi. Nel Centro troverà posto una esposizione permanente.

Si è inaugurato a Padova il Centro di assistenza sanitaria delle Tre Venezie, fondato dall'Istituto nazionale delle assicurazioni. Ha sede nel palazzo del Consiglio dell'Economia. Dopo la benedizione impartita da mons. Carmignolo hanno parlato il dott. Ignazio Giordano, l'avv. Romanelli e il Prefetto.

Il prof. Nicola Pane, emerito della R. Università di Napoli, ove già fu titolare della cattedra di batteriologia, ha legato lire 30.000 a quella Facoltà medica, perchè la rendita ne sia periodicamente assegnata in premio a studiosi di batteriologia.

La Fondazione Rockefeller ha donato 20.000 dollari all'Università di Leida (Olanda), per una ricerca della durata di 5 anni nel campo della psichiatria infantile. La ricerca sarà diretta da D. Wiersma; vi coopereranno gl'istituti di psichiatria, pediatria, igiene sociale e la Facoltà di diritto.

Si è inaugurato a Bahia-Blanca, a 600 km. da Buenos Aires, un dispensario anticanceroso, che funzionerà alle dipendenze dell'Istituto di medicina sperimentale di Buenos Aires, diretto dal prof. A. H. Roffo.

La Società internazionale di radiobiologia ha ricevuto dal prof. Marinesco, dell'Università di Bucarest, la somma di L. 100.000 raccolte mediante sottoscrizione e destinate all'erigendo Istituto centrale di radiobiologia in Venezia.

Si è tenuto a Parigi, il 24 maggio, nel teatro nazionale dell'« Opéra Comique », uno spettacolo di gala a favore delle opere assistenziali italiane. V'intervennero il Presidente della Repubblica, l'Ambasciatore d'Italia e le loro Signore; la sala era gremita di pubblico elegantissimo. La « Tosca » riportò un grande successo; tra gl'interpreti era il tenore Lauri Volpi.

Un corso d'igiene urbana e di difesa contro i gas di guerra è stato organizzato alla Facoltà medica di Parigi dal 15 giugno al 3 luglio, per il personale sanitario destinato a proteggere la popolazione civile contro gli attacchi aerei: medici, farmacisti, infermieri, funzionari di sanità, assistenti del « Dovere nazionale ». È diretto dal prof. Tanon, direttore dell'Istituto d'igiene dell'Università di Parigi.

Si è celebrato, a Vienna ed a Parigi, l'80° compleanno del prof. Sigmund Freud, fondatore della psicanalisi. Il Freud nacque a Freiberg, oggi nella Cecoslovacchia, il 6 maggio 1856.

Si è compiuto un ventennio dalla morte, in un ospedale militare di Vienna, del prof. Giulio Ascoli, figura nobilissima di medico, scienziato, pensatore, che all'ardente amore di patria sacrificò stoicamente la vita. La sua figura è rievocata dal prof. E. Veratti nel « Popolo d'Italia » del 23 maggio.

Il fascicolo di maggio della « Revista Española de Medicina y Cirugía » reca un articolo di P. Farreras, su Cesare Lombroso.

A Bruxelles un giudice istruttore, recatosi all'Ospedale Brugmann, in un Servizio di chirurgia, si è valso della cartella clinica di una ricoverata, malgrado le proteste del corpo medico. Il Collegio dei Medici di Bruxelles ha pubblicato una vibrata protesta contro tale violazione del segreto professionale medico ed ha chiesto al ministro della giustizia di adottare delle misure, affinchè fatti simili non abbiano più ad avverarsi.

« L'Avvenire Sanitario » ha organizzato una gita a Budapest e Vienna nella 1ª decade di settembre; quota individuale L. 975 (volendo effettuare il percorso ferroviario in 1ª classe, aggiunta di L. 160). Rivolgersi al periodico predetto, corso Porta Nuova 34, Milano.

Un piccolo episodio epidemico di tossiinfezioni alimentari si è avuto a Valeggio sul Mincio (Verona), per consumo di salamini.

In seguito allo scontro di due aeroplani nel cielo di Amburgo, il 28 maggio, uno di essi precipitava in fiamme sul tetto di un ospedale, sfondandolo e cadendo nella sala da pranzo degli assistenti, ove erano riunite una decina di persone e provocando un incendio.

Il pilota ed il suo compagno, come pure tre delle persone presenti nel locale, hanno trovato la morte fra le fiamme, prima che i pompieri subito accorsi potessero avere ragione dell'incendio. Altre cinque persone sono rimaste ferite: due di esse gravemente.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 27 aprile al 3 maggio 1936: Morbillo 343 (1749); Scarlattina 117 (237); Pertosse 195 (759) Varicella 133 (346); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 140 (224); Infezioni paratifiche 30 (37); Febbre ondulante 67 (95); Dissenteria 3 (3); Difterite e croup 208 (383); Meningite cerebro-spinale epidemica 17 (20); Poliomielite anteriore acuta 24 (29); Encefalite letargica 5 (5); Anchilostomiasi 8 (17); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 55 (73), dichiarata — (—); Pustola maligna 10 (10); Parotite epidemica 117 (280); Leishmaniosi 4 (4); Febbre puerperale 23 (25).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 15 Giugno 1936 - XIV — Num. 24

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

Clinica Medica Generale della R. Università di Palermo
diretta dal prof. MAURIZIO ASCOLI.

Insulinoresistenza e irradiazioni Röntgen della regione ipofisaria.

Dott. L. CANNAVÒ, aiuto e lib. docente.

La massima parte delle iperglicemie diabetiche sono influenzabili dall'insulina, la cui somministrazione per via parenterale abbassa per alcune ore il tasso glicemico patologicamente elevato: sono assai rari pertanto i casi nei quali l'ormone insulo-pancreatico, somministrato anche a dosi elevate, riesca inefficace sulla glicemia e la glicosuria. Tali casi, ai quali fin dall'inizio dell'era insulinica fu dato il nome di insulinoresistenti, segnalati fin dai primi tentativi di cura insulinica del diabete, sono stati variamente interpretati e la loro genesi è tuttavia poco chiara.

L'insulinoresistenza dev'essere anzitutto distinta dal fabbisogno di forti quantità di insulina: vi sono diabetici nei quali le turbe metaboliche sono così profonde e di tale entità, da richiedere, per essere fronteggiate, notevoli quantità di insulina; si tratta di solito di gravi diabeti giovanili, nei quali la increzione insulare è profondamente diminuita e lo sbilancio metabolico che ne risulta può essere equilibrato solo da forti dosi di ormone insulopancreatico. In questi casi però, se la somministrazione di piccole quantità di insulina non è sufficiente a spostare il tasso glicemico a digiuno, o lo sposta di assai poco, è sufficiente aumentare la dose per ottenere una curva glicemica che attesta una sufficiente sensibilità all'insulina.

A che cosa è dovuta l'insulinoresistenza? Serio, che nella nostra clinica studiò anni or sono un diabete insulinoresistente, trasformatosi in seguito a somministrazione di antitiroidina Moebius in diabete normoglicemico, ne

distingue una forma occasionale da infezione intercorrente (caso tipico dell'affezione suppurativa), in cui il periodo di resistenza dura fin quando dura la complicanza, per cedere bruscamente cessata la causa determinante, ed una permanente od abituale, appannaggio di alcune forme di diabete pluriglandulare (diabete per controregolazione di Falta). In quest'ultima forma, la resistenza all'ormone insulare sarebbe dovuta sopratutto ad una iperattività di quegli organi che normalmente esplicano azione antagonista al pancreas insulare.

La prima forma è relativamente più comune che la seconda ed ordinariamente più assoluta. In casi del genere infatti, sono state iniettate, senza che si notasse sensibile abbassamento del tasso glicemico, dosi veramente colossali (800-1000 unità cliniche) di insulina, tre o quattro volte cioè più che la quantità che ordinariamente si ammette la ghiandola insulopancreatica versi nel sangue quotidianamente in un soggetto normale.

Un caso, che può essere ritenuto paradigmatico di tale evenienza, è il seguente, osservato nella nostra clinica:

OSSERVAZIONE I. — M. Carmela, di anni 60, casalinga, da Joppolo Giancaxio (Agrigento).

Nel settembre 1932, tumore (sarcoma?), al 5° dito del piede destro, per cui le fu praticata l'ablazione del dito; tre mesi dopo, si accorgeva della comparsa, sulla faccia latero-esterna della coscia destra, di una tumefazione dura, ovoidale, che andò rapidamente crescendo, sì da raggiungere in breve tempo le dimensioni di una noce. Asportato chirurgicamente il tumore, dopo qualche mese di apparente benessere, si ebbe riproduzione di esso sulla cicatrice, con rapida evoluzione.

Entra in clinica nel dicembre 1933 per subire un tentativo di röntgenterapia.

È una donna robusta, in buone condizioni generali. Sulla superficie laterale della coscia destra, all'unione del terzo superiore col terzo medio, si nota una tumefazione del volume di una grossa arancia, a limiti indistinti, a superficie irregolare, disseminata di grossi bernoccoli di grandezza variabile da quella di una nocciuola a quella di una noce, di consistenza duro-lignea, aderente sia alla cute che agli strati profondi, ricoperta da cute cianotica.

Ben presto viene iniziato il trattamento con onda ultra corte (γ = 4 m.) associate a raggi Röntgen. Durante questo trattamento, improvvisamente compare una violenta sintomatologia diabetica: le urine, che fino a pochi giorni prima erano emesse in quantità normale e libere di glucosio e di corpi acetonici, aumentano rapidamente a 3-4 litri nelle 24 ore e contengono glucosio (35-50 ‰) e corpi acetonici. La tumefazione si ulcera rapidamente e, non ostante l'asepsi più scrupolosa, comincia a essudare liquame sanioso, mentre le ulcerazioni si estendono a larga parte della coscia. La glicemia a digiuno è di mg. 365 %.

Le riduzioni dietetiche non influiscono sull'andamento dei fatti morbosi; l'insulina somministrata a dosi crescenti (dapprima 50 u. cl. al giorno, poi 80, poi 100, poi 150, poi 200, 300, 400, 450, 500) è del tutto inefficace.

Una curva glicemica eseguita nel febbraio 1934, dà:

Tasso glicemico iniziale, mg. 368 %; ½ ora dopo l'iniezione sottocutanea di 50 u. cl. di insulina, glicemia, mg. 372 %; 1 ora dopo l'iniezione sottocutanea di 50 u. cl. di insulina, glicemia, mg. 380 %; 2 ore dopo l'iniezione sottocutanea di 50 u. cl. di insulina, glicemia, 368 %; 3 ore dopo l'iniezione di 50 u. cl. di insulina, glicemia mg. 368 %.

Ed otto giorni dopo, iniettando a digiuno ben 100 u. cl. di insulina, si ha:

Glicemia iniziale mg. 396 %; ½ ora dopo mg. 388; 1 ora dopo mg. 388; 2 ore dopo mg. 402; 3 ore dopo mg. 406.

In breve, occorsero ben 850 u. cl. di insulina al giorno, per far scomparire la glicosuria, mentre la glicemia si manteneva superiore ai mg. 250 % e si aveva chetonuria imponente. Non ostante le cure istituite, le condizioni generali dell'inferma si aggravano ulteriormente, si ha nuovo aumento del tasso glicemico (oltre i mg. 400 %) e ricomparsa della glicosuria; si aumenta l'insulina fino a u. cl. 1050 al giorno, senza riuscire ad influire in alcun modo sui fenomeni morbosi. Per l'avvenuta chiusura delle sale cliniche, l'inferma fu poi trasferita in reparto ospedaliero, ove, ci risulta, morì dopo pochi giorni.

Il caso soprariferito, è veramente paradigmatico per una insulino-resistenza settica. L'effetto dell'insulina in questa inferma era praticamente nullo, anche a dosi colossali, rappresentanti il triplo o il quadruplo della quantità di ormone insulare che il pancreas umano si ammette secerna nelle 24 ore.

Non era possibile pertanto, nel caso in ispecie ammettere un deficit insulare, per grave che potesse essere, e bisognava invece riferire l'irriducibile iperglicemia ad eccesso di sostanze (ormoni?) antiinsulari iperglicemizzanti, che non solo assorbivano tutta intera l'increzione insulo-pancreatica, ma anche la enorme quantità di insulina somministrata.

La resistenza a così notevole quantità di insulina, è veramente eccezionale, ed è perciò che abbiamo voluto segnalarla. Joslin ricorda un caso, in cui il diabete, assai poco sensibile all'insulina, fu dominato solo temporaneamente dall'uso di colossali quantità di essa; l'infermo morì in coma; all'autopsia fu riscontrata una cirrosi epatica con un certo grado di fibrosi del pancreas. E pochi altri casi simili vengono riferiti da altri AA. (Rabinovitch, Chabrol ed Hebert, ecc.).

***

Un'altra categoria di insulino-resistenza, è data da quei diabetici nei quali l'inefficacia dell'insulina sulla glicemia, e la glicosuria, non è legata a determinati periodi della malattia ed a determinate circostanze cliniche, ma è continua e fa parte, direi, del quadro clinico

abituale. In queste forme morbose particolari, a sfondo endocrino più o meno complesso, la resistenza all'ormone insulare può essere più o meno completa e togliere al medico la possibilità terapeutica di migliorare le condizioni generali dell'infermo regolarizzando il suo ricambio, mediante una opportuna insulinizzazione.

I casi segnalati dai vari AA., si riferiscono a quadri clinici di diabete endocrino, prevalentemente o totalmente extrapancreatico, diversi però l'uno dall'altro, sì da far ritenere che la insulinoresistenza non sia appannaggio di una peculiare varietà morbosa di diabete, ma possa — per circostanze che tuttavia sfuggono alla nostra osservazione — presentarsi in forme cliniche di diabete spesso profondamente diverse.

Così, è stata segnalata scarsa efficacia dell'insulina in diabeti associati a morbo di Flaiani-Basedow, i quali ordinariamente invece rispondono bene all'insulino-terapia (Charvat, Pollak), nel diabete acromegalico (Pastherny e Malher, v. Jaksch, Colwell) che anch'esso di regola è insulino-sensibile, come anche noi abbiamo potuto rilevare nei nostri casi, in un caso di diabete che cedette invece all'uso della follicolina (Carnot, Terris e Caroli), nei diabeti in cui è rilevabile una componente iperadrenalinica (Falta e collaboratori), nei diabeti associati a gravi nefropatie (Poyales), in alcuni diabeti arteriosclerotici (Umber).

Labbé, ritiene l'insulinoresistenza vera come fenomeno rarissimo e pensa che in alquanti dei casi descritti non si possa parlare di una vera resistenza all'ormone insulare del pancreas; la vera resistenza all'insulina, può presentarsi sia in diabeti insulari che in diabeti extrainsulari; quando si presenta nei primi è di solito più completa e persistente.

*
**

Un caso che ci sembra degno di interesse, sia per la resistenza vera a quantità anche forti di insulina, che per la caduta dell'insensibilità all'insulina dopo irradiazioni Röntgen della regione ipofisaria, è capitato di recente nella nostra clinica. Riteniamo pertanto utile riferirlo nelle sue linee fondamentali:

OSSERVAZIONE II. — L. Ernesto, di anni 56, impiegato privato, da Palermo. La madre fu affetta da diabete mellito e morì in tarda età dopo molti anni di malattia, per affezione acuta intercorrente (broncopolmonite); una sorella, tuttavia vivente, è diabetica da circa dieci anni.

Nell'anamnesi remota dell'infermo, nulla di rilevante prima dell'affezione attuale: blenorragia a 20 anni, qualche raffreddore invernale. Ha condotto vita tranquilla, in modesta agiatezza, si è alimentato normalmente. Sposato da circa 30 anni, ha cinque figli vivi e robusti; la moglie è apparentemente sana.

L'attuale malattia risale a 7 anni fa, con fenomenologia imponente (poliuria di 4-6 litri, polidipsia, rapido dimagramento e decadimento delle forze) che cedette però in un primo periodo (per circa due anni) alla riduzione degli apporti alimentari idrocarbonati; dopo due anni di malattia, nuovo periodo evolutivo con ulteriore abbassamento della tolleranza per i carboidrati; un medico, allora consultato, consigliò una dieta assai povera di sostanze idrocarbonate e l'uso di insulina (50 unità al giorno, in due volte); pare che in un primo tempo l'infermo abbia ricavato qualche vantaggio da questa terapia; però dichiara di non essere mai stato completamente aglicosurico. Da oltre un anno, la glicosuria è andata aumentando così pure la quantità delle urine; si sono accentuati l'astenia ed il dimagramento; da circa tre mesi abbassamento progressivo del visus. L'insulina è stata portata da oltre un mese a 100 unità al giorno, senza vantaggio; anzi l'infermo narra di essersi più volte accorto come la quantità delle urine e la percentuale della glicosuria non variassero, sia che egli facesse o che non facesse le sue iniezioni di insulina.

Si presenta al dispensario antidiabetico della nostra clinica il 15 novembre 1935.

È un normosomico, in condizioni generali di nutrizione scadenti. Alito intensamente acetonico. Facies ansiosa e sofferente. Cute arida, sollevabile in larghe pliche per scarsezza del sottocutaneo; ipotrofia delle masse muscolari del tronco e degli arti. Nulla di notevole allo scheletro ed alle articolazioni. Nulla di notevole agli organi del torace e dell'addome. A carico del sistema nervoso, si nota solo intorpidimento dei riflessi tendinei e periostei. A carico degli organi visivi, cataratta incipiente in 00. Pressione arteriosa 135/85 (Vaquez).

Reaz. Wassermann, Citochol, Meinicke II, negative. Gl. rossi 3.800.000, gl. bianchi 6000, piastrine 285.000; vol. glob. 0,8; formula leucocitaria normale. Glicemia a digiuno, mg. 282 %; chetonemia; fraz. A mg. 15,4; fraz. B mg. 26,2, totale mg. 41,6 %.

N residuo del siero, mg. 36,5 %, calcemia mg. 9,7 %, magnesiemia mg. 3,30 %, fosfatemia mg. 3,10 % (in P inorganico).

Urine: 3 litri e mezzo nelle 24 ore, pallide, limpide, contenenti tracce di albumina, glucosio (gr. 40 ‰) e corpi acetonici (in media c. a. totali, titolati secondo Lublin, gr. 3,5 ‰).

Esame radiologico del cranio: Sella rotondeggiante, ingrandita; dorsum decalcificato; apofisi clinoidee poco sviluppate, introitus ampio. Campo sellare di trasparenza normale. Seni, sfenoidale, frontali e mascellari, molto sviluppati e trasparenti. Notevole inspessimento dell'osso occipitale. Assenza di segni di ipertensione endocranica.

* * *

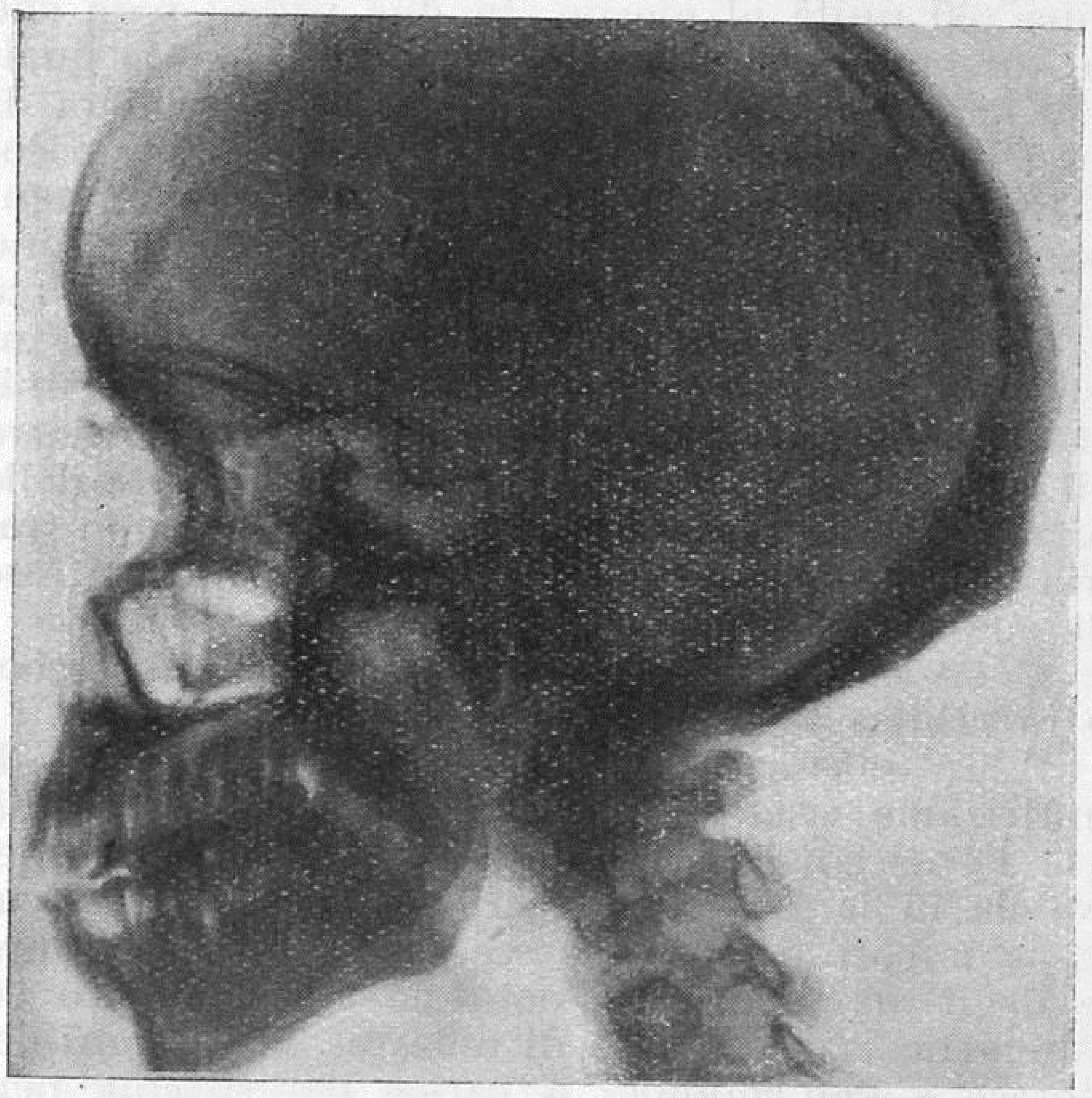
Per verificare l'asserto della inefficacia dell'insulina sul tasso glicemico e sui fenomeni morbosi dell'infermo, si praticano le seguenti curve glicemiche da insulina:

1ª prova: tasso glicemico iniziale, mg. 316 %; mezz'ora dopo l'iniez. sottocutanea di 25 u. cl. di insulina, mg. 304 %; 1 ora dopo l'iniez. sottocuta-

nea di 25 u. cl. di insulina, mg. 304 %; 2 ore dopo l'iniez. sottocutanea di 25 u. cl. di insulina, mg. 296 %; 3 ore dopo l'iniez. sottocutanea di 25 u. cl. di insulina, mg. 308 %.

2ª prova: tasso glicemico iniziale, mg. 314 %; 1/2 ora dopo l'iniez. sottocutanea di 35 u. cl. di insulina, mg. 311 %; 1 ora dopo l'iniez. sottocutanea di 35 u. cl. di insulina, mg. 286; 2 ore dopo l'iniez. sottocutanea di 35 u. cl. di insulina, mg. 278; 3 ore dopo l'iniez. sottocutanea di 35 u. cl. di insulina, mg. 278.

3ª prova: tasso glicemico iniziale, mg. 360 %; 1/2 ora dopo l'iniez. sottocutanea di 50 u. cl. di insulina, glicemia mg. 344 %; 1 ora dopo l'iniez. sottocutanea di 50 u. cl. di insulina, glicemia



mg. 340 %; 2 ore dopo l'iniez. sottocutanea di 50 u. cl. di insulina, glicemia mg. 352 %.

La sensibilità a dosi anche elevate di insulina poteva quindi considerarsi bassissima, anzi, praticamente nulla.

Per riprova, lasciando invariata la dieta, si sospende la somministrazione di insulina, senza che i fenomeni morbosi subiscano una notevole variazione subbiettiva ed obbiettiva; anzi, una lieve succulenza del sottocutaneo, più rilevabile alle regioni malleolari ed a quelle sotto-orbitarie e probabilmente dovuta all'azione edematogena delle forti quantità di insulina somministrate (a carico del cuore non ci era stato dato rilevare alcun fatto morboso nè clinicamente nè radiologicamente nè elettrocardiograficamente ed anche il rene sembrava relativamente integro, presentando solo i segni di una modesta nefropatia diabetica), scomparve in breve tempo.

Nella speranza di influire sulla insulino-resistenza, si inizia la roentgenterapia della regione ipofisaria, che viene praticata con le caratteristiche seguenti. SE = cm. 35; I = 2 MA; DF = cm. 23; somministrazione alterna attraverso due campi temporali di mm. 6×8; filtri di mm. 1/2 Cu + Al; dose in profondità = 550 r., frazionati in 6 volte.

Già dopo la terza irradiazione l'infermo asserisce di sentirsi migliorato: l'astenia, le cefalee, i fosfeni, sono molto diminuiti. La quantità delle urine è però tuttavia invariata ed invariate sono del pari la glicosuria e la chetonuria; la glicemia a digiuno è di mg. 291 %. Completato il ciclo di sei irradiazioni, si ripete la curva glicemica da insulina, ottenendo i risultati seguenti:

Tasso glicemico iniziale, mg. 332 %; 1/2 ora dopo l'iniez. sottocutanea di 20 u. cl. di insulina, glicemia mg. 291 %; un'ora dopo l'iniez. sottocutanea di 20 u. cl. di insulina, glicemia mg. 214 %; un'ora e mezzo dopo l'iniez. sottocutanea di 20 u. cl. di insulina, glicemia mg. 178; due ore dopo l'iniez. sottocutanea di 20 u. cl. di insulina, glicemia mg. 214.

La sensibilità all'insulina era pertanto tornata alla norma.

Mantenendo costante la dieta, si somministrano allora 40 u. cl. di insulina, in due iniezioni di 20 unità ciascuna, ai due pasti principali: i risultati ottenuti sono buoni, in quanto la glicosuria e la chetonuria cedono rapidamente fino a scomparire; il tasso glicemico si abbassa anche esso, oscillando tra mg. 150 e mg. 200 %; le condizioni generali rifioriscono. Da allora, la sensibilità all'insulina si è mantenuta normale e l'inf. ha potuto quindi essere regolarmente curato.

* * *

In quale categoria di diabeti poteva venir catalogato quello presentato dal nostro infermo? Ed a quale causa poi poteva venire attribuita l'insulinoresistenza? Ed infine, attraverso quale meccanismo avevano agito le irradiazioni Röntgen che avevano riportato alla norma la sensibilità all'insulina? Erano questi i quesiti che il caso offriva.

L'eredità diretta, l'età in cui insorsero i primi sintomi, le relativamente buone condizioni mantenute per molti anni con il solo ausilio di una moderata restrizione dietetica, l'assenza di ogni segno che parlasse per una delle affezioni che sogliono dare origine ad un diabete postinfettivo, facevano inquadrare il diabete del nostro paziente nei diabeti ereditari e familiari, in quei diabetici cioè nei quali l'alterazione del ricambio è da riferire ad una labilità ereditaria costituzionale dell'equilibrio glicoregolatore, per cui la predominanza delle componenti ormoniche iperglicemizzanti su quelle agenti in senso contrario, finisce per

provocare iperglicemia e glicosuria. Ma se era facile una catalogazione generica del diabete presentato dal nostro infermo, poco agevole invece riusciva individuare le principali almeno tra le componenti endocrine generatrici della forma morbosa lamentata: mancavano infatti a prima vista segni netti, fisici o biochimici, che permettessero di individuare la predominanza dell'una piuttosto che dell'altra ghiandola endocrina.

Ad un esame attento però, l'assenza di ipertensione, di iperglobulia, di alterazioni scheletriche, facevano eliminare l'ipotesi di un diabete ipertonico (da iperbasofilismo preipofisario o da iper-preipofiso-surrenalismo) e qualche segno, quale lo sfoltimento della metà esterna del sopracciglio, l'iperidrosi della palma delle mani e delle piante dei piedi, denunziavano un interessamento tiroideo; il diabete, d'altra parte, non poteva dirsi tiroideo puro, ma era piuttosto da interpretare come ipofiso-tiroideo: infatti mancava ogni segno per una tireopatia sensu strictiori, sia a tipo basedowiforme che a tipo colloideo-degenerativo (fra l'altro, il metabolismo basale, misurato con l'apparecchio di Benedict, era normale) e l'ingrandimento della sella, qualche nota acromegaloide nello scheletro cranico (ingrandimento dei seni, iperostosi dell'occipitale), denunziavano la componente ipofisaria.

L'interessamento tiroideo avrebbe potuto forse essere invocato per giustificare l'insulinoresistenza, facendo presentare una singolare analogia a questo nostro infermo con l'inf. ricordato nella memoria di Serio, che presentava anch'esso segni di alterata funzionalità tiroidea.

Per quale meccanismo l'irradiazione della regione ipofisaria rese all'infermo la sua normale sensibilità all'insulina? L'insulinoresistenza, come è noto, non è suscettibile, allo stato attuale delle nostre conoscenze, di una netta spiegazione; Monasterio, che in un recente pregevole studio sperimentale ha passato in rassegna tutte le cause cui volta a volta è stato attribuito l'interessante fenomeno, conclude le sue ricerche confermando l'oscurità della sua genesi. Secondo questo A., la resistenza all'insulina non è da imputarsi ai fermenti proteolitici (tripsina o pepsina) presenti nel sangue o nei tessuti, nè all'azione antagonista di ormoni tiroidei o ipofisari; l'ormone midollo-surrenale può essere solo sospettato come causa di diminuita efficacia dell'insulina: non vi sono però prove sufficienti per poterne affermare con sicurezza l'azione antiinsulinica, così come non è neppure dimostrabile alcuna azione inibente sull'insulina da parte dei batteri o per opera dell'acidosi.

Nel nostro caso, l'effetto favorevole dell'irradiazione Röntgen avrebbe potuto far supporre che detta influenza si fosse svolta mediante una azione inibente sulla increzione di ormone preipofisario tireotropo, il che avrebbe portato ad identificare in questo ormone la causa della insulinoresistenza. Per acclarare questo fatto, facemmo un'ultima prova, iniettando contemporaneamente all'insulina, dell'ormone tireotropo; ove si fosse caduti nel vero, l'ormone tireotropo avrebbe dovuto — esercitando azione anti insulinica — ripristinare per breve ora la insulinoresistenza. I risultati della prova furono:

Tasso glicemico iniziale, mg. 267 %.

Si pratica nel sottocutaneo della regione glutea destra, una iniezione di 25 u. cl. di insulina; subito dopo, con altra siringa, si inietta nel sottocutaneo della regione glutea sinistra, con altra siringa, una fiala. di ormone tireotropo Schering, corrispondente a centigr. 3 = 600 unità-topo.

Mezz'ora dopo la doppia iniezione, glicemia mg. 218 %; 1 ora dopo la doppia iniezione, glicemia mg. 176 %; 1 ora e mezzo dopo la doppia iniezione, glicemia mg. 152 %; due ore dopo la doppia iniezione, glicemia mg. 160 %.

Pertanto, la contemporanea iniezione di ormone tireotropo non aveva modificato per nulla la curva glicemica da insulina.

***

Non ci restava quindi che prendere atto della variazione della sensibilità all'insulina ottenuta nel nostro infermo per effetto delle irradiazioni Roentgen, senza chiarire attraverso quale meccanismo il fenomeno si era verificato.

Analogamente Merle, che riferisce di un caso consimile, occorso in una giovane donna in cui si notava un diabete di insulinoresistenza paragonabile a quella osservata nel nostro caso e cessata anch'essa dopo roentgenizzazione della regione ipofisaria, nel mentre nota la favorevole azione esplicata dai raggi X, si limita a rilevare il fatto, senza particolari commenti e pensa solo che forse, anche in diabeti normalmente sensibili all'insulina, la irradiazione ipofisaria possa riuscire coadiuvante della insulinoterapia. Ed ugualmente si comportano Pieri e Sarradon in un caso consimile.

Nel nostro caso ciò non può dirsi, poichè il cessare dell'insulino-resistenza non si accompagnò ad un miglioramento del diabete, che continuò con la medesima gravità di prima, frenato però dalla cura insulino-dietetica. Stando ai risultati di nostre ricerche iniziate

da tempo e che saranno rese note per esteso tra breve, l'azione adiuvante dei raggi roentgen può essere ritenuta solo limitata ad alcune categorie di diabeti, nelle quali può essere messo in evidenza un iperprepituitarismo.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce di due casi clinici di diabete mellito, decorrenti con netta resistenza all'insulina; nel secondo di essi la resistenza all'ormone insulo-pancreatico cessò dopo un ciclo di irradiazioni roentgen sulla regione ipofisaria.

LETTERATURA.

N. B.: Si riferiscono solo i lavori più importanti intorno all'argomento trattato. In essi è riferita abbondante bibliografia.

BOSCHI. Policlinico, Sez. Pratica, 1930.
CANNAVÒ. *Il diabete ipofisario*. Monografia. Ediz. Fisiologia e Medicina, Roma, 1936.
ID. La clinica, anno I, n. 4, giugno 1935.
CARNOT, TERRIS e CAROLI. Bull. Mém. Soc. Méd. Hop., Paris, 11-5-1928.
CHABROL e HEBERT. Paris Méd., 1925, 16 maggio.
FALTA. Kl. Wo., 1924, p. 1315.
FALTA e BOLLER. Wien. Klin. Woch., 27 feb. 1931.
V. JAKSCH. Münch. Med. Wo., 1925, p. 273.
JOSLIN. *The Treatment of Diabetes Mellitus*, London, Kimpton edit., 1928.
LABBÉ. *Leçons cliniques sur le diabète*. Paris, Masson edit., 1932.
MERLE. Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, seduta dell'11-1-1935.
MONASTERIO. Arch. Patol. e Clinica Medica, XIII, marzo 1934.
ID. Clinica Medica Italiana, 1934, n. 1.
PIERI e SARRADON. Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1935, p. 1579.
POLLAK. Wien. Klin. Woch., 1925, 16 gennaio.
PONTICACCIA e JONATA. Fisiologia e Medicina, 1932.
RABINOWITCH. Cand. Med. Ass. Journ., giugno 1924.
SERIO. Riforma medica, 1932, n. 22.
UMBER e ROSENBERG. Klin. Woch., 1925, 583.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
OSPEDALE DEL LITTORIO - Padiglione FLAIANI
Primario Chirurgo: Prof. A. CHIASSERINI

Voluminoso pancreas accessorio nelle pareti di un diverticolo duodenale.

Dott. LIBERO UGELLI, assistente.

Illustriamo brevemente un caso di pancreas accessorio rinvenuto in corrispondenza della prima porzione del duodeno di un paziente operato di resezione gastro duodenale per doppia ulcera duodenale.

In un nostro precedente lavoro (I pancreas accessori e loro importanza chirurgica - *Policlinico*, sezione chirurgica, agosto 1934) ci siamo già occupati dello studio di queste interessanti formazioni. In questo lavoro noi avevamo raccolto nella letteratura, fino a tutto il 1933, 106 casi di pancreas accessori rinvenuti al tavolo operatorio come reperto unico o insieme con altre lesioni. A questi 106 casi aggiungevamo 5 osservazioni personali.

Dopo aver esposto in base al materiale raccolto l'anatomia patologica e la clinica dell'affezione, concludevamo affermando che il pancreas accessorio non deve essere considerato come una semplice rarità anatomica senza interesse pratico, ma che invece esso rappresenta una lesione frequente, capace di determinare sindromi morbose varie e complicazioni anche gravi e che merita quindi di essere tenuta presente e ben conosciuta dai chirurghi.

Nel 1934 si sono aggiunte numerose altre osservazioni di pancreas accessori rinvenuti al tavolo operatorio. Segnaliamo le seguenti:

1) HUNT e BONEESTEL: Pancreas accessorio contenuto in un diverticolo di Meckel.

2-3-4) KING e MAC CAILUM: Tre casi di pancreas accessori due dei quali determinanti una sintomatologia gastrica, il terzo coesistente con un'ulcera gastrica; asportati tutti chirurgicamente.

5) SICCA: pancreas accessorio a sede gastrica coesistente con un'ulcera duodenale.

6-7) BEST e BOWERS: due casi di pancreas accessorio della prima porzione del duodeno determinanti sintomi incerti di colecistite, appendicite e ulcera duodenale, asportati mediante pilorectomia anteriore.

8) CIGADA: pancreas accessorio della 1ª porzione del duodeno determinante una sindrome di ulcera iuxta-pilorica e asportato mediante resezione gastroduodenale.

9) CASTIGLIONI: pancreas accessorio della pri-

ma porzione del duodeno determinante una sindrome di ulcera duodenale, asportato mediante escissione sottomucosa.

10) PIGNATTI: pancreas accessorio della prima porzione del duodeno coesistente con una ulcera della piccola curva.

11) ROTOLO: pancreas aberrante localizzato nello spessore delle pareti di una cistifellea asportata per colecistite calcolosa (il terzo caso esistente nella letteratura).

Il caso che recentemente è caduto sotto la nostra osservazione merita di essere riportato per due ragioni: per il suo volume cospicuo e perchè esso aveva sede nello spessore della parete di un diverticolo duodenale.

Ecco in riassunto il caso:

B. U., anni 42, muratore.

Nulla di rilevante nel gentilizio. Forte bevitore e fumatore.

Ulceri multiple a 15 anni; nega altre malattie veneree.

Sposato a 26 anni: la moglie ha avuto 4 gravidanze a termine di cui una gemellare. Tre figli, compresi i due gemelli, sono morti in tenera età. Due figli godono buona salute.

Malaria a 23 anni durata circa 20 mesi.

Circa 10 anni or sono il paziente cominciò ad avvertire qualche ora dopo i pasti leggeri dolori all'epigastrio; in seguito comparve anche acidità e le digestioni diventarono difficili. Tali sintomi, con intervalli di benessere, sono perdurati fino ad oggi. Negli ultimi mesi, per alleviare i suoi disturbi, il paziente è costretto a provocarsi il vomito.

Da circa un anno il paziente è notevolmente dimagrito (circa 15 Kg.). L'appetito è conservato.

E. O. Condizioni generali di nutrizione piuttosto scadute. Stato di sanguificazione buono.

Apparato respiratorio: nulla di notevole.

Apparato circolatorio: nulla di notevole.

Addome: di forma e volume normale, trattabile, indolente su tutti i punti. Netto rumore di guazzamento gastrico.

Organi ipocondriaci nei limiti.

Esame frazionato del succo gastrico: curva ascendente. Massima acidità totale: 82; massima acidità in HCl: 72. Residuo a digiuno: cc. 275. Sangue: +.

Esame radiologico dell'apparato digerente: stomaco ectasico con notevole quantità di liquido di ristagno. Peristalsi lobante non seguita da vuotamento alcuno. Alla sera ristagno di notevole quantità di pasto opaco nello stomaco.

Diagnosi: stenosi duodenale da ulcera.

Operazione: 3-1-1935 (prof. Chiasserini).

Anestesia rachidea novocainica preceduta da Dilaudid Scopolamina: buona.

Laparotomia paramediana destra superiore. Gastrectasia di altissimo grado. Periduodenite membranosa. Sulla faccia anteriore del duodeno si nota una zona cicatriziale con ispessimento della parete. Stenosi duodenale piuttosto accentuata. In corrispondenza della regione pilorica e della prima porzione del duodeno si osserva un nodulo della grandezza di una noce, a sede sottosierosa con la superficie granulosa, di colorito giallo rossastro, consistenza dura, che appare impiantato nella parete.

Resezione duodeno-piloro-gastrica; insieme con lo stomaco viene asportato il grosso nodulo che appare completamente separato dal pancreas e che viene interpretato come un pancreas accessorio. Anastomosi gastro-digiunale parziale inferiore secondo Polja-Hoffmeister.

Drenaggio tubulare della loggia sottoepatica attraverso controapertura. Sutura della parete.

Decorso post-operatorio normale. Guarigione.

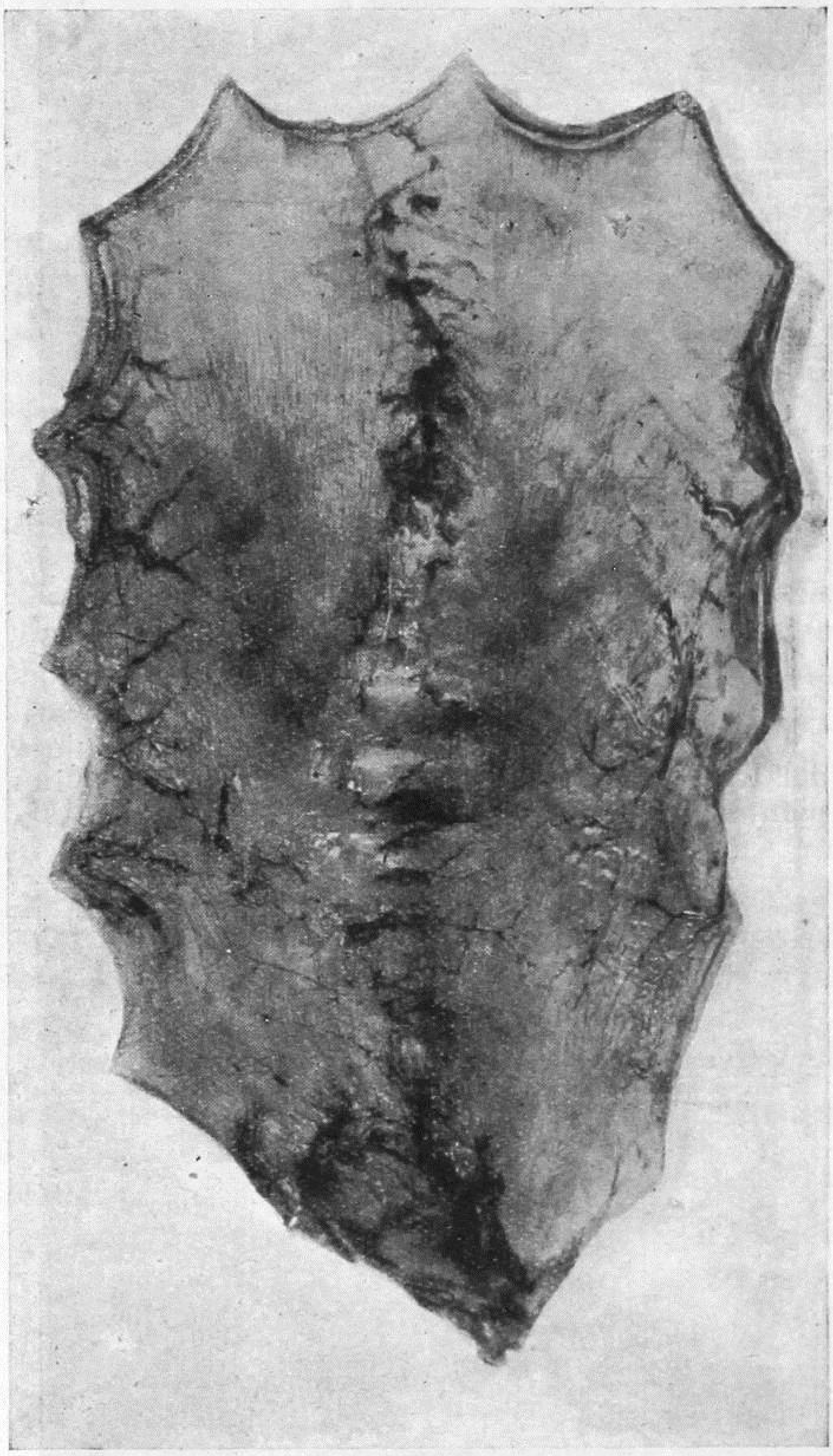


FIG. 1.

Il pezzo asportato misura cm. 25 sulla piccola curva e cm. 48 sulla grande ed è rappresentato per circa 2 cm. dal duodeno. In corrispondenza della prima porzione del duodeno, a un centimetro circa dall'anello pilorico si trovano due ulcerazioni di cui una sulla parete anteriore, l'altra sulla posteriore; quest'ultima ha i caratteri di un'ulcera callosa. Esiste una stenosi duodenale di alto grado. In corrispondenza della superficie sierosa del piloro e della prima porzione del duodeno si osserva un nodulo avente l'aspetto del tessuto pancreatico, a sede sottosierosa del volume di cm. 4 × 3 1/2 e dello spessore di cm. 1 1/2. Esso appare impiantato su di una formazione diverticolare della grandezza di una noce sviluppata a carico della prima porzione del duodeno.

La fig. 1 dimostra il pezzo di resezione, aperto in corrispondenza della piccola curvatura e disteso, veduto dalla faccia sierosa. In basso è bene visibile il grosso nodulo pancreatico.

La mucosa gastrica non presenta alterazioni macroscopicamente apprezzabili.

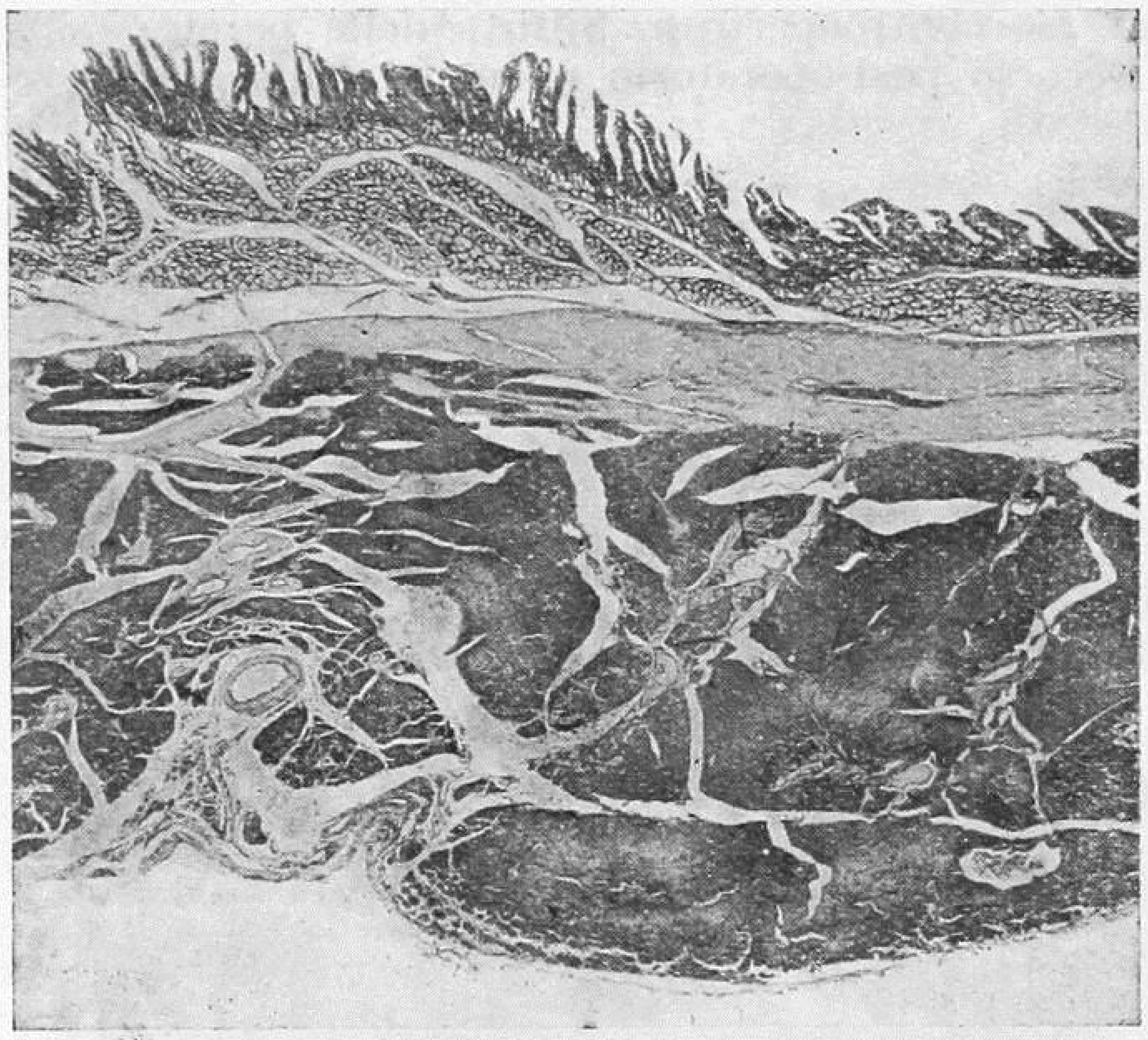


FIG. 2.

Viene praticato l'esame istologico del nodulo e del tratto di parete duodenale su cui esso si impianta.

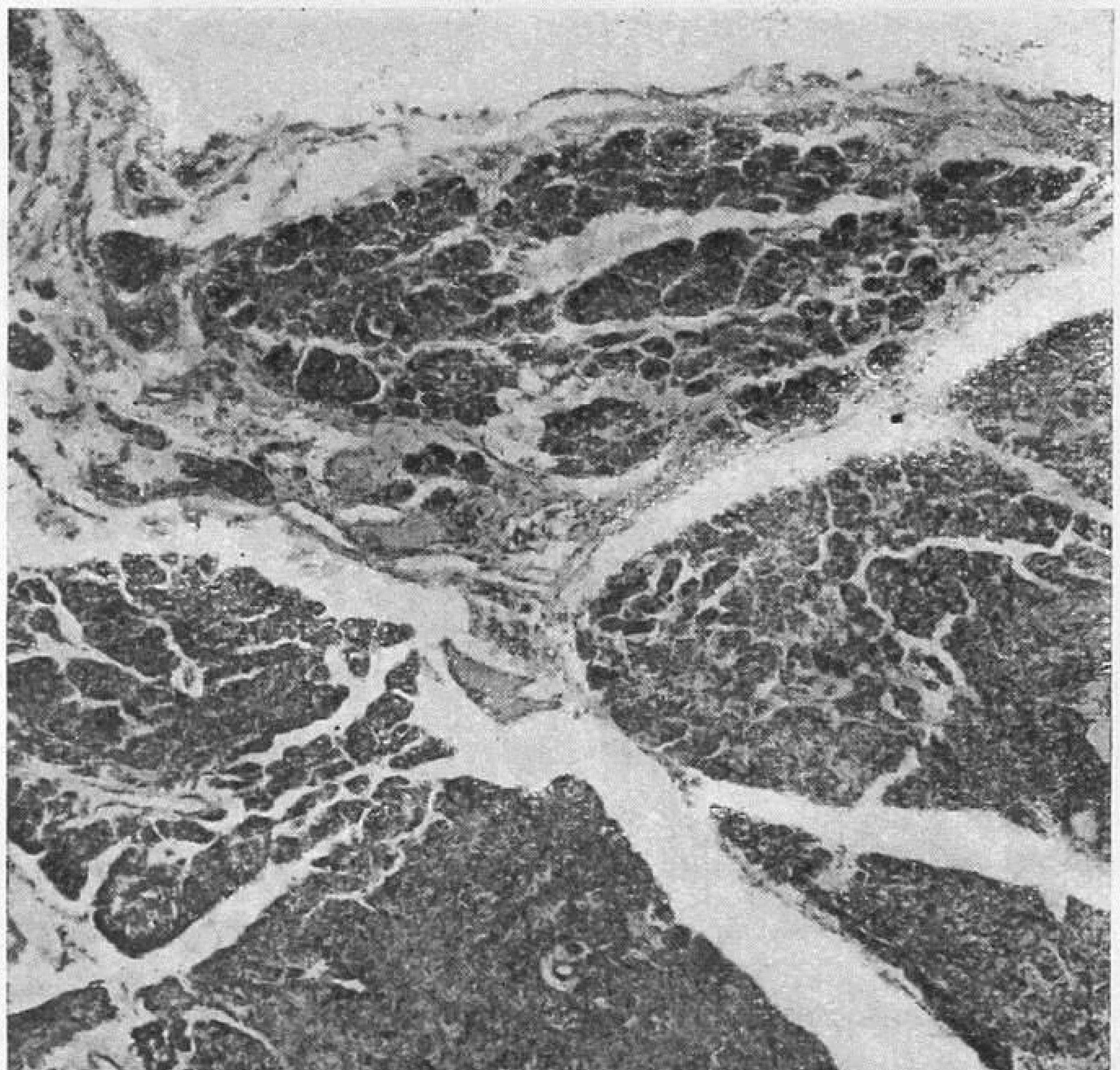


FIG. 3.

La microfotografia della fig. 2 dimostra in alto la mucosa duodenale normale. La tonaca muscolare appare invece assottigliata e in vari punti è dissociata e infiltrata da un tessuto ghiandolare che si spinge in basso fino alla sierosa e che, ad un ingrandimento maggiore (figg. 3 e 4), si dimostra come tessuto pancreatico tipico, con rari isolotti di Langerhans, numerosi dotti escretori e vasi.

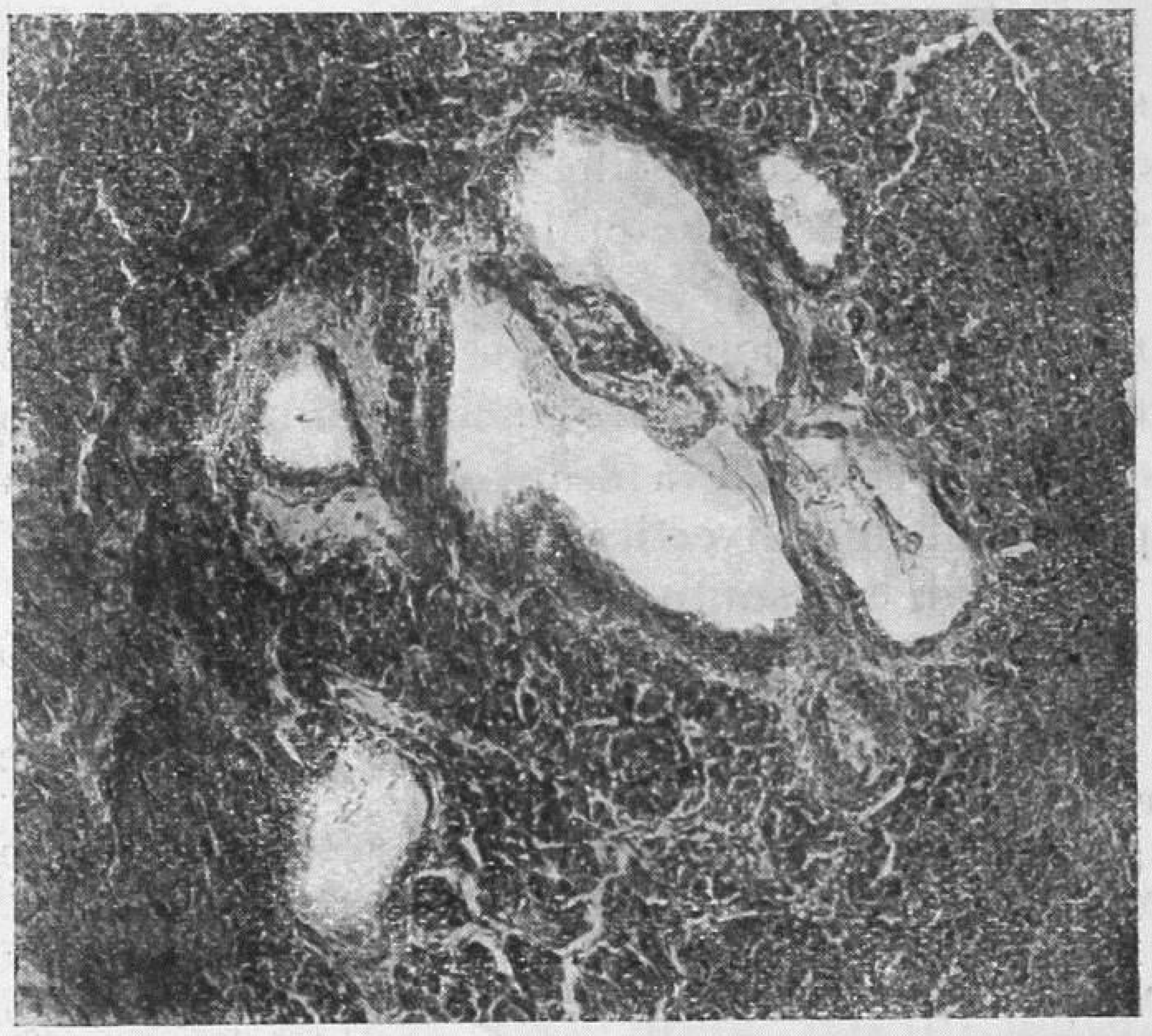


FIG. 4.

Questo caso, come abbiamo già detto, ci è sembrato meritevole di essere pubblicato, perchè con ogni probabilità rappresenta il pancreas accessorio più voluminoso che sia stato fino ad oggi descritto.

Infatti dall'esame dettagliato delle osservazioni da noi raccolte nel nostro precedente lavoro fino a tutto il 1933 ed all'esame di quelle più recenti pubblicate nel 1934 non ci risulta che i noduli di pancreas accessorio abbiano mai raggiunto le dimensioni del nostro, almeno nei casi per i quali sono state riportate le dimensioni esatte espresse in centimetri. Non credamo si possa tener conto dei casi nei quali il volume del pancreas accessorio è stato paragonato ad una noce, poichè queste indicazioni basate su paragoni sono grossolane e spesso inesatte.

Un altro dato che merita di essere segnalato nel nostro caso è che il nodulo pancreatico aveva determinato per l'assottigliamento e l'indebolimento della parete la formazione di un diverticolo della prima porzione del duodeno, fatto questo che del resto è stato notato già altre volte e sul quale hanno richiamato recentemente l'attenzione Horton e Mueller. Noteremo incidentalmente che Nauwerk ritiene che tutti i diverticoli dello stomaco siano l'espressione di un fenomeno atavico che si sviluppa sulla base di isole pancreatiche aberranti.

Qesta nostra osservazione, aggiunta ai 111 casi esistenti nella letteratura fino a tutto il

1933 e agli 11 pubblicati nel 1934 porta a 123 il numero totale dei casi di pancreas accessorio rinvenuti al tavolo operatorio fino ad oggi.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver aggiornato la letteratura sui pancreas accessori, descrive un caso di pancreas accessorio di considerevole volume rinvenuto in corrispondenza della prima porzione del duodeno durante una resezione per ulcera, e che aveva determinato la formazione di un diverticolo duodenale.

Marzo, 1935.

BIBLIOGRAFIA.

CASTIGLIONI G. Atti e Memorie della Società Lombarda di Chirurgia, vol. II, n. 14, pag. 1177, 1934.
CIGADA G. Ibid., vol. II, n. 14, pag. 1153, 1934.
HUNT e BONEESTEL. Archives of Surgery, marzo 1934.
HORTON B. e MUELLER G. C. Ibid., vol. 26, p. 1010, 1933.
KING e MAC CALLUM. Ibid., gennaio 1934.
NAUWERK. Fortschrifte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen, Bd. 38, H. 5, 1928.
PIGNATTI. Atti e Memorie della Società Lombarda di Chirurgia, vol. II, n. 14, 1934.
ROTOLO G. Ibid., vol. II, n. 15, pag. 1340, 1934.
RUSSEL BEST R. e WARNER F. BOWERS. Annals of Surgery, vol. 99, pag. 967, 1934.
SICCA G. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, a. LV, pag. 615, 1934.
UGELLI L. Policlinico, Sezione Chirurgica, agosto 1934.

NOTE E CONTRIBUTI

Dispensario Provinciale Antitubercolare di Frosinone.
Direttore: dott. VITTORIO LAMMA.

Influenza del pneumotorace terapeutico sul simpatico cervicotoracico.

(Contributo clinico).

Dott. FERNANDO VICENTINI.

Gli studiosi, invero non molto numerosi, che si sono occupati dell'argomento sono concordi nell'affermare che il pneumotorace terapeutico provoca una reazione simpaticotonica più evidente nei soggetti a reazione simpatica, meno evidente e meno costante nei soggetti a reazione vagale. Tale reazione può manifestarsi semplicemente con una midriasi dal lato della insufflazione oppure con una sindrome più complessa.

Interessante al riguardo è il caso studiato da M. Villaret, L. Justin-Besançon e X.-J. Contiades e da loro riferito in una riunione della Società di Neurologia di Parigi (2 giugno 1926).

Trattavasi di una malata di anni trenta affetta da tubercolosi ulcero-caseosa sinistra e nella quale fu ritenuto opportuno praticare un pneumotorace terapeutico. Due ore dopo la quarta introduzione, comparve una midriasi sinistra ed una inversione del riflesso oculocardiaco di destra. Questi sintomi continuarono ad essere presenti il giorno seguente, poi si attenuarono nei giorni successivi fino a scomparire. Fu allora praticato un nuovo rifornimento di 400 cm. cubi di azoto con una pressione iniziale di meno quattro e terminale nulla. Quarantacinque minuti dopo la fine della insufflazione, la midriasi sinistra comparve di nuovo ed inoltre apparve una reazione pilomotrice più netta dal lato sinistro.

Gli autori riferirono altresì che simile reperto avevano avuto agio di osservare anche in altri casi di pneumotorace artificiale.

Più tardi (1931) Gelera mise in rapporto la reazione simpatico-tonica prodotta dal pneumotorace terapeutico con una irritazione diretta del simpatico derivante dal lieve grado di asfissia e della acidosi conseguente allo schiacciamento del polmone.

A noi è occorso invece di osservare un caso di paralisi del simpatico cervicale manifestatosi nel corso di un pneumotorace terapeutico. Abbiamo ritenuto opportuno illustrare brevemente questo caso anche perchè da ricerche fatte nella bibliografia non ne abbiamo potuto riscontrare altri descritti. Solamente nella ri-

vista *La Presse Médicale* del 10 novembre 1934 abbiamo letto un brevissimo sunto di una comunicazione fatta da Pin alla Société d'études scientifiques sur la tbc. (Seduta del 13 ottobre 1934), riguardante una sindrome di Claude Bernard-Horner apparsa nel corso di una febbre di Malta, seguita ulteriormente da tubercolosi cavitaria dello stesso lato; questa paralisi del simpatico si accentuò sotto l'influenza di un pneumotorace al punto da richiederne l'abbandono. Scomparve più tardi in seguito alla frenicectomia, nè più ricomparve.

Ma passiamo senz'altro ad esporre la storia clinica del nostro malato (1).

T. A., di anni 34, falegname, malato dall'agosto 1933 con febbre, tosse ed espettorato abbondante.

Venne a farsi visitare al dispensario provinciale antitubercolare di Frosinone il 9 ottobre 1933.

Esame obbiettivo: condizioni generali scadute. Pelle e mucose visibili pallide. Micropoliadenia cervicale bilaterale.

Torace allungato ed appiattito con scapole alate e fosse sopra e sottoclaveari evidenti. Alla percussione: a destra lieve ipofonesi sulla sopraclaveare e sulla sopraspinosa: a sinistra ipofonesi evidente sulla sopraspinosa e sulla sopra e sottoclaveare.

All'ascoltazione: a destra respiro aspro sulla sopraspinosa; a sinistra, rantoli a piccole e medie bolle in corrispondenza della sopraclaveare e rantoli consonanti a medie bolle sulla sottospinosa e sottoclaveare.

Nulla di notevole a carico del cuore, addome, sistema nervoso.

Esame radiologico del torace: emitorace destro: lieve diminuzione di trasparenza all'apice; emitorace sinistro: in corrispondenza dell'apice e sottapice numerose ombrette a trifoglio, nella regione sottoclaveare, una zona iperluminosa circolare a contorni netti della grandezza di un uovo di piccione. Mediastino normale; seni costo-diaframmatici. I due emi-diaframmi si espandono bene.

Esami di laboratorio: ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato, positiva. Reazione di Wassermann negativa. Nulla di patologico nelle orine.

Il 12 ottobre 1933 il paziente, che era stato ricoverato in ospedale, venne sottoposto alla prima introduzione di pneumotorace terapeutico sinistro; si punse nel quarto spazio intercostale sull'ascellare anteriore; il manometro dette la seguente oscillazione: — 18, — 9; si aprì il rubinetto e si ebbe aspirazione spontanea di cc. 300 di aria filtrata; pressione terminale: — 10, — 6.

Il giorno seguente si fece un rifornimento di cc. 250 (pressione iniziale — 10, — 8, pressione terminale — 6 — 4). Dopo altri due giorni nuovo rifornimento di cc. 300 (pressione iniziale — 10, — 8; pressione terminale — 6, — 4).

Prima del quarto rifornimento l'esame radioscopico dette i seguenti risultati: collasso parziale del polmone sinistro, addossato nella metà inferiore al mediastino; l'apice ed il sott'apice sono trattenuti da aderenze alla parete costale. La caverna pertanto rimane non collassata.

(1) Ringrazio vivamente il dott. LAMMA per avermi consentito lo studio dell'interessante caso clinico.

Nei successivi rifornimenti settimanali le pressioni endopleuriche vennero aumentate (+ 2, + 8) sperando così di poter ottenere un collasso più completo. Senonchè 24 ore dopo il settimo rifornimento, il paziente si presentò al dispensario, accusando fastidio all'occhio sinistro. Infatti la palpebra superiore sinistra appariva un poco ptosica, il bulbo era affossato nell'orbita, la congiuntiva era iperemica. La pupilla però era uguale a quella dell'altro lato e cioè di media ampiezza ed entrambe reagivano bene alla luce ed alla accomodazione.

Un esame radioscopico subito eseguito dette i seguenti risultati: pneumotorace parziale sinistro; caverna del lobo superiore sinistro lievemente ridotta di dimensioni; presenza di ernia del mediastino: questo in corrispondenza dell'orecchietta destra fa protrusione nell'emitorace destro.

Dopo cinque giorni l'enoftalmo era quasi completamente scomparso, rimaneva solo una lievissima ptosi palpebrale. Si procedette pertanto ad un piccolo rifornimento in seguito al quale ricomparve l'enoftalmo, ma poco accentuato. Successivamente potemmo verificare che ad aumento della pressione endopleurica corrispondeva aumento dell'enoftalmo, della ptosi palpebrale, della congestione congiuntivale.



Dopo qualche tempo il paziente si sottrasse alla nostra diretta osservazione essendo stato istituito un dispensario antitubercolare nel suo paese. Dal dirigente di tale ambulatorio abbiamo saputo (luglio 1934) che i rifornimenti pneumotoracici furono continuati regolamente con notevole vantaggio per il malato; che la sindrome oculare permaneva ancora sebbene in proporzioni alquanto ridotte.

È evidente che ci troviamo di fronte ad una sindrome paralitica del simpatico cervicotoracico di sinistra del tipo Claude Bernard-Horner. Generalmente tale sindrome è caratterizzata dalla seguente sintomatologia monolaterale:

a) ptosi della palpebra superiore per paralisi del muscolo di Müller ed elevazione lieve della palpebra inferiore;

b) restringimento della rima palpebrale;

c) enoftalmo per paralisi della capsula di Tenone;

d) ipotensione del bulbo;

e) miosi per paralisi del muscolo dilatatore della pupilla;

f) dilatazione rapida e transitoria dei vasi sanguigni dell'iride, e della congiuntiva, dello zigomo e dell'orecchio dello stesso lato.

Nel nostro malato si trattava di una sindrome incompleta in quantochè mancava la miosi, e la dilatazione dei vasi sanguigni era limitata alla congiuntiva. La mancanza della miosi è piuttosto rara; Achard e Thiers la osservarono in un caso consecutivo alla frattura della clavicola.

La sindrome di Claude Bernard-Horner è la conseguenza di una lesione del simpatico oculo pupillare del quale fa duopo ricordare il decorso: le fibre hanno origine da un centro situato nel diencefalo vicino alla sostanza grigia centrale e di là si incamminano nel peduncolo cerebrale controlaterale, nel bulbo e nel fascio midollare laterale, verso il centro cilio-spinale di Budge che trovasi al limite del midollo cervicale con il toracico; di qui la via nervosa passa nei rami comunicanti le cui fibre si prolungano nelle radici anteriori del settimo ed ottavo nervo cranico ed in quelle del primo e secondo nervo toracico, attraversano i gangli simpatici superiori terzo e secondo e terminano nel ganglio simpatico cervicale superiore. Le fibre post-ganglionari seguono il plesso carotideo e passando per il ganglio di Gasser vanno al ganglio ciliare, lo attraversano e raggiungono il muscolo dilatatore dell'iride.

Si comprende facilmente che le localizzazioni nervose che possono dar luogo alla sindrome oculo-simpatico-paralitica, sono numerose e svariate, come svariate sono le cause di detta sindrome. Ne ricorderò alcune fra le principali: le ferite accidentali interrompenti la catena del simpatico cervicale; gli interventi operatori sul collo; le lesioni emilaterali del midollo allungato: le lesioni del midollo cervicale; le lesioni del ganglio di Gasser; i tumori del collo e delle parti superiori del torace; il morbo di Pott cervicale; l'adenite cervicale; il gozzo; alcune malattie dell'apparato respiratorio e specialmente la tubercolosi polmonare. Fu Soques nel 1903 che richiamò l'attenzione sulla sindrome oculo-pupillare paralitica nel decorso della tubercolosi dell'apice con sinfisi pleurica. Secondo Sergent il meccanismo di questa sindrome è basato sulla entità della lesione del simpatico: se vengono distrutti i soli filetti pupillari dilatatori si determina solo la miosi; se sono stati danneggiati anche i gangli simpatici compare anche l'enoftalmo e la ptosi palpebrale, se infine anche il tronco del simpatico è andato distrutto, si produce pure la vaso-dilatazione dell'orecchio e del pomello.

Per quanto impresa ardua (le reazioni oculari simpatiche rappresentano ancora una questione molto discussa e complessa), abbiamo cercato di indagare circa il meccanismo di produzione della sindrome di Claude Bernard-Horner nel nostro malato.

Due fattori possono a parer nostro essere chiamati in causa: la tubercolosi dell'apice accompagnata da reazione pleurica con aderenze ed il fattore meccanico costituito dal pneumotorace. Forse il responsabile maggiore è quest'ultimo: la paralisi del simpatico si è manifestata dopo sette introduzioni di aria, allorchè nella pleura si stabilì pressione positiva e si formò ernia del mediastino. Vi è stato come un trauma e questo ha agito probabilmente, per l'intermediario delle aderenze, sulla cupola pleurica, che come si sa, trovasi in stretti rapporti con il simpatico.

Non è però da escludersi che il processo tubercolare apicale avesse già silenziosamente iniziata la sua opera ai danni del simpatico e che quindi il fattore meccanico rappresentato dal pneumotorace, sia venuto a rivelare ed aggravare tale lesione.

Molto differente ci appare la patogenesi della sindrome irritativa del simpatico descritta da Villaret, Besançon e Contiades. Essa comparve dopo le prime introduzioni del pneumotorace e con pressione endopleurica negativa. In questo ed in casi consimili ci pare più probabile debba trattarsi di una sindrome riflessa paragonabile a quanto avviene alcune volte nella pleurite essudativa, a meno che non si voglia invocare la teoria del Gelera, alla quale accennammo al principio di questa nostra nota.

RIASSUNTO.

L'A. porta un contributo clinico alle conoscenze sull'influenza del pneumotorace terapeutico sul simpatico cervicotoracico.

LETTERATURA.

E. SERGENT. *Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire.* Ed. Maloine, 1922.

M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, X.-J. CONTIADES. *Modifications du sympathique cervico-thoracique au cours des insufflations d'un pneumothorax thérapeutique.* Revue Neurologique, giugno 1926.

M. GELERA. *Il sistema nervoso vegetativo nella tbc. polmonare, nel trattamento pneumotoracico, e nella eclampsia pleurica.* La Riforma Medica, 1931, n. 6.

PIN. *Sindrome di Claude Bernard-Horner, aggravata dallo pneumotorace terapeutico.* La Presse Médicale, 10 novembre 1934.

L. MAGGIORE. *Segni, sintomi e sindromi oculari nella diagnostica medica generale.* Ed. Pozzi, 1934.

SUNTI E RASSEGNE.

OSSA E ARTICOLAZIONI.

La diagnosi differenziale delle malattie ossee infantili.

(E. HÄSSLER. *Med. Well.*, 8 febbraio 1936).

I disturbi morbosi dello scheletro in via di accrescimento sono molteplici, sicchè la diagnosi ne è spesso difficile. La ricerca clinica ci informa soltanto sulle modificazioni grossolane, sicchè spesso la diagnosi esatta può essere fatta soltanto in base al reperto istologico. I raggi X sono di grande aiuto ed è mediante essi che si è potuto riconoscere che la osteite cistica fibrosa generalizzata non è una malattia dell'età adulta, ma incomincia già nell'infanzia. Ma anche l'aiuto che possono dare i raggi X è limitato dal fatto che essi scoprono soltanto le modificazioni del substrato calcificato, mentre poi malattie di origine diversa possono dare lo stesso quadro radiologico.

L'A. classifica tali malattie come segue.

A) MALATTIE PRIMARIE DELLO SCHELETRO.

I. *Malformazioni vere e proprie.* — Per lo più massive, non offrono difficoltà diagnostiche. Importanti sono gli incurvamenti e contorcimenti della colonna vertebrale, alcuni dei quali bene chiariti dall'esame radiologico. Da menzionare un'osservazione dell'A. di una grave deformazione del sacro (dissacria), sfuggita all'esame medico (non al radiologico) e trattata per anni come enuresi diurna e notturna. Soltanto con l'esame radiologico sono ricnoscibili altre alterazioni, come il cranio a torre e l'ampiezza dei forami parietali.

II. *Modificazioni endogene di struttura e di forma.* — Possono manifestarsi *senza accrescimento patologico*, fra cui vanno menzionate: 1) la *condrodistrofia*, dovuta a disturbo dell'ossificazione condrale, che si manifesta con brevità degli arti (nanismo sproporzionato) radiologicamente con espansione fibrosa delle metafisi; rara è la combinazione con il rachitismo. Nei casi atipici (forma malacica) l'interpretazione delle radiografie può essere difficile.

Distinta da questa è: 2) la *distrofia encondrale*, in cui si trovano all'esame radiologico i nuclei epifisari contorti e concresciuti e notevole irregolarità della linea epifisaria.

3) L'*osteopsatirosi* ha origine da deficienza di ossificazione periostale ed endostale, mentre si sviluppa normalmente la cartilagine. Si trovano, quindi, ai raggi X ombre scarse di contrasti quasi senza struttura spongiosa e corticale finissima. Clinicamente, la malattia è caratterizzata da numerose fratture spontanee congenite. La forma fetale (generalmente si tratta di individui non vitali) ha la stessa patogenesi di quella infantile idiopatica.

4) La *malatta di Albers-Schönberg* (o delle ossa di marmo) è pure dovuta a disturbi del plasma germinativo ed è caratterizzata clinicamente da facilità alle fratture, tumore di milza ed anemia. All'esame radiologico, le ossa appaiono omogenee, con ombre intense (eburnizzazione) a forma di strisce o di macchie, che non vanno confuse con quelle trasversali che possono vedersi nelle metafisi per eccesso di vitamina *D*.

5) L'*aracnodattilia* è, in certo modo, l'opposto della condrodistrofia, con estremità lunghe e gracili, specialmente nei segmenti distali. Radiologicamente, si ha una corticale assai tenera e rischiaramento della struttura spongiosa.

Fra le *forme con accrescimento patologico*, sono da menzionare le esostosi cartilaginee e gli encondromi, determinati anch'essi dal plasma germinativo, con dominante ereditaria. Clinicamente si manifestano come rigonfiamenti ossei che, radiologicamente appaiono come rischiaramenti cistici i quali gradatamente distruggono la corticale. Si osservano essenzialmente al metacarpo e metatarso.

B) MALATTIE SECONDARIE DELLO SCHELETRO.

I. *Disturbi endocrini.* — Nell'ipotiroidismo, si hanno ossa tozze, con larga corticale e cavità midollare ristretta. Caratteristica per la diagnosi nei casi dubbi è la presenza tardiva dei nuclei ossei.

Anche l'osteite fibrosa cistica (osteodistrofia fibrosa) è oggi considerata come la conseguenza di un disturbo endocrino (adenoma paratiroideo) ed è clinicamente riconoscibile per le fratture spontanee e gli incurvamenti ossei. Radiologicamente, specialmente al perone, corticale ristretta con cavità. Nel sangue, per lo più elevati valori del calcio.

II. *Iper- ed avitaminosi.* — L'avitaminosi *C* si riscontra nello scorbuto, in cui clinicamente si hanno sensibilità al toccamento, emorragie delle mucose ed ematuria. Radiologicamente, in seguito alle emorragie peristali si hanno larghe ombre; inoltre, gravi distruzioni metafisarie che possono portare a distacco epifisario.

Spesso, l'avitaminosi *C* è accompagnata con il rachitismo, in cui si ha un osso assai povero di calcio con contorno sfumato della linea epifisaria. Altre modificazioni radiologiche si hanno poi nell'ulteriore decorso.

Nel trattamento vitaminico intensivo si possono avere ampi depositi di calcio, che si vedono come strisce oscure ai raggi X.

III. *Malattie malaciche.* — L'eziologia della *osteocondrite giovanile* non è ancora chiarita e forse non è univoca. Nel morbo di Perthes, l'epifisi della testa femorale mostra dei

rischiaramenti a macchie, che portano poi alla frattura. Per lo più si tratta di pazienti verso il termine dell'infanzia; importante è la diagnosi differenziale con la coxite tubercolare.

Analoghi processi si possono avere per la clavicola, la tibia, il calcagno, ecc.

Nella malattia di Schlatter, l'apofisi si presenta come torbida ed il nucleo apofisario appare distrutto; sono evidenti i disturbi subbiettivi del paziente.

IV. *Osteoporosi.* — Si sviluppa per una serie di malattie della nutrizione, come p. es., per l'insufficienza digestiva. Si trovano deficienze nell'apposizione del calcio, un tessuto osseo povero di calcio ed una rarefazione della spongiosa.

V. *Disturbi nel ricambio dei lipoidi.* — Secondo le diverse malattie, è diverso il lipoide interessato. In quella di Niemann-Pick, è la lecitina, in quella di Schüller-Christian (in cui si ha il cranio a carta geografica), la colesterina; in quella di Gaucher, la cherasina; si hanno qui dei focolai di rischiamento nella struttura della spongiosa nelle ossa tubolari e gravi disturbi che possono andare fino al crollo dei corpi vertebrali.

VI. *Modificazioni ossee nelle malattie del sangue.* — Sono da citarsi: la formazione di speroni nell'emartro, altre modificazioni nella leucemia, però raramente visibili anche ai raggi X; si vedono invece diffuse ombre associate periostali, specialmente alle ossa lunghe. Eccezionalmente, si osserva una osteosclerosi reattiva.

VII. *Modificazioni infiammatorie.* — 1. *Tubercolosi.* Nello stadio secondario, si formano focolai tubercolari delle ossa, specialmente nei corpi vertebrali, articolazione dell'anca e nelle metafisi delle ossa tubolari. Generalmente l'esame radiologico si fa dopo quello clinico; ma già in presenza di lievi disturbi subbiettivi, si possono trovare modificazioni radiologiche, fra cui è caratteristica la decalcificazione dell'osso in vicinanza del focolaio; il fenomeno è tanto più evidente nell'articolazione dell'anca dopo l'immobilizzazione di qualche settimana in apparecchio gessato (differenziazione dalla malattia di Perthes). Nei bambini ha grande importanza la positività della reazione alla tubercolina.

Quando il processo tubercolare dura a lungo, ne seguono distruzione della struttura dell'osso e rigonfiamenti a fiasco con rischiaramento centrale. Nella spondilite, sono per lo più prese due vertebre, sicchè si può pensare che la malattia abbia origine nel disco intervertebrale. Alle falangi, la tubercolosi è per lo più simmetrica e multipla.

2. *Lues.* Nella forma precoce della lues congenita, le modificazioni ossee costituiscono per lo più uno dei primi sintomi. La triade radiologica è costituita da corrosione di dati punti nelle metafisi, da osteomielite fibrosa, specialmente nella diafisi e da ombre accessorie periostali.

Nella forma tardiva, si ha per lo più periostite alla cresta tibiale, con depositi irregolari e male delimitati; nel quadro della malattia generale, la diagnosi è chiara. Si possono avere anche rischiaramenti della diafisi, corrispondenti ad osteomielite gommosa.

3. *Osteomielite.* La diagnosi radiologica è tardiva (non prima di 2-3 settimane), sicchè si deve soprattutto badare ai sintomi clinici.

VII. *Tumori maligni.* — Oltre al sarcoma primario, si può avere una malattia sarcomatosa generale di tutto lo scheletro, come espressione di metastasi da un focolaio extrascheletrico. In poche settimane, si hanno rischiaramenti nubecolari, modificazioni della spongiosa con forte periostite reattiva. Sono altresì riferiti eccezionali casi di carcinomi.

VIII. *Fratture.* — Per lo più agevolmente riconoscibili per la deformazione. Nella forma incompleta (a ramo verde) con forte emorragia (come p. es. nelle fratture da parto) è necessario l'esame radiologico che mostra diffuse ombre periostali accessorie.

fil.

La diagnosi differenziale delle affezioni croniche dell'anca.

(R. Kienböck. *Medizinische Klinik*, 6 marzo 1936).

Le affezioni croniche dell'anca possono essere di natura infiammatoria o degenerativa, e spesso presentano notevoli difficoltà diagnostiche. I sintomi più frequenti sono il dolore, la limitazione dei movimenti, la claudicazione che può giungere fino all'impossibilità di camminare. Le affezioni possono essere uni- e bilaterali. Contemporaneamente possono essere lese altre articolazioni ed esistere disturbi generali dell'organismo. L'esame radiologico mette in evidenza molteplici alterazioni di forma e di struttura dei tessuti articolari e delle ossa, nonchè spostamenti delle ossa stesse.

1. *La tubercolosi articolare reumatoide, l'artrite tubercolare proliferante, il reumatismo articolare tubercolare di Poncet* può estrinsecarsi in varie forme. In un gruppo di casi si forma sulle superficie articolari uno strato spesso di tessuto d'infiltrazione che provoca una grave limitazione dei movimenti e talvolta anche la rigidità completa; in un altro gruppo di casi tale alterazione non si produce ed i movimenti dell'articolazione rimangono indenni. Il restante dell'organismo può rimanere sano, ma l'infermo può essere anche molto pallido e febbricitante. L'inizio può essere acuto, febbrile o lento, subdolo, cronico. La

malattia può avere varia durata, da mesi ad anni.

La malattia colpisce bambini ed adulti di ogni età.

Radiologicamente nello stadio acuto si riscontrano nella testa del femore focolai indistinti di calcificazione; durante il processo di guarigione focolai distruttivi cistici e nello strato pannoso che ricopre le contrapposte superficie articolari altre lesioni distruttive; a guarigione avvenuta, le superficie diventano irregolari, dentate, si ha notevole assottigliamento o scomparsa dello strato cartilagineo, e anche sublussazione. La guarigione può avvenire anche con notevole perdita di osso. Negli adulti che hanno sofferta la malattia nell'infanzia si riscontrano altri fatti: rimpicciolimento del capo articolare, merlettatura degli orli delle superfici articolari, arresto di sviluppo della parte.

Anche nel referto radiologico la condizione può essere confusa con il reumatismo articolare cronico, e nello stadio di guarigione con l'artrosi deformante.

L'affezione ha una prognosi discreta. La produzione di un'anchilosi è eccezionale.

2. *L'artrite neoplastica benigna* è caratterizzata dalle produzioni di multipli piccoli tumori cartilaginei o ossei.

Clinicamente si ha: I movimenti sono per lo più liberi, di rado sono un po' limitati; solo di tanto in tanto si hanno dolori. Possono essere colpite anche altre articolazioni. Lo stato generale rimane buono. L'affezione colpisce solo gli adulti. S'inizia per lo più gradatamente e dura molto a lungo. Può assumere la forma ossea e quella cartilaginea.

a) *L'osteomatosi articolare o artrite osteomatosa* è clinicamente caratterizzata da dolore nei movimenti, che però limitano poco o nulla la funzione dell'arto. Talvolta sono colpite anche altre articolazioni.

Radiologicamente si riscontra: multiple, piccole esostosi e condensamenti cartilaginei all'orlo della superficie articolare della testa del femore, sulle capsule non si trovano o solo scarsi focolai cartilaginei.

b) *La condromatosi articolare o artrite condromatosa* presenta gli stessi caratteri clinici dell'artrite osteomatosa. Le altre articolazioni non sono mai colpite.

Radiologicamente: nella capsula e nella cavità articolare multiple piccole masse calcificate o condromatose simili a sfere, corpi liberi o tofi articolari. Le ossa sono poco o niente colpite.

3. *L'artrite deformante* si presenta clinicamente con leggera limitazione dei movimenti e poco dolore. Contemporaneamente possono essere colpite altre articolazioni, ma lo stato generale rimane buono. L'affezione si manifesta lentamente ed ha lunga durata. Ha un substrato costituzionale, congenito, ma l'artrosi si sviluppa solo negli adulti.

Radiologicamente: la testa del femore è per lo più cilindrica, l'acetabolo o è normale oppure allargato o approfondito; si può notare sublussazione; la cartilagine articolare è generalmente assottigliata, il tessuto è in parte poroso in parte condensato.

Può assumere tre forme:

a) *Artrite deformante semplice*, nella quale i movimenti sono alquanto limitati e l'andatura è poco disturbata.

Il reperto radiologico è quello su accennato con assenza di sublussazione.

b) *Sublussazione congenita dell'anca da rilasciamento della capsula articolare e strappamento del legamento rotondo* con artrite deformante secondaria.

L'andatura è più o meno claudicante; l'abduzione è limitata; il trocantere è spostato in alto.

Il reperto radiologico oltre ai fatti sopraccennati dimostra una forte sublussazione; la testa ed il collo del femore non sono separate da un solco, come in condizioni normali, ma formano un tutt'uno omogeneo con convessità appianata; l'orlo dell'acetabolo è inspessito ed irregolare.

c) *Sublussazione congenita dell'anca da acetabolo piano*, ossia una leggera malformazione dello scheletro con artrite deformante secondaria.

I fatti clinici sono eguali a quelli delle forme precedenti.

Radiologicamente si trova che il fondo dell'acetabolo è più o meno inspessito, corrispondentemente la cavità risulta appianata; la testa del femore è fortemente sublussata in alto; numerose e varie alterazioni ossee.

4. *Il morbo di Perthes* detto anche *osteocondrite deformante giovanile dell'anca* è un'affezione che s'inizia nella fanciullezza o all'epoca della pubertà. È stata attribuita anche a traumi.

Clinicamente è caratterizzata da dolore nell'articolazione e andatura claudicante. I movimenti, specie l'abduzione, sono limitati.

I disturbi funzionali e le alterazioni anatomiche si accentuano con l'andar del tempo, possono durare tutta la vita, ma possono anche recedere.

Radiologicamente dopo parecchi mesi dall'inizio della malattia si riscontra che la testa del femore è rimpicciolita, spianata, inspessita in toto ed in parecchi punti alterata, mentre le superficie articolari sono normali. Con l'andar del tempo la testa del femore diventa sempre più piccola, più spianata, il collo scompare e si stabilisce la sublussazione, e d'altra parte si accentuano le alterazioni ossee e carti-

laginee. Infine il reperto diventa affatto simile a quello dell'artrite deformante.

5. *Il morbo di König* detto anche *artrite dissecante, osteocondrite dissecante o epifiseonecrosi asettica* si sviluppa anch'essa nell'infanzia o nella pubertà. Può essere di origine traumatica.

Si manifesta subito con dolore all'anca e claudicazione. Lo stato generale è buono.

La malattia può cessare con la fine della pubertà ma può durare anche tutta la vita.

Il reperto radiologico nei bambini e nei giovani è il seguente: la testa del femore presenta fin dal principio ineguaglianze alle sue sommità di una o due depressioni, uno o più piccoli distacchi ossei. In seguito la testa diventa più piatta, uniformemente inspessita, il collo in qualche punto decalcificato. Anche l'acetabolo presenta alterazioni con piccole depressioni come cisti.

In uno stadio ulteriore, specie nella guarigione incipiente, le depressioni sulla testa diventano liscie e limitate da un orlo stretto, ed ispessito. Talvolta compaiono grossi sequestri e notevoli difetti della testa. Negli adulti i sequestri sono più frequenti e più grossi. Talvolta dopo la guarigione del processo si riscontrano leggere ineguaglianze della testa del femore ed un'artrite deformante secondaria.

6. *Il morbo di Müller* detto anche *coxa vara degli adolescenti, malacia fungosa del collo del femore, epifiseolisi* è anche essa una malattia dell'infanzia e della pubertà e può essere di origine traumatica. Si manifesta con dolori all'anca e claudicazione. I movimenti, specie l'abduzione, sono limitati. Di rado si stabilisce l'anchilosi.

Le altre articolazioni sono libere.

L'organismo è eccessivamente sviluppato: si tratta di un'iperplasia generale da iperfunzione ipofisaria.

Nei bambini e negli adolescenti il reperto radiologico è il seguente: il collo del femore in prossimità della testa è decalcificata, la testa è per lo più spianata e ingrandita e copre a mo' di cuffia il collo, che in rapporto alla testa è più o meno spostato. Talvolta la testa è del tutto staccata (epifiseolisi completa, decapitazione del femore).

In una fase ulteriore si può constatare una risaldatura della testa con il collo.

Negli adulti si trova ancora qualche deformazione della parte, uno storcimento del collo. La struttura della testa e del collo appare normale, le superfici articolari liscie. Anche quando c'è stato distacco della testa, il quale sia stato curato a suo tempo con la distensione, si può riscontrare che le condizioni dell'articolazione non sono gran che alterate.

7. *L'artropatia tabetica* si manifesta generalmente all'età di 40 anni in su senza apprezzabili cause oppure a seguito di un trauma, specie di caduta con rottura del collo del femore. Ma il paziente rimane a letto solo per poco tempo o per niente, può continuare a camminare claudicando. È ciò a causa dell'analgesia profonda, che in effetti fa sì che i movimenti non solo non siano limitati, ma anzi anche più estesi del normale. L'arto è raccorciato e atrofico. L'andatura oltre ad essere claudicante è atassica. Le articolazioni degli arti superiori sono sempre indenni, ma possono contemporaneamente essere colpite quelle delle ginocchia e dei piedi. Naturalmente coesistono altri sintomi della tabe (disturbi visivi, alterazioni dei riflessi, crisi tabetiche, ecc.).

L'esame radiologico dimostra alterazioni della testa del femore, svasamento dell'acetabolo, sublussazione o anche lussazione. La capsula articolare, i legamenti e i muscoli presentano focolai di calcificazione e ossificazione, consecutive a strappamenti ed emorragie.

Dr.

La terapia di alcune necrosi asettiche delle ossa.

(Laecher Löber. *Dtsch. Z. Chir.*, 246, 366, 1936).

Gli AA. riferiscono sulla esperienza raccolta nella Clinica Chirurgica di Marburg sulla terapia della malacia primaria del semilunare della mano, di quella dello scafoide del piede (malattia di Köhler I) e della testa del II metatarso (M. di Köhler II). Mentre in tutte e tre queste affezioni sono stati proposti interventi vari, i risultati migliori sono stati ottenuti con terapia conservativa. Nella Clinica di Marburg capitarono 43 casi di malacia del semilunare, di cui 10 vennero operati con metodi vari (asportazione dell'osso, staccamento del periostio, ecc.), e gli altri vennero semplicemente immobilizzati. I risultati ottenuti nei casi non operati furono ottimi, mentre assai mediocri furono quelli operati.

Di morbo di Köhler I gli autori osservarono due casi di cui uno bilaterale. In tali forme non è neppure necessaria una immobilizzazione completa con apparecchio. Basta il riposo in letto con applicazioni calde.

Ottimi risultati avevano infine gli autori in 15 casi trattati conservativamente (immobilizzazione) di m. di Köhler II. Invece 4 casi operati non diedero risultati soddisfacenti che due volte.

Aldo Calò.

Frattura antica simmetrica delle due diafisi femorali, incompletamente consolidate.

(P. Duval e M. D'Abignè. *Journal de Chir.*, febbraio 1936, p. 284).

Gli AA. riportano l'osservazione di un uomo di 35 anni il quale avvertiva dolori alle coscie specie durante la deambulazione.

Clinicamente l'esame era negativo oltre un'accentuata curva delle due coscie a convessità antero-esterna. Radiograficamente in ambedue i femori si notava una curva a convessità esterna delle diagnosi femorali. A livello della metà delle diafisi esisteva una perdita di sostanze lineare trasversale di 4-5 mm. che occupava la metà della larghezza esterna del femore, mentre sulle metà interne esistevano fenomeni di ipnostosi. Il paziente non aveva mai avuto traumatismi e la funzione degli arti era stata sempre normale già dalla fanciullezza. Gli AA. pensano che le lesioni in parola siano legate ad una displasia periostale simile all'osteopsatirosi di Löbstein, forma frusta, con frattura determinatasi nella prima infanzia od anche nella vita intrauterina, malamente consolidata.

In due sedute operatorie, prima a destra e poi a sinistra, furono applicate due stecche osteo-periostali tibiali, con ravvivamento dell'osso. Ma le stecche ossee saldarono all'osso soltanto parzialmente. Tuttavia i dolori alla coscia sono cessati.

JUBA.

Il gomito ballante traumatico.

(J. M. MURRAY. *Journ. Americ. Med. Assoc.*, 25 gennaio 1936).

L'A. propone un nuovo metodo di artroplastica per la cura di questa grave infermità. Egli ha praticato tale cura in un soggetto di 29 anni, il quale, in seguito a un incidente automobilistico aveva riportato una frattura composta infetta del gomito sinistro, per cui fu necessaria l'asportazione della porzione inferiore dell'omero e dell'olecrana. Essendo i muscoli ed i nervi integri, l'A. pensò di praticare, 4 anni dopo l'incidente il secondo intervento. Questo consistette: 1) asportazione della porzione inferiore dell'omero, che in seguito all'intervento era appuntita; 2) spaccamento in senso longitudinale dell'estremità inferiore dell'omero, e inserzione dentro la spaccatura del pezzo di osso asportato, in modo che l'estremità inferiore dell'omero restasse a forma di v rovesciato; 3) prelevamento dalla regione posteriore dell'ulna di una stecca ossea che si fece scivolare verso l'alto in maniera da riformare il processo olecranico; 4) sutura del tendine del tricipite a questo processo. In seguito all'intervento applicazione di apparecchio gessato con gomito ad angolo di 145 gradi per la durata di un mese. Altro apparecchio gessato ad angolo di cento gradi per un altro mese; quindi permesso di muovere liberamente l'articolazione. L'esame praticato un anno dopo l'operazione dimostrò che i muscoli flessori ed estensori potevano funzionare normalmente e che il paziente poteva compiere i soliti movimenti con facilità e perfetta coordinazione

G. LA CAVA.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA.

Diagnosi precoci ed errate in tema di gravidanza extrauterina.

(J. GRANZOW. *Dtsch. med. Wschr.* n. 1, 1936).

L'A. tocca i punti essenziali, ma indispensabili dell'argomento per evitare nei limiti del possibile fatali errori di diagnosi. Il medico infatti viene chiamato quando insorgono quelle complicazioni che senza un immediato intervento possono portare la p. rapidamente a morte.

Volendo innanzi tutto stabilire se esiste gravidanza va ricordato come nella gravidanza extrauterina possano con tutta facilità mancare l'amenorrea e le metrorragie, che la reazione di Aschheim-Zondek e assai frequentemente negativa e solo la reazione positiva ha valore attendibile. Malgrado tali risultati può dunque incombere il pericolo della rottura della tuba e dell'emorragia interna.

Spesso difficile è stabilire se la gravidanza è intrauterina o extrauterina. Nella prima forma abbiamo il segno di Hegar, nella seconda invece il rammollimento, talora assai accentuato, interessa per lo più tutto l'utero e secondo l'esperienza dell'A. è massimo a livello della parte superiore o del fondo.

Molta attenzione per evitare errori diagnostici va fatta alla lateroflessione dell'utero che può essere simulata da tumefazioni extrauterine, alla possibilità che per aderenze la tuba anche nella sua parte ampollare sia quasi accollata all'utero e pertanto dia l'impressione di una tumefazione dipendente dal corpo dell'utero normalmente gravido ed infine che l'ovaio contenente il corpo luteo, essendo alquanto ingrossato, rammollito e sensibile alla pressione, simuli una gravidanza tubarica a livello della parte ampollare.

L'esplorazione per i pericoli che possono insorgere deve sempre essere fatta con molta delicatezza.

Quando avviene la rottura della tuba non manca mai il dolore lacerante in un quadrante inferiore dell'addome, stato di grave debolezza, talvolta deliqui, ecc. fin tanto che si arriva con un grave stato di anemia alla tipica facies peritoneale. Abbastanza precocemente si ha un dolore puntorio alla spalla e cioè quando il versamento emorragico arriva al diaframma. Un grosso ematocele nel Douglas può provocare tenesmo. In base a tutti questi sintomi si deve pensare alla gravidanza extrauterina, e a ciò assai più spesso di quanto si creda. Non morfina, non cardiocinetici, che peggiorerebbero la situazione, ma subito intervento operativo.

Nelle forme subacute di gravidanza extrauterina, spesso di diagnosi assai difficile, va considerato l'aborto tubarico con ematoma peritubarico e formazione di ematocele. Non in-

frequentemente la diagnosi è di aborto con gravidanza a sede normale e tale errore figura nel materiale dell'A. nel 31 % dei casi.

Non è qui il caso di estenderci sui segni differenziali: basti ricordare che nella gravidanza extrauterina non ci sono coaguli sanguigni, ma l'emorragia è scarsa con sangue di colore scuro (come the) e l'orifizio uterino è chiuso.

Per quanto riguarda l'espulsione della decidua sistematicamente venga praticato l'esame istologico per vedere se sono presenti o meno villi coriali.

L'A. mette quindi in rilievo il pericolo del raschiamento uterino quando esiste gravidanza extrauterina (praticato nel 28 % dei casi nella statistica dell'A.).

La forma morbosa con la quale più frequentemente viene scambiata la gravidanza extrauterina è l'annessite. Le infiammazioni annessiali di carattere cronico possono venir differenziate dalle forme protratte di aborto tubarico con la puntura del Douglas, di inestimabile valore diagnostico. L'intervento va praticato con le massime cautele di asepsi ed è spesso il solo mezzo per chiarire la situazione. Tra le diagnosi che più raramente vengono scambiate con la gravidanza extrauterina nel materiale dell'A. si trovano tumori ovarici (7 %), miomi (4 %) appendicite, colecistite, colite, metrite, peritonite, nevrastenia, ecc.

L'A. ritiene che la diagnosi viene errata più frequentemente di quanto dovrebbe essere perchè troppo poche volte si pensa a questa forma morbosa e perchè nei trattati non vengono in genere sufficientemente descritte le forme atipiche di decorso. E. ROBECCHI.

La teoria placentare nella patogenesi delle tossicosi gravidiche, in particolare dell'eclampsia.

(ULESKO-STROGANOWA. *Arch. f. Gyn.*, Vol. 160, pag. 431, 1935).

Nell'indagare la patogenesi della tossiemia gravidica ed in particolare dell'eclampsia si devono tenere presenti due fattori:

a) l'invasione nel circolo sanguigno materno dei prodotti di disgregazione della placenta, in rapporto con lo stato patologico della stessa (oltre ai suoi increti ed escreti):

b) il grado di integrità e di forza di resistenza dell'organismo materno.

Le complesse alterazioni degli organi osservate nelle tossicosi gravidiche si spiegano con la penetrazione in circolo dei prodotti di disintegrazione della placenta. Alterazioni analoghe possono osservarsi anche in infezioni gravi e nella penetrazione nell'organismo di qualsiasi corpo proteico in disgregazione. Nell'ovaio però si osservano alterazioni specifiche, esclusivamente sotto l'influenza di un prodotto di disintegrazione placentare e non di qualunque altra specie proteica. Queste alterazioni specifiche nelle ovaie vengono provocate dagli ormoni contenuti nella placenta e sopratutto dal prolan.

Nelle ovaie si osservano inoltre: numerosi corpi lutei, principalmente pseudo-corpi lutei, accrescimento precipitoso e morte dei follicoli, sviluppo rigoglioso della ghiandola interstiziale ed iperemia molto spiccata.

Notoriamente le ricerche di questi ultimi tempi hanno accertata un'elevata funzione del lobo posteriore dell'ipofisi nell'eclampsia e in altre tossicosi. Le alterazioni anatomopatologiche e microscopiche degli organi, che si esprimono in edema, trombi, emorragie, necrosi e che dimostrano un'alterazione nel sistema vasale, si accorderebbero perfettamente con le ricerche dell'A. E. DEBIASI.

Le complicazioni post-abortum.

(PAPIN. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 settembre 1935).

Sono gli aborti procurati che danno luogo alla maggior parte delle complicazioni. Le più importanti sono due: l'emorragia e l'infezione. L'emorragia compare quasi sempre dopo un ritardo della mestruazione e può essere talora considerevole e continuare anche dopo che l'aborto è avvenuto, se permangono attaccati alla mucosa uterina dei frustoli placentari. Si impone in tali casi lo svuotamento completo dell'utero che può essere digitale o strumentale. Per lo svuotamento digitale l'A. consiglia di ricorrere alla anestesia generale. I chirurgi però preferiscono il raschiamento strumentale: esso deve essere eseguito con molta dolcezza, a mezzo di una curetta smussa e fenestrata. Durante questa operazione è da temersi un grave accidente: la perforazione dell'utero, che richiede la laparatomia immediata. Vi sono stati però dei casi che sono guariti con il semplice riposo e le applicazioni di ghiaccio sul ventre.

Anche per la cura della infezione post-abortum è necessario lo svuotamento completo dell'utero e dopo di esso, il riposo assoluto, le applicazioni di ghiaccio e le iniezioni di siero antistreptococcico. Secondo Faure se 48 ore dopo un raschiamento ben fatto persistono ancora immutati i fenomeni settici, si proporrà l'isterectomia. VICENTINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. FUMAROLA e G. MÒGLIE. *La Terapia delle malattie nervose e mentali* (con la collaborazione dei proff. C. ENDERLE, D. PISANI, F. SABATUCCI). Vol. di pagg. XVI-760 con 47 figure nel testo. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 75.

Riportiamo la Prefazione che l'Illustre prof. CERLETTI *si è compiaciuto scrivere per mettere in evidenza la significativa importanza di quest'opera italiana.*

« Indulgiamo volentieri al vecchio luogo comune dicendo che « questo libro colma una lacuna... ecc. » perchè non mai come in questo caso l'affermazione corrisponde ad una palese verità. Erano tanti anni che il medico neurologo e psichiatra, e peggio ancora il medico generico, che non ha sotto mano i trattati e le riviste della materia, non sapevano dove trovare riunite, e illustrate anche nei particolari pratici, tutte le indicazioni terapeutiche applicabili nelle varie malattie nervose e mentali.

« Il presente volume esaurisce appieno questo compito.

« In gran parte emanazione della Clinica romana che ho l'onore di dirigere, quest'opera, concepita con larghezza di linee ed ampiamente elaborata, non contiene neppure indirettamente apporti da parte mia, perchè essa era già sotto i torchi quand'io assunsi la Cattedra di Roma. Ma di buon grado ho aderito al gentile invito degli Autori, di presentarla al mondo medico, perchè essa veniva a confermare nel modo più concreto, e perciò più efficace, la verità di un concetto non ancora realizzato dalla maggior parte dei Colleghi dediti ad altri rami della medicina.

« Nell'accingermi ad inaugurare il corso ufficiale di clinica a Roma, riandando col pensiero ai tempi nei quali come studente e come volontario incominciai ad interessarmi di neuropsichiatria, mi apparve evidente la profonda trasformazione che negli ultimi trent'anni avean subito la neurologia e la psichiatria nei riguardi della terapia. Tanto evidente che — ignaro ancora dell'esistenza della presente Opera — credetti necessario prendere detta trasformazione a tema della prolusione, intitolandola: « La neuropsichiatria: Una scienza che è entrata nella vita ». Ciò a significare che la neurologia e la psichiatria — materie che trent'anni fa erano giudicate « funerarie », perchè, tolte le poche forme morbose spontaneamente guaribili, il medico altro non poteva fare che assistere impotente al corso fatale della malattia — ora, grazie alle molte felici acquisizioni nei vari campi della terapia, spesso offrono al medico la maggiore delle soddisfazioni, ed è quella di veder risanato o molto migliorato il paziente in seguito a tempestivo ed efficace intervento curativo.

« Quest'opera insegna in modo completo e pratico tutte le nuove possibilità che oggi si offrono al medico di fronte al malato mentale e al malato nervoso, e soltanto l'indice dei varî capitoli mostra da quanti e svariati campi oggi si possano trarre armi per combattere il male o radicalmente nelle cause, o almeno nei sintomi più penosi.

« Essa sfata anche una leggenda per l'addietro molto diffusa, ed è quella del negativismo terapeutico della Scuola romana.

« Noi tutti ricordiamo con fierezza e con riconoscenza gli insegnamenti di sobrietà e di semplicità terapeutica impartitici dai nostri indimenticabili Maestri nelle Cliniche e negli Ospedali romani, e ciò perchè questi insegnamenti miravano ad inculcare ai giovani non solo il vigile rispetto alla logica e al buon senso, ma sopratutto una scrupolosa, gelosa, direi quasi ipersensibile onestà di fronte al malato: serietà verso il paziente che in noi si affida; più ancora, serietà verso noi stessi. In ciò — ci sia permesso di proclamarlo — Roma sempre ha fatto scuola.

« Nessun negativismo terapeutico, dunque, della scuola romana in genere. Riguardo poi, in ispecie, alla scuola neurologica e psichiatrica, possiamo sostenere con ragioni di principio e di fatto che la terapia vi fu sempre assiduamente coltivata. Di principio, perchè in nessun altro ramo della medicina quanto in quello delle malattie nervose e mentali, la terapia trova leva oltre che nell'azione curativa con mezzi materiali, anche nell'azione comunemente detta « suggestiva »; di fatto, perchè Maestri e allievi della scuola romana si sono sempre dedicati con vera passione alla ricerca e alla applicazione di nuovi metodi di cura.

« Sciamanna fu tra i primissimi a far aprire il cranio in casi di tumori cerebrali, e, a questo proposito, giova ripetere qui che la prima ablazione di tumore cerebrale con craniectomia fu proprio eseguita a Roma dal Durante.

« Tamburini, trent'anni or sono, ispirandosi alle geniali intuizioni d'un precursore italiano, il Raggi, ci faceva praticare tentativi di piretoterapia in varie forme di alienazione mentale.

« Mingazzini fu il primo dei clinici italiani ad iniettare la malaria nei dementi paralitici e amava insistere sui benefici effetti della puntura lombare, da lui preconizzata come cura d'elezione della *cephalea permanens.* Tra i suoi allievi, Fumarola, Enderle, Ayala indicavano le iniezioni intrarachidee o sottoccipitali di luminal sodico come mezzo veramente efficace nella gravissima contingenza dello *status epilepticus*, Mòglie si rendeva noto a tutti i medici pratici come antico, appassionato cultore di terapia; Sabatucci dava il più largo sviluppo a modernissimi metodi delle cure fisiche, e Pisani illustrava con indagini biologiche vari lati del problema della malarioterapia.

« De Sanctis già nel 1899 attuava a scopo terapeutico negli asili-scuola il lavoro professionale, quando non era ancor nata la « ergoterapia », e noi praticavamo fin dal 1903 ogni sorta di cure per iniezioni intrarachidee e parecchi anni abbiam dedicato a ricerche sperimentali e cliniche sull'impiego di antiluetici neurotropi, i mercurio alchili, nella cura della paralisi progressiva. Queste ricerche, già a buon punto, dovettero fermarsi perchè la malarioterapia venne a monopolizzare tutto il materiale clinico.

* * *

« Beninteso, le sopra lodate sobrità e semplicità terapeutiche non devono in nessun modo esimere dalla piena cognizione di tutti i modi di intervento dettati o solo anche suggeriti dalla scienza, non devono trasformarsi in comodo scetticismo atto a coprire ignoranza e incapacità.

« La terapia presuppone anzi la più profonda cultura nell'intero dottrinale della medicina; i suoi progressi sono strettamente subordinati allo sviluppo degli altri rami della clinica. Perciò appunto, se poche ricette e modesti interventi potevano bastare quarant'anni or sono, quando la conoscenza della malattia nervosa e mentale si raggiungeva attraverso a sommari esami — generale, neurologico e psichico, — è ben naturale che oggi i tentativi terapeutici si siano enormemente differenziati e per ciò moltiplicati, dal momento che in ogni malato oggi cerchiamo di sondare sistematicamente tutte le diverse funzioni generali e speciali con la ricchissima moderna metodologia semeiologica. E anche nei casi un tempo giudicati fra i più semplici, oltre all'applicare questi comuni esami, si tende incessantemente a differenziare sempre di più, sì che ad esempio non si mette in cura una sciatica senza aver prima analizzato il liquido cerebrospinale e radiografato il rachide lombo-sacrale; come è ormai di prammatica l'esame del liquor e l'indagine encefalografica in ogni epilettico.

« Ed ecco spiegato il perchè della mole diciamo pure imponente di questo Trattato. La colpa di tanta abbondanza — *felix culpa* — sta nel progresso veramente spettacoloso delle conoscenze nel campo nostro. Per parlare della sola neurologia, quarant'anni or sono il dottrinale neurologico si adagiava comodamente nel sobrio volume dello Strümpell o nei due più larghi volumi del Gowers. Vent'anni dopo esso si allargava negli otto volumi del Lewandowsky (7.400 pagine), e oggi si stipa nei diciotto volumi del Bumke-Foerster (12.800 pagine)!

« È ben naturale che, di pari passo, si sia ingigantita anche la terapia. E giacchè abbiamo menzionato opere straniere che rappresentano ammirevoli audacie editoriali, non vogliamo omettere di segnalare il merito dell'Editore Pozzi, il quale ha saputo lanciare in così decorosa forma un'Opera che, pur riguardando un campo limitato, si presenta in mole veramente cospicua ».

Roma, giugno 1936-XIV.

UGO CERLETTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

G. MASCHERPA. *Tossicologia.* Vol. in-8° di pagine 810. U. T. E. T. Torino 1935, L. 60.

Il trattato che il prof. Benedicenti presenta agli studiosi, rappresenta il frutto di molti anni di lavori, di indagini, di studi espletati nell'Istituto di Farmacologia di Genova da uno dei suoi allievi. Opera completa di elaborazione e di razionale presentazione a noi finora usi a ricercare nella letteratura straniera il trattato di tossicologia moderno.

Precedono nozioni storiche sugli avvelenamenti, dati statistici, dei vari avvelenamenti. Successivi capitoli trattano del meccanismo di azione dei veleni, delle dosi tossiche, dei fattori che fanno variare l'azione dei veleni, della fisiopatologia e dell'anatomia patologica degli avvelenamenti. Chiude la parte generale, la trattazione diagnostica, prognostica, curativa, profilattica degli avvelenamenti.

Nella parte speciale sono dettagliatamente esaminate le intossicazioni alimentari, gli avvelenamenti da alcool, ipnotici, narcotici, stupefacenti, antipiretici, abortivi ecc. Un ampio capitolo è riservato ai gas bellici, ai metalli, ed agli avvelenamenti prodotti da taluni animali.

L'opera come già da questo breve elenco si intuisce, costituisce una fonte preziosa di nozioni per il biologo e per il clinico, per il medico pratico specialmente: i quali nel libro del Mascherpa non troveranno le solite aride ed interminabili riproduzioni di formule, ma le norme chiare e succinte che al singolo avvelenamento, alla singola sostanza più si confanno, per l'esatta valutazione clinica del caso ai pratici offertosi.

MONTELEONE.

E. TATAFIORE. *La costituzione morfologica normale del neonato e del lattante italiano.* Morano, Napoli, 1936. L. 25.

Nell'attuale periodo in cui fioriscono gli studi costituzionalistici, vanto della nostra medicina, ottima accoglienza va fatta al lavoro del Tatafiore il quale, riassumendo tutte le ricerche sin qui condotte in diverse regioni, cui aggiunge un importante contributo personale, ci permette di considerare come stabilito il tipo morfologico medio ideale del neonato e del lattante italiano.

Il lavoro del Tatafiore non si compendia affatto, come erroneamente potrebbe pensarsi, in un'esposizione di dati numerici, desunti dal-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

l'applicazione del metodo del Viola, perchè la aridità delle cifre è ottimamente temperata dalle considerazioni sulla costituzione somatica in generale, e sulle applicazioni che la scienza costituzionalistica ha nell'infanzia.

Un lato importante di questo lavoro, messo in rilievo dallo stesso A., è poi quello per il quale si potranno più facilmente in avvenire apprezzare le modificazioni favorevoli ottenute nella nostra razza, per merito delle molteplici provvidenze ideate ed applicate dal Regime a tale nobile scopo. M. FABERI.

M. ARON et P. GRASSE. *Précis de Biologie Animale.* Un vol. in-16° picc., di pp. 1016, con 642 fig. Editori: Masson e C.ie, 1935. Rilegato. Prezzo: fr. 40.

Questo volume espone in modo elementare le nozioni fondamentali di biologia animale: come vivono, si sviluppano e si riproducono le cellule e quei grandi gruppi cellulari organizzati in unità superiori che sono i metazoi; vi si trovano chiaramente definiti i problemi relativi al ricambio organico e alla costanza del mezzo, ai riflessi, all'organizzazione, alla coordinazione delle funzioni, all'eredità e all'evoluzione.

Esso risponde ai programmi recentemente rinnovati in Francia pel certificato di studi fisici, chimici e biologici, il quale apre l'adito agli studi medici ed a quelli di scienze naturali. A. P.

G. R. LEVI. *Chimica.* (*Lezioni per la facoltà di medicina e chirurgia*). Libr. Edit. Politecnica. Milano 1935.

Gli elementi della chimica divengono oggi — nel momento in cui la chimica biologica si aggiunge alla fisiologia e alla patologia generale nel numero delle materie fondamentali, — un insegnamento base.

Non si possono comprendere ed assimilare queste senza il possesso di quella.

Difficile è sapersi contenere entro limiti giusti: non troppo vasti cioè, nè troppo scarsi e scarni.

Merito del Levi e del suo coadiutore Baroni è quello di aver saputo dare decorosa veste tipografica alle dispense già correnti per le mani degli studenti. Tale fatica sarà certo coronata da successo per lo stile piano, la chiarezza dell'esposizione, la completezza degli argomenti trattati. E. MINGAZZINI.

In uno dei prossimi fascicoli pubblicheremo:

Ciste da echinococco del polmone in fase degenerativa simulante un idropneumotorace e con reperto del b. di Eberth, in cultura pura, nel suo contenuto; pleurite purulenta prevalentemente interlobare anch'essa di natura eberthiana.

LEZIONE CLINICA del Prof. G. ANTONELLI
primario medico negli Ospedali Riuniti,
docente di Clinica Medica nella R. Università di Roma.

DIVAGAZIONI

Terapia ed igiene nel Talmud.

L. Piazza (*Riv. sanitaria siciliana*, 1936, numero 1) studia i precetti terapeutici ed igienici, che si trovano nel Talmud il quale, come è noto, costituisce la raccolta di tutto ciò che rappresenta la dottrina del popolo ebreo, sotto forma di tradizione orale e di commento alla tradizione scritta, che è rappresentata dal Pentateuco e dalla Bibbia.

Sono controverse le opinioni sul valore e la priorità della scienza medica talmudica e l'A. la mette in confronto con la collezione ippocratica, esaltando la superiorità di questa.

Gli Ebrei erano trascesi alle più volgari credenze, alle superstizioni più ridicole; l'astrologia, la stregoneria, la negromanzia, le formule sacre erano all'ordine del giorno per guarire i malati e gli indemoniati. Fra i rimedi più semplici troviamo l'uso della saliva di primogenito di padre per le malattie degli occhi (l'uso della saliva doveva essere considerato di gran valore, perchè era di rito il succhiamento, da parte del rabbino, della ferita della circoncisione; *N. d. r.*); altre pratiche erano l'applicazione dei vermi di letame per la cicatrizzazione delle ferite (la moderna terapia con le larve di mosca non è dunque che un ritorno all'antico; *N. d. r.*), l'uso della carne di asino per l'itterizia, dei datteri sotto aceto contro le emorragie, ecc.

Significativi ed importanti sono alcuni precetti igienici, specialmente riguardanti la nettezza del corpo, che sta ad indicare la purità dell'anima. E sono consigliate le abluzioni quotidiane ed è vietato abitar luoghi dove manchi l'acqua, il bagno e la latrina. Precetti comunemente osservati erano quelli di non farsi dare la camicia e non farsi aspergere l'acqua da chi non avesse le mani pulite, di non prender cibo e non uscire dalla latrina, senza essersi lavate le mani, ecc.

Molta importanza si dava al salasso, che era riservato agli adulti e praticato una volta al mese, purchè si avesse la possibilità di supplire alla perdita di sangue con un pasto sufficiente e non lo si facesse seguire da rapporti sessuali.

Il tipo di alimentazione era essenzialmente vegetariano: pane, acqua, frutta a cui i non poveri potevano aggiungere uova, pesce e carne; proibito l'uso di alimenti che fossero stati allo scoperto nelle ore notturne, perchè in tale tempo circolano gli spiriti maligni.

Sono noti i precetti di non mangiar carne se non sottoposta alla macellazione ed alla visita dell'esperto, di non accostare donne nel periodo mestruale, di allontanare dalle comunità i contagiosi e disinfettarne la casa e le vestimenta. Con il consiglio di non abitar luoghi dove non sia il medico, contrasta il poco onore in cui questo era talvolta tenuto, sino a dire che il migliore dei medici era destinato

alla Gheenna e da prescrivere di non dare ascolto al medico quando il malato desiderasse qualcosa che quegli aveva proibito. Molto saggio è il precetto di non prendere l'abitudine alle medicine.

Altre prescrizioni da mettere in rilievo riguardano l'assetto sociale (inferiorità della donna) ed il problema demografico comandando il matrimonio, con il consiglio di sposarsi presto, scegliendo il tipo adatto in modo da favorire gli incroci. Sconsigliata la poligamia, non favorito il divorzio che però soleva concedersi nei casi di adulterio, di sterilità, di malattia ripugnante (ozena) od infettante (lebbra).

Lodevoli sono lo spirito di collaborazione delle classi ed il grande pregio in cui era tenuto il lavoro.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 marzo 1936.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Sul processo d'inchiodamento in uso nell'Ospedale di S. Spirito per le fratture del collo femorale.

Prof. G. EGIDI. — L'O. illustra una proiezione cinematografica che riproduce mezzi e tempi in uso nel reparto ospedaliero da lui diretto, per il trattamento delle fratture del collo del femore. Analizza i vantaggi del metodo.

Il prof. ALESSANDRI domanda se il chiodo è lasciato in sede.

Il prof. EGIDI conferma.

Milza amiloide con emorragia.

Prof. F. BIGNAMI. — Dopo aver messo in evidenza la rarità dell'emorragia nella milza in genere, e nella milza amiloide in particolare, l'O. descrive un caso di tubercolosi polmonare con tumore cronico di milza con amiloidosi. I follicoli presentavano quasi tutti uno o più emorragia, la polpa rossa presentava un aspetto angiomatoso. Nelle particolari condizioni circolatorie della zona periferica del follicolo è la probabile ragione della emorragia.

Sarcoma primitivo della milza.

Prof. F. BIGNAMI. — Riferisce storia clinica e reperto anatomico di un caso di sarcoma diffuso della milza, con infiltrazione degli spazi periportali del fegato, metastasi nelle linfoglandole peripancreatiche e peribronchiali e nodulari multiple nei polmoni e reni. Istologicamente si trattava di un tumore a cellule polimorfe, con prevalenza di grandi cellule rotonde, probabilmente di un reticolo-sarcoma.

Il prof. ALESSANDRI ricorda un caso di sarcoma fusocellulare della milza, guarito dall'atto operativo, ma recidivato con metastasi nel lobo sinistro del fegato.

Sulla tensione superficiale del siero, nell'ittero da ritenzione.

Dott M. COPPO. — L'O. ha studiato la tensione superficiale del siero itterico in rapporto con la presenza in esso di quantità abnormi dei sali biliari. Ha trovato che nell'ittero la tensione superficiale è normale. Ha potuto dimostrare che i sali biliari patologicamente versati nel siero, non ne abbassano la tensione artificiale perchè assorbiti dalle molecole proteiniche. Richiama l'attenzione su questo potere di difesa (tampone) di natura fisica, per cui la tensione superficiale si mantiene a valori costanti.

Non ha luogo discussione.

Risultati recenti e lontani di ganglionectomie simpatiche per disturbi vascolari degli arti.

Prof. A. CHIASSERINI. L'O. riferisce sui casi operati con simpatectomia lombare per trombo-angite bilaterale, per varici e per ulcera perforante e fissa il valore degli esami funzionali preoperatori.

Il prof. ARCANGELI ricorda la natura sifilitica delle ulcere delle gambe attribuite a varici, anche quando queste mancano. La sifilide può essere acquisita, spesso ignorata, qualche volta ereditaria. Le cure antiluetiche, specie neosalvarsaniche, portano alla guarigione di esse, spesso vecchie di 8-10-12 anni, inutilmente curate col riposo. Le cure vanno ripetute insistentemente. Sulle ulceri perforanti spesso di origine sifilitica, in malati di tabe evidente o frusta, afferma che anche in esse la cura antisifilitica associata alla malarioterapia dà ottimi risultati.

Sulla malattia di Buerger non ha esperienza, ma pensa che va sempre ricercata la lues, che vanno tentate le cure antiluetiche, e solo se queste falliscono, si deve ricorrere alla gangliectomia.

Il prof. PONTANO ricorda il risultato della sua esperienza in tema di tromboangite obliterante, di ulceri perforanti e di ulceri di varici. Sulle tromboangiti richiama l'attenzione sulle note anatomiche delle gravi e generalizzate lesioni vasali, per diffidare dei risultati ottimi ottenuti con la gangliectomia. Ricorda le tregue prolungate spontanee o da prolungato riposo in tema di morbo di Buerger. Riferisce sul risultato negativo dei tentativi di simpaticoectomia nelle ulceri perforanti; per le varici le sue ricerche anatomiche, istologiche e cliniche, gli permettono di escludere nella maggioranza dei casi l'origine sifilitica.

Il prof. ALESSANDRI ricorda come egli per il primo ha tentato la gangliectomia in Italia nel morbo di Buerger, e che ha potuto notare che mentre in alcuni casi i risultati sono duraturi ed ottimi, in altri invece i risultati sono scarsi, e se anche all'inizio buoni, si hanno a breve scadenza recidive. Ricorda un suo caso già amputato degli arti inferiori nel quale la gangliectomia dorsale ebbe un successo persistente sulla gangrena sviluppatasi negli arti superiori. Ritiene che le prove funzionali preoperatorie, specialmente l'indice di vasodilatazione, sono molto importanti, ma non sempre i risultati sono paralleli e concordi con le ricerche stesse.

Crede meno efficace l'operazione nelle ulceri trofiche e meno ancora nelle ulceri varicose.

Risponde il prof. CHIASSERINI.

Esaurite le comunicazioni, la seduta è tolta.

Il Segretario: T. PONTANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi di calcolosi del rene e dell'uretere nel fanciullo.

Guilleminet e R. Gayet (*La Presse Médicale*, n. 23, pag. 451, 1936) illustrano tre casi di calcolosi, di cui due renali e uno ureterale, osservati in fanciulli e in cui la diagnosi fu possibile in base all'esame radiologico e a quello dell'urina perchè la sintomatologia era poco evidente per una lesione renale e portava di più a pensare per una lesione di altri organi, ad es. in due ad un'appendicite acuta. Gli AA. insistono sull'importanza che hanno questi due esami in tutti i casi di dolori addominali nell'infanzia. G. GENTILE.

Tubercolosi renale nei portatori uomini di tubercolosi genitale.

M. Chevassu (25° *Congresso dell'Associazione Francese di Urologia*) ritiene che bisogna diffidare della tubercolosi renale nei portatori di tubercolosi genitale. In questi casi allorchè la prova dei tre bicchieri mostra una piuria totale il rene è quasi sicuramente infettato. Al contrario quando i tre bicchieri contengono urina limpida con qualche filamento nel primo e nell'ultimo bicchiere si può concludere per una tubercolosi genitale indipendente da ogni tubercolosi renale e in tal caso non occorre fare l'esplorazione del rene.

L'uretro-pielografia ascendente può dimostrare una tubercolosi renale anche in soggetti con urine limpide. L'A., in 17 casi di tubercolosi *genitale con urine chiare ha trovato dieci volte* delle lesioni renali *certe tubercolari*, in 3 casi ha ottenuto delle immagini dubbie, solo in 4 l'immagine pielografica era normale. La frequenza della tubercolosi genitale è una constatazione interessante sia dal punto di vista pratico che da quello patogenetico. La tubercolosi genitale dell'uomo sembra, nella maggior parte dei casi essere consecutiva all'infezione dell'uretra prostatica attraverso le urine provenienti dal rene tubercoloso le lesioni del quale possono trovarsi in un momento di evoluzione silente mentre che la manifestazione genitale predomina come fatto clinico unico. SCANDURRA.

Cisti dell'uraco.

M. M. Gayet e Verrière (*Lyon Chirurgical*, tome 33) descrivono un caso clinico. Si tratta di un uomo di 69 a. venuto a loro perchè sofferente di pollachuria notturna e di un dimagramento di circa 8 Kg. da 2 mesi. Dal punto di vista urinario le urine sono torbide, prostata aumentata di volume, alla palpazione dell'addome si nota una massa ipogastrica che non scompare dopo la minzione. La cistografia mostra una vescica del volume di una noce. La cistoscopia mostra una vescica irregolare con granulazioni non ulcerate. All'intervento mentre s'incide sulla linea ombelico pubica, si apre improvvisamente una cisti aderente alla linea alba da cui fuoriesce un liquido mucoso gelatiniforme. Esteriorizzata la cisti che è della grandezza di una testa di feto a termine e con le medesime caratteristiche di una cisti dell'ovaio si nota che il suo peduncolo è sulla cupola vescicale. Gli AA. riferiscono che è la prima volta che vedono una cisti dell'uraco completamente chiusa, che dal lato diagnostico avevano pensato ad una forma cancerosa derivante dalla vescica e come anche non sanno spiegarsi in alcun modo il dimagramento notevole unico sintomo accusato dall'ammalato. A. GRASSI.

Sulla cura locale delle flogosi delle vie urinarie con miscugli di vari medicamenti.

V. Mezö (*Z. Urol. Chir.*, V. 41, p. 460, 1936) riferisce su ricerche dirette ad aumentare la attività antisettica di comuni mezzi medicamentosi, usati nella pratica urologica praticando dei miscugli di prodotti clinicamente indifferenti fra loro. Due miscugli si sono dimostrati particolarmente adatti: permanganato di potassio, cianuro di mercurio e permanganato di potassio-acido borico, la cui attività antisettica supera di gran lunga quella dei medicamenti finora usati; l'attività del 2° miscuglio è superiore a quella del 1°.

Il miscuglio che offre maggiore attività antisettica, senza possibilità di danneggiamento per i tessuti è una soluzione di permanganato di potassio 1:4000 in acido borico 3 %. L'A. ha dimostrato in vitro l'attività di questi miscugli e ha ottenuto in malati con infezioni resistenti delle vie urinarie ottimi risultati.

L'aumento dell'azione battericida dei miscugli rispetto a quella dei singoli componenti, deve essere riportato secondo l'A. ad uno sconosciuto processo biochimico; non può essere spiegato, nè con la teoria cranica.

P. STEFANINI.

Poliuria per lesione accidentale della regione infundibulo-tuberiana prodotta durante l'ablazione di un tumore dell'ipofisi.

A. Bronzini (*Archives italiennes de biologie*, T. XCIII, Fasc. 1-2, p. 113, 1936) presenta questo caso perchè conferma nell'uomo le esperienze eseguite negli animali.

Si tratta di una donna di 40 a. affetta da 10 a. da un tumore dell'ipofisi (lobo ant.).

La p. venne operata in an. loc. per via sfe-

noidale; messa allo scoperto la dura madre l'A. si appoggiò contro l'estremità bottonuta di uno specillo e fece una radiografia per constatare che lo specillo corrispondesse esattamente al tumore. La radiografia dimostrò esatta la direzione ma la punta dello specillo aveva sorpassato appena di qualche millimetro le apofisi clinoidee posteriori.

Il tumore fu asportato e il decorso postoperatorio buono tranne che appena mezz'ora dopo l'intervento la p. cominciò ad avvertire una sensazione di sete e ad avere una poliuria intensa. Questa in qualche giorno raggiunse i nove litri al giorno. La poliuria raggiunse il massimo tra il 12° e il 16° giorno dopo l'intervento per tornare al normale tra il 40° e il 45° giorno. Indubbiamente il fatto fu causato dalla lesione superficiale della parete ant. del tuber cinereum. Medi.

Pneumatocele intracranico.

H. Wildegans (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 182, pag. 414, 1935) riporta il caso di un paziente di 32 anni, in cui senza nessun trauma o altra causa apparente, comparve cefalea, crisi di vertigine e vomito. L'esame radiografico del cranio, mostrò una vasta raccolta gassosa nella regione frontale destra che arrivava fino al seno frontale. Tale raccolta aumentava nettamente di dimensioni quando il malato si soffiava il naso.

La semplice puntura evacuativa non portò a un miglioramento definitivo. All'intervento, dopo il ribattimento d'un lembo osteoplatico frontale si trovò un osteoma puntuto situato nella immediata vicinanza della cristagalli che aveva perforato la dura e creata la comunicazione fra le cavità nasali e gli spazi sottodurali. Ne seguì guarigione definitiva. Tre casi simili sono stati descritti dal Cushing, di cui due morti per meningite. P. Valdoni.

I risultati immediati e lontani della cordotomia.

S. Babtchine (*Journ. d. Chir.*, T. 47, n. 1, gennaio 1936, p. 26) riferisce di 34 malati, affetti da sindromi dolorose da tumori maligni (16), di origine traumatica, infettiva e sifilitica (12), o da neurinomi su monconi di amputazione (6), ai quali ha praticato la sezione del fascio anterolaterale eseguendo 47 sezioni, unilaterali o bilaterali, in qualche caso doppie, triple ed anche quadruple.

Quasi sempre operò in anestesia generale; ma a volte anche con anestesia locale, che presenta il vantaggio di far dosare la sezione, limitandola al territorio della analgesia occorrente. È stata praticata la cordotomia toracica superiore tra D^2 e D^6. In un caso è stata praticata sul segmento cervicale a livello del 3° segmento cervicale.

Immediatamente dopo la sezione si ha cessazione dei dolori, col abolizione della sensibilità dolorosa e termica del lato opposto. I limiti dell'analgesia e della termoanestesia, che si ottengono, variano secondo l'altezza e la profondità della sezione del fascio.

I disturbi motori delle estremità inferiori, dovuti a traumatizzazione dei fasci piramidali, sono passeggeri e di corta durata, così pure le turbe funzionali della vescica e del retto.

I risultati lontani più favorevoli dopo cordotomia si ottennero nei casi di tumori maligni ed i più modesti nei casi di dolori da monconi di amputazione. Jura.

Sul valore della cordotomia nelle crisi gastriche.

Hüttl è stato il primo a praticare la cordotomia antero-laterale nelle crisi gastriche tabetiche nel 1924. Egli ora, insieme a Benedek (*Br. Beit. z. klin. chir.*, v. 161, p. 621, 1935) riferisce sugli esiti a distanza di questa operazione in tre tabetici. Il primo malato sopravvisse 6 anni all'intervento; le crisi e i dolori lancinanti si attenuarono dopo l'operazione, ma non in modo tale da permettere di attribuire all'intervento il miglioramento, probabilmente dovuto ad una remissione spontanea. Qualche mese dopo i dolori riapparvero e persistettero immutati fino alla morte.

Il secondo malato morto un mese circa dopo l'intervento per gravi fatti settici (decubiti ecc.) non permise di apprezzare gli effetti dell'intervento.

Il terzo malato sopravvisse 6 anni all'operazione, che dette un evidentissimo miglioramento, tanto che le crisi gastriche non si presentarono più; invece rimasero invariati i dolori lancinanti alle gambe. In questo caso una gastroenterostomia eseguita per errore diagnostico anni prima era rimasta senza effetto.

Gli AA. concludono affermando che la terapia chirurgica delle crisi gastriche tabetiche, pericolosa e non sicura nei risultati, va presa in considerazione come ultima ratio, nei casi in cui la cura conservativa rimane senza risultato. P. Stefanini.

Elettro-coagulazione del ganglio di Gasser nella nevralgia del trigemino.

E. Härtel (*Arch. Klin. Chir.*, Vol. 184, pagine 9, 1936) osserva che l'elettro-coagulazione del ganglio viene praticata con un ago che porta al suo estremo il polo isolato in tutto il resto dell'ago. Con la tecnica di Härtel o con quella di Kirschner per via percutanea si dirige l'ago fino al forame ovale; avvertito il margine dell'osso si fa penetrare l'ago nel forame per 1-1 1/2 cm. Quando l'ago tocca il ganglio il malato avverte l'attacco doloroso caratteristico, allora si fa passare la corrente e si ottiene la coagulazione. In tutti i 14 casi dell'A. si ottenne una guarigione definitiva. Di fronte alla alcoolizzazione il metodo descritto dal Kirschner ha il vantaggio di non dare così

facili lesioni collaterali da spandimento del liquido, di evitare la paralisi dei muscoli masticatori e di dare solo una ipoestesia corneale così da evitarne la cheratite neuro-paralitica.

VALDONI.

Il cloridrato di istidina nelle simpatalgie genitali.

Secondo quanto riferisce A. Baconnet (*Soc. Méd. hôpitaux* e *L'Hôpital*, n. 399, gennaio 1936) le iniezioni intradermiche quotidiane di 5/10 di cmc. di cloridrato di istidina costituiscono una terapia che dà notevoli successi nelle nevralgie simpatiche di origine genitale. Le affezioni più favorevolmente influenzate sono: le plessalgie ipogastriche, l'ovarite sclerocistica, la dismenorrea, la congestione uterina, i dolori ipogastrici delle isterectomizzate.

Molti dei casi dell'A. erano stati trattati invano con altri metodi.

Il miglioramento è rapido e si ha già alla seconda iniezione; è inutile continuare se non si hanno risultati dopo 6 iniezioni. Non si sono mai avuti incidenti di sorta; si osserva soltanto talora un certo abbassamento della pressione arteriosa.

Si usa la soluzione acquosa al 4 %.

fil.

L'ipotonia come causa di disturbi vestibolari e nervosi.

J. Berberich e H. Strauss (*Deut. med. Wochens.*, 7 febbr. 1936) richiamano l'attenzione sul fatto che vi sono molti individui con disturbi vestibolari (ronzii d'orecchio, battiti sincroni col polso, vertigini) e nervosi (cefalee, stanchezza, cambiamento depressivo d'umore, disturbi del sonno, ecc.), che consultano inutilmente l'otoiatra od il neurologo, mentre la causa vera dei detti disturbi va ricercata nell'ipotonia. Si trovano, di fatto, delle pressioni inferiori ai 105 per gli uomini ed a 100 per le donne; per lo più si hanno valori fra 90 e 100.

Spesso, si ha anche polso raro e non mancano talora dei sintomi psichici.

Il trattamento di questi casi deve essere diretto contro l'ipotonia: caffeina, digitale, preparati efedrinici e rimedi del simpatico. Gli AA. riportano alcuni casi dimostrativi.

fil.

Nell'astenia generale.

Protossalato di ferro
Glicerofosfato di magnesio, ana cg. 15

Per una cart. Da prendersi prima dei pasti.

In caso di concomitante irritabilità gastrica, calmare prima questo con le polveri magnesio-bismutate e prendere le cartine, soltanto dopo calmato lo stato dello stomaco.

NOTE DI RADIOLOGIA

Cisti idatidea suppurata del fegato rivelata da un'iniezione di aria e di lipiodol nella cavità cistica.

J. Chabrun e Alain Monchet (*La Presse Médicale*, n. 16, pag. 311, 1936) illustrano un caso di voluminosa cisti d'echinococco suppurata del lobo D. del fegato in un paziente che presentava un'epatomegalia e una sindrome pleuro-polmonare della base D. e in cui la diagnosi di sede dell'ascesso e l'indicazione alla via da seguire nell'operazione furono potute stabilire mediante l'iniezione di aria e quindi di lipiodol attraverso la puntura esplorativa che trasse fuori del pus ed eseguita nella parte postero-inferiore della parete toracica di D. Gli AA. si soffermano a indicare i pericoli di tale pratica, che però, nei casi dubbi, può essere di grande giovamento. G. GENTILE.

Deduzioni cliniche dello studio radiologico dell'appendice estirpata.

Corachan (*Journ. intern. de Chir.*, vol. I, fasc. 2, 1936) si propone, mediante introduzione di liquido opaco nelle appendici estirpate operativamente, di studiare principalmente la corrispondenza o meno fra risultati dell'esame radiologico, eseguito con la tecnica di Czepa, e la reale, anatomica impermeabilità o permeabilità del lume appendicolare.

Le ricerche fatte su un gran numero di casi, condurrebbero l'A. alla conclusione che vi sia una coincidenza costante fra impermeabilità o permeabilità radiologica (Czepa negativo e risp. Czepa positivo) e pervietà od impervietà anatomica.

La prova di Czepa acquisterebbe quindi un notevole valore clinico, pur non potendosi considerare, quand'essa sia positiva, come sintomo patognomonico, in quanto esistono casi di appendicite nei quali sia la prova di Czepa che l'esame eseguito dall'A. dimostrano una totale, completa pervietà del lume appendicolare. L. BIANCHINI.

Indicazioni fornite dall'arteriografia negli aneurismi arteriali spontanei degli arti.

S. Naulleau e S. Coutiades (*La Presse Médicale*, n. 13, 1936) descrivono un caso da loro studiato di aneurisma del cavo popliteo in cui l'arteriografia praticata con iniezione di 30 cm. di Thorotrast nella femorale all'arcata crurale, ha fatto notare situati sulla parte inferiore della femorale ed il segmento superiore della poplitea circa otto dilatazioni che corrispondono a piccoli aneurismi non percepibili clinicamente, che la cavità del sacco è ridotta ad una piccola tasca ovalare ed inoltre gravi alterazioni arteritiche al tronco tibio-peroniero ed alla tibiale posteriore per cui hanno dovuto sopras-

sedere all'atto operativo. A seguito di questo risultato vengono a delle considerazioni che la arteriografia fornisce: 1) dati anatomici e cioè molteplicità degli aneurismi, il posto esatto della lesione, l'aspetto morfologico dell'aneurisma, lo stato dell'arteria principale ed i rapporti delle collaterali; 2) dati clinici e cioè la importanza dell'ateromasia; la pulsatilità e la espansione che nelle ectasie arteriali avviene anche nelle sacche riempite di coaguli, la scoperta di aneurismi latenti, la differenziazione degli adeno-flemmoni, e degli angio-endoteliomi.

3) Deduzioni terapeutiche — e cioè quando l'aneurisma e l'arteria sono permeabili e la circolazione collaterale è poco sviluppata tutti gli atti operativi sul sacco possono essere dannosi: infine per la qualità dei dettagli anatomici la arteriografia lascia intravedere il metodo operatorio meglio appropriato per ogni singolo caso. A. Grassi.

VARIA

Scienze occulte e squilibrio mentale.

È questo un argomento trattato recentemente da P. Encausse (*Thèse de Paris*, Edit. Pythagore, 1935). È vero che alcune pratiche, abituali nel campo delle scienze occulte, possono talvolta condurre allo squilibrio mentale? Ecco la domanda che l'A. si è posto. Egli è ben qualificato per rispondere in quanto è figlio del dott. G. Encausse, il quale sotto lo pseudonimo di Papus, ha pubblicato numerose opere di occultismo. Ora, già lo stesso Papus aveva fatto notare che alcune pratiche dell'occultismo non possono essere messe alla portata di tutti. Certo se alcune di queste pratiche possono essere nefaste per degli sperimentatori incapaci, sarebbe ingiusto di condannare in generale tutto quanto riguarda le scienze occulte. Degli ingegni distinti e noti scienziati non hanno creduto indegno di sè stessi di indagare in questo misterioso regno: può dunque credersi che essi siano stati tutti e sempre vittime dei trucchi? E d'altra parte quale altro mezzo abbiamo noi per far rientrare nel dominio scientifico e sperimentale ciò che ancora è empirico e misterioso?

Dopo una introduzione riguardante lo spiritismo e l'occultismo in generale l'A. abborda il punto principale del suo studio e conclude che certo le pratiche dell'occultismo possono essere nocive per alcuni soggetti, ma che si tratta quasi sempre di soggetti predisposti. In un altro capitolo egli attira l'attenzione sulle migliaia di veggenti, chiromanti, cartomanti, i quali ancora vivono sulla fiducia e sulla credulità dei semplici, sempre avidi di meraviglioso; tutti gli psichiatri sanno quale influenza nefasta questi professionisti della magia abbiano su alcuni malinconici e deliranti, e saranno quindi d'accordo con l'A.

Ma non basta. Esiste ancora una fioritura abbondante di opere di occultismo e di spiritismo e non tutte sono state redatte con il tatto necessario e ve ne sono alcune che hanno condotto dei predisposti al delirio o che hanno per lo meno contribuito a orientare un delirio in senso nefasto. E contro questa letteratura noi siamo completamente disarmati. Bisognerebbe che gli occultisti seri e di buon senso combattessero spietatamente questa letteratura malsana che perverte gli spiriti e compromette pericolosamente la loro scienza.

G. La Cava.

L'estirpazione del polmone.

L'ardita operazione può essere indicata nella gangrena polmonare, nelle malattie suppurative del polmone (polmone policistico congenito, ascessi polmonari multipli con o senza bronchiectasia; particolarmente favorevoli sono i casi « secchi »), tubercolosi se strettamente unilaterale, neoformazioni. È preferibile usare la tecnica in un solo tempo; l'incisione di approccio è stata fatta da G. A. Mason (*The Lancet*, 9 maggio 1936) nello spazio intercostale fra la V e la VI, partendo dalla spina dorsale per arrivare quasi allo sterno. La linea può essere anche più breve; ma nel primo caso, si può avere abbastanza spazio con la dilatazione forzata delle costole, nel secondo, sarà necessaria la resezione di qualche pezzo di costola; resezioni più ampie si dovranno fare quando le pareti costali sono del tipo rigido. Altri autori usano un lembo osteoplastico.

Fra le difficoltà e le complicazioni, sono da citarsi l'emorragia, che può essere anche rapidamente fatale, lo « shock », l'embolismo gassoso, i riflessi delle radici polmonari, le fistole bronchiali, il pneumotorace di tensione.

Dopo l'asportazione del polmone, le pareti toraciche tendono a retrarsi, il diaframma si innalza e rimane un certo grado di pneumotorace, che può essere anche permanente. Se permane una fistola bronchiale, può essere indicata in seguito un'operazione osteoplastica.

L'A. riporta 6 casi personali, fra cui ebbe 2 morti. Gli altri si trovano in condizioni buone o discrete. L'età degli operati era dai 7 ai 18 anni. Sono riportate anche fotografie degli individui, nonchè varie radiografie e broncografie. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. Galatà. *Vedute fisiopatologiche sull'angina pectoris.* — L. Pozzi, Roma, 1935.

P. De Favento. *Considerazioni su alcuni criteri di guarigione della sifilide.* — Atti Congresso Int. di Dermatologia, Budapest, 1935.

L. De Haro. *Hydrargirisme et syphilis.* — Editorial Reuj, Madrid, 1935.

E. Scala. *Aviazione sanitaria.* — Ist. Polig. Stato, Roma, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Sessione del Consiglio Superiore della Sanità Pubblica.

Dal 30 aprile al 2 maggio si è svolta presso la Direzione Generale della Sanità Pubblica la sessione ordinaria del Consiglio Superiore di Sanità, sotto la presidenza di S. E. il prof. Dante De Blasi. Ha assistito a varie sedute S. E. l'on. Guido Buffarini, Sottosegretario agli Interni.

Nella prima seduta S. E. De Blasi ha tenuto un magnifico discorso, col quale ha illustrato il nuovo funzionamento del Consiglio ricostituito: la divisione in Sezioni, agili e fattive, porterà ad un più elevato rendimento. S. E. il prof. Giovanni Petragnani, direttore generale della Sanità Pubblica, ha svolto una complessa relazione, nella quale ha passato in rassegna l'attività cospicua spiegata dall'Organo supremo della Sanità in questo ultimo scorcio della sua gestione.

Tra gli argomenti che hanno formato oggetto di elevata trattazione nei tre giorni di intenso lavoro compiuto dal Consiglio Superiore hanno figurato la prima parte del Regolamento generale per l'applicazione del T. U. delle Leggi sanitarie 27 luglio 1934, specie per quanto concerne la denuncia delle malattie infettive e la vaccinazione per le malattie trasmissibili; lo schema di norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali, ai sensi dell'articolo 192 del T. U. delle Leggi sanitarie: argomento questo che costituisce — se pure non in forma definitiva — la soluzione di un problema capitale che pesava sulla vita sanitaria italiana fin dai tempi della sua costituzione.

Si mantengono in una analoga visuale di rinnovazione e di adeguazione ai tempi ed alle necessità lo schema di regolamento per l'esercizio delle farmacie, quello sui medicinali e gli altri mezzi di cura e di profilassi, quello per l'esecuzione delle norme sulla fabbricazione e sul commercio degli stupefacenti ed infine le norme per l'igiene del suolo e dell'abitato.

Lotta contro i tumori maligni.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica - Divisione VI C. - Sezione I) ha diramato ai sigg. Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare n. 69, in data 22 maggio 1936-XIV:

Risulta che i malati con forme precoci e curabili di cancro ricorrono poco frequentemente ai « Centri » e agli Istituti specializzati per la lotta contro i tumori maligni, mentre invece tra essi prevalgono quegli affetti da forme avanzate, non più suscettibili di efficaci cure.

È stato, inoltre, rilevato che da parte dei Comuni di residenza si preferisce spesso avviare gli infermi in piccoli Ospedali di Provincia, ove le rette sono minori, ma ove non possono eseguirsi cure adeguate — le quali esigono impianti e personale specializzato — anzichè agli Istituti specializzati, che possano garantire un'adeguata assistenza curativa mediante gli idonei interventi suggeriti dalla moderna terapia.

Quanto sopra può in parte essere attribuito alla scarsa propaganda esercitata al fine di fare opera di persuasione sulla necessità di una tempestiva diagnosi e di un pronto intervento e alla erronea opinione da parte degli enti — che devono provvedere al ricovero degli infermi — che questi possano considerarsi, ai fini dell'assistenza ospitaliera, alla stregua dei cronici comuni.

Il Ministero, pertanto, nel mentre deve ribadire che uno dei fattori principali per il raggiungimento dei fini che la lotta contro i tumori maligni si propone, è costituito da un'attiva propaganda, richiama l'attenzione delle EE. LL. sulla necessità di dare ogni interessamento affinchè da parte degli ufficiali sanitari, dei medici condotti, dei liberi esercenti e di quanti altri si interessano di assistenza e profilassi sociale, sia spiegata con maggiore alacrità e spirito di comprensione la necessaria azione presso il pubblico nel senso su esposto.

Occorre, del pari, che i « Centri » e le altre Istituzioni similari diano ogni possibile impulso a tale servizio onde assicurare il maggiore afflusso possibile di malati iniziali.

* * *

Le EE. LL. vorranno, poi, interessare i Comuni di residenza degli infermi, i quali, a norma delle disposizioni impartite con la Circolare del 6 maggio 1931, n. 20300.90/13950, sono tenuti al ricovero d'urgenza degli infermi con diagnosi di tumore maligno operabile, sulla necessità di avviare gli infermi stessi ai « Centri » ed agli Istituti specializzati più vicini o ad importanti Istituti clinici ed ospitalieri, che dispongano di efficienti servizi nel campo specifico.

* * *

È, altresì, necessario che gli accertamenti diagnostici, anche per quanto riguarda i materiali istologici prelevati mediante biopsia o raschiamento ecc., vengano sempre e in ogni caso eseguiti presso i « Centri » o altri Istituti convenientemente attrezzati allo scopo, e, in difetto, presso gli Istituti di anatomia patologica, sia universitari che ospedalieri.

* * *

Poichè, infine, è risultato che, malgrado le disposizioni impartite dal Ministero con la Circolare del 4 gennaio 1935, n. 20300.90/43735, non sempre gli infermi, che furono visitati e curati presso i « Centri per la lotta contro i tumori maligni » o gli Istituti specializzati, vi ritornano per i controlli sistematici, che sono necessari sia per la cura che per lo studio dei tumori, il Ministero prega le EE. LL. di voler impartire le opportune disposizioni ai sanitari affinchè sia ottemperato a quanto prescrivevasi con la Circolare sopra citata,

nel senso di curare l'invio, per la necessaria revisione dei malati, ai Centri contro il cancro o agli Istituti specializzati, dove sono stati curati o, in caso di impossibilità, di fornire informazioni agli stessi Istituti sulle condizioni del malato e sul decorso della malattia.

Norme igienico-sanitarie per gl'indigeni dell'Etiopia.

Il Governo dell'Etiopia ha fatto tradurre in lingua indigena, in poche formule, semplici e chiare, le diverse norme igieniche sanitarie che gli indigeni dovranno, d'ora innanzi, rispettare. Tali norme saranno comunicate, in primo tempo, ai capi quartieri e rioni di Addis Abebà, perchè siano spiegate al popolo ed i capi avranno la responsabilità, di fronte all'autorità, della loro applicazione.

Il 1° giugno hanno cominciato a funzionare le squadre di disinfezione composte di indigeni, diretti da un vigile sanitario. Le squadre dovranno visitare, periodicamente, i tucul e provvedere al rispetto dell'igiene e della pulizia.

Assistenza ospedaliera in Etiopia.

Un'ordinanza del Governo dell'Etiopia dispone che l'Ospedale Civile Italiano, di proprietà dell'« Italica Gens », impiantato nel 1930 ad Addis Abebà ed attualmente occupato dalla Sanità Militare, sia restituito al suo funzionamento civile avendo come alto consulente tecnico il sen. Castellani.

Il Governo ha disposto che oltre ai tre ospedali nord-americani, autorizzati a continuare a funzionare, sono autorizzati a funzionare liberamente, sotto il semplice alto controllo sanitario italiano, le infermerie nord-americane di Dessiè e di Debra Tabor della Missione religiosa americana avventista e le infermerie della « Sudan Interior Mission » funzionanti nelle provincie di Goma, Cofa, Sidamo, Gimma, Kambatta, Lasta e Goggiam.

MEDICINA SOCIALE

L'attività dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

Si è riunito, sotto la presidenza dell'avv. Sileno Fabbri, il Consiglio Centrale dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia.

Il presidente ha fatto un rapido e preciso resoconto dell'attività svolta nel 1935, mettendo innanzitutto in rilievo l'incremento verificatosi enl numero degli assistiti, i quali, nei confronti del 1934, risultano in aumento del 46 per cento, mentre l'incremento delle assistenze prestate risulta, sempre di fronte all'anno precedente, del 54 per cento. Ha altresì accennato come si sia intensificata l'assistenza prenatale e postnatale e quella morale grazie anche al perfezionamento della organizzazione tecnica verificatosi durante gli ultimi tempi in tutti i settori dell'Opera. Difatti, oltre ad un notevole sviluppo assunto dalle varie istituzioni, che ammontavano il 31 dicembre a 9.404, anche l'efficienza dell'organizzazione è stata migliorata, mediante un assiduo servizio di vigilanza a mezzo di ispezioni e di controlli. A tal proposito il presidente ha messo in rilievo la cura posta nel distribuire equamente l'assistenza in tutto il territorio del Regno, come dimostrano i seguenti dati, riferiti a 100 abitanti: Italia Settentrionale, 3.87; Italia Centrale, 4.68; Italia Meridionale, 4.08; Italia Insulare, 4.68.

Il presidente ha inoltre riferito sul lavoro compiuto nel campo della preparazione del personale: così di quello sanitario, a mezzo degli appositi corsi di puericultura per medici e levatrici, come di quello assistenziale, a mezzo degli speciali corsi per Patronesse.

Dopo aver ricordato l'attività svolta dall'Opera per la propaganda igienica e morale tra le masse e la partecipazione a numerose manifestazioni in Italia ed all'Estero (Giornata della Madre e del Fanciullo, Congressi, Mostre) — le quali hanno vieppiù richiamata l'amorosa attenzione degli italiani e la vigile ammirazione degli stranieri sul grande Ente creato dal Duce per la tutela della Stirpe — l'avv. Sileno Fabbri ha esposto i dati della complessa azione svolta nel 1935. I quali dati si riassumono nelle seguenti cifre: 1.713.978 fra madri, bambini, fanciulli e adolescenti assistiti; 3.686.220 provvedimenti assistenziali concessi. Il presidente ha fatto altresì notare, a prova della considerazione che l'Opera gode nel Paese, come le donazioni all'Ente nel 1935 abbiano raggiunta la cospicua cifra di oltre un milione di lire.

Il Consiglio, che ha preso atto con vivo plauso di tali risultati, ha, infine, approvato all'unanimità il bilancio consuntivo e gli altri argomenti all'ordine del giorno, elevando il suo pensiero riconoscente al Duce.

Cronaca del movimento professionale.

Le professioni sanitarie in Italia.

Il Ministero degli Interni ha proceduto alla rilevazione del numero degli esercenti le professioni sanitarie nel Regno e ha accertato che i medici sono 35.651 (di cui 9.390 condotti), i farmacisti 12.912, i veterinari 4.174, le levatrici 15.982, le infermiere professionali 6.909.

Confrontati tali dati con quelli della precedente rilevazione fatta nel 1927, si nota che il numero dei medici è aumentato di 5.567, quello dei farmacisti di 359, quello dei veterinari di 559, quello delle levatrici è invece rimasto presso che invariato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

È indetto concorso alle condotte mediche della provincia di Como per Pontelambro, Cantù, Valbona, consorzio Binago-Solbiate Comasco; scad. 31 luglio.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il

bando di concorso alla R. Prefettura, Ufficio del Medico Provinciale).

CASTELLANETA (*Taranto*). *Ospedale Civile*. — Scad. 30 giugno; direttore sanitario; lire seicento annue, al netto da qualsiasi ritenuta; partecipaz. 40 % sulle tasse di operazione efettivamente riscosse; età limite 45 anni; tassa L. 50; servizio entro giorni 30. Ogni ulteriore informazione dalla Segreteria.

MILANO. *Amministraz. Provinciale*. — Scad. 30 giugno; medico primario o di Sezione nell'Ospedale psichiatrico provinciale in Mombello di Limbiate; stip. L. 13.000, 4 trienni e 4 quadrienni di L. 1400, supplem. servizio L. 3000; età limite 35 anni al 23 aprile; tassa L. 50,10. Per altre informazioni, domanda, documenti, rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia, via Monforte 31, Milano.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti*. — Scad. 20 agosto; direttore generale sanitario: L. 24.000, oltre indennità alloggio L. 12.000; certificato comprovante di avere disimpegnato uffici direttivi; tassa L. 50,20; servizio entro 30 giorni. Per ogni ulteriore informazione rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto Ospedali Riuniti, via Maria Engo 50, Napoli.

ROMA. *Ministero dell'E. N.* — Sono banditi i concorsi per le seguenti cattedre universitarie e sedi: anatomia umana normale a Parma; anatomia e istologia patologica, clinica ostetrica e ginecologica, patologia generale a Cagliari; clinica delle malattie nervose a Messina; farmacologia, patologia speciale medica e metodologia a Catania.

CONCORSI A PREMI.

Premio Casoni.

Per disposizioni della vedova del prof. Casoni e per onorarne la memoria è bandito un concorso dal tema « Profilassi e terapia della nefrite azotemica ».

Al miglior lavoro è assegnato un premio di L. 5000.

La Commissione giudicatrice è costituita dai proff. Frugoni, clinico medico, Vernoni, patologo generale e Sotti, anatomo-patologo, dell'Università di Roma.

I lavori devono essere consegnati al prof. Frugoni, via Bruxelles 47, non oltre il 28 febbraio 1938 e devono essere di medici italiani e pubblicati su riviste mediche prima della fine del 1937.

La Commissione darà il suo giudizio entro il mese di giugno 1938 e il premio sarà consegnato dalla sig.ra Casoni nell'anniversario della morte del compianto prof. Casoni.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Alberto Ascoli, professore di patologia generale e anatomia patologica alla Facoltà di veterinaria di Milano, è nominato socio corrispondente della Reale Accademia di Medicina del Belgio.

Il prof. dott. Giglio Ferrando, direttore del Sanatorio S. Luigi di Torino, su proposta di S. E. il Capo del Governo è stato insignito con la onorificenza di Cavaliere della Corona d'Italia, a testimonianza e riconoscimento delle particolari attività tecniche e scientifiche svolte nel campo antitubercolare e sanatoriale. Al collega felicitazioni e rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE

La festa della Sanità Militare.

Il 4 giugno si è celebrato in tutta Italia l'anniversario della fondazione del Corpo di Sanità Militare.

Le cerimonie commemorative si sono svolte nella Scuola di Firenze, negli ospedali e nelle infermerie militari con la deposizione di fiori avanti ai ricordi marmorei che perpetuano i nomi dei gloriosi caduti in guerra, con discorsi esaltanti le benemerenze del Corpo di Sanità in pace ed in guerra e con la distribuzione di premi ai militari che più si sono distinti nel servizio di assistenza.

Alla grandiosa cerimonia tenutasi in Roma, all'Ospedale del Celio, ha partecipato il sottosegretario alla guerra gen. Baistrocchi; hanno parlato l'ispettore della Sanità militare gen. Franchi, il direttore dell'Ospedale col. Masserano ed il sottosegretario alla guerra, che ha consegnato personalmente i diplomi di benemerenza.

Giornate Mediche di Montecatini Terme.

In Montecatini Terme sotto la direzione del prof. C. Frugoni, clinico medico di Roma e direttore sanitario delle Regie Terme, saranno tenute nei giorni 25-26 luglio due « Giornate mediche di Montecatini » con due temi di relazione, e cioè:

1) « La terapia medica, chirurgica e idropinica della calcolosi epatica »; relatori i proff. Alessandri, Bastai e Pisani;

2) « La terapia delle forme catarrali dell'apparato digerente »; relatori i proff. Alessandrini e Messini.

Tutti i medici sono invitati a partecipare ed a collaborare. I medici che invieranno la loro adesione al « Segreteriato Giornate Mediche di Montecatini Terme » entro il 30 giugno, saranno ospiti della Società Regie Terme dalla sera del 24 alla sera del 26.

Sono ammesse tempestive inscrizioni per comunicazioni sui due temi di relazione.

Istituto per i mutilati del viso a Milano.

Presso l'Associazione mutilati si è tenuta a Milano una riunione cui hanno partecipato i dirigenti dell'Associazione stessa e numerose personalità del campo combattentistico e sanitario. La riunione ha avuto per scopo l'Istituto milanese per i mutilati del viso, destinato ad offrire a questi deformati e traumatizzati — per vizio congenito, traumi di guerra o infortuni sul lavoro — un istituto e medici specializzati che possano curarli e ridarli alla vita normale.

Presidente dell'Istituto è stato acclamato l'on. Gorini.

L'Istituto è stato allogato a Milano nel padiglione di via Sarfatti 19. Esso ora può offrire una trentina di letti nel padiglione, contro un normale fabbisogno di settanta.

Per risolvere il problema della sede, l'ente sta progettando un nuovo padiglione che dovrebbe sorgere in luogo adatto della periferia, con una moltiplicata capienza di posti, ed attrezzato di nuovi impianti.

L'Istituto milanese mutilati del viso, che chiederà l'erezione in ente morale, si propone di al-

largare la cerchia d'azione. I feriti di guerra avranno, naturalmente, la precedenza; ma anche gli ammalati civili non abbienti saranno ricoverati. Per i più bisognosi si provvederà mediante convenzioni coi Comuni e per interessamento del Comitato di patronesse che si sta formando.

Due nuove istituzioni antitubercolari a Palermo.

Nel giorno della proclamazione dell'Impero S. E. il Prefetto di Palermo Marziali, alla presenza delle autorità civili, militari e fasciste ha inaugurato due nuove istituzioni antitubercolari che il Consorzio Provinciale aveva annunziato nella Campagna del 1935: una è rappresentata dal Dispensario « Molo » di via Duca della Verdura e l'altra da un padiglione dormitorio, che serve di completamento al Preventorio Infantile annesso al Dispensario Provinciale di via Giorgio Arcoleo.

Il Dispensario « Molo » è il secondo dei quattro elementi dispensariali che dovranno fra poco formare la rete di accertamento antitubercolare del capoluogo: infatti fra pochi mesi sarà aperto un altro Dispensario in piazza Domenico Peranni, negli stessi locali che servirono al Dispensario « Banco di Sicilia » che l'Associazione Palermitana contro la Tubercolosi ha recentemente donato al Consorzio. Resterà da creare un Dispensario nel Mandamento Tribunali, dopo di che ogni Mandamento del Capoluogo avrà un suo Dispensario Antitubercolare, tutti collegati al Dispensario di via Giorgio Arcoleo.

Il Dispensario di via Duca della Verdura è stato ideato dal Consorzio qualche anno fa, sotto la presidenza del prof. Giuseppe Noto Sardegna, che ottenne dal Comune gratuitamente un'area di circa 2.000 metri quadrati: l'opera è stata iniziata e condotta a termine sotto la presidenza del prof. Giuseppe Maggiore.

Il progetto compendia le più moderne esigenze sanitario-sociali; gli sforzi combinati del direttore del Consorzio prof. Luigi Sagona e del progettista ing. Mario Umiltà, hanno creato un Dispensario che si può dire un modello del genere.

In via Giorgio Arcoleo, dove da tempo, annesso al Dispensario Provinciale, ha funzionato il Sanatorio Diurno per bambini sani ma appartenenti a famiglie tarate, il Consorzio ha inaugurato il « Padiglione Pietro Lanza Branciforti Principe di Trabia » dovuto in parte alla munifica elargizione che la Principessa Giulia di Trabia ha fatto al Consorzio in memoria del Suo Consorte che fu anche benemerito del Consorzio stesso, in occasione della creazione del Dispensario Provinciale.

Il detto Padiglione, secondo l'ispirazione della Direzione tecnica del Consorzio, servirà per dormitorio dei bambini, onde evitare che essi ritornino alle loro case contagiate durante la notte: il Sanatorio Diurno diventerà così un Preventorio Permanente e costituirà un validissimo mezzo di preservazione dell'infanzia dalla tubercolosi.

Ambulatorio per l'assistenza all'infanzia in Addis Abebà.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente Nazionale Fascista della mutualità scolastica, presenti tutti i Consiglieri ed i rappresentanti dei Ministeri dell'Educazione Nazionale, degli Interni e delle Corporazioni, su proposta dell'on. prof. Agostino Lanzillo ha deliberato in nome degli 800 mila soci e degli insegnanti mutualisti, di donare alla città di Addis Abebà un ambulatorio completamente attrezzato da adibirsi per l'assistenza dei fanciulli. Con questo atto la mutualità scolastica intende manifestare la commossa gratitudine dell'istituzione al Duce, fondatore dell'Impero, ed assolvere nel nuovo dominio Italiano la sua funzione di assistenza e previdenza sociale.

Azioni giudiziarie.

Il pretore di Firenze aveva assolto il dott. Dandolo Mattoni dalla imputazione di avere somministrato, ai clienti, per cure omeopatiche, dei medicinali sotto forma di medicamenti, senza che sulla targhetta fosse indicata la composizione dei vari elementi. Contro il deliberato del pretore il P. M. propose ricorso in Cassazione. Il ricorso però è stato respinto.

Il Supremo Collegio ha ritenuto che la terapia omeopatica riduce il medicinale in dosi minime ed in misura tale da divenire del tutto imponderabile, e lo mescola a sostanze di natura inerte. A tale sistema curativo vanno congiunti un regime rigorosissimo ed una dieta, cui si deve probabilmente attribuire la maggioranza dei risultati favorevoli. La sostanza medicinale mescolata a quella inerte ha quindi già perduto, per la sua impercettibilità, l'efficacia curativa che si attribuisce al medicinale somministrato in dose di medicamento. Comunque la somministrazione dei medicinali omeopatici, siccome non è fatta in dose di medicamento, non è riservata al farmacista.

Il Tribunale Supremo della Germania ha condannato un medico ospedaliero a 2000 marchi d'ammenda, ai danni ed alle spese da computarsi in separata sede, perchè egli — interpretando male delle radiografie non chiare — ebbe a trattare una lussazione dell'anca come frattura del collo del femore, applicando un apparecchio a trazione e determinando una deformità che non potrà più essere corretta, neppure con un intervento cruento. Il Tribunale ha stabilito che il diploma del medico sia soggetto a revisione.

Al Tribunale correzionale di Bruxelles si è svolta un'azione giudiziaria contro cinque medici, i quali — come risultava da un'inchiesta dell'ispettorato delle farmacie — ordinavano dosi alte di morfina per uso personale, cioè da usare nei loro gabinetti. Il processo dimostrò che in due casi le ricette erano apocrife, firmate dalle mogli dei medici, le quali sono state condannate rispettivamente ad ammende di franchi 700 e 1400 e alla prigione per un mese e per 3 mesi.

In altri due casi i medici rilasciavano ricette di compiacenza a due malati morfinomani, senza trarne alcun lucro. L'altro medico teneva un deposito esagerato di morfina presso di sè. Questi tre medici sono stati condannati ad ammende di franchi 3500, 7000 e 3500.

Nel dicembre 1923 la sig.na de Khorougiusky, colpita da ulcera duodenale, venne operata, a Parigi, di gastro-enterostomia, dal dott. de Martel; siccome però dopo qualche tempo si presentarono nuovi disturbi ed emorragie, nel marzo 1925 ella venne nuovamente operata, dallo stesso chirurgo, di piloro-duodenectomia; nove anni più tardi ella intentava un'azione giudiziaria contro il chirurgo, perchè questi aveva, bensì, ottenuto il di lei consenso ai due gravi interventi, ma senza prima segnalarne « le conseguenze possibili ». Il processo

si è svolto al Tribunale Civile della Senna. Risultò tra l'altro che le due operazioni erano state eseguite gratuitamente; che la paziente aveva espresso al chirurgo più volte, per lettera, fino a poco prima di denunziarlo, la propria gratitudine; che la prima operazione era stata suggerita dal medico curante della signorina, dott. Antoine, e la seconda pure dal medico curante, dott. Rigaud: ciò emerge dagli atti prodotti dalla stessa signorina; le radiografie, prodotte anch'esse dalla paziente, attestano il buon risultato temporaneo della prima operazione e il buon risultato permanente della seconda. Per tutti questi motivi il chirurgo è stato assolto in pieno e la parte agente condannata alle spese.

Omicidî di medici.

Il dott. Silber C. Peacock, di Chicago, pediatra, venne ucciso da quattro giovani malviventi, che lo avevano chiamato per telefono sul posto dell'aggressione, e venne spogliato di quanto portava con sè: 20 dollari. La Società Medica di Chicago ha coadiuvato la Polizia fino a che gli autori di questo omicidio non sono stati individuati e assicurati alla giustizia. È risultato che essi appartengono ad una banda composta di soli giovani, dell'età di 17 a 20 anni, la quale ha compiuto una quarantina di aggressioni; tra le vittime sono quattro medici, chiamati per telefono e derubati tutti di piccole somme (6, 11, 19, 57 dollari); un altro medico era stato aggredito per la strada. La banda non era ancora giunta all'omicidio prima che ne rimanesse vittima il dott. Peacock.

Il dott. Trautmann di Parigi aveva suggerito un intervento chirurgico; il giovane paziente è morto durante l'operazione; il fratello del paziente, dopo avere udito, per caso, degli apprezzamenti sfavorevoli fatti da medici dell'ospedale, sull'indicazione all'intervento e sulle modalità con cui questo era stato condotto, volle vendicarsi del Trautmann, uccidendolo. Se ne trae una lezione: l'inopportunità da parte dei medici di fare apprezzamenti inconsiderati in presenza di estranei.

Un po' dovunque.

Ricordiamo che il 3° Congresso internazionale sulla malaria si terrà a Madrid dal 12 al 18 ottobre, sotto la presidenza del prof. G. Pittaluga. L'organizzazione procede intensissima. Quota per i membri protettori 250 pesete; per i membri effettivi 50; per i membri associati (accompagnanti il titolare) 25. Chiedere il programma e inviare le adesioni al segretario generale, Dr. Emilio Luengo, Instituto Nacíonal de Sanidad, calle de Recoletos 19, Madrid, Spagna.

La 15ª riunione annuale dell'Associazione ortopedica americana si è tenuta dal 18 al 21 maggio, a Milwankee, sotto la presidenza del dott. F. J. Gaenslen.

La 20ª riunione annuale dell'Associazione americana per lo studio delle secrezioni interne si è tenuta l'11 e il 12 maggio a Kansas City, sotto la presidenza del dott. S. M. Pottinger.

La Società ortopedica tedesca si adunerà dal 28 al 30 agosto a Königsberg i Pr. Temi: Contributo dell'ortopedia all'igiene razziale e alla sanità; studio e terapia del piede equino; biologia degli amputati; patologia e clinica del dolore di schiena; origine e profilassi delle anchilosi.

Il 23° Congresso di medicina professionale del Belgio si terrà a Liegi dal 4 al 6 luglio. Temi: Risultati acquisiti nella diffusione del libretto sanitario; l'Ordine dei medici.

La Lega portoghese di profilassi sociale si è adunata a Lisbona il 25 aprile e il 2 maggio; sono stati discussi i temi: Profilassi della cecità; Le applicazioni del freddo.

La Società svizzera dei medici dentisti, adunatasi a Zurigo, ha espresso un voto di biasimo sull'attività pubblicitaria delle così dette Cliniche dentarie. Ha stanziato un fondo preliminare di 5000 franchi svizzeri per lo studio del problema del pane (nei riguardi dell'igiene dentaria) e per lo studio delle malattie dei denti.

Il 30 maggio all'Ospedale Maggiore « Principessa di Piemonte » di Bergamo si è tenuta una seduta organizzata dalla Società Lombarda di Medicina e dalla Società medico-chirurgica bergamasca. Durante la riunione, presieduta dai proff. A. Ferrata e F. D'Alessandro, hanno riferito i proff. Della Torre, Feci, Sanek, Porta, Levi, Gavazzeni e altri. Dopo la seduta i congressisti si sono recati a Trescore Balneario, dove hanno visitato le colonie infantili della Federazione fascista e le Terme.

La Sezione culturale del Sindacato dei medici mantovani si è adunata il 28 maggio, sotto la presidenza del prof. F. Maccabruni, assistito dal segretario dott. M. Lodigiani. Sono state fatte comunicazioni da: M. Magni, G. Visioli, D. Mantovani (due comunicazioni).

La Sezione Tosco-Umbra della Società It. di Dermatologia e Sifilografia si è adunata a Perugia il 5 aprile, sotto la presidenza del prof. A. Crosti, assistito dal segretario dott. F. Lisi. Sono state fatte comunicazioni da: A. Crosti (Perugia) (due comunicaz.), C. Lombardi (Pisa), G. Falchi (Siena), T. Venturi, A. Grassi (Pisa), G. Mariconda (Siena), P. Pinetti (Siena), P. Negri (Perugia), F. Lisi (Perugia), M. Ciani (Firenze), L. Bertolotti (Pisa), A. Ellero (Perugia).

Il 15 maggio si è tenuta, nel R. Sanatorio San Luigi di Torino, una riunione di tisiologia (Colloqui di Esculapio), sotto la presidenza del prof. G. Perrando. Sono state fatte comunicazioni dai proff. Perrando, Malan, Jachia, Segre e dai dott. Locano e Gabriel.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata il 28 aprile, sotto la presidenza del prof. Raverdino, assistito dal segretario dott. R. Sassi. Sono state fatte comunicazioni da: F. Spedini, Bray, Lanzani.

Per invito dell'Università Nazionale della Città del Messico, il prof. Pagliai, dell'Università di Siena, primario dell'Ospedale di Empoli per le malattie artritiche e reumatiche, si reca nel Messico per tenere, nelle sedi universitarie e presso gli Istituti di medicina e chirurgia, una serie di conferenze che illustreranno i progressi compiuti dalla scienza italiana nel campo della terapia delle malattie reumatiche ed artritiche.

Presso l'Istituto « Regina Elena » di Roma è stato organizzato un corso di lezioni sui tumori, dall'1 al 20 giugno. Al corso sono iscritti medici di ogni parte d'Italia.

A Bressanone, dinanzi ad un affollatissimo uditorio, tra cui erano autorità e medici, il sen. prof. Nicola Pende ha inaugurato il Centro Fascista di naturismo terapeutico. In una conferenza l'illustre studioso ha sostenuto la necessità, per l'uomo moderno, di tornare alle grandi cure naturali, delle radiazioni solari, dell'aria, dell'acqua, degli alimenti naturali e del moto, onde prolungare l'età produttiva della vita e prevenire le malattie.

È stata inaugurata a Trapani la nuova Casa della madre e del bambino, alla presenza del presidente dell'O. N. M. I., delle autorità, di una larga rappresentanza delle organizzazioni del Partito e di molta folla.

In Inghilterra sul fondo Bernhard Baron è stata fatta un'assegnazione di 25.000 sterline (un milione e mezzo di lire it.) al Reale Collegio dei Chirurgi per promuovere le ricerche chirurgiche nel Centro di chirurgia sperimentale; verranno eretti nuovi laboratori, che recheranno il nome del Baron.

Il ginecologo W. Blair-Bell, morto recentemente a Edimburgo, ha legato 14.000 sterline (più di un milione di lire it.) per varî scopi culturali; in massima parte sono destinate al Collegio britannico degli ostetrici e ginecologi.

Il Maresciallo Graziani ha visitato gli ospedali di Addis Abebà, compresi quelli nord-americani.

Il 31 maggio, alla presenza del Principe di Piemonte, è stato solennemente inaugurato a Pavia un monumento a Camillo Golgi.

Il prof. Angelo Pugliese, il noto fisiologo della Facoltà veterinaria di Milano, ha tenuto la sua ultima lezione — avendo raggiunto i limiti d'età — sul tema: « L'influenza della volontà nelle attività fisiologiche ».

Nel « Giornale di Clinica Medica » del 20 maggio è dato un breve cenno su Augusto Agostini, generale della Milizia Forestale, distintosi in Somalia: egli è laureato in medicina e in scienze agrarie.

Il Governo tedesco ha istituito un Ordine nazionale dei veterinari, modellato su quello dei medici.

Un medico del sig. Tafari, Malaka Bayen, che si è fatto intervistare a Gerusalemme, ha narrato con vivacità le vicende della fuga da Mai Cen.

Il giornale « Akropolis » di Atene riferisce l'odissea del medico greco Dessios, che fu al servizio degli abissini per sei mesi, sopportando molte sofferenze; ora si trova al sicuro tra gl'italiani, verso i quali esprime gratitudine e di cui esalta le virtù.

Il « Corriere della Sera » riferisce che il prof. Stryzowski, dell'Università di Varsavia, ha compiuto un'auto-esperienza nel corso di una lezione: ha ingoiato una dose di sublimato corrosivo, cinque volte superiore a quella sopportabile, ha fatto seguire un antidoto ed ha continuato la lezione illustrando l'importanza della prova. I professori e gli studenti che assistevano hanno applaudito entusiasticamente.

L'Ungheria, secondo l'ultimo annuario medico, su 9 milioni di abitanti annovera 9208 medici esercenti, di cui 3960 a Budapest, che conta poco più di un milione di abitanti. Il numero di medici va aumentando: così nel 1935 ne sono morti 78 e se ne sono diplomati 355.

Secondo la relazione di una speciale Commissione, il numero dei medici pratici in Olanda si è elevato da 2322 nel 1905 a 3548 nel 1934; quello degli specialisti da 347 a 1241. Alla fine del 1934 l'Olanda annoverava 5886 medici, compresi quelli militari e gl'impiegati di pubbliche amministrazioni; altri 1200 circa esercitavano nell'India: di essi 700 circa con diplomi conseguiti in Olanda. Circa il 30 % degli studenti di medicina non completano gli studî. Dei nuovi laureati, il 60 % dopo 5 anni non era riuscito a guadagnare 5000 fiorini l'anno. Nel 1934 l'Olanda contava 1 medico ogni 1720 abitanti.

Alla nuova Camera dei deputati in Francia sono stati eletti 4 medici a primo scrutinio e altri 11 a secondo scrutinio.

Un'epidemia di tifo esantematico è segnalata in Finlandia; sarebbe stata importata da una carovana di zingari.

È morto a Upsala (Svezia), in età di 60 anni, il prof. Roberto Barany, che insegnava otoneurologia in quella Università; era nato a Vienna. Per gli studî sulla fisiologia del vestibolo gli era stato conferito un premio Nobel.

Si è spento ad Oxford, in età di 75 anni, il prof. John Scott Haldane, uno dei più reputati fisiologi dei nostri tempi. Tra l'altro egli ha scoperto il compito che la tensione dell'anidride carbonica contenuta nel sangue arterioso esercita sul centro respiratorio; ha indagato l'azione della depressione barometrica sull'organismo e insegnato ad eliminare i pericoli della « malattia da cassoni ». Durante la guerra ha indicato il tipo più efficace di respiratore contro i gas aggressivi. È stato anche un filosofo della scienza; la sua attività in tale campo ha culminato nella pubblicazione di due recenti libri: « Materialismo » e « La filosofia di un biologo ».

A. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 4 maggio al 10 maggio 1936: Morbillo 347 (2159); Scarlattina 124 (252); Pertosse 210 (1030); Varicella 160 (394); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 148 (248); Infezioni paratifiche 25 (37); Febbre ondulante 70 (92); Dissenteria 5 (5); Difterite e croup 207 (377); Meningite cerebro-spinale epidemica 22 (24); Poliomielite anteriore acuta 21 (30); Encefalite letargica 4 (4); Anchilostomiasi 7 (10); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 59 (98), dichiarata — (—); Pustola maligna 9 (9); Parotite epidemica 90 (346); Leishmaniosi 2 (2); Febbre puerperale 28 (28).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Riv. San. Sicil., 1 mag. — M. ASCOLI. Il pnt. ipotensivo.

Deut. Med. Woch., 15 mag. — NAEGELI. Problemi del sistema ret.-endot. nel campo clinico. — ZIPF. Impiego degli analettici della circolazione. — MÜLZER. Terapia secca e con pomata grassa in dermatologia.

Amer. Jl. Med. Sc., mag. — M. B. WELBORN. Pleurodinia epidemica. — H. HONSTON MERRITT. Encefalo-mielite post-morbillosa. — R. WILSON e S. L. LEVIN. Effetto della malaria sulla r. W.

Ind. Jl. Med. Sc., apr. — S. RAS e al. Coltivazione del virus vaccinico e di altri virus nella membrana corio-allantoidea dell'embrione di pollo. — R. RAO. Cirrosi del fegato da tetracloruro di carbonio.

Brit. Med. Journ., 16 mag. — J. WALTON. Chirurgia dell'ittero.

Rass. di Clin., Ter. e Sc. Aff., mar.-apr. — E. MORELLI. Fattori endogeni ed esogeni come causa di insorgenza dei tumori maligni.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mag. — O. C. PERKINS. Deficienze dietetiche nell'insorgenza di sindromi neurologiche. — J. H. GLOBUS e M. B. BENDER. Encefalopatie consecutive a scottature estese e gravi. — P. SCHILDER. Psicopatologia del tempo.

Lancet, 16 mag. — S. A. PEOPLES e E. GUTTMANN. Ipertensione da benzedrina. — J. WALTON. Carcinoma dello stomaco.

Haematol., IV. — F. CORELLI. Emopatie da arsenobenzolo. — F. CATTANEO. Eritrocitometria.

Riforma Med., 11 apr. — E. REPETTO. Elaiomi e liponecrosi sottocutanea.

Med. Klinik, 15 mag. — A. BASLER. Limiti di tolleranza nelle gare sportive. — Inchiesta sulla tetania.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., mag. — M. P. TSCHUMAKO W. Sistema r.-e. e sieroterapia. — P. L. RUBINSTEIN. Compito del sistema r.-e. nelle infezioni. — N. W. GALANOWA. Immunità congenita. — F. MAGRASSI. Coltivabilità *in vitro* del virus erpetico.

Journal A. M. A., 9 mag. — W. M. YATER e al. Gangrene e morti da tartrato di ergotamina. — A. BROCKWAY. Il bambino spasmofilo. — J. D. BIAGARD. Tiroidectomia nell'angina pectoris.

« Note di Terapia Pratica », Milano. (N. 6, giugno): Dott. FRANCESCO CODA. *L'ipertensione ed arteriosclerosi curate con l'Elastina.* — Dott. DOMENICO LOGOZZO. *Concetti nuovi sulle calcolosi biliari. Efficacia terapeutica della Enterasi.* — Dott. UMBERTO BROUSSARD. *Profilassi e cura delle affezioni respiratorie mediante l'uso della Pantoidina.* — *Elastina, Enterasi, Pantoidina* giudicate dai medici italiani. *Uno sguardo alle* QUATTORDICI MIGLIAIA *di giudizi medici* (su Elastina, Enterasi, Pantoidina) già pubblicati. — *Notizie varie di interesse medico.* — La « Giornata medica di Milano ». — Vita medica italiana.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Sommario del N. 4 (aprile 1936):

Revisioni: P. FERRIGNO: Affinità tra vitamine e ormoni. — **La nota di patologia.** — **Note di terapia.** — **Spunti terapeutici.** — **La nota detetica.** — **Varia.** — **I libri.** — **Cronaca**: A. O. — **Echi.** — **Miscellanea.**

Abbonamento annuo: Italia L. **15**; Estero L. **25.** Un numero separato: Italia L. **1,50**; Estero L. **2,50.**

Rivolgersi all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA (106)

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 22 Giugno 1936 - XIV Num. 25

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1º GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Ripieghi di tecnica per l'allacciatura della "tibiale anteriore,, al terzo superiore della gamba.

Prof. SILVESTRO BILE.
incaricato di Anatomia Chirurgica e Corso di operazioni nella R. Università di Napoli.

Molti autori si sono interessati della tecnica per allacciare la tibiale anteriore al terzo superiore della gamba, come Marcellino, Duval, Farabeuff, Mignon, Picquè, ecc.; ma non tutti sono concordi per la linea direttiva del fascio nerveo vascolare nè tampoco per l'apertura della robusta aponevrosi. Avendo voluto rivedere un po' tale quistione sul cadavere, ho potuto stabilire alcuni dati che a me sembrano di non poca utilità, ed è perciò che, ho creduto scrivere, una nota a riguardo.

***

La regione anteriore della gamba è compresa fra il margine mediale della tibia e l'avvallamento preperoniera, ed ha come limiti in alto la convergenza dell'epifisi tibiale e peroniera. Distalmente è limitata da un piano orizzontale passante per la base dei malleoli.

In detta regione si distinguono *due provincie*: la più mediale corrispondente alla superficie nuda della tibia, facilmente traumatizzabile per caduta, contusione diretta, ecc. ecc. e che per la lacerazione del suo periosto può essere ostacolata nella completa guarigione per ritardato processo di riparazione; e una *seconda provincia* esterna che comprende e trasmette al piede i quattro muscoli: *tibiale anteriore*: *estensore del grosso dito; estensore comune delle dita, e terzo peroneo.* Interessante è in tale regione il comportamento della fascia, la quale si presenta densa, ser-

rata e robusta, con fascetti fibrosi ben orientati e ben visibili.

La maggior parte di essi è ad andamento trasversale mentre gli altri si diriggono chi verticalmente, chi in senso obliquo verso il davanti.

Il loro punto di partenza può essere indicato nel tubercolo di Gerdy. Spesso quelli verticali (secondo molti autori) si addensano in tale maniera da costituire una specie di *bandelletta,* di colorito più splendente corrispondente all'interstizio muscolare tra il *tibiale anteriore* e *l'estensore comune delle dita;* attraverso il quale si giunge sul fascio nerveo vascolare.

Ciò però non rappresenta la norma, verificandosi spessissimo la mancanza di tale nastrino indicatore.

Nella parte alta della nostra regione, l'aponevrosi offre, inserzione ad alcuni fasci del m. tibiale anteriore, il che costituisce, per la ricerca del vaso, una difficoltà di notevole importanza.

All'opposto; nella porzione media e inferiore, l'interstizio muscolare può essere più facilmente individuato, anche per trasparenza, perchè lungh'esso si deposita del connettivo adiposo, che gli valse dal Malgaigne il nome *linea adiposa.*

VIA TIBIALE ANTERIORE DEGLI AUTORI. — Dice il Picquè che la linea direttiva della arteria tibiale anteriore deve essere tirata dal tubercolo di Gerdy, fino ad arrivare al punto medio dello spazio bimalleolare. Detto autore consiglia (al terzo superiore) di tracciare una incisione lunga un otto centimetri e che non risalga a non più di due dita trasverse al disotto del tubercolo tibiale. Per ritrovare, giunti all'aponevrosi l'interstizio muscolare, tra il tibiale anteriore e l'estensore comune delle dita si guardi:

1) il tubercolo di Gerdy, attraverso l'angolo superiore della ferita;

2) si osservi, quando è ben manifesto, il nastrino di fibre longitudinali che ne discende e che corrisponde all'interstizio;

3) si cerchi col becco della sonda, la linea depressibile, intermuscolare.

Sulla medesima sonda, s'incide l'aponevrosi verticalmente e abbastanza leggermente in modo da non intaccare le fibre muscolari.

Afferrando con una pinza il margine esterno di detta fascia, si dissociano, con un colpo di sonda due o tre fibre muscolari, che originando dal setto intermuscolare ostruiscono la via d'accesso verso la profondità. Si scovriranno, dice il Picquè, « sempre due versanti muscolari lisci, ad uno dei quali, aderisce in alto, più fortemente il setto intermedio; e uno spazio intermedio solcato in basso da ramuscoli vascolari orizzontali: *questo è l'interstizio cercato: se i divaricatori lo rendono beante convenientemente, giungete facilmente sul fascio nerveo vascolare.*

Secondo lo stesso Picquè, che riporta la linea direttiva di Marcellino Duval, detta linea espone a cadere nell'interstizio tra l'estensore comune e il lungo peroneo laterale, perchè il tibiale anteriore flaccido o rilasciato non è mai talmente rigonfio da sfiorare la linea di Duval, la quale secondo detto Autore, deve decorrere *lungo la depressione antiperoniera.*

Per il modo di incidere la faccia, Farabeuff, consiglia la seguente manovra:

Si punga l'aponevrosi all'interno per introdurvi sotto la sonda scanalata diretta trasversalmente dall'interno all'esterno, finchè si sente la resistenza del setto tra l'estensore comune ed i peronei. S'incida l'aponevrosi trasversalmente sulla sonda. Si esplori questa incisione per riconoscervi l'intestizio esatto; s'incide poi l'aponevrosi longitudinalmente e al disopra.

Tanto Mignon che Picquè, respingono solidarmente tale tecnica, perchè contraria ai buoni principii anatomici e perchè nessun operatore se ne servirebbe in caso di apertura di flemmoni profondi per cui tale via è principalmente indicata.

Secondo Cadenàt, la linea direttiva non andrebbe più dal tubercolo di Gerdy al punto medio dello spazio bimalleolare, ma, (giustamente) dal punto medio tra il detto tubercolo e la testa del perone, verso la metà della linea bimalleolare. Di tale avviso sono anche Tarsia in Curia, Spinetti e molti altri.

TECNICA PERSONALE. — Insisto assai su un capisaldo importante riguardante la linea direttiva dell'arteria, che parte dal tubercolo di Gerdy.

Questa linea si sposta di quasi un dito trasverso, quando la gamba da estesa sulla coscia, diventa flessa su quest'ultima. Ci si convincerà facilmente di ciò segnando col lapis dermografico detta linea nelle due diverse posizioni della gamba. Non solo: ma a seconda dell'angolo di flessione lo spostamento subirà delle oscillazioni che devono essere sempre ricordate.

La linea della quale mi servo con sicurezza è quella abbassata dal punto medio tra il tubercolo di Gerdy e la testa del perone, rag-

giungente in basso il punto medio della linea bimalleolare.

Essa corrisponde in profondità molto più logicamente della prima, a quella listerella di membrana interossea occupata dal fascio nerveo vascolare.

Quella invece che origina dal tubercolo di Gerdy e che resta più medialmente, corrisponde, dato lo spessore del m. tibiale anteriore, ai suoi fasci più laterali. È quindi una linea infida.

Per quanto riguarda l'apertura dell'aponevrosi, io non dò grande valore alla bandelletta che dovrebbe corrispondere all'interstizio muscolare, perchè, specie nelle donne, manca del tutto.

Un prezioso punto di riferimento è la depressione latero-tibiale che si sente sempre molto bene; allorquando il piede è in estensione sulla gamba. Incisa la fascia longitudinalmente fino in alto, s'interrompono cautamente e senza allontanare i labbri della incisione, i pochi fascetti muscolari che prendono attacco alla sua faccia profonda; con qualche colpo di sonda passata sotto il lembo mediale di essa.

Si evita di applicare i comuni divaricatori e se ne utilizza uno piccolo la cui branca ottusa non sorpassi la lunghezza di qualche centimetro.

S'introduce il detto strumento al di sotto del lembo mediale e si stira tutto *francamente* in avanti e non medialmente. Allontanando così il piano muscolare dal piano fasciale, con tale semplice manovra si può indagare benissimo in profondità e l'interstizio muscolare appare con chiarezza e facilità.

Se invece si segue la tecnica dell'allontanamento dei due lembi aponevrotici lungo un piano frontale e in senso contrario, il muscolo tibiale anteriore *protrude* al di fuori dell'incisione aponevrotica, mascherando così lo spazio intermuscolare.

Chi è pratico di tale allacciatura non mi potrà dare torto; ma appoggerà il mio asserto, e potrà sperimentare questo semplice ripiego di tecnica che pure è tanto utile e sicuro.

RIASSUNTO.

L'autore si serve di una lieve direttiva iniziata in alto a metà distanza tra il tubercolo di Gerdy e la testa del perone. Invece di usare due divaricatori, che allargano la ferita trasversalmente, si serve di uno piccolo che, stira in avanti il lembo mediale della aponevrosi, facilitando la ricerca dell'interstizio muscolare.

NOTE E CONTRIBUTI

Clinica Medica Generale della R. Università di Parma.

Direttore: Prof. Luigi Preti.

Sulla policitemia idiopatica tipo Gaisböck.

Dott. Pietro Mutolo, assistente.

La maggior parte degli Autori moderni distingue le policitemie croniche in eritrocitosi ed eritremie. Fra le prime vengono classificate tutte quelle forme di policitemie, dette sintomatiche, riconducibili ad una causa nota. Fra le seconde quelle forme, dette idiopatiche, in cui l'etiologia ci sfugge. Possono considerarsi dovute a una iperplasia primitiva del sistema eritropoietico.

Le policitemie sintomatiche si distinguono a loro volta in assolute e relative. Per assolute intendiamo quelle forme, in cui c'è un reale aumento degli elementi figurati del sangue; per relative quelle forme, in cui una notevole perdita di acqua ha determinato una concentrazione del plasma, come può avvenire dopo profuse diarree, sudorazioni abbondanti, vomito incoercibile ecc.

Accenniamo brevemente alle eritrocitosi assolute distinguendole secondo la causa, che le produce.

Prima fra tutte va considerata la poliglobulia di alta montagna, essa sta a cavallo fra le forme fisiologiche e le patologiche. Pare ormai accertato trattarsi di una vera iperproduzione di globuli rossi per compensare la rarefazione dell'aria. Il fenomeno è stato riprodotto anche sperimentalmente mettendo degli animali in camere a decompressione. Sembra che la milza abbia notevole importanza nella genesi della policitemia d'alta montagna, si è visto infatti che in animali splenectomizzati non si ha aumento di globuli rossi. (Binet, Viale e Di Leo ed altri).

Forma importante di poliglobulia è quella dei cardiopatici; essa raramente si osserva in vizi acquisiti, frequentemente la riscontriamo nei vizi congeniti specie nella stenosi della polmonare. Gli elementi morfologici del sangue sono alterati soltanto quantitativamente. Si ammette che la policitemia in questi casi sia un fenomeno compensatorio, però c'è da prospettarsi l'ipotesi se qualche volta questo compenso non oltrepassi i limiti. A questo proposito meritano menzione i risultati ottenuti da Pagniez, Rouquès e Salomon, i quali hanno ottenuto notevole miglioramento non soltanto del-

la policitemia ma anche della cianosi, dispnea e dei disturbi soggettivi con irradiazioni Roentgen profonde, mentre migliorando la circolazione, difficilmente si è avuto miglioramento della policitemia (Saragea e Prizant).

Poliglobulia si può avere pure in tutte quelle forme morbose che danno insufficienza respiratoria come enfisema polmonare, sclerosi polmonare ecc.

Eritrocitosi sono state descritte in alcune malattie croniche come nella malaria cronica (M. Ascoli), nella tubercolosi della milza (Gaisböck), nella tubercolosi polmonare (Bernard).

Alcuni autori hanno riscontrato casi di ittero acolurico accompagnati a splenomegalia e poliglobulia (Guinon, Rist e Simon, Mosse). Dunque l'ittero acolurico che dà frequentemente una riduzione del numero degli eritrociti può anche dare in casi speciali poliglobulia che però spesso non è duratura. Si sono riscontrati anche casi di sifilide con poliglobulia epperò la maggior parte degli Autori nega alla lue ogni valore patogenetico per la poliglobulia e per quanto le due forme morbose colpiscano contemporaneamente lo stesso soggetto, le considera distinte l'una dall'altra.

Esiste anche una numerosa serie di prodotti farmacologici e tossici capace di determinare una reazione policitemica. Molto conosciuta è l'azione dell'arsenico impiegato anche a scopo terapeutico (Bloc e Michel, Aubertin). Anche l'avvelenamento acuto e cronico da fosforo può dare poliglobulia (Aubertin) come pure l'intossicazione da ossido di carbonio (Limbeck). Altri agenti tossici che possono dare poliglobulia sono il mercurio, la cantaride, l'acetonilide, l'atoxil, la fenacetina, la toluilendiamina ecc. Quest'ultima essendo emolitica in un primo tempo produce diminuzione di globuli rossi, secondariamente provoca poliglobulia per una reazione del sistema eritropoietico.

Recentemente alcuni Autori (Castex, Günther, Lachel e Gargin, Baserga) avendo notato in diversi casi la concomitanza di sintomi ipofisari e poliglobulia, hanno pensato che la reazione diencefalica possa avere influenza sulla regolazione degli elementi figurati del sangue. Se questo rapporto patogenetico verrà ulteriormente confermato parecchi casi descritti come policitemie idiopatiche troveranno la loro causa in alterazioni diencefaliche.

* * *

La eritremia o policitemia idiopatica caratterizzata da una iperplesia cronica del tessuto eritropoietico è quella forma morbosa conosciuta comunemente sotto il nome di morbo di Vaquez.

Insorge subdolamente senza causa apprezzabile, spesso i primi segni della malattia possono riportarsi alla prima età, e non è raro osservarla in diversi membri della stessa famiglia (Nichanin, Elgelkiny, Signorelli), ragion per cui alcuni autori pensano sia di origine congenita. Secondo Hans Curschman vi sono individui che per tutta la vita portano una eritremia allo stato latente. Altre volte invece, ragioni, che ci sfuggono, trasformano questa latenza in uno stato morboso manifesto. Ha decorso progressivo con periodi di benessere che qualche volta può essere anche molto lusinghiero. Sintomi principali sono il particolare colorito del volto, la splenomegalia ed i disturbi nervosi. Un corteo di altri sintomi più o meno importanti completa il quadro morboso.

Il termine cianosi adoperato da Vaquez per descrivere quel particolare colorito del volto non è esatto, poichè si tratta spesso di un colorito rosso-porpora, rosso-ciliegia. Gli Autori moderni (Ferrata, Di Guglielmo) hanno sostituito il termine cianosi col termine eritrosi che meglio definisce lo stato particolare della eritremia legato ad una notevole produzione di globuli rossi mentre la cianosi starebbe meglio ad indicare un difetto della ossigenazione del sangue.

Spesso il colorito del volto somiglia al colorito del volto dei bevitori e questa somiglianza viene più avvalorata dal fatto che il rossore è più accentuato al naso, alle orecchie, agli zigomi. Le mucose visibili sono fortemente iniettate. Frequentemente un reticolo di vene ectasiche si sovrappone al rossore. Il tronco e gli arti inferiori non sono mai colpiti da questo particolare colorito. Gli arti superiori, ma specialmente le mani, sono spesso arrossate o di colore livido.

A spiegare la eritrosi, non basta la ricchezza del sangue in emoglobina perchè si è visto che qualche volta essa non scompare neanche dopo diminuizione dei globuli rossi ottenuta colla terapia. Bisogna invocare la notevole dilatazione dei capillari cutanei come han potuto dimostrare alcuni autori (Brown e Giffin).

Frequente è l'epatomegalia che può essere più o meno rilevante, a volte può mancare completamente. Il fegato ha superficie liscia, spesso di consistenza normale, qualche volta lievemente aumentata.

La splenomegalia si manifesta precocemente ed è sintomo caratteristico, però manca in una speciale forma di eritremia di cui ci occuperemo più diffusamente avanti. La milza può essere più o meno ingrandita ed è piuttosto dura a margini lisci. Oltre la sensazione di pres-

sione che i pazienti possono avere per la splenomegalia, alcune volte avvertono dolori intensi provenienti dalla milza. Questi dolori debbono imputarsi a fattori diversi che si svolgono nella milza, trombosi dell'arteria e della vena splenica, fatti di perisplenite.

Gli eritremici presentano quasi sempre disturbi nervosi vari. A volte si sono notati disturbi nervosi così intensi da far sospettare un tumore cerebrale. Si sono riscontrate facile stanchezza, vertigini, paresi, emiplegie, parestesie, alterazioni sensoriali, ottundimento della coscienza, assieme a facile irritabilità. Possono aversi turbe psichiche leggere ma possono anche raggiungere il grado di una vera psicosi grave. Spesso si riscontra aumento della pressione del liquor. Frequenti sono i disturbi visivi, il reperto oftalmoscopico è caratteristico, si vedono i vasi iniettati su un fondo rosso scuro, vene retiniche dilatate e tortuose e si può arrivare al quadro di una papilla da stasi. Altri disturbi soggettivi di cui spesso si lagnano gli infermi sono: cefalea, vomito, senso di peso all'epigastrio, difficile digestione, stitichezza alternata a periodi di diarrea, anoressia, sete intensa, forse in rapporto alla maggiore densità del sangue, dolori a tipo accessuale localizzati specialmente agli arti inferiori e alle mani, probabilmente dovute ad obliterazioni vasali.

La pressione arteriosa è spesso normale qualche volta aumentata. Frequenti sono le emorragie che possono aversi in qualunque organo, per cui spesso questi infermi muoiono per apoplessia.

Fatti di gangrena non sono rari, specie a carico delle estremità (Schupfer).

Il sangue dei policitemici ha disposizione alla formazione di trombi.

Il dato più sicuro per la diagnosi di eritremia è l'aumento del numero dei globuli rossi del sangue, che può arrivare fino a 12 milioni e più per millimetro cubo. Nello stesso infermo il numero dei globuli rossi è variabile, occorre quindi fare per la diagnosi esami ripetuti in giorni diversi. In generale possiamo parlare di eritremia quando nell'uomo il numero delle emazie supera i 6 milioni e nella donna i 5 milioni e 500 mila. Parleremo anche di eritremia quando pur mantenendosi la media ai valori limiti qualche volta si riscontrano valori più alti o in ripetuti esami si trova lo stesso aumento.

Gli autori francesi, fra cui il Vaquez, ritenevano che gli eritrociti fossero sempre maturi senza alcuna alterazione morfologica, invece fin dal 1904 il Türk faceva notare alterazioni qualitative degli eritrociti consistenti in anisocitosi, poichilocitosi e prolicromatofilia. Mise in evidenza anche la presenza di rari eritroblasti. Zadek invece non riuscì a vedere nè corpuscoli del Jolly nè reticolociti e trovò quasi sempre in quantità normale ipolicromatofili. Naegeli invece dice che l'aumento degli eritrociti giovani è molto caratteristico. Come si vede pareri discordi esistono circa la maturità dei globuli rossi per cui nessun valore possiamo attribuirgli agli effetti della diagnosi di eritremia.

L'emometria è generalmente superiore a 100, per quanto esistono nella letteratura casi in cui fu soltanto del 70-80 % (Cominotti), il valore globulare però resta sempre inferiore all'unità.

Anche i leucociti sono frequentemente aumentati, possono essere però normali e rarissimamente furono trovati inferiori alla norma.

Non è raro osservare mielociti giovani e metamielociti più difficilmente mieloblasti (Naegeli). Spesso l'aumento è a carico specialmente dei neutrofili per cui si ha linfopenia relativa. Ascoli in un caso trovò la percentuale dei neutrofili inferiore alla norma ed una spiccata eosinofilia (20 %). Anche il numero delle piastrine è generalmente aumentato (Ferrata, Di Guglielmo, Naegeli ed altri).

La resistenza globulare per lo più è normale. Minot e Bruckman trovarono una diminuzione della minima ed un aumento della massima. Altri Autori hanno trovato reperto opposto per cui nessuna conclusione possiamo fare circa la resistenza globulare dati i risultati contradditori finora trovati dai diversi Autori.

Il peso specifico del sangue è aumentato. Si ha spesso aumento della coagulabilità e della viscosità del sangue, la retrazione del coagulo è mancante o ritardata, il rapporto tra elementi figurati e plasma è spostato nel senso di una diminuzione del plasma.

Spesso si trova aumento dell'urobilina e dell'urobilinogeno per quanto esistono pareri discordi se questo debba considerarsi reperto costante o no.

Hirschfeld lo trovò raramente, Naegeli lo trovò periodicamente, Zadek lo trovò quasi costantemente. Questo Autore considera però segno più sicuro di una esagerata emolisi l'aumento della stercobilina che egli trovò costantemente. Anche Grosetti notò in un buon numero di casi lievemente aumentata l'urobilina e la stercobilina.

Esistono pareri discordi anche per il grado di bilirubinemia. Zadek la trovò aumentata

in armonia con l'aumento della urobilina e stercobilina.

L'esame del midollo osseo estratto mediante puntura, dimostra una attivissima rigenerazione eritrocitaria.

* * *

Una forma più rara di eritremia è quella descritta per la prima volta da Gaisböck nel 1905. Caratteristiche di questa forma sono la mancanza di splenomegalia ed il notevole aumento della pressione arteriosa con ipertrofia e dilatazione del ventricolo sinistro del cuore, conseguenza diretta dell'ipertonia.

Gli altri sintomi sono comuni al morbo di Vaquez.

Questa forma di eritremia difficilmente si manifesta nei giovani, si manifesta per lo più in individui di età avanzata, tarchiati con segni più o meno gravi di arteriosclerosi.

Più spesso che nel morbo di Vaquez gli infermi muoiono per apoplessia.

Non sappiamo con sicurezza se il morbo di Vaquez e la forma di eritremia descritta da Gaisböck siano due forme morbose diverse oppure se si tratti della stessa forma morbosa che in circostanze speciali presenta diversità di qualche sintomo.

Lo stesso Gaisböck in una monografia apparsa nel 1922 non si pronunzia circa la questione se siamo o no di fronte a due forme morbose diverse. Pensando a due forme morbose diverse, ci sarebbe da risolvere il quesito se sia l'ipertensione che provochi la poliglobulia, o l'ipertensione sia secondaria alla poliglobulia, oppure se l'una e l'altra non siano dovute ad una stessa causa che ci sfugge.

Molto probabilmente ci troviamo di fronte ad una stessa forma morbosa, sono diversi soltanto alcuni sintomi. Bisogna notare anzitutto che dal morbo di Vaquez al tipo descritto da Gaisböck esistono forme di passaggio che non sappiano se inquadrarli in una o nell'altra forma. D'altra parte la splenomegalia può mancare soltanto per un periodo di tempo, e non è raro osservare aumento della pressione arteriosa in forme classiche di morbo di Vaquez. Molto seducente mi appare l'ipotesi di Hirschfeld che spiega l'assenza della splenomegalia coesistente con l'ipertonia, pensando che la milza funzioni in questi casi come un serbatoio di riserva per l'eccesso di sangue, per cui, se per una causa qualunque questa splenomegalia compensatoria non può avvenire, molto facilmente ne segue un aumento della pressione arteriosa.

Diversi Autori accettano l'opinione di Orlowsky, secondo cui si tratterebbe della coesistenza di una alterazione renale in un morbo di Vaquez. Infatti non è raro riscontrare nelle eritremie processi nefritici cronici.

Senza volere attribuire a questa forma di policitemia il valore di una entità nosologica distinta, bisogna pur convenire che è possibile riscontrare casi di questo genere senza alterazioni renali, per cui io credo che la distinzione di una eritremia tipo Gaisböck ha ragione di esistere, intendendo così denominare una particolare forma del morbo di Vaquez e non una forma di malattia a sè.

Il caso che mi accingo a descrivere può servire a dar valore a questa opinione.

G. O., di anni 47, coniugato, facchino, da Parma.

Figlio di genitore ignoto, la madre morì a 45 anni per malattia che il P. non sa precisare. Non sa riferire nulla circa gli ascendenti ed i collaterali. La moglie è vivente e sana. Ha due figli viventi di cui una ha 23 anni, e all'età di 19 anni soffrì di pleurite fibrinosa destra. Altri cinque figli sono morti per cause diverse; uno a 11 anni in seguito a coxite tbc., una a due anni di meningite, una prematura (8 mesi) morì dopo sette giorni dalla nascita, uno a due anni per broncopolmonite ed uno a due mesi per gastroenterite.

Il P. ebbe allattamento materno, compì i primi atti fisiologici come di norma. Fin dall'età di quindici anni cominciò a lavorare come facchino. Prestò servizio militare per quattro anni durante la guerra del 1915-18. Afferma che fin dall'età di 14 anni circa è stato sempre di colorito rosso in faccia, colorito che a poco a poco è andato modificandosi fino a raggiungere le condizioni appresso descritte nell'E. O.

Nell'infanzia soffrì il morbillo, guarì dopo circa sei giorni senza complicazioni. Non è stato più ammalato fino all'età di 46 anni, cioè fino al giugno dell'anno scorso. In questa epoca il paziente cominciò ad avvertire senso di pesantezza e diminuzione della forza nell'arto inferiore sinistro. Era costretto a zoppicare nella deambulazione. Contemporaneamente avvertì diminuzione della forza nell'arto superiore sinistro. I famigliari notarono in questo periodo un certo ottundimento del sensorio ed una facile irritabilità.

Per l'accentuarsi sempre più di questi disturbi il P. fu costretto ad abbandonare il lavoro ed a mettersi a letto. Un sanitario applicò dei sanguisugi nella regione mastoidea, somministrò degli ipotensivi e prescrisse una rigorosa dieta latteo-vegetariana. Dopo circa un mese stette meglio e potè rimettersi a lavorare, però non ha mai più ricuperato le forze di prima ed il sensorio è rimasto un po' ottuso. A dire dei famigliari il P. da allora cominciò a camminare molto guardingo, tenendo il collo semi-rigido quasi temesse perdere l'equilibrio.

Nega lue e malattie veneree.

Esercita il mestiere di facchino, modico mangiatore, alimentazione mista prevalentemente vegetariana, non fumatore, dall'età di 25 anni circa al

giugno dell'anno scorso ha sempre bevuto in media due litri al giorno di vino.

Circa quindici giorni fa il P. cominciò ad avvertire una maggiore diminuzione della forza in tutti e due gli arti di destra e per camminare era costretto a zoppicare manifestamente. Questi sintomi si andavano sempre più accentuando finchè cinque giorni fa non potendo più reggersi in piedi fu costretto a mettersi a letto. Non ha mai perduto la coscienza completamente, però da quindici giorni in qua man mano che si andavano aggravando i disturbi motori la coscienza si andava sempre più obnubilando.

Per questa sintomatologia il P. entra in Clinica il 19-2-1935.

Ha appetito conservato, alvo e minzione regolare.

E. O. Soggetto tendente a brevilineo, altezza 1,58, circonferenza toracica 96, peso 67,100. Coscienza obnubilata, decubito indifferente, impalcatura scheletrica regolare, masse muscolari toniche e trofiche. La cute del volto e dei padiglioni auricolari è di un intenso colorito rosso ciliegia, il lobulo ed il trago dei padiglioni auricolari sono più intensamente colorati. Gli zigomi ed il dorso del naso sono cosparsi di un reticolo di vene ectasiche. Labbra cianotiche. La cute degli arti superiori specie delle mani presenta un colorito livido, la cute del tronco e degli arti inferiori è di colorito roseo. Mucose visibili arrossate. Pannicolo adiposo conservato. Sistema linfatico indenne.

Nella deambulazione zoppica notevolmente sull'arto destro, e in tutti e due gli arti di destra si apprezza notevole diminuzione della forza.

Temperatura 36°,4. Polso 66, ritmico, uguale, ampio, un po' teso.

Capo: simmetrico, mobile in tutti i sensi, indolente.

Globi oculari: in asse, mobili in tutti i sensi.

Pupille: isocoriche, reagenti alla luce ed all'accomodazione.

Naso: pervio.

Bocca: simmetrica. Gengive: arrossate. Dentatura: guasta. Lingua: ben sporta, impatinata, umida. Tonsille: arrossate. Faringe: arrossate. Collo: cilindrico, mobile in tutti i sensi, indolente, non vi si apprezzano pulsazioni abnormi. Superficie e volume della tiroide normali.

Apparato respiratorio: torace simmetrico, diametro antero-posteriore inferiore al trasverso. Fossette sopra- e sotto-clavicolari, fossetta del giugulo e spazi intercostali non visibili. Angolo del Louis appena visibile. Angolo epigastrico lievemente ottuso. Fossette sopra- e sottospinose non visibili, scapole aderenti, colonna vertebrale con le curve fisiologiche. Respiro simmetrico toraco-addominale prevalentemente addominale. Non punti dolenti, resistenza toracica conservata. F. V. T. conservato. Suono chiaro polmonare in tutto l'ambito. Aree polmonari nei limiti fisiologici. Le basi si espandono bene nelle profonde inspirazioni. Respiro conservato in tutto l'ambito polmonare.

Apparato circolatorio: Cuore: non bozza precordiale, non si vede l'itto della punta, non pulsazioni abnormi. L'itto della punta si palpa al 5° spazio intercostale circa due centimetri all'esterno dell'emiclaveare, non fremiti. Ottusità relativa del cuore ingrandita a carico del ventricolo sinistro, in alto si delimita alla 3ª costa sulla parasternale, la punta coincide con la sede dell'itto, deborda di un cm. dalla marginale destra dello sterno. Fascio vascolare nei limiti.

Sul focolaio della polmonare si ascolta un intenso soffio sistolico, a carattere dolce, aspirativo molto superficiale, si propaga lungo tutta la marginale sinistra dello sterno, però man mano ci si allontana dal focolaio della polmonare, perde d'intensità, si ascolta pure sul focolaio aortico, con gli stessi caratteri, però molto meno intenso. Negli altri focolai toni ritmici uguali puri.

Arterie: polso 66, valido, ritmico, uguale, ampio, un po' teso.

Pressione arteriosa: massima 230, minima 120 (Riva-Rocci).

In nessuna parte del corpo si vedono arterie pulsanti, alla piega del gomito facendo piegare l'avambraccio sul braccio si apprezza una tenue pulsazione diffusa ad un'area di circa 2 cm. di diametro, palpando in queste condizioni si apprezza l'arteria di consistenza un po' aumentata.

Addome: Simmetrico, un po' globoso, cicatrice ombelicale introflessa, non reticolo venoso superficiale, trattabile alla palpazione, non dolente, non si apprezzano masse abnormi.

Stomaco: La grande curvatura si delimita a 1/2 cm. al di sotto dell'ombelicale trasversa sul prolungamento dell'emiclaveare sinistra, non vi è guazzamento a digiuno.

Intestino: non meteorico. Fegato: nulla di notevole all'ispezione. Alla palpazione deborda circa 1/2 cm. dall'arcata costale sul prolungamento dell'emiclaveare. In alto percussoriamente si delimita al 5° spazio intercostale, lungo l'emiclaveare.

Milza: Non si palpa sotto l'arcata costale, il polo superiore arriva al 9° spazio intercostale sull'ascellare posteriore ed il margine anteriore all'ascellare anteriore. Nulla a carico dell'apparato uropoietico ed organi genitali. Riflessi rotulei ed achillei un po' accentuati. Conservati gli altri riflessi. Non riflessi abnormi. Sensibilità tattile termica e dolorifica conservata.

Esami speciali: Urine: urobilina presente ++; porfirina: tracce evidenti. Niente altro di patologico.

R. W.: negativa.

Liquido cefalo-rachidiano: pressione aumentata 60 in posizione seduta (Claude). Nonne-Appelt: negativa. Pandy: negativa.

Albumina 0,10 %. Glucosio 0,46 %. Nulla di particolare nel sedimento.

Esame morfologico del sangue: Globuli rossi 6.110.000 (media di svariati esami fatti in giorni diversi). Emometria 92 % (Shali). Valore globulare 0,75. Diametro 7,4. Modica poichilocitosi ed anisocitosi. Rari eritroblasti basofili. Globuli bianchi 8.740. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 75 %, eosinofili 2 %, basofili 1 %, linfociti 15 %. Grandi mononucleari 4 %. Forme di passaggio 3 %. Rare cellule endoteliali.

Piastrine: 800.000.

Resistenza globulare: R. minima 0,42; R. massima 0,34.

Segno del laccio: negativo.

Tempo di emorragia: diminuito 1'.

Tempo di coagulazione: diminuito da 1' a 2'.

Retrazione del coagulo: mancante.

Rapporto plasma-globuli: spostato plasma 43 %, globuli 57 %.

Hymans van der Bergh: diretta: negativa; indiretta: positiva.

Urobilinogeno più urobilina nelle 24 ore: mgr. 2,68.

Stercobilina nelle 24 ore: mgr. 159,40.
Bilirubina: mgr. 0,984 %.
Azotemia: 0,42 ‰.
Prova della diluizione: Il P. diluisce bene, dopo un'ora dalla somministrazione di un litro di acqua il p. s. delle urine si abbassa da 1022 a 1005, però dopo quattro ore ha eliminato soltanto 600 dei 1000 gr. dell'acqua somministrata.

Esame radiologico del torace: Nulla di notevole ai campi polmonari, ventricolo sinistro del cuore notevolmente ingrandito (cuore a scarpa). Aorta toracica lievemente ed uniformemente allargata.

Esame oftalmoscopico: negativo.

DISCUSSIONE.

Le condizioni speciali del nostro p. non ci permettono di rilevare notizie degne di nota circa la sua anamnesi famigliare, tranne che una spiccata mortalità della prole. Questo fatto possiamo metterlo in rapporto con le sue condizioni sociali, infatti egli appartiene ad una classe poco abbiente in cui ogni norma igienica fa difetto. Nell'anamnesi personale remota, unica notizia che dobbiamo tener presente, è l'arrossamento del volto che il paziente notò fin dalla sua fanciullezza e cominciò a farsi più intensa all'età di 28 anni circa e che solo in questi ultimi anni ha assunto l'aspetto descritto nell'esame obiettivo.

All'ingresso in clinica i dati obiettivi dominanti sono costituiti: Dall'« obnubilamento della coscienza, dal particolare colorito del volto, dai padiglioni auricolari, e dagli arti superiori, dall'intenso arrossamento delle mucose visibili, dall'ectasie venose degli zigomi e del dorso del naso, dall'ipertrofia cardiaca, dalla forte ipertensione arteriosa, dai disturbi motori descritti, espressione di una emiparesi destra ».

Agli effetti della diagnosi i dati di laboratorio più importanti sono:

Aumento costante dei globuli rossi (6 milioni 110.000) con valore globulare inferiore all'unità con modesta anisocitosi e poichilocitosi e con presenza di rari eritroblasti basofoli.

Modica leucocitosi (8740) con modica neutrofilia e linfopenia.

Notevole aumento delle piastrine (800.000).

Rapporto plasma globuli spostato con aumento degli elementi figurati.

Diminuizione del tempo di coagulazione e del tempo di emorragia.

Assenza della retrazione del coagulo.

Resistenza globulare aumentata.

Pressione del liquor aumentata.

Aumento della bilirubina, della urobilina e della stercobilina.

Hymans van den Bergh indiretta positiva.

Presenza di porfirina nelle urine.

Il numero dei globuli rossi riscontrato in svariati esami fatti in giorni diversi, superiore a 6.000.000, l'esito delle altre indagini e i dati obiettivi ci inducono ad ammettere senza esitazione che ci troviamo di fronte ad una forma di policitemia. Ma a quale forma di policitemia possiamo riportare il nostro caso?

Per l'insieme dei dati obiettivi e di laboratorio, possiamo escludere intanto che possa trattarsi di una poliglobulia relativa, come pure si può escludere una poliglobulia di alta montagna perchè il nostro paziente è stato sempre in pianura.

Tra le poliglobulie di vizi congeniti del cuore, una certa attenzione merita nel nostro caso la poliglobulia da stenosi congenita della polmonare per quel soffio sistolico, che si ascolta più intenso sul focolaio della polmonare. Escludiamo che vi possa essere trasmesso dall'aorta, sia perchè come abbiamo detto si ascolta più intenso sulla polmonare, sia perchè radiologicamente non vi è alcun segno di sclerosi aortica e nessun dato anamnestico abbiamo che possa farci sospettare una lesione aortica, sia perchè il P. esercita da lungo tempo il mestiere di facchino senza avere mai accusato il minimo segno di stanchezza. Ed allora se il soffio si produce in corrispondenza della polmonare, potremmo trovarci di fronte ad una stenosi congenita della polmonare, poichè l'acquisita non si manifesta mai come primitiva.

La stenosi congenita della polmonare non è molto rara e si accompagna quasi sempre a poliglobulia, epperò i pazienti che ne sono colpiti muoiono giovani ed è loro impossibile arrivare all'età di 47 anni.

Nel nostro caso inoltre manca l'ipertrofia del ventricolo destro e nessun segno somatico come nessuna notizia anamnestica giustifica la probabilità di una tale diagnosi. Ed allora bisogna scartare la possibilità di un vizio cardiaco e interpetrare diversamente il soffio sopradescritto, infatti, il punto ove esso si ascolta più intensamente, il carattere ed il modo di propagazione ci fanno pensare ad un rumore di soffio cardio polmonare di Potain dovuto al fatto che, il cuore ingrandito ruotando, durante la sistole, si allontana dalla parete toracica lasciando uno spazio vuoto che agisce come pompa aspirante sul tessuto polmonare circostante, l'aria entrando con violenza negli alveoli per effetto dell'aspirazione produce questo rumore in rapporto col ritmo cardiaco.

Possiamo escludere anche una poliglobulia da malaria cronica perchè mai il nostro p. ha

avuto malaria, nè ha mai accusato disturbi che potrebbero far sospettare una malaria.

Nulla poi ci autorizza a sospettare una t.b.c. primitiva della milza e meno ancora una trombosi della vena splenica.

Nessun disturbo imputabile ad alterazione ipofisaria è presente nel nostro infermo per cui possiamo scartare la possibilità di cercare la causa della poliglobulia in una alterazione della ipofisi.

Escludendo una poliglobulia da intossicazione poichè nessun tossico possiamo imputare nel nostro p. bisogna concludere che ci troviamo di fronte ad una di quelle forme di policitemie idiopatiche, dette eritremie, ad etiologia ignota, caratterizzate da una iperplasia del sistema eritropoietico.

L'insieme dei dati obiettivi e di laboratorio parla per una forma morbosa simile al morbo di Vaquez, manca però la splenomegalia, mentre abbiamo l'ipertensione con la conseguente ipertrofia del cuore sinistro. La eritremia presentata dal nostro p. possiamo allora benissimo riportarla a quella particolare forma di policitemia descritta da Gaisböck in cui c'è ipertonia con conseguente ipertrofia cardiaca ed assenza di splenomegalia, mentre il corteo di tutti gli altri sintomi è comune al morbo di Vaquez.

Come ho già precedentemente accennato alcuni Autori seguendo l'opinione di Orbowseky pensano che la forma descritta da Gaisböck non sia altro che un morbo di Vaquez in cui si ha ipertonia per una coesistente lesione renale. Per ovviare a questa osservazione ho voluto nel nostro p. studiare in qualche modo la funzionalità renale.

In ripetuti esami di urina non trovai mai traccie di albumina, mai glubuli rossi o frammenti di cilindri nel sedimento, l'azotemia è normale (0,42 ‰), e l'infermo concentra e diluisce bene. Alla prova della diluizione si è potuto notare che dopo circa 4 ore aveva eliminato soltanto 600 gr. di acqua dei 1000 gr. somministrati, ciò può mettersi in rapporto con l'ispessimento del sangue. L'urina ha peso specifico intorno a 1020 e la quantità giornaliera di urina si aggira intorno ai 1200 gr.

Come si vede (nel nostro caso) la funzionalità renale è perfettamente integra per cui non possiamo attribuire l'ipertonia ad alcuna lesione renale.

Non possiamo neanche attribuire la notevole ipertensione all'arteriosclerosi esistente nel nostro paziente, perchè malgrado sia stato un buon bevitore per parecchio tempo i segni dell'arteriosclerosi sono modici e non potranno mai giustificare una così intensa ipertonia. Si potrebbe pensare che l'alcool ed il mestiere pesante di facchino abbiano determinato l'ipertrofia cardiaca da cui secondariamente ne sarebbe derivata l'ipertensione arteriosa, la quale verrebbe anche influenzata dalla modica arteriosclerosi esistente.

Non è difficile infatti che questi fattori abbiano effettivamente contribuito all'ipertrofia cardiaca. Ma una ipertrofia cardiaca primitiva dovuta all'alcool e al mestiere, che sottopone a continui sforzi, non può dare una così notevole ipertensione arteriosa. D'altra parte l'assenza del tumore di milza in un caso di poliglobulia ci induce a pensare con Hirschfeld che necessariamente ne deve risentire la pressione arteriosa, non solo ma l'assenza stessa del tumore di milza, pur non compromettendo la diagnosi di eritremia, ci allontana dal quadro classico del morbo di Vaquez. Ed allora concludendo, possiamo dire, che con molta probabilità l'arteriosclerosi contribuisca in minima parte all'ipertensione, che non difficilmente l'alcool e il tipo di lavoro abbiano concorso a determinare l'ipertrofia cardiaca, ma che sia l'iperglobulia la causa principale dell'aumento di pressione e questa a sua volta la causa principale dell'ipertrofia cardiaca. In questo caso dunque possiamo mantenere la distinzione di policitemia tipo Gaisböck.

Abbiamo detto che escluse le poche differenze di cui già ci siamo occupati, la sintomatologia del morbo di Vaquez è del tutto identica alla eritremia tipo Gaisböck. Abbiamo trovato aumentata l'eliminazione del gruppo urobilina urobilinogeno, della stercobilina ed abbiamo trovata aumentata anche la bilirubinemia. Alcuni Autori sostengono siano questi reperti costanti nella eritremia, altri lo negano. Effettivamente come le scuole di Riva e Zoia han potuto dimostrare, la aumentata eliminazione fecale ed urinaria del gruppo urobilina-urobilinogeno è un sicuro indizio della aumentata emocateresi. E che nel nostro paziente ci sia una aumentata emocateresi lo confermano l'aumento della resistenza globulare, l'Hymans van den Bergh indiretta positiva e la presenza di porfirina nelle urine, per quanto in piccole quantità. Questa, secondo la teoria analitica sulla genesi della porfirina, deriverebbe dalla emoglobina passando attraverso la formazione di bilirubina. Quindi per un eccesso di emolisi si avrebbe comparsa di porfirina nelle urine.

Il mancato aumento dell'urobilina e della stercobilina potrebbe essere giustificato in quei casi in cui, per alterazioni anatomiche della

milza, sarebbe alterata la sua funzione emocateretica.

Confortano la diagnosi di eritremia, l'aumento delle piastrine che frequentemente fu trovato da altri autori (Ferrata, Di Guglielmo), l'aumento degli elementi figurati del sangue rispetto al plasma, la diminuzione del tempo di coagulazione del sangue, la assenza di retrazione del coagulo.

L'aumento di pressione del liquor potrebbe essere una manifestazione della pletora che colpisce tutto l'organismo, come pure la modicissima epatomegalia potrebbe essere messa in rapporto alla pletora.

La paresi destra potrebbe mettersi in rapporto ad emorragie miliari della corteccia cerebrale, frequenti negli eritremici.

Il colorito rosso del volto che il paziente ricorda fin dalla sua infanzia fa sospettare che la forma morbosa manifestatasi adesso rimonti a quell'epoca o meglio che sia addirittura congenita. Secondo Hans Curchmann vi sono individui che restano tutta la vita nello stato latente di costituzione eritremica, mentre alcune volte, cause sconosciute trasformano questa latenza in uno stato morboso manifesto.

Forse in queste condizioni si trova il nostro paziente, egli soltanto a 46 anni, nel giugno dell'anno scorso, accusò i primi disturbi dovuti all'eritremia, mentre probabilmente la sua forma morbosa è congenita.

Come risulta dalla storia clinica, il paziente dopo circa un mese si è rimesso ed è potuto tornare al lavoro, ricadendo con la stessa sintomatologia dopo circa otto mesi. Non possiamo però parlare di intermittenza della forma morbosa perchè abbiamo avuto soltanto un miglioramento della sintomatologia a carico del sistema nervoso, e risulta inoltre che il paziente da allora non è stato più completamente bene, ed infine nessun controllo ci autorizza a parlare di intermittenza.

Il numero non eccessivo dei globuli rossi, rispetto alle eritremie, con la conseguente emometria inferiore a 100, cosa che difficilmente si osserva in questa forme, e l'assenza di alterazioni endoculari fanno pensare che la forma morbosa si è manifestata da poco tempo. Forse tornando ad esaminare l'infermo a distanza di tempo, potremmo trovare un maggiore aumento dei globuli rossi ed anche dei bianchi e le caratteristiche alterazioni dell'occhio.

CONCLUSIONI.

Dallo studio di questo caso si può concludere:

1. Che esistono casi di policitemia idiopatica tipo Gaisböck caratterizzati da ipertensione, ipertrofia cardiaca e assenza di splenomegalia.

2. Che in questi casi l'ipertensione arteriosa può non esser legata ad alterazioni renali.

3. Che esistono casi di eritremia latente le quali possono manifestarsi in età adulta.

4. Che in tutti i casi di eritremia ove la milza non è clinicamente compromessa si dovrebbe avere aumento dell'emocateresi e quindi aumento della eliminazione della urobilina e stercobilina e presenza di porfirine nelle urine.

RIASSUNTO.

L'Autore dopo aver dato un rapido sguardo alla letteratura delle policitemie, passa a descrivere un caso di policitemia idiopatica caratterizzato da ipertonia, ipertrofia cardiaca e assenza di splenomegalia. Esclude che l'ipertonia sia conseguenza di alterazioni renali e fa rientrare il quadro morboso tra le forme di policitemie idiopatiche tipo Gaisböck.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI M. Riforma medica, pag. 407, 1904; Clinica medica italiana, 1901.

AUBERTIN. Arch. des mal. du coeur, des vaisseaux et du sang, n. 2, 1913.

BINET. Comptes rend. des seaces de la Soc. de biologie de Paris, 100, 463, 465, 1929.

BLOC e MICHEL. Citati da AUBERTIN.

BASERGA. Policlinico, Sez. Medica, 1934.

BERNARD, DEVRÈ e PORACK. Soc. méd. des Hôp., 1913.

BROWN e GIFFIN. Arch. of inter. med., 47, 705, 717, 1930.

CASTEX. Prensa medica argentina, 30 ott. 1929.

COMINOTTI. Wiener Klinische Wochenschrift, 1900.

CROSETTI. Arch. Sc. Med., 53, 96, 113, 1929.

CURSCHMAN. Med. Klin., 19, 1933, 135, 1923 e Acta Med. Scand., 29 novembre 1922.

DI GUGLIELMO. Folia medica, n. 17, 1917, e n. 1, 1920.

ELGELKINY. Citato da TRAMONTANO. Rass. inter. di clin. e ter., fasc. 3, 1927.

FERRATA. *Le emopatie*, vol. II. Soc. Ed. Libr., Milano, 1923.

GAISBÖCH. Ergeb. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 21, 204, 250, 1922 e Deut. f. Klin. Med., XXXIII, pag. 363, 1905.

GUINON, RIST e SIMON. Soc. Méd. des Hôp., 1904.

GÜNTHER. Endokrinol., 4. 96-120, 1929, e Deutsch. Arch. f. Klin. Med., 165, 41-56, 1929.

HIRSCHEFELD. Berl. Klin. Woch., 1907; Med. Klin., II, 1906; Ther. d. Gegenw., 66, 248-250, 1925.

LACHEL, GARCIN e GUILLAIN. C. R. Soc. Biol., vol. 106, 1931.

LIMBECK. Grundris Emer Emer. Klinischen Pathologie des Blutes, 1896.

MOSSE. Spez. Pathol. u. Therap. inn. Krankh., edit. da KRAUS u. BRUGSCH, vol. 8, 1920.

MINOT e BRUCKMAN. Transact. of the Assoc. of Am. Physicians, 38, 269-293, 1923.

NICHANIN. Citato da TRAMONTANO.

NAEGELI. *Blut. Krankheilen u. Blutdiag.*, in *Lehrb. d. Klin. Haematologie*, V ediz., 1931.

ORLOWSKY. Policitemia rubra, Rousty Vracht, n. 52, 1910.
PAGNEZ, ROUQUEZ e SALOMON. Sang, 4, 129-149, 1930.
RIVA. Citato da RONDONI. *Elementi di Biochimica.*
SARAGEA e PRIZANT. Bull. et mém. de la Soc. des Hôp. de Bucarest, 8, 126-141, 1926.
SIGNORELLI. Haematologica, 4, 437-452, 1923.
SCHUPFER. Minerva medica, n. 6, 1933.
TURK. Wiener Klin. Woch., XVII, pagg. 153-189, 1904.
VAQUEZ. Soc. de Biol., pag. 384, 1892.
VIALE e DI LEO. C. R. Soc. de Biol. de Paris, 97, 1927.
ZADEK. *Ergebn. d. ges. Med.*, edito da Brugsch vol. 10, 1927.
ZOIA. Citato da RONDONI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

SPEDALI RIUNITI DI SAN GIMIGNANO
Direttore: Prof. G. GUCCI.

Ernia inguinale di diverticolo vescicale strozzato associato ad ernia del colon destro.

Dott. PIETRO CAMPELLONE, assistente.

L'osservazione d'un paziente ricoverato ed operato di urgenza in questi Spedali Riuniti, porge l'occasione di rendere noto un caso di urocistocele associato ad ernia del colon destro.

Riferisco il caso con speciale riguardo all'ernia della vescica, sia perchè il reperto può ritenersi raro, sia perchè il riferire nuovi casi non sarà inutile per una migliore conoscenza patogenetica di altri consimili.

Caso clinico. — Cesare Iren. (entra il 14-5-1935, ore 20 circa), di anni 46, nato nel Comune di Pomarance (Pisa), residente nel Comune di San Gimignano, garzone, celibe, figlio d'ignoti.

Passò i primi anni della vita in un brefotrofio dove fu preso in consegna dalla famiglia colonica presso cui tutt'ora vive.

Nessun precedente morboso degno di nota. Portatore di ernia inguinale destra da moltissimi anni: non si è mai servito di cinto erniario.

Cinque o sei giorni fa, mentre si trovava in campagna, fu improvvisamente colto da vivo dolore all'addome specie nel quadrante inferiore di destra per cui fu costretto a tornare a casa e mettersi a letto. Riferisce la persona che l'accompagna, che strada facendo notò una perdita continua di modica quantità di urina. Non febbre, non vomito, non emissione di gas o di feci.

Stando a giacere, la massa erniaria piuttosto voluminosa rientrò quasi completamente, il dolore andò scomparendo sicchè l'indomani potette riprendere le sue occupazioni. Oggi verso le ore 18, senza alcuna causa apparente, mentre si trovava in campagna è stato ripreso da dolori accentuati nel quadrante inferiore di destra, accompagnati da conati di vomito. Visitato subito da un sanitario è da questi consigliato a farsi ricoverare.

E. O. — Individuo di tipo brachilineo, in buone condizioni di nutrizione; psiche deficiente; sensorio integro. Colorito della pelle e delle mucose visibili roseo. Pannicolo adiposo presente in quantità giusta. A carico dell'apparato scheletrico si nota cranio idrocefalico, accentuato prognatismo, arti superiori più lunghi del normale, deviazione del setto nasale verso sinistra. Dentatura abbastanza conservata. Lingua rosea, umida, sporta diritta. Nella favella notevoli disturbi dislalici e disartrici. Assenza di micropoliadenopatia laterocervicale. Nulla a carico dell'apparato cardiovascolare e respiratorio. Addome di volume e conformazione normale, cicatrice ombelicale infossata, non segni di circolo collaterale abnorme.

Colpisce una grossa tumefazione del volume di un pugno di adulto nella regione inguinale di destra. La palpazione rivela un addome abbastanza trattabile in tutte le sue parti, tranne in vicinanza della regione inguinale destra, ove risvegliando una sensibilità dolorifica, si apprezza la tumefazione a superficie liscia, uniforme, di consistenza elastica, non fluttuante che si fa tesa coll'aumento della pressione endoaddominale, e che alla percussione dà un suono pressochè di scatola, non riducibile con le comuni manovre di taxis. Fegato, milza, e reni nei limiti. All'apparato genitale si nota una ipospadia di modico grado, glande piccolo e solco balano-prepuziale ridotto, testicoli poco sviluppati. Nulla a carico degli arti inferiori.

Con la diagnosi di un'ernia inguinale destra obliqua esterna, strozzata, vien deciso l'immediato intervento.

Operazione (prof. Gucci). — Anestesia locale. Incisione inguinale di Bassini per la cura radicale. Aperto il canale, si riconosce questo occupato da una massa grossa come un pugno di adulto, costituita prevalentemente da matassa intestinale. Manca il sacco erniario. Nelle manovre d'isolamento condotte con prudenza, si apprezza che la massa è formata da due tumefazioni distinte a consistenza differente. Le due tumefazioni aderenti tenacemente per le loro superfici di contatto hanno differenti rapporti di sbocco. Infatti l'esterna più grossa ed a contenuto idroaereo si vede fuoriuscire dall'anello inguinale interno molto slargato, mentre la tumefazione mediale grossa come un mandarino, priva di peritoneo, a pareti più spesse, pur uscendo dallo stesso orifizio, si continua in un peduncolo a direzione obliqua interna verso il pube. Si riconosce essere quest'ultima formazione costituita da una porzione extraperitoneale di vescica urinaria, con pareti in apparenza normali, e per sicurezza si pratica una puntura esplorativa che riesce positiva. Nell'insieme si ha la convinzione di trovarsi di fronte ad un diverticolo vescicale. Si completa con molta oculatezza per via smussa l'isolamento delle due tumefazioni, di cui l'esterna, costituita esclusivamente dal colon destro viene facilmente ridotta, mentre la tumefazione interna, tenuta ferma da lacinie che fungono da cingolo strozzante, viene liberata da queste, vuotata del contenuto liquido che si dirige verso la vescica, e quindi resecata. Si pratica una sutura a doppio strato della parete vescicale ribattendovi sopra il poco grasso delle adiacenze. Si esegue la plastica Bassini piuttosto a fatica data l'ipotrofia dei muscoli trasverso e piccolo obliquo. Si mètte un catetere a permanenza, che si toglie in quinta giornata. Guarigione per prima. Il pezzo anatomico asportato, riempito di liquido appare della grandezza di un mandarino a forma di pera per la presenza di una specie di colletto;

lo spessore delle sue pareti è quello di un urociste normale.

È stato rivisitato il paziente dopo due mesi dall'intervento; le urine non presentavano alterazioni patologiche, nulla di anormale presentava la cicatrice operatoria. L'esame radiografico del colon (vedi figura 1) eseguito il 20 luglio 1935 mise in evidenza una ptosi della flessura epatica del colon, un dolico trasverso, cieco ed ascendens mobili per meso lungo.

La cistografia (vedi figura 2) mise in evidenza un piccolo diverticolo nella metà destra.

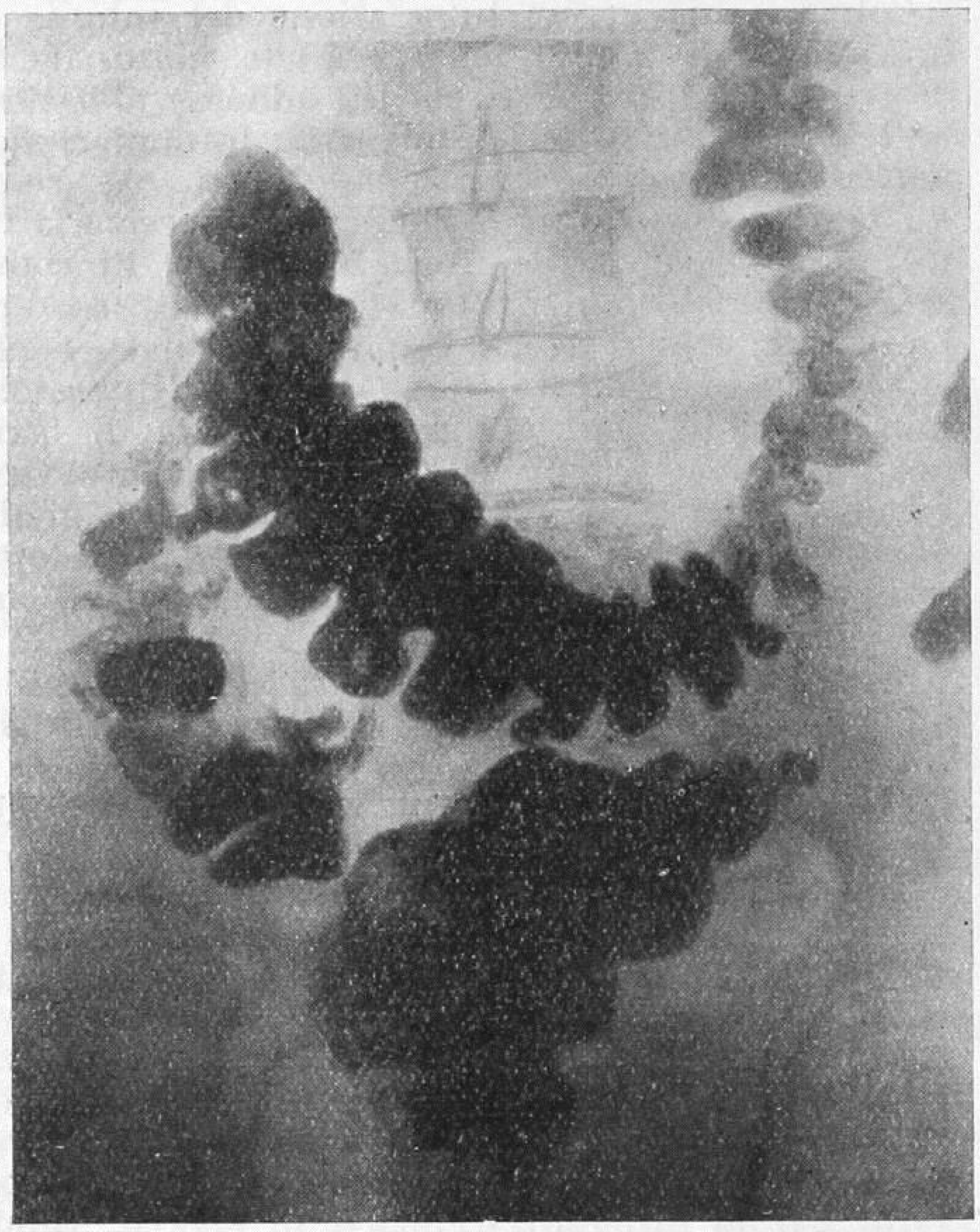


FIG. 1.

* * *

Sintetizzando i dati desunti durante l'atto operativo, dalle radiografie più che dall'esame obiettivo del paziente e dalla sua sintomatologia, possiamo affermare di trovarsi di fronte ad un caso di ernia diverticolare strozzata dell'urociste, molto probabilmente congenita, associata ad ernia del colon destro.

A proposito di quest'ultima, mi limito a dire che si trattava di una comune ernia da scivolamento, dovuta a traslazione in massa del viscere scivolato insieme al proprio peritoneo, forme abbastanza frequenti ad osservarsi, come si può desumere dal recente e vasto lavoro statistico di Bolognesi e Salto sulle ernie rare, i quali su 137 casi di ernie del colon, ne hanno osservati 83 da scivolamento.

Considerando invece l'ernia della vescica ci convinciamo che questa, considerata come cistocele (costituita cioè da parte della parete vera e propria della vescica) costituisce una lesione abbastanza frequente, come si rileva dai dati raccolti da tutta la letteratura e citati da Leo, che ne ricorda 415 casi, di cui 370 circa interessanti la regione inguinale, i rimanenti altre regioni. Ai 370 possiamo oggi aggiungere altre 30 casi riferiti da Bolognesi e Salto nel citato lavoro, ed altri 10 riferiti da Carli come ernie dell'uretere combinate con ernie della vescica.

Molto più rara, con una percentuale addirittura esigua come si rileva dall'accluso elenco, riferito da Leo, conoscendosene appena 39 casi, ci appare l'ernia inguinale con contenuto di diverticolo vescicale, inteso questo

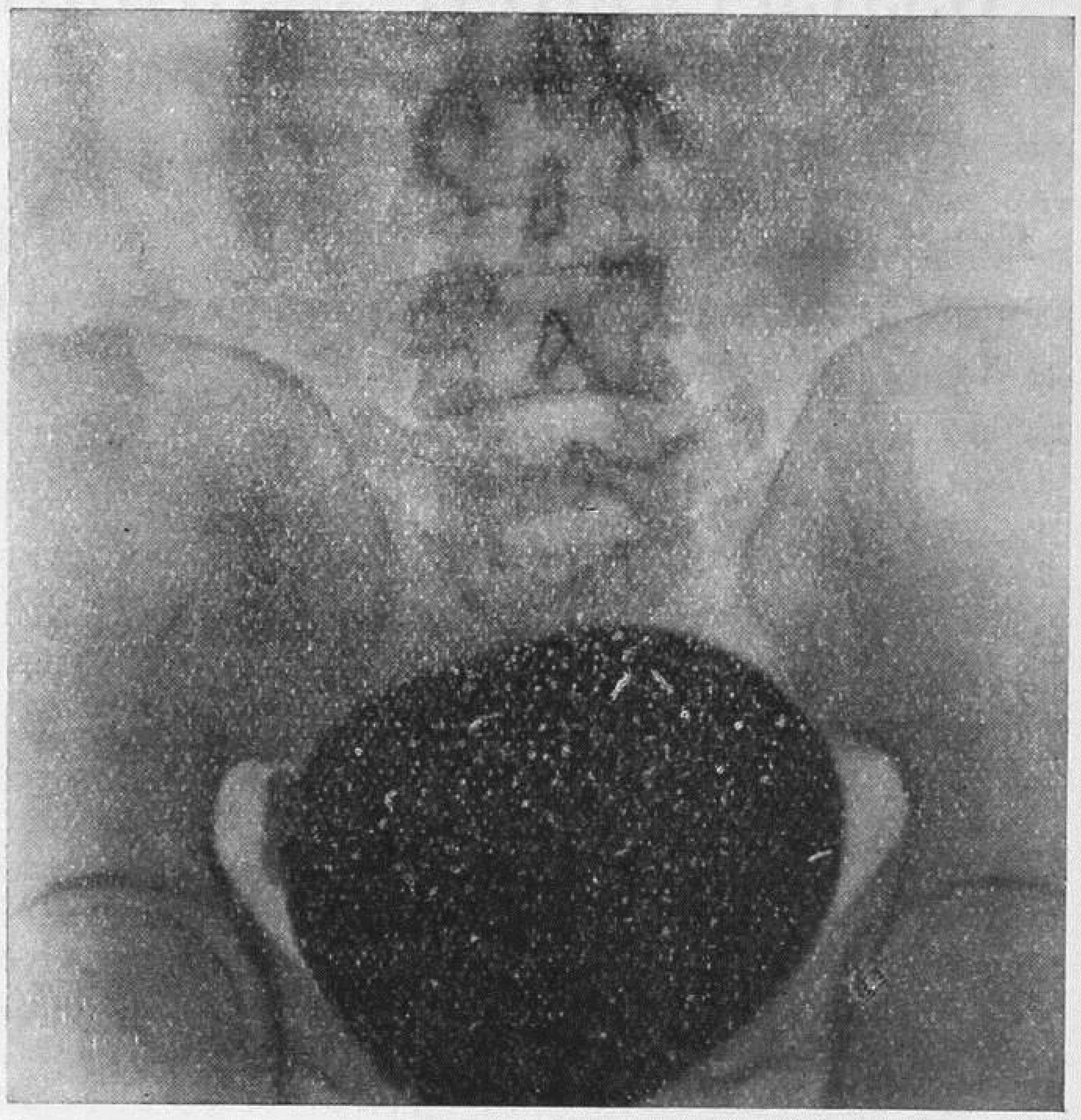


FIG. 2.

come formazione patologica della vescica stessa sia d'origine congenita che acquisita.

Infatti i fondamenti etiopatogenetici del diverticolo vescicale sono quanto mai dubbi ed il problema appare tuttora insoluto.

Wirchoff lo riterrebbe acquisito o congenito a seconda che provvisto o no di quelle fibre circolari al limite fra vescica e diverticolo (sfintere diverticolare).

Il Morgagni lo fa originare da malformazioni preesistenti. Cruveilhier lo considera ernia della mucosa in un punto di minore resistenza offerto dalla parete della vescica. Quasi tutti gli autori poi, oltre queste comuni cause, invocano altri fattori che, associati ad esse sono capaci di contribuire allo sfiancamento della parete congenitamente o acquisitamente debole, atonia, turbe da innervazione, deficienza della muscolatura, aumento di pressione endovescicale ed endoaddominale, calcolosi vescicale, fimosi, abitudine a svuotare di rado

Diverticoli vescicali erniati

ANNO DI PUBBLICAZIONE E AUTORE	Inguinale	Femorale	Sciolto	Strozzato	Extraperi-toneale	Paraperi-toneale	Intraperi-toneale	Con grasso	Senza grasso
1887. Reboul	1		1						
1891. Pilz	1			1		1		1	
1892. Kummer	1		1		1			1	
1896. Hollander	1		1		1			1	
1897. Lotheissen	1		1			1			
1899. Becker	2			2	1	1			
1902. Tedenat	1			1					
1902. Voituriez	1		1	1	1		1	1	
1904. Channavaz	1			1		1			
1905. Corner, Rowntree	1			1	1				
1905. Cernezzi	1			1	1				
1910. Vanverts	1		1		1			1	
1911. Donati		1		1		1			
1911. Forgue		1	1		1				
1911. Zancarini	1		1		1			1	
1911. Zancarini	bil.	bil.	1		1				1
1912. Crosti	1		1			1			1
1912. Suszenguth	1			1		1		1	
1913. Putzu	1		1		1			1	
1913. Scalone		1	1		1			1	
1914. Glucksthal	1		1				1	1	
1920. Rosati	1		1		1			1	
1923. Chueco, Gandulfo e Ocampo	1		1						
1924. D'Agata	1			1		1			1
1924. Odasso	2		1	1	1	1		1	1
1925. Jarosz	1		1			1			
1927. Rago	2			2	2			1	1
1929. Tera Arios	1		1						
1929. Sciaky	1			1		1		1	
1929. Viala	1		1		1			1	
1931. Solcard, Rolland	1			1	1			1	
1931. Malbec, Basch	1		1						
1931. Samuels	2		2						
1932. Leo	1			1	1			1	
1935. Campellone	1			1	1				1
	36	3	22	18	20	11	2	17	6

la vescica, fatti infiammatori, ecc. Numerose ricerche sperimentali furono istituite a proposito. Ricorderò quelle classiche di Alessandri, che, basandosi su prove idromeccaniche compiute in cadaveri, pur rimanendo eccletico, conviene che i momenti più importanti sulla genesi dell'ernia vescicale, sono dati dalla distensione e flaccidità delle pareti della vescica, e dalla diminuita resistenza delle pareti addominali.

Lo stesso affermano presso a poco Mastrosimone, Blum, Young, Lurz, e molti altri AA.

Notevole contributo all'argomento è stato portato dalle recenti ricerche del Franceschi che, associando le prove idromeccaniche a lesioni di vario grado nei diversi strati della parete vescicale, conclude che la creazione di un punto debole nella parete di una vescica sana non è da sola sufficiente a produrre un diverticolo apprezzabile macroscopicamente, anche varcando i comuni limiti della pressione endovescicale. Egli ha in tal modo esteso e confermato le ricerche del Taddei. I risultati delle ricerche del Franceschi, mi sembrano i più adatti a non togliere al fattore congenito nella diverticolosi vescicale tutta la loro importanza. Pur essendo dubbi gli argomenti addotti a sostegno della teoria congenita (Blum, Boretti, etc.) bisogna convenire con l'Alessandri sull'esistenza del diverticolo vescicale congenito fin dall'inizio o almeno impiantato su terreno congenitamente anormale. D'altra parte, come ammettiamo malformazioni congenite di altri organi (rene, uretere, colon, esofago, ecc.) appare logico ammettere anche malformazioni congenite dell'urociste, anche senza invocare gli studi sulle malformazioni congenite degli organi cavi eseguiti dal Bard.

Passando all'interpetrazione patogenetica del caso in parola, abbiamo una serie di dati che ci permettono di considerarlo diverticolo vescicale e di propendere per una sua origine congenita.

La forma ed il volume del tratto escisso, la continuità in detta sacca con la vescica, la sede fra le più comuni di diverticoli, lo spessore delle sue pareti, sono tutti dati macroscopici che, considerati insieme, hanno un certo valore per fissare la diagnosi. La cistografia in iperdistensione, non ci mostra segni di debolezza di altri punti della parete vescicale, ma mette in evidenza il moncone diverticolare residuo del tratto resecato (vedi fig. 2). A questi dati noi dobbiamo aggiungere tutte le altre peculiarità inerenti al soggetto su cui è stata repertata la lesione: le anomalie psichiche e somatiche ci parlano sicuramente di difetti plasmatici d'origine embrionale: abbiamo qui un caso tipico di associazioni di disturbi di sviluppo di svariati organi ed apparati, fra cui non ultimo il diverticolo vescicale. Si viene così con la presentazione del caso a ribadire la dottrina dell'Alessandri, che accanto ai diverticoli acquisiti è convinto sostenitore della esistenza di diverticoli congeniti.

Le caratteristiche anatomo-patologiche dell'ernia diverticolare in questione sono quelle esposte sopra, circa il volume, la forma, la grandezza, la sede; aggiungo che il diverticolo non era coperto di peritoneo e la sua parete non dava ad intravedere alterazioni di sorta. Sarebbe stato interessante aver potuto fare un esame istologico, ma questo non fu potuto eseguire perchè non fu possibile rintracciare il pezzo. Al quesito se il diverticolo sia erniato prima, contemporaneamente, o dopo il colon, si può rispondere che data la porta d'uscita dell'ernia (fossetta esterna), la presenza del meso lungo dell'emicolon destro mobilissimo, lo sviluppo maggiore della tumefazione intestinale, la sede anatomica della vescica urinaria, si può ritenere che sia stato il colon a fuoriuscire per primo, e solo in un secondo tempo, quando cioè l'orificio interno fu tanto allargato da portarsi molto medialmente sì da trasformare notevolmente l'obliquità del canale inguinale, appare probabile che il diverticolo si sia impegnato nel tragitto erniario, aiutato dai diversi fattori (grado di pienezza, di tensione, di peristaltismo dei visceri ecc.) capaci di influire in vario grado su l'equilibrio addominale dei visceri e quindi dell'urociste. Successivamente si sarebbero avuti i fatti aderenziali fra le pareti delle due tumefazioni.

La terapia è stata una logica conseguenza della diagnosi operatoria, l'exeresi, cura ideale del diverticolo e della sua complicazione, lo strozzamento.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di E. I. di diverticolo vescicale strozzato, associato ad ernia del colon destro, ritenendo il diverticolo d'origine congenita in base al reperto operatorio e ad altre anomalie presentate dal soggetto.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. Policlinico, Sez. Chir., 1-11, 1901.

ID. Atti III Congresso Soc. Ital. Urologia, 1924.

AIEVOLI. Morgagni, III, 1932.

BOLOGNESI e SALTO. Atti Accademia Fisiocr., Siena, 11, 3, 1934.

BORETTI. *Diverticoli della vescica*. Edit. L. Cappelli, Bologna, 1928.
CARLI. Ann. Ital. Chirur., n. 11, 1932.
DONATI. *Chirur. dell'addome*. U. T. E. T., Torino.
FRANCESCHI. La Clin. Chirur., n. 1, 1935.
HOUETTE. Ann. Anat. Path., n. III, 1929.
LEO. Arch. It. Chirur., XXXI, n. 5, 1932.
ID. Arch. It. Chir., XXXI, n. 4, 1932.
KUZMAN. Surg. I. and. Obstet., LVI, 1933.
SALTO. Lyon Chir., XXXII, n. 2, 1935.
SAMUELS. Amer. Journal of Surg., V, 1931.
TADDEI. Arch. ed Atti Soc. It. Chir., XXIV, 1912.
TERA ARIAS. Rev. Esp. de Cir. y Urol., II, 1929.
TESTUT. *Anatomia Umana*, U. T. E. T., Torino.
VIALA. Thèse de Lyon, 1929.
WARD. Brit. Jour. of Surg., VII, 1925.

N. B. — Per la Bibliografia anteriore al 1928 rimando al citato lavoro di Boretti.

SUNTI E RASSEGNE

EMATOLOGIA.

Le policitemie secondarie.

(H. GRAMS. *Medizinische Klinik*, 7 febb. 1936).

L'iperglobulia costituisce il fenomeno essenziale di due sindromi definite: la policitemia megalosplenica di Vaquez-Osler e policitemia ipertonica di Gaisböck. Tuttavia l'aumento del numero degli eritrociti e del tasso emoglobinico può riscontrarsi come sintoma secondario di altre condizioni.

Così sono state descritte policitemie nel corso di affezioni pulmonari, cardiovasali, ed epatiche, nelle disfunzioni endocrine, in alcuni stati tossici ed infettivi, durante il soggiorno negli strati alti dell'atmosfera, in tutte le condizioni nelle quali si verifica una disidratazione del sangue (diarree e vomiti abbondanti).

Il maggior numero di casi di policitemie secondarie si ha nelle malattie del cuore e dei polmoni, nelle quali la stasi e la dispnea determina un aumento relativo compensatorio del tasso emoglobinico e del numero delle emazie. In effetti dette affezioni provocano una stimolazione del midollo osseo a causa del difetto di ossigenazione. Le cifre maggiori si hanno nell'asma bronchiale, nei vizii cardiaci, nella bronco-pulmonite e nell'ipertonia vasale. Nella miocardite e nell'endocardite non si hanno aumenti dell'emoglobina e delle emazie trattandosi di alterazioni puramente locali che non provocano fenomeni di scompenso. Nei vizii cardiaci con scompenso grave si possono avere sia forti aumenti che valori normali: non esiste alcun rapporto tra la gravità del caso ed il grado dell'aumento dell'emoglobina e delle emazie. Ciò forse si spiega con il fatto che la stasi degli organi interni e le emorragie provocano perdite di eritrociti ed emoglobina, o anche con il fatto che l'edema, specie iniziale, provoca anche idremia.

I vomiti e le diarree frequenti ed abbondanti determinano una notevole perdita di acqua e quindi un impoverimento del plasma ed un addensamento del sangue, ossia un aumento del numero degli eritrociti nell'unità di volume. La policitemia è stata pertanto riscontrata nelle enteriti acute, nel morbo di Basedow con diarree profuse, nelle crisi tabetiche e nell'ileo. Lo stesso meccanismo di azione è in giuoco nell'iperglobulia che talvolta si riscontra nella carcinosi dello stomaco, del peritoneo, dell'intestino e del fegato. Del resto il Grams ha constatato forte aumento del tasso emoglobinico e del numero delle emazie in alcuni casi di deperimento somatico ed astenia nervosa, il che si può spiegare ammettendo che il decadimento organico provoca un addensamento del sangue e quindi un aumento relativo del numero degli elementi figurati.

La policitemia è stata talvolta riscontrata anche nella linfogranulomatosi, nella spondilite anchilosante, nel reumatismo articolare cronico, nell'adiposi, nella colecistite subcronica e cronica, nell'epatite, nella cirrosi epatica, nell'ulcera gastrica e duodenale, nella gastrite.

Per quel che riguarda le ulceri gastro-duodenali è stato sostenuto che l'aumento della emoglobina e delle emazie sia un fattore determinante dell'ulcera. Sta di fatto che ad onta delle emorragie in tali casi non si produce anemia. Ma è stato anche sostenuto che la policitemia sia una condizione secondaria provocata dai fattori concomitanti o determinanti dell'ulcera, che si risolvono nella produzione di un elemento antianemico o in una migliore utilizzazione del ferro ingerito con gli alimenti per il fatto dell'iperclorìdria. Comunque nei casi nei quali l'ulcera gastrica o duodenale è accompagnata da policitemia il salasso è un utile mezzo curativo.

Oltre a queste policitemie secondarie ed a quelle primarie a tipo Gaisböck o Vaquez-Osler vi sono casi nei quali l'iperglobulia costituisce l'unico reperto patologico. Nella maggior parte di tali casi si riscontrano sintomi a tipo neurotico: vampate al volto, vertigini, fosfeni, fitte alle orbite, senso di caldo al capo, sudorazione, pulsazione molesta delle carotidi, palpitazione, dolori nella parte superiore del ventre, parestesie delle estremità, facile emotività ed irritabilità. Nel complesso prevalgono i sintomi a tipo neurastenico.

Dal punto di vista pratico è interessante che il salasso in tali casi spiega un'azione terapeutica molto marcata. Esso dà sempre un sollievo immediato, e spesso la scomparsa o l'alleviamento dei disturbi, compresi quelli neurastenici. Vien fatto quindi di domandarsi se il salasso non costituisce la cura della neurastenia qualora, come è probabile, risultasse dimostrato che molti neurastenici sono dei policitemici. Una tale considerazione, comun-

que, dovrebbe indurre ad essere molto guardinghi nel trattamento dei neurastenici, che molto spesso vengono indifferentemente curati con preparati ricostituenti a base di ferro, con il risultato di aumentare ancor più il tasso emoglobinico ed il numero degli eritrociti con la conseguenza di aggravare lo stato nervoso.

DR.

L'anemia da botriocefalo.

(F. HOFF. e H. SAUERSTEIN. *Klin. Woch.*, 25 gennaio 1936).

La clinica medica di Königsberg è l'unica in Germania in cui si sia avuto occasione di osservare un ingente numero di anemie da botriocefalo. Gli AA. hanno riunito e studiato tutto il materiale degli ultimi 50 anni: tra 80250 ammalati sottoposti regolarmente all'esame parassitologico delle feci sono stati riscontrati 270 portatori di botriocefalo: di questi 60 presentavano una anemia di tipo pernicioso, 26 una anemia di tipo ipocromico, quale si osserva nelle anemie secondarie. Nei casi, e sono la grande maggioranza, nei quali l'eliminazione dei vermi conduce ad un miglioramento o ad una guarigione l'importanza etiologica del verme è evidente. Per i casi invece che prima dell'era epatica venivano a morte nonostante l'eliminazione dei vermi e per quelli che con l'epatoterapia migliorano prima dell'eliminazione dei vermi non è dimostrato che si tratti realmente di un'anemia da botriocefalo: potrebbe trattarsi di un'anemia perniciosa vera che avrebbe potuto forse manifestarsi nelle medesime persone anche se non fossero state portatrici di vermi, data l'alta percentuale di portatori di vermi in alcune popolazioni: fino al 50 % in alcuni villaggi di pescatori della « Kurisch Haff ». (sul Mar Baltico: tratti di mare separati dal mare aperto da striscie di terra). La teoria di Vogel, secondo la quale la anemia da botriocefalo sarebbe rara sulla « Kurisch Haff », poichè gli abitanti mediante l'uso di fegato crudo di pesce praticherebbero inconsciamente la terapia antianemica, non è accettabile. L'anemia da botriocefalo sulla « Kurisch Haff » non è particolarmente rara e nei portatori di vermi non è relativamente più rara che in quelli che abitano lontano dalla « Kurisch Haff », ed anche l'anemia perniciosa criptogenetica non è più rara che nelle altre zone.

Con relativa frequenza è stato dimostrato il carattere familiare dell'affezione, con presenza di più casi nella medesima famiglia. Talvolta la stessa persona ammala ripetutamente. Il piccolo numero di anemie da botriocefalo paragonato al gran numero di portatori (un caso su 5000-10.000 in statistiche più vaste) da una parte, la presenza di più casi nella medesima famiglia ed il ripetersi della malattia nella medesima persona dall'altra costituiscono altrettanti argomenti in favore dell'importanza del fattore costituzionale ed ereditario nell'anemia da botriocefalo, similmente a quanto si sa per l'anemia perniciosa criptogenetica. Il botriocefalo porta quale fattore esogeno alla manifestazione della predisposizione anemica endogena ereditaria.

Nell'anemia da botriocefalo solo raramente si riscontra presenza di acido cloridrico libero nel succo gastrico. La turba della secrezione gastrica sembra che abbia nell'anemia da botriocefalo un'importanza patogenetica simile a quella che avrebbe nell'anemia perniciosa criptogenetica. I portatori di botriocefalo senza anemia hanno presentato per lo più valori di acido cloridrico normali.

Il manifestarsi di un'anemia sia di tipo pernicioso che di tipo ipocromico (corrispondente alla cloroanemia achilica) nei portatori di botriocefalo, l'osservazione di ambedue i tipi nella medesima famiglia, come pure la trasformazione dell'anemia perniciosa ipercromica in quella di tipo ipocromico durante il decorso della guarigione costituiscono argomenti contro la separazione radicale di questi due quadri morbosi.

Il tipo pernicioso dell'anemia da botriocefalo colpisce uomini e donne con frequenza quasi uguale, similmente a quanto avviene per l'anemie perniciosa criptogenetica; il tipo ipocromico « anemico-secondario » invece colpisce con netta prevalenza le donne, similmente alla cloroanemia achilica.

Nella terapia sta in primo piano l'eliminazione dei vermi, preferibilmente con preparati di felce maschio; la guarigione sarà accelerata dell'epato- e gastro-terapia. Nella forma ipocromica terapia marziale (ferro ridotto). Nelle forme perniciose più gravi dapprima conviene ricorrere all'epatoterapia ed in secondo tempo all'eliminazione dei vermi.

L'anemia da botriocefalo, l'anemia perniciosa criptogenetica e la cloroanemia achilica sono malattie patogeneticamente affini.

N. NUNBERG.

MISCELLANEA.

Intolleranza ai carboidrati e flora intestinale.

(T. L. ALTHAUSEN, J. B. GUNNISON, M. S. MARSHALL e S. J. SHIPMAN. *Archives of int. med.*, vol. 56, n. 6).

L'intolleranza intestinale ai carboidrati, con un complesso sintomatico raggruppato attorno ad un notevole meteorismo, costituisce una condizione piuttosto comune, ma spesso non apprezzata in giusta misura. Tale complesso sintomatico è stato descritto per la prima volta da Schmidt e Strasburger, nel 1901, ma è generalmente trascurato nei consueti trattati.

Nella clinica dedicata alle malattie gastrointestinali di San Francisco, gli AA. hanno

avuto occasione di rilevare che, durante gli ultimi 5 anni, nel 9 % di tutti i malati, la diagnosi principale era quella di intolleranza intestinale ai carboidrati; la proporzione forse è alquanto esagerata, dato che vengono inviati alla clinica molti malati con diagnosi oscura, ma indica comunque che si tratta di una malattia abbastanza comune.

Il *quadro clinico* quale risulta dall'osservazione di 50 casi consecutivi, è il seguente. La malattia è più frequente nelle donne (4 volte più che negli uomini); il 60 % dei pazienti era nell'età fra i 30 ed i 50 anni, pochi erano più giovani. L'inizio dei sintomi si ha verso i 20-40 anni. Nei malati osservati, i sintomi duravano da un minimo di 6 settimane ad un massimo di 23 anni.

I *singoli sintomi* sono: meteorismo (100 %); dolore addominale (84 %); malessere notturno (70 %); flatulenza intestinale eccessiva (74 %); eruttazioni (76 %); costipazione (82 %); diarrea periodica o cronica (28 %); muco nelle feci (30 %); attacchi digestivi periodici (60 %); nel 68 % dei casi, il malato stesso aveva già rilevata l'intolleranza ai carboidrati.

In tutti i pazienti era notevole la flatulenza; il malessere addominale andava da un senso di pressione ad un vero dolore sordo o del tipo di colica e si trovava nei 4/5 dei casi. Molto comune l'emissione eccessiva di gas intestinali, generalmente inodori. Pure frequente la eruttazione, in qualche caso assai incomoda. Quasi patognomonico di questa condizione è lo stare sveglio durante la notte per il malessere addominale; si verifica per lo più verso le 3 del mattino; il paziente, sia passeggiando per la stanza, sia con un certo massaggio dell'addome, sia con qualche bevanda calda o con la emissione di gas intestinali si libera dal dolore e può riaddormentarsi.

Parecchi pazienti rilevano il rapporto fra la ingestione dei carboidrati ed i loro disturbi. Uno dei cibi che sembrano più incriminati sono le patate ed, in parecchi, anche il latte; più raramente i fagioli, i piselli, le lenticchie secchi; in alcuni, lo zucchero ed i dolci.

I sintomi non durano sempre, ma si hanno piuttosto delle esacerbazioni intermittenti, della durata di parecchi giorni.

Nei pazienti in cui si trovava diarrea, la condizione era stata diagnosticata come colite mucosa; molti di questi avevano aumento di muco nelle feci. Queste erano di colore normale od un po' chiaro, generalmente acide al tornasole e spesso con bollicine gassose. All'esame microscopico, dopo trattamento con soluzione composta di jodio, si rilevavano granuli di amido, che però possono spesso aversi anche in condizioni normali. In complesso, l'esame delle feci non dà grandi indicazioni. La presenza di muco ha un significato pronostico sfavorevole

In un terzo dei pazienti si aveva ipo- od anacloridria; nulla di rilevante all'esame radiologico del colon; in parecchi casi, una certa dilatazione, in altri, ptosi, spasticità o sensibilità lungo il decorso.

Per quanto riguarda i *sintomi extradigestivi*, i più importanti per frequenza e gravità sono l'astenia ed il nervosismo. Così pure, sono da rilevarsi: l'instabilità vasomotoria di vario grado, talvolta con capogiri, o con frequenti cefalee. In 5 pazienti, una forma lieve di morbo del Raynaud.

Una metà circa dei pazienti si lamentava di palpitazioni e di extrasistoli. La pressione sanguigna era normale nella maggioranza e bassa in parecchi; rara, invece, l'ipertensione anche lieve. In un quarto circa, coroido-retinite, talvolta con diminuzione del visus. Nel 40 %, anemia, con meno dell'80 % di emoglobina e meno di 4.200.000 emazie.

Negli individui con segni tossici, si avevano costantemente: meteorismo, dolori addominali, eccessivi gas intestinali, astenia, nervosismo, albuminuria, extrasistoli.

Per quanto riguarda la *patogenesi*, gli studi fatti dagli AA. riguardanti le prove di fermentazione, la ricerca quantitativa del *Clostridium Welchii*, di altri microorganismi aciduric ed altre caratteristiche della flora intestinale non permettono di trovare un rapporto costante con il quadro clinico. Certamente l'estensione della flora del colon nelle regioni del tenue, dove si hanno dei carboidrati non ancora assorbiti, nonchè la penetrazione di carboidrati nel colon, costituiscono dei fattori che favoriscono le fermentazioni eccessive.

Hanno anche una certa parte altri fattori, come le condizioni che rendono difficile il riassorbimento dei gas da parte dell'intestino, come una perdita di tono dell'intestino stesso. Gli acidi organici che si formano con la fermentazione sono probabilmente responsabili dei sintomi locali, mentre quelli generali (anemia, astenia, ecc.) sono da attribuirsi all'assorbimento di alcune sostanze tossiche, di cui la formazione è favorita dalle abnormi condizioni dell'intestino.

I *gas intestinali* più responsabili della condizione studiata sono l'idrogeno e l'anidride carbonica. L'idrogeno forma il 5 % dei gas nei normali, ma può arrivare anche al 55 %; esso costituisce i 2/3-3/4 dei gas prodotti dalla fermentazione ed è abbondante soprattutto con la dieta lattea; viene assorbito soltanto in scarsa misura dall'intestino.

L'anidride carbonica rappresenta 1/3 ad 1/4 dei gas di fermentazione dei carboidrati. Essa è assorbita rapidamente, ma ogni condizione che ostacola l'assorbimento, producendone l'accumulo, causa la flatulenza. Tale gas, a differenza degli altri, provoca anche un'irritazione chimica dell'intestino.

Gli altri gas intestinali sono: l'ossigeno, che si trova in proporzione inferiore all'1 %, ed è rapidamente utilizzato dai batteri intestinali ed assorbito; l'azoto, che si trova in quan-

tità del 10-60 % e non viene assorbito; il metano, che si può trovare fino al 50 %, ma che non proviene dai carboidrati, bensì da una dieta di leguminose, ed in minor misura, di carne; non è praticamente assorbibile dall'intestino. L'idrogeno solforato ha poca o punta parte nella produzione dell'intolleranza intestinale ai carboidrati, come è dimostrato dal fatto che i gas eliminati sono inodori.

LA TERAPIA.

Il trattamento va diviso in 3 periodi. Nel primo, è indispensabile una stretta limitazione dei carboidrati, permettendo soltanto ad ogni pasto 2 fettine di pane abbrustolito o 2 cucchiai di maccheroni o di cereali ben cotti. Ridurre al minimo lo zucchero ed escludere dalla dieta: patate, riso, legumi secchi, cavoli, broccoli, cetrioli, cipolle, aglio, spezie di ogni sorta, pesci in salamoia, barbabietole, carote. Quantità normali di carni e di uova e specialmente pesce e formaggio; nessuna restrizione per i grassi. I vegetali verdi, soltanto cotti ed in forma di puree; le frutta soltanto cotte od in forma di succhi; utile, la gelatina.

Particolarmente adatto è il latte fermentato ed anche il latticello. In alcuni, però, esso produce un'esacerbazione dei sintomi, sicchè è bene prescriverlo soltanto dopo 1-2 settimane ed in quantità dapprima assai piccole.

Si darà il caolino colloidale a dosi di 8-15 grammi, 3-4 volte al giorno, secondo la tolleranza individuale. Lassativi, come olio di vaselina ed eventualmente piccoli clisteri di olio d'oliva, per rammollire le masse fecali, specialmente dure quando si dà il caolino.

Questo regime deve durare 2-6 settimane.

Nel secondo periodo, si aumenteranno gradatamente fino al normale i carboidrati, specialmente gli amidi macinati, lo zucchero ed i cereali ben cotti. Continuare il caolino ed il latte fermentato. Durata, circa un mese e, se il paziente non ha più sintomi, passare al terzo periodo.

In questo, si tenterà l'impianto batterico, mediante il latte con il *B. acidophilus* (4 cmc. di cultura 3 volte al giorno). Il paziente dovrà altresì prendere ai pasti del lattosio (da un cucchiaino da tè ad un cucchiaio da tavola). Sospendere il caolino e continuare così per almeno 2 mesi. In seguito, il paziente potrà sospendere il *B. acidophilus*, ma dovrà prendere indefinitamente il lattosio.

Tale trattamento dovrà essere adattato caso per caso, senza esagerazioni e tenendo conto della tollerabilità da parte del singolo paziente, facilmente per quanto riguarda le quantità del caolino, del latte fermentato, del lattosio.

Scopo di questa dieta è di limitare la quantità totale dei carboidrati e di confinare il loro assorbimento il più che possibile alla parte superiore del tenue, escludendo i cibi in cui l'amido è ricoperto da membrana cellulosica. Tale dieta diminuisce le fermentazioni in generale ed è altresì consigliata contro l'eccessivo sviluppo degli anaerobi sporigeni che fermentano i carboidrati. Il vantaggio della caseina (formaggio) sulle altre proteine animali è quello di favorire una flora aciturica.

L'utilità del latte fermentato è basata sul fatto che favorisce l'acidità intestinale, per cui si ostacola l'estensione della flora del colon verso le parti superiori. Il caolino agisce, sia determinando un certo cambiamento nella flora intestinale, sia come assorbente di sostanze tossiche, sia rivestendo la mucosa intestinale, in modo da costituire una barriera contro gli irritanti chimici; esso asporta meccanicamente molti batteri in seguito ad adsorbimento colloidale.

L'impianto intestinale del *B. acidophilus* è utile allo scopo di aumentare l'acidità del contenuto intestinale; tale azione è favorita con la somministrazione di lattosio; bisogna però andar cauti con la quantità di questo, altrimenti si può avere una vera reazione « esplosiva ».

In pazienti con dolori addominali e diarrea, si darà del carbonato di calcio (a cucchiaini da tè), in quelli con anacloridria, dell'acido cloridrico. In casi ostinati, sono state tentate le diastasi, ma senza successo. Qualche risultato incoraggiante hanno ottenuto gli AA. con la somministrazione di vitamina B (per la considerazione teorica di aumentare il tono intestinale). *fil.*

Il reumatismo cronico.

(R. FORTESCUE. *British Medical Journal*, 29 febbraio 1936).

Il reumatismo cronico non è una malattia unica, ma comprende una serie di quadri morbosi più o meno definiti.

Si deve innanzi tutto rilevare che esso non può essere considerato come la cronicizzazione del reumatismo articolare acuto. Si tratta di due condizioni nettamente distinte per la loro etiologia, per la loro sintomatologia e per il loro decorso, nonchè per le lesioni anatomiche che ne formano il sustrato. Al riguardo è da notare come le concezioni etio-patogenetiche sul reumatismo articolare acuto vanno radicalmente modificandosi e si ha tendenza a ritenere che le lesioni primitive ed essenziali sono quelle cardiache mentre quelle articolari sono secondarie e possono anche mancare, tanto che si è proposto di denominare l'affezione: febbre cardiaca.

D'altra parte i termini di reumatismo cronico e artrite cronica non sono sinonimi. Il primo è comprensivo del secondo nel senso che il reumatismo abbraccia manifestazioni morbose a carico di tessuti anche non articolari. Il reumatismo cronico è una malattia del tessuto connettivo.

È generalmente ammesso che le cause del reumatismo cronico sono molteplici e complesse. Esso è stato attribuito ad anomalie costituzionali, ad alterazioni della circolazione cutanea, a fattori esterni come il freddo, l'umidità, i traumi e condizioni professionali, ed infine ad infezioni focali.

Per quel che riguarda particolarmente le artriti se ne distinguono tre tipi, che hanno sintomatologia, prognosi ed indicazioni terapeutiche diverse e che sogliono manifestarsi in tre diversi periodi della vita: 1° l'artrite reumatoide dei giovani detta dagli americani artrite atrofica; 2° l'osteo-artrite dei vecchi, detta dagli americani artrite ipertrofica; 3° la artrite dell'età matura, detta anche artrite climaterica.

L'artrite reumatoide o poliartrite progressiva dei giovani colpisce prevalentemente le donne. Ha tutto l'aspetto di una malattia specifica con profondi disturbi costituzionali. Nei casi gravi l'artrite si generalizza con caratteristiche deformità, ma se trattata a tempo con cure toniche, la malattia può arrestarsi almeno per qualche anno, lasciando solo piccoli ingrossamenti delle prime articolazioni interfalangee. Spesso le articolazioni terminali sono colpite da atrofia primaria ed anchilosi in estensione.

La sintomatologia ed il decorso della malattia depongono per uno stato infettivo di origine focale. L'alimentazione deficiente, il freddo, l'umidità, gli stati di ansia, le precedenti malattie esaurienti favoriscono l'invasione batterica o tossica. Sta di fatto che la velocità di sedimentazione delle emazie è aumentata, come avviene in tutti gli stati infiammatori.

La cura consiste nell'eliminazione dell'eventuale focolaio d'infezione originario, nel trattamento tonico ricostituente a base di olio di fegato di merluzzo, arsenico e ferro, nell'alimentazione abbondante, nel cambiamento di clima e di occupazione, nei bagni di luce e aria. La cura riesce molto efficace se praticata in adatti sanatorî.

L'artrite degenerativa o *osteo-artrite* si manifesta di solito nell'età avanzata e non sembra in rapporto a processi effettivi. Lo stato generale si mantiene per lo più buono, non si hanno altri segni d'infezione, la velocità di sedimentazione è normale. Sembra legata ad una tendenza ereditaria, aggravata dagli sforzi e dai traumi ripetuti o meglio dalle cattive posizioni mantenute a lungo. Si cura efficacemente con i fanghi ed in genere con le applicazioni calde. Quando sono colpite solo poche articolazioni si possono tentare i vescicanti e le cauterizzazioni alla Paquelin. Spesso i fenomeni dolorosi cedono alle applicazioni di raggi X.

Gli spasmi muscolari che accompagnano la osteo-artrite, specie quelle dell'anca, cedono ai bagni caldi prolungati e ai bagni di luce. Quando i movimenti possono essere eseguiti senza dolore giova la meccanoterapia.

La dieta deve essere povera di carboidrati. Eventualmente è consigliabile l'estratto tiroideo.

Una varietà di osteoartrite è il così detto reumatismo senile che colpisce individui che si sono sottoposti a duri lavori alle intemperie. S'inizia alle articolazioni interfalangee che lentamente s'ingrossano spesso senza alcun dolore. Si cura con i bagni termali, la protezione con lana delle parti lese. Lo zolfo e il guaiaco, antichi rimedi popolari, sono sempre efficaci.

L'artrite dell'età media si manifesta comunemente durante il climaterio in donne appartenenti a famiglie di artritici o gottosi. Si tratta di una manifestazione tossica o metabolica in rapporto alla produzione di sostanze abnormi o più semplicemente a difetto di escrezione. Già nell'età media sono comunissimi disturbi preartritici: eccesso di acido urico, dispepsia, senso di freddo, disturbi circolatori, estremità fredde o calde, disordini delle mucose e della pelle (catarri, eczemi).

I fenomeni artritici compaiono per lo più a 48 anni. Possono manifestarsi improvvisamente, di solito prima alle ginocchia, con un'evoluzione centrifuga dalle grandi alle piccole articolazioni, mentre nella forma reumatoide è centripeta.

Inizialmente si tratta di periartriti e fibrositi, l'osteoartrite sopravviene nelle fasi avanzate.

Non è raro che la malattia si stabilizza o anche regredisce con la cessazione del climaterio. Certo è la forma che ha la prognosi più favorevole.

Sembra più che probabile che la condizione sia determinata da disordini endocrini, ma spesso ad essi si associano infezioni focali, senza che si possa escludere l'influenza del freddo e dell'umidità.

La cura deve essere quindi indirizzata a modificare lo stato generale, a migliorare le condizioni articolari, a rimuovere l'eventuale focolaio infettivo. Occorrendo si potranno adoperare i vaccini.

Quando il focolaio è tonsillare, come avviene più di frequente, può essere combattuto con la zinco-elettrolisi. Gli eventuali focolai dentari si cureranno adeguatamente.

Il cambiamento di ambiente con soggiorno in clima caldo e secco, la dieta molto ridotta e talvolta anche il digiuno, il riposo alternato ad esercizi fisici adatti, l'uso di acque sulfuree, ed eventualmente i preparati opoterapici (ovaio e tiroide) e iodici influenzeranno favorevolmente lo stato generale.

Localmente si faranno impacchi caldi, e applicazioni di preparati alternativamente a base di zolfo e di iodio.

DR.

DIVAGAZIONI

Abuso di sigarette e funzioni materne.

Come osserva giustamente A. Mackenzie Campbell (*Amer. journ. obst. a. gyn.*, marzo 1936) l'attenzione rivolta ai grandi fattori che possono influire sulla maternità intesa in senso lato (cure prenatali, assistenza ostetrica, sterilità, ecc.) non deve far trascurare lo studio di altri che, pure non avendo l'importanza capitale dei primi, si debbono tener presenti per una benintesa protezione della maternità stessa. È da citarsi fra questi l'abuso del tabacco che si vien ora facendo da molte donne, una vera mania che ha invaso le donne simile allo scoppio di un'epidemia in terreno vergine. In poco più di una ventina d'anni, la proporzione delle donne fumatrici che prima era trascurabile si è elevata a circa il 50 % (per gli Stati Uniti A.). E l'A. è convinto che in non pochi casi ostetrici che gli sono occorsi, l'eccesso del fumo era responsabile del cattivo funzionamennto del sistema digerente, dell'instabilità del sistema nervoso, dei disturbi respiratori e circolatori, per cui tali donne non avevano nè una gravidanza, nè un parto, nè una lattazione normale.

In più di una donna incinta, egli ha osservato che il consumo di sigarette era di 25-40 al giorno e si deve senz'altro ammettere che in un organismo a cui la gravidanza chiede già un superlavoro, l'introduzione di un veleno come la nicotina deve avere effetti deleteri.

Le forti fumatrici diventano tali per qualche infelicità nella loro vita o per un certo senso di noia; è un'osservazione generale che le donne occupate e contente non abusano del fumo e che la pigrizia ha una parte importante nei dare l'abitudine del fumo. Il fumo agisce come un calmante psichico e diventa una specie di tossicomania.

L'A. cita vari autori in appoggio della sua tesi e, fra questi, A. Sodano che nell'*Arch. di ost. e ginecologia* ha pubblicato delle esperienze da lui fatte su animali, da cui risulta che la sterilità che si stabilisce per la nicotina è dovuta a processi infiammatori nell'utero e nelle trombe; anche il prodotto della concezione ne risente una certa influenza.

Da un referendum fatto ai membri della Società degli ostetrici e ginecologi americani, risulta che l'84 % di essi ha ammesso gli effetti sfavorevoli del fumo sulla salute materna; il 2,66 % li ha negati, mentre il rimanente dichiarò di non avere opinione definita in proposito o di ritenere che l'effetto dipendesse dalla suscettibilità individuale.

Interessanti sono le singole risposte date, fra cui citiamo quella di Leighton, che dichiara l'abuso del fumo nelle donne come una « maledetta pazzia ».

L'A. ritiene che in molte donne vi sia una notevole suscettibilità per la nicotina e consiglia pertanto una grande moderazione ed anche la completa astensione; in parecchi casi, è associato all'abuso delle sigarette l'uso di barbiturati o di altri calmanti per l'insonnia. Si cadrebbe evidentemente nel fanatismo col proibire il fumo a tutte le donne, ma l'A. ritiene dovere di ogni medico di richiamare l'attenzione sui possibili danni e sugli eventuali effetti tossici, che possono aversi in non pochi casi dall'uso anche moderato di sigarette. Importante è il far sapere che soprattutto nell'adolescenza il fumare può produrre effetti dannosi, con lo squilibrio endocrino, in un periodo in cui la padronanza di sè stessi, un atteggiamento giusto nelle questioni sessuali e degli istinti materni normali devono procedere senza interruzione.

L'abuso delle sigarette ha un'influenza degeneratrice in qualunque donna ed è dannoso alla loro efficienza nello stato di fidanzata, di moglie e di madre. È poi difficile che l'abuso sia frenato durante lo stato di gravidanza o nell'allattamento e l'A. cita alcuni casi del genere in cui le donne si dichiararono impossibilitate a smettere e pronte piuttosto a rinunciare all'allattamento del proprio figlio. Il massimo delle sigarette da concedersi nella gravidanza e nell'allattamento è di 4-5 al giorno. *fil.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Sammlung Wichtiger Frueh und Fehldiagnosen. Vol. in-8°, di p. 400 con 65 figure. Ed. G. Thieme, Lipsia, 1936. Mk. 8.

Il libro, edito in accurata veste tipografica, rappresenta la raccolta di articoli già pubblicati sulle pagine della *Deutsche mediz. Woch.*, e dedicati ai singoli problemi della diagnosi precoce e degli errori diagnostici. La divisione del libro in capitoli è eseguita in parte secondo il criterio sintomatologico, in parte riferendosi al sistema colpito dall'affezione; la trattazione dei singoli argomenti è stata affidata ad autori diversi, fra cui non mancano nomi illustri.

Come dice il titolo stesso del libro, esso non è destinato a costituire una specie di manuale di diagnostica differenziale, e rappresenta piuttosto una raccolta di questioni di attualità nei singoli campi della medicina, specie per quel che riguarda la possibilità della diagnosi precoce; interessante da questo punto di vista è il primo capitolo che riunisce una serie di pubblicazioni relative al sintoma dolore nelle sue varie localizzazioni; fra altro vengono ampiamente trattati il possibile valore diagnostico dei dolori a tipo reumatico, delle lombalgie, rachialgie, ecc., che pur essendo frequentissimi (e forse appunto per questo) non sempre vengono dal medico apprezzate nel loro giusto valore.

Nel campo delle affezioni del sistema respi-

ratorio e circolatorio (gli errori diagnostici nelle alterazioni del respiro e nella cianosi) l'attenzione viene richiamata sulla fisiopatologia dei sintomi caratteristici, le nozioni della quale costituiscono una direttiva scientifica per la diagnosi basata più che altro sulla considerazione di tutte le possibili cause del disturbo.

Alcuni capitoli, come quello delle malattie infettive (nel quale troviamo un articolo dedicato alla troppo frequente diagnosi della influenza) e quello delle malattie dell'apparato digerente (che tratta fra altro della diagnosi differenziale delle gastriti, delle diarree, ecc.) impartiscono degli insegnamenti preziosi per la pratica quotidiana; lo stesso dicasi delle pagine dedicate agli errori nella diagnosi della emorragia cerebrale. Non mancano peraltro nozioni delle branche speciali dello scibile (urologia, roentgenologia, oculistica, otorinoiatria, ginecologia ecc.), dove, accanto a dei problemi di pertinenza dello specialista, troviamo delle indicazioni utili per la pratica corrente come, ad es., nell'articolo dedicato all'epistassi. Meritano rilievo anche le direttive diagnostiche nel campo delle malattie del ricambio, emopatie, ecc., dove oltre alle nozioni più aggiornate, viene presentata una classificazione relativamente semplice.

Crediamo inutile ricordare uno per uno tutti gli argomenti trattati. Il fatto che ognuno di tali argomenti è stato svolto da un autore diverso, conferisce al libro una attrattiva *sui generis*, paragonabile a quella di una antologia inquantochè ogni articolo porta l'impronta del pensiero e della tendenza clinica dell'autore di esso. Anche la lettura continua del volume riesce perciò tutt'altro che pesante e l'abbondante casistica che si riscontra in tutti i capitoli contribuisce all'interesse scientifico delle singole esposizioni. S. MINZ.

CENNI BIBLIOGRAFICI

KARL G. ZIMMER. *Radiumdosimetrie*. Verfahren und Bisherige Ergebnisse. 33 figure e 12 tabelle. 49° supplemento ai Fortschritte. G. Thieme, Lipsia, 1936. R. M. 6,50.

Si possono distinguere nella dosimetria del radio due capitoli: uno riguarda la dosimetria relativa, cioè il modo come l'irradiazione si distribuisce nello spazio, l'altro riguarda la misura assoluta, cioè la ricerca di una unità di dose.

Il primo capitolo è ormai fissato nelle sue linee fondamentali mentre non si può dire altrettanto del secondo. L'A. passa in rassegna i vari metodi impiegati nella dosimetria relativa (pag. 1-24): metodi ionometrici, fotografici, biologici (uova di drosofila ecc.), matematici.

Per quanto riguarda la dosimetria assoluta (pag. 24-30) la questione è risolta per quanto riguarda l'adozione dell'unità r: ma sia le grandi camere di ionizzazione sia le piccole presentano molta incostanza. I metodi biologici non possono rimpiazzare in questo caso i metodi di ionizzazione: l'A. descrive i vari tipi di camere in uso: uno spessore sufficiente della camera; una camera che in mezzo ricco di raggi secondari sia indipendente dalla lunghezza d'onda sono i punti fondamentali nella ricerca. E. MILANI.

H. BORDIER e T. KOFMAN. *Néodiathermie à ondes courtes*, Vol. di 138 pagine in-16°, Baillière 1936. Fr. 20.

In piccola mole il volumetto cerca di condensare — per uso specialmente del medico pratico — tutte le cognizioni sulle onde corte e le possibili applicazioni in clinica. Il libretto è composto di tre parti: studio delle oscillazioni elettriche — proprietà fisiche delle onde corte — applicazioni terapeutiche.

L'A. preferisce il termine di neodiatermia a questa nuova applicazione terapeutica in quanto le correnti che forniscono le onde corte non differiscono dal punto di vista fisico da quelle della diatermia che per una frequenza più elevata. E. MILANI.

G. SCHULTE. *Roentgenatlas der Staublungenerkrankungen der Ruhrbergleute*, supplemento 50° ai Forschritte, G. Thieme, Lipsia 1936. M. R. 24.

Dieci pagine di testo e radiogrammi dimostrativi divisi in tre gruppi: 25 radiogrammi di silicosi e silicotubercolosi, 26 radiogrammi che dimostrano il progressivo sviluppo della silicosi e della silicotubercolosi, 5 radiogrammi nella diagnosi differenziale.

Lo studio è stato eseguito sugli operai del distretto minerario della Ruhr: dal 30 al 33 sono morti 1400 operai con forme gravi di silicosi: la tubercolosi vi è associata di frequente. E. MILANI.

Comptes-Rendus deuxième Congrès Annuel des Médecins Electroradiologistes de Langue Français. Bruxelles 30 luglio-3 agosto 1935. Edizione del giornale « Le Journal de Radiologie », 1936.

Le comunicazioni sono divise in tre gruppi: di diagnostica; di terapia roentgen, di elettrologia. — Spéder e Fournier: lesioni ossee da fluorosi. — Gilbert: la compressione dosata nell'esame delle mucose. — Kadrnka: la compressione dosata nell'esame del bulbo. — Gilbert: Ernia diaframmatica destra. — Porcher e Baude: l'enfisema sottocutaneo. — Colaneri: La radiologia di urgenza nelle sindromi addominali acute. — Comunicazioni varie sulla radiocinematografia.

Comunicazioni di radioterapia (teleroentgenterapia totale). Comunicazioni di elettrologia (comunicazioni sulle onde corte e varie sul tema di relazione: nuove concezioni sull'elettrodiagnostica). E. MILANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 aprile 1936.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

L'azione del deidrocolato di sodio sulla alccoolemia provocata.

Dott. A. SEBASTIANELLI. — Dalle esperienze dell'O. che riguardano 5 soggetti normali e 2 epatopazienti, risulta che il deidrocolato sodico eccita il fegato ad una più rapida ed intensa combustione o fissazione dell'alcool ad esso pervenuto.

Sul significato clinico di alcune manifestazioni morbose consecutive a tonsillite.

Prof. V. CHINI. — Basandosi su ampia statistica clinica, l'O. sottopone ad analisi critica il tipo e la natura delle cosidette reazioni a focolaio osservabili in soggetti affetti da malattie diverse, ma particolarmente renali ed articolari in corso di tonsillite; ammette che se pure possano essere di natura aspecifica, sono egualmente importanti dal punto di vista pratico. Espone infine il concetto personale di « sovrapposizione morbosa » che potrebbe permettere di darci ragione di molti risultati della tonsillectomia, altrimenti male interpretabili.

Il prof. GIUDICEANDREA vuole aggiungere alle alterazioni ricordate quelle che può subire il sangue in occasione di tonsilliti. Esso può o no alterarsi con sindrome agranulocitica, o essere solo un veicolo di germi dalle tonsille agli organi. Ciò potrebbe confermare una particolare labilità del medesimo, dei vari organi rispetto al virus di provenienza tonsillare.

Il prof. ARCANGELI ricorda tutti i benefizi di una vaccinazione streptococcica nelle nefriti di origine tonsillare, specialmente se si pratica con autovaccino. Il reumatismo segue nell'80 % a tonsilliti; si tratta probabilmente di un virus associato allo streptococco; forse di un virus filtrabile di origine streptococcica. La vaccinazione non è utile come nelle nefriti, ma è utile invece il salicilato, che l'O. somministra in ogni tonsillite, a scopo profilattico.

Il prof. OVIO ricorda tre casi di trombosi del seno cavernoso da tonsillite.

Il prof. PONTANO prende occasione dall'interessante comunicazione del prof. CHINI, per riaffermare la netta divisione che clinica e bacteriologia stabiliscono fra reumatismo articolare acuto e manifestazioni articolari dell'infezione streptococcica. Ricorda le differenze sostanziali, e per le forme clinicamente non distinguibili nella figura articolare i due criteri basali dell'azione dei salicilici e la complicanza endocarditica valvolare. Riferisce di ricerche della sua scuola sulle emoculture nelle tonsilliti e nei reumatismi veri; in questi l'emocoltura è negativa. L'infezione streptococcica di origine tonsillare ha la sua sintomatologia clinica a carico degli organi; articolazioni, reni tengono il primo posto. Il clinico può perciò riconoscere, sospettare, identificare il germe prima del batteriologo; sulle ragioni di queste localizzazioni che determinano le figure del malato regna la più completa oscurità, nè è dato prevederle sul malato singolo. Ma singoli malati possono avere le localizzazioni per via ematica le più differenti: la meninge, il peritoneo, come può avvenire in caso di convalescenza di scarlattina con un meccanismo oscuro, e senza che si debba pensare ad una predisposizione dell'organo o ad un particolare tropismo del germe. Ricorda i vantaggi del salicilato profilattico del reumatismo vero, nelle tonsilliti; l'utilità delle vaccinazioni ripetute nelle tonsilliti recidivanti. Accenna alle frequenti operazioni incomplete, allo scarso vantaggio di esse, alla flora bacterica dei monconi tonsillari. Quando indicazione esiste l'O. è favorevole all'intervento ad un patto, purchè cioè sia radicale: tonsillectomia.

Risponde il prof. CHINI al prof. GIUDICEANDREA dichiarando che è per ora difficile stabilire quali possono essere i rapporti tra tonsillite e determinate malattie del sangue, segnala tuttavia opinioni, come quella del Ferrata, che la mielosi globale aplastica possa riconoscere origine focale.

Al prof. ARCANGELI ricorda che non è ancora definito il problema etiologico dell'infezione reumatica; è d'accordo circa il grande benefizio della tonsillectomia in alcuni casi e della vaccinazione; circa l'effetto di quest'ultima non vanno dimenticati eventuali fattori aspecifici; ricorda la possibile persistenza di infezioni streptococciche e di vere bacteriemie per localizzazioni precedenti dello streptococco negli organi.

L'O. ringrazia il prof. OVIO, e aggiunge tutta l'importanza di alcune malattie oculari ritenute come manifestazioni focali, e che l'asportazione del focus può migliorare neuriti, coroiditi, episcleriti giudicate di natura imprecisata.

Infine col prof. PONTANO è d'accordo nel riconoscere l'importanza della cura salicilica e dell'endocardite come segno fondamentale della infezione reumatica; ma ricorda che possono essere sensibili ai salicilici forme non reumatiche, e non sensibili veri reumatismi articolari acuti. Anche alterazioni cardiache rilevabili elettrocardiograficamente, come risulta da ricerche personali, possono essere dimostrate in casi di tonsillite semplice senza documentazione di reumatismo. Le difficoltà divengono più gravi in casi di reumatismo cronico primario infettivo febbrile. In tali casi in cui si possono avere remissioni saliciliche, e riprese reumatiche in occasione di tonsillite, è giustificato il concetto di sovrapposizione morbosa di natura tonsillare. Ritiene non giustificato escludere il valore dell'organotropismo di alcuni determinati ceppi di streptococco, restando ai dati sperimentali e ai dati clinici.

Il problema della tonsillectomia non si deve spingere ad eccessive generalizzazioni, ma il caso deve essere studiato nei rapporti fra tonsillopatia e malattie a distanza; naturalmente i risultati negativi imputabili ad operazioni incomplete e malfatte non incidono sul problema generale delle indicazioni e i risultati positivi hanno maggior valore di quelli negativi.

Sulla formazione di estrina nell'uovo di gallina durante l'incubazione.

Prof. C. SERONO e R. DI MONTEZEMOLO. — Il prof. SERONO anche a nome del dott. DI MONTEZEMOLO, espongono i risultati di loro esperienze le quali dimostrano che nell'uovo in incubazione si ha pro-

gressiva formazione di estrina, non dosabile nei primi giorni e che va successivamente aumentando per raggiungere un massimo verso il 10°-12° giorno d'incubazione e regredisce poi in seguito, quando l'embrione è quasi completamente formato. Finora la presenza di ormoni preipofisari nell'uomo in incubazione, è dubbia.

Data l'ora tarda si rimanda la discussione del prof. PENSO. *Il Segretario*: T. PONTANO.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 28 marzo 1936.

Recenti acquisizioni sulla fisiopatologia del diencefalo mediano e dell'ipofisi e loro importanza per la medicina interna e per varie specialità.

Relazione del prof. ANTONIO LUNEDEI.

L'O. espone i dati d'ordine anatomo-fisiologico di recente acquisizione in questo campo e discute le questioni riguardanti i rapporti fra i centri vegetativi diencefalici, l'ipofisi, le varie altre ghiandole a secrezione interna e il sistema nervoso vegetativo extradiencefalico. Insiste in seguito sulla necessità di distinguere sindromi diencefaliche e sindromi ipofisarie: mette in rilievo l'impossibilità di addivenire a tale distinzione in base ai dati di fisiopatologia e la necessità di servirsi a questo scopo del criterio anatomo-clinico. In base a quest'ultimo distingue tre gruppi di sindromi: diencefaliche, ipofisarie e sindromi che possono essere determinate sia da lesione del diencefalo mediano, sia da lesione dell'ipofisi. Passa in rassegna le singole sindromi, soffermandosi poi sopratutto sull'utilità di una classificazione etiologica delle affezioni del diencefalo e sulla necessità della intima collaborazione dei cultori di branche diverse per giungere ad una precoce diagnosi etiologica, elemento essenziale per una efficace terapia.

Questa relazione sarà pubblicata per esteso nella *Rivista di Clinica Medica*.

Adunanza del 4 aprile 1936.

La diagnosi precoce della tubercolosi nell'infanzia.

Relazione del prof. CESARE COCCHI.

Il R. dopo aver rapidamente delineata la fisionomia clinica e patologica della tubercolosi infantile e delle sue caratteristiche e della sua comune evoluzione, enumera i segni indiretti ed i sintomi clinici della tubercolosi iniziale del bambino sia lattante che della età scolare, soffermandosi sulla sintomatologia della cosidetta adenopatia tracheo-bronchiale. Accenna quindi al concetto che si deve dare a questo caratteristico quadro, tanto comune da doversi ormai considerare come una tappa obbligata dalla infezione tubercolare nell'uomo, per il conseguimento della immunità. Riporta dati clinici di osservazioni personali relative al problema della meningite tubercolare e della posisbilità di prevedere e, quindi, di prevenire tale malattia. Dalle statistiche riportate su oltre 100 casi, risulta che 20 volte su 100 la meningite tubercolare era stata preceduta negli ulmi sei mesi da morbillo o da pertosse: dati che confermano largamente l'importanza di queste due malattie sulla generalizzazione della malattia tubercolare. Riporta i dati quindi relativi alla efficacia degli ambulatori antitubercolari pediatrici per la diagnosi precoce e per la cura della tubercolosi nel bambino.

Adunanza dell'8 aprile 1936.

Considerazioni sulla patogenesi delle sindromi adiposogenifali. A proposito di alcuni casi clinici.

Prof. A. LUNEDEI e prof. E. LIESCH. — Gli OO., ricordata l'importanza dei centri vegetativi del diencefalo mediano e dell'ipofisi nella regolazione del ricambio dei grassi e le sindromi da alterazione di tale regolazione, e ricordata la possibilità che alcune di queste possono essere determinate sia da lesione puramente nervosa o puramente ipofisaria, cercano di mettere in rilievo, sulla scorta anche dei casi presentati, gli elementi per giungere alla diagnosi di lesione dell'uno e dell'altro organo.

Sulla patogenesf diencefalica di alcune varietà di sclerodermia.

Prof. A. LUNEDEI e prof. E. LIESCH. — Gli OO. espongono una serie di dati di ordine sperimentale e clinico che starebbero in appoggio della tesi di una patogenesi diencefalica di alcuni stati sclerodermici; mettono in rilievo le sômiglianze cliniche fra la sindrome di Simmonds e la sindrome di von Noorden e sopratutto si soffermano sull'importanza dei rapporti fra diencefalo, ipofisi e paratiroide.

Sul significato delle ginecomastie.

Prof. A. LUNEDEI e prof. E. LIESCH. — Gli OO. esposti tre casi clinici di ginecomastia vera, in uno monolaterale associata a infantilismo, in uno associata a sindrome adiposo-genitale e in uno intervenuta in corso di uremia vera, ricordano quale sia lo stato attuale della questione della patogenesi di questo stato morboso, della varietà monolaterale in ispecie.

Mettono quindi in rilievo la possibilità, discretamente frequente, di associazione con sindromi diencefaliche e ipofisarie e discutono il ruolo diretto e indiretto che le lesioni dei centri vegetativi del diencefalo mediano potrebbero avere nel determinismo di questa manifestazione.

Sul quadro clinico della "magrezza ipofisaria...

Prof. G. C. DOGLIOTTI. — L'O. descrive dettagliatamente quattro casi di magrezza endogena giovanile ipofisaria col tipo clinico della « Hypophysäre Magersucht » di v. Bergmann, malattia relativamente frequente seppure poco nota, e ne discute la diagnosi differenziale col morbo di Simmonds e colle altre forme di magrezza endogena.

I Segretari: Proff. L. PICCHI-A. GIANNONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Costituzione ed ereditarietà in patologia digestiva.

Da un lungo studio di C. Bonorino (*Arch. argentinos de enfermed. del aparato digest. y de la nutricion*, febbr.-marzo 1936), risulta un rapporto fra l'abito esterno e la formula secretoria gastrica.

L'A. ha dimostrato la frequenza con cui nei tipi longilinei si osservano le achilie e le ipochilie, mentre le ipercloridrie semplici sono più frequenti nei brevilinei macrosplancnici.

Se anche non si tratta di una regola costante, è opportuno tener presente questo rapporto agli effetti specialmente della dieta da seguire per ogni categoria e della rispettiva disposizione a dati processi morbosi.

L'abito esterno è già stato messo in rapporto con le varie manifestazioni della vita fisica, le attitudini, gli istinti sessuali e l'alimentazione. È noto che i megalosplancnici sono grandi mangiatori per maggiore produzione di succhi digestivi; i microsplancnici, deboli nella vita fisica, sono precoci nel sessualismo e deboli nelle funzioni digestive, per scarsezza di secrezione e deficiente motilità. Le deviazioni della formula cloridropeptica proprie ad ogni categoria morfologica confermano i dati già rilevati dalla clinica. *fil.*

Stenosi funzionali della fine del tenue nei lattanti.

Lombard (*Lyon Chirurgical*, tome 33, n. 2, 1936), riferisce di due casi clinici in cui all'intervento operatorio è stato trovato l'ultimo tratto del tenue per 12 a 15 cm. uniformemente ristretto di calibro e al disopra di questo l'intestino era aumentato di volume tanto da raggiungere la grandezza di un polso. Macroscopicamente nessuna alterazione delle pareti del tenue. Nel I caso l'iniezione di una soluzione di novocaina ha fatto recedere momentaneamente lo spasmo. Nel II caso all'autopsia si è potuto dimostrare la rarità dei plessi di Auerbach nel tratto terminale. L'A. conclude che nel I caso si trattava di uno spasmo a cui pensa si potrebbe applicare il trattamento della stenosi ipertrofica; e nel II caso l'ipoplasia del plesso di Auerbach aveva data l'interruzione al peristaltismo normale ed in questo caso converrebbe quindi il trattamento dell'anastomosi di derivazione sul segmento colico la cui motilità è conservata. A. GRASSI.

L'elemento neurosi nell'ulcera peptica cronica.

L'oscurità in cui si trova oggi lo stato delle nostre conoscenze sull'ulcera peptica è dovuta più che altro al fatto che si tratta di una malattia alcuni caratteri della quale derivano dalla forma di evoluzione sociale da noi raggiunta. Essa quindi richiede uno studio diretto in senso diverso da quello usato dai ricercatori del passato, nel senso di comprendere le variazioni della fisiologia organica che si verificano quando si hanno variazioni dell'elemento psiche.

È per questo che tutti gli esperimenti praticati su animali non hanno dato qui risultati che ci si attendeva, atti a chiarire la causa e quindi la cura di questa malattia, che essendo caratteristica dell'uomo, non può essere studiata che in esso. Secondo J. Stefano (*Med. Times*, marzo 1936) questa malattia appartiene alla stessa categoria del gozzo esoftalmico, dell'ipertensione essenziale del cardiospasmo, e del gruppo delle coliti: l'essenza vera di queste malattie è ancora oggi poco conosciuta perchè la medicina ufficiale ha tralasciato di dare importanza a quel fattore psichico che pure era stato giustamente valorizzato dai vecchi medici. Oggi sembra che si ritorni ad apprezzare l'importanza che ha la mente nel controllo delle funzioni organiche, e si comincia ad ammettere che lo svolgersi dei rapporti fra individuo e ambiente possa provocare in alcuni casi processi fisiologici esagerati dai vari visceri, e, se prolungati, delle vere alterazioni organiche.

Fondamentali sono stati in questo campo i lavori di Cannon e di Pawlow, il primo dei quali specialmente ha potuto dimostrare che l'aumentata funzione dei visceri è proporzionale all'intensità della reazione emotiva.

L'A., dopo aver criticato gli attuali metodi di cura dell'ulcera gastrica, espone la sua opinione, basata sull'osservazione di circa trenta casi, studiati dal punto di vista psicologico, e nei quali fu possibile all'A. riconoscere in tutti dei sintomi caratteristici, espressione di conflitti emozionali, che, secondo l'A. hanno importanza non piccola nella genesi della malattia ulcerosa. In sostanza egli crede che nella genesi dell'ulcera uno dei fattori principali sia appunto questo conflitto (nel senso psicoanalitico della parola), il quale ha per conseguenza, l'esagerazione delle funzioni viscerali ed in questo caso la iperattività delle funzioni gastro-intestinali. G. LA CAVA.

Sulla frequenza di alcuni legamenti peritoneali accessori del colon.

F. Rabboni (*Scritti biologici*, vol. X., 1935) rileva che il moltiplicarsi delle osservazioni operatorie di quel complesso di lesioni anatomo-patologiche del peritoneo che caratterizza le perivisceriti ha di riflesso riacceso l'interesse sulla dibattuta questione circa la genesi e la frequenza dei legamenti peritoneali accessori.

Allo scopo di recare un pratico contributo alla soluzione del problema l'A. ha eseguito delle ricerche riguardanti alcuni legamenti peritoneali accessori del colon (epatocolico, fre-

nocolico e parietocolico) su 50 cadaveri di età e sesso diverso, morti in seguito alle malattie più svariate. Dai reperti ottenuti l'A. ritiene di poter asserire che il numero di tali legamenti debba essere ritenuto di molto inferiore a quello che finora si credeva. Infatti questi legamenti peritoneali accessori del colon non tutti sono riportabili alla stessa origine e significato: mentre alcuni hanno il carattere di membrane peritoneali normali, altri e ciò nella maggioranza dei casi hanno i caratteri di più o meno larghe ed estese aderenze peritoneali. Ed infatti di queste formazioni anatomiche di alcune facilmente è dimostrabile l'origine congenita, mentre per altre è innegabile la natura infiammatoria.

G. La Cava.

Intussuscezione del digiuno in stomaco gastroenterostomizzato.

Cameron e Macfarlane (*Br. J. Surg.*, XXIII, 274, 1395) citano un caso di intussuscezione del digiuno nello stomaco in individuo di 52 anni avente subìto 6 anni prima una gastroenterostomia e invaginazione dell'ulcera per ulcus duodeni.

Il p. ricoverato in clinica per essere operato di ernia, aveva presentato improvvisamente e senza causa apparente vomito prima alimentare, poi biliare, quindi ematico, non reaz. peritoneale, scarsi dolori alla reg. epigastrica, quindi caduta di polso e pressione. Obitus. Alla autopsia si rileva una intussuscezione di 22 cm. di digiuno nello stomaco, traverso la larga bocca anastomotica, e cangrena dell'ansa intussuscepta.

A. Calò.

Cardiendisi, una nuova operazione per la cura del cardiospasmo.

La cura cruenta del cardiospasmo è un'eventualità rara. Lotheissen (*Zbl. Chir.*, n. 45, 1935) vi è ricorso solo 2 volte su 120 casi di cardiospasmi trattati.

In un caso praticò con successo la cardiolisi secondo V. Hacher. In un secondo caso, nel quale al cardiospasmo si era sovrapposta una stenosi cicatriziale, praticò la seguente operazione. Laparatomia mediana. Liberazione dal diaframma dell'esofago che fu tirato in basso per 8 cm. e fissato quindi nuovamente al diaframma con dei punti. Poi esso fu torto in modo da presentare verso l'avanti la faccia poster. Una plica del fondo dello stomaco fu sollevata e fissata con punti al di sopra della stenosi, e quindi fu detorto l'esofago in modo da presentare di nuovo la faccia anter. Si incise ora longitudinalmente fino al lume il tratto stenotico per 4 cm. e fu unita con dei punti la mucosa alla parete esterna. Infine fu infossato il tratto ristretto di esofago nel fondo dello stomaco, sollevando e fissando sulla faccia anter. dell'esofago un'altra plica di parete gastrica. In tal modo tutto il tratto stenotico era infossato nello stomaco. Una fistola gastrica fu aggiunta per sicurezza. Dopo 4 giorni la mal. prendeva latte e limonate, dopo una settimana anche cibi molli; in 7ª giornata si alzò, ma in 10° giorno morì di embolia.

L'A. pensa che questa operazione specialmente indicata per la cura delle stenosi cardiali cicatriziali, possa venir eseguita con vantaggio in quei rari casi non suscettibili di cura conservativa.

P. Stefanini.

NOTE DI LABORATORIO.

L'impiego della determinazione della diastasi con il metodo di Ottenstein per il riconoscimento delle malattie interne.

La determinazione del contenuto diastasico del sangue già da tempo è entrata a far parte dei metodi di ricerca clinici. Ma se si esaminano i risultati delle ricerche dei vari AA., colpisce la grande varietà dei valori ottenuti. Il metodo più usato per la determinazione della diastasi è quello di Wohlgemuth, che si basa sulla scissione dello joduro d'amido bleu in eritrodestrina, colorata in rosso. Recentemente Ottenstein ha escogitato un micrometodo, che si basa sulla determinazione quantitativa del glucosio, prodotto terminale della scissione fermentativa del glicogeno.

B. Schuler, W. Dreier e H. Jonas (*Klin. Wschr.*, 30 maggio 1936) hanno eseguito delle ricerche con quest'ultimo metodo. Nelle determinazioni sui individui sani hanno notato che si osservano grandi oscillazioni del valore della diastasi ematica e che perciò nelle ricerche su ammalati si possono considerare come patologici soltanto valori superiori a 400 mg. %. In alcuni casi di malattie del pancreas hanno ottenuto valori della diastasi ematica alti, ma ciò può aversi anche nelle malattie dei più svariati organi, che con il pancreas non hanno rapporti nè funzionali, nè anatomici. La determinazione del contenuto diastasico del sangue deve in prima linea rappresentare un arricchimento della diagnostica clinica delle malattie del pancreas, ma non sembra che in tutte le affezioni del pancreas la diastasi del sangue debba essere aumentata. E nemmeno si può affermare che l'aumento della diastasi del sangue sia specifico o caratteristico di una malattia del pancreas; si può soltanto dire che nelle malattie del pancreas si possono osservare valori elevati della diastasi ematica. Il valore dello accertamento di un aumento della diastasi del sangue con il metodo di Ottenstein per il riconoscimento di un quadro morboso oscuro è pertanto scarso. Ulteriori ricerche dovrebbero chiarire se, innalzando il valore di 400 mg. % dall'A. accettato quale normale, non si possa raggiungere un valore limite della diastasi ematica, che sia superato soltanto nelle malattie del pancreas. Alcuni AA. in base ai risultati ottenuti con il metodo di Ottenstein hanno voluto anche trarre delle conclusioni sulla fisiologia e sulla fisiopatologia del pancreas; ma per poter fare questo bisognerebbe prima dimo-

strare che è il pancreas solo che mantiene in equilibrio il contenuto diastasico del sangue e che le alterazioni di questo contenuto corrispondono alle variazioni delle attitudini funzionali del pancreas.

Il campo di variabilità dei valori della diastasi ematica è assai vasto e di questo deve essere responsabile qualche fattore indipendente dal ricercatore. M. NUNBERG.

Un metodo di colorimetrico per la determinazione della diastasi.

O. Fischer (*Klin. Wschr.*, 30 maggio 1936), elaborando ulteriormente un metodo colorimetrico escogitato per la determinazione della diastasi solo in liquidi privi di albumina, lo ha reso adatto anche per i liquidi contenenti albumina. Il principio del metodo è il seguente: si lascia agire il liquido da esaminare su di una soluzione di destrina e si determina colorimetricamente, previa aggiunta di jodio, la destrina che non è stata scissa. Prima di aggiungere lo jodio bisogna allontanare l'albumina a mezzo dell'acido wolframico: è da evitare un eccesso di questo, che potrebbe influenzare la tonalità del colore. Particolari accorgimenti sono necessari nel caso che dopo aggiunta di jodio non si ottenga una colorazione più intensa di quella della soluzione campione.

Anche per ricercatori poco esperti l'errore non supera il 10 %, anzi in genere è notevolmente inferiore. I valori della diastasi nel siero di individui normali o di ammalati nei quali la funzione del pancreas era presumibilmente normale hanno oscillato entro ampi limiti, intorno ad una media di 200 unità. I valori ottenuti mediante determinazioni eseguite in giorni diversi nella medesima persona sono stati piuttosto costanti. Anche nell'urina le oscillazioni dei valori sono notevoli (fra 1000 e 2000 unità). Nel liquor normale l'A. ha trovato 2-3 unità diastasiche. Con questo metodo è possibile eseguire determinazioni rapide, in 10 m' per l'urina, in 40 m' per il siero. Il metodo può essere anche modificato, sostituendo alla soluzione di destrina una soluzione di glicogeno. M. NUNBERG.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il meccanismo di produzione del liquido cerebrospinale. Studio comparativo del contenuto in zucchero, azoto non proteico e fosforo inorganico del sangue e del liquido cerebro-spinale.

Mentre è oggi opinione quasi universalmente accettata che il liquido cerebro-spinale venga prodotto per la maggior parte dai plessi coroidei, è ancora controverso il meccanismo della sua produzione. Mentre alcuni propendono per un meccanismo essenzialmente fisicochimico, altri ammettono un vero processo vitale di secrezione. Certi dati oramai stabiliti non possono essere interpretati soltanto con le leggi fisico-chimiche note: ad esempio, mentre il contenuto in calcio del liquor è solo metà di quello del plasma, il magnesio contenuto nel liquor supera quello del plasma.

H. Cohen (*The Quart. Journ. of Med.*, 18 aprile 1936) ha eseguito determinazioni comparative del contenuto di zucchero, azoto non proteico e fosforo inorganico rispettivamente nel liquor e nel plasma sanguigno. Egli ha osservato che i valori percentuali di queste sostanze nel sangue superano quelli corrispondenti del liquor; che quanto più alta è la concentrazione di queste sostanze nel sangue, tanto più alta è nel liquor; che non c'è alcuna relazione tra i rapporti del contenuto di una di queste sostanze nel sangue e nel liquor nei vari casi della medesima malattia.

Benchè queste ricerche siano state eseguite con le dovute precauzioni, l'A. ha notato, studiando le costanti di diffusione, una grave discrepanza fra i dati osservati e quelli che ci si sarebbe dovuti attendere in base alla teoria fisico-chimica, cioè se la membrana che separa il liquor dal sangue variasse soltanto per la temperatura, lo spessore e l'estensione in superficie.

L'A. conclude che, prima che questi dati possano essere assoggettati ad un'analisi più completa e sia possibile un'adeguata interpretazione del meccanismo di produzione del liquido cerebro-spinale, altri aspetti del problema devono ancora essere studiati.

M. NUNBERG.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. C. T. da T.

L'Art. 190 del Regolamento 15 aprile 1926, n. 718 per l'esecuzione della legge 10 dicembre 1925, n. 2277 sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia, dispone che *nessuna donna* può ricevere o tenere in consegna, per allattarlo fuori della dimora dei genitori o del tutore, *nè esercitare in altro modo il baliatico*, ove non sia munita dell'autorizzazione ad esercitare il baliatico, prescritta dall'art. 1 del regolamento 4 agosto 1918, n. 1395. Tale autorizzazione può essere rilasciata dal Podestà solo quando l'ultimo bambino della donna sia morto *od abbia compiuto almeno il quinto mese di vita*, tranne che dalla visita medica prescritta dall'art. 1 del suddetto regolamento *la donna risulti fisicamente capace di allattare ed allatti effettivamente anche il proprio bambino*. In quest'ultimo caso l'autorizzazione deve esser revocata, quando venga accertato che la donna trascuri o sospenda l'allattamento del proprio bambino prima che questo abbia compiuto il quinto mese. La revoca può essere promossa dal locale comitato di patronato.

A. FRANCHETTI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Risarcimento di danni per licenziamento illegittimo.

L'ultimo episodio della lunga e interessante vertenza tra il prof. Boari, l'Ospedale e il Comune di Ancona, ha avuto il suo epilogo nella sentenza 20 dicembre 1935 n. 3707 delle Sezioni unite della Corte di Cassazione. La contestazione è nota ai lettori di questa Rivista, perchè sono state già segnalate altre sentenze che annullarono le deliberazioni amministrative e poi condannarono al risarcimento dei danni. L'episodio ultimo può essere interessante, per certe sue particolarità.

Annullate le deliberazioni di licenziamento l'Ospedale e il Comune rimasero inattivi; poi fu riformato l'ordinamento ospedaliero, con l'effetto della soppressione del posto; dichiarata questa legittima, il risarcimento del danno *dovuto dall'Ospedale* fu limitato al periodo corso dalla data del primo licenziamento a quella della riforma organica. Il Comune, che era legato allo stesso rapporto d'impiego, invitò il prof. Boari ad assumere servizio limitatamente però alla prestazione nell'interesse del Comune, sebbene il rapporto d'impiego fosse stato costituito per la condotta comunale e per l'assistenza chirurgica nell'Ospedale. Il prof. Boari rifiutò perchè la reintegrazione non era piena. Quando poi l'Ospedale soppresse il posto e, quindi, non era più possibile la reintegrazione nell'ufficio di chirurgo primario, il Comune non rinnovò l'invito a riassumere servizio, ma considerò il prof. Boari dimissionario volontario, in rapporto al *precedente invito*, fatto quando permaneva il posto di chirurgo primario. Il Consiglio di Stato ritenne che quella dichiarazione del Podestà (dimissioni presunte) non fosse un atto amministrativo valutabile. Finalmente, dopo un certo tempo, il Comune rinnovò l'invito al prof. Boari, il quale non l'accettò. Così si estinse ogni relazione giuridica. Ma c'erano due quistioni: il risarcimento dei danni era limitato alla data del *primo invito*, non accettato dal prof. Boari quando permaneva il posto di chirurgo primario ospedaliero? In ipotesi, l'obbligo del risarcimento cessò quando il posto fu soppresso o ebbe effetto sino alla data dell'*ultimo invito* non accettato? La importanza economica era grande. La Corte di appello dichiarò che il primo rifiuto fu legittimo, perchè la reintegrazione non era piena, e da quella data, essendo senza effetto la dichiarazione di dimissioni volontarie, *continuò a permanere l'obbligo del Comune*, sicchè gli stipendi arretrati erano dovuti *per tutto il periodo*, sino a quando il prof. Boari non dichiarò che rifiutava di accettare il posto comunale offerto posteriormente alla soppressione deliberata dall'Ospedale.

Il Comune fece ricorso alla Corte di Cassazione, la quale, con la sentenza sopra indicata, confermando la competenza dell'autorità giudiziaria, e riconoscendo la correttezza dei criteri giuridici che avevano guidato la Corte di Appello, dichiarò conforme a legge la liquidazione del danno.

Si possono considerare certe o dominanti queste regole: annullato il licenziamento, il rapporto di impiego è giuridicamente ricostituito e sono dovuti gli stipendi arretrati e le indennità accessorie, per effetto della reintegrazione; se, frattanto, l'impiegato ha prestato servizio per altra amministrazione, gli stipendi per questo titolo riscossi sono valutabili e riducono di ugual somma il risarcimento; gli stipendi arretrati sono dovuti sino a quando il rapporto di impiego non sia risoluto da altro atto amministrativo o l'impiegato, *invitato* a riassumere servizio — rifiuti o non adempia — — senza legittima causa.

Incarico di prestazioni sanitarie - Qualificazione del rapporto.

Deduceva la Congregazione di Carità di Fano che al dott. Rasetti era stato conferito un semplice incarico per la organizzazione e la direzione del dispensario di igiene sociale; egli, quindi, non era impiegato, ma semplice *incaricato provvisorio* e poteva essere dispensato della prestazione per qualsiasi causa e senza indennità. Erano però accertati i seguenti dati di fatto: in primo tempo il dott. Rasetti ebbe l'incarico di organizzare il dispensario; quando questo fu aperto al pubblico, fu nominato direttore, a norma dello statuto e continuò ad esercitare queste funzioni.

Finchè il dispensario non fu regolarmente istituito, la organizzazione poteva essere oggetto di un incarico; ma, successivamente, la direzione fu attribuita in base ad un vero e proprio rapporto di impiego: prestazione di opera continuativa per un servizio permanente, retribuzione fissa, *dipendenza gerarchica*.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 30 dicembre 1935 n. 1153, ha riconosciuto che la Congregazione di Carità, pur denominando *assegno* il corrispettivo, costituì un rapporto di impiego. « Troppo facile altrimenti sarebbe con equivoci fondati su di una espressione verbale eludere le garanzie più o meno ampie che sono proprie nell'impiego, nelle varie sue specie ».

Nel caso così deciso non poteva essere dubbia la qualificazione giuridica. Gli elementi secondari (orario di ufficio, maggiore o minore importanza della prestazione, esercizio di altre attività ecc.) non sono rilevanti. Caratteristica decisiva è, secondo la giurisprudenza ormai costante, la prestazione d'opera di collaborazione con vincolo di subordinazione. Praticamente non è sempre facile differenziare il mandato dal rapporto di impiego.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

I provvedimenti sanitari in A. O.

Il territorio di Addis Abebà è stato diviso in circoscrizioni sanitarie a capo di ognuna delle quali è un medico assistito da un veterinario. Nei centri abitati più importanti vengono creati uffici di igiene diretti da un medico coloniale.

Ad Addis Abebà è stata istituita la Direzione di Sanità Pubblica con annessi un laboratorio di batteriologia, un laboratorio di chimica e un deposito centrale di materiale sanitario e di materiale profilattico.

Sono sottoposti alla vigilanza tecnica della Direzione di Sanità tutti coloro che, comunque, esercitino attività sanitarie o affini nel territorio.

La città di Addis Abebà ha uno speciale ufficio d'igiene, integrato da un ospedale di isolamento e di contumacia, da stazioni di bonifica e di disinfezione, da squadre di vigili sanitari e da squadre di disinfettori e di vaccinatori nazionali ed indigeni. È stato stabilito che l'ospedale ex « Menelik », con tutti i suoi impianti, sia adibito a casa di isolamento e contumacia con annessa stazione di bonifica e disinfezione per malattie infettive. Nell'edificio dell'ex Ministero etiopico del commercio funzionano già l'ambulatorio centrale di pronto soccorso e la Guardia ostetrica. Sono stati istituiti diversi altri ambulatori civili con annessi dispensari anticeltici ed antitubercolari.

Sono stati attribuiti all'autorità militare l'ospedale ex svedese, e l'ospedale già gestito dall'ambulanza militare inglese. Come è noto sono stati autorizzati a funzionare liberamente, sotto il controllo della Direzione di Sanità, l'ospedale « Fulut Naha » gestito dalla missione religiosa americana avventista, l'ospedale « Gullale », gestito dalla missione religiosa americana presbiteriana ed il leprosario americano della « Sudan Interior Mission ».

La Direzione Sanitaria sta provvedendo a creare un certo numero di organi incaricati di controllare le malattie infettive, di provvedere all'osservazione ed alla cura dei casi infettivi sospetti, di assicurare la vaccinazione gratuita obbligatoria jenneriana, nonchè il trattamento gratuito dei morsicati da animali velenosi.

È resa obbligatoria la vaccinazione antitifica per determinate categorie di esercenti. Sono stati istituiti numerosi dispensari anticeltici ed è stata impostata su serie basi la difesa anticeltica generale.

Un decreto che integra i decreti precedenti stabilisce le norme speciali per l'igiene del suolo e dell'abitato, per la vigilanza igienica degli alimenti e delle bevande e per l'ispezione degli animali e delle carni da macello.

Il Governo ha allo studio un vasto piano regolatore per Addis Abebà e per tutti i centri abitati con più di ventimila abitanti.

Altri provvedimenti prossimi ad essere sanciti da appositi decreti affrontano i problemi della identificazione delle zone malariche, della lotta contro la tubercolosi, dell'assistenza agli alienati, della produzione e della vendita dei vaccini, della vigilanza alle frontiere e dell'esercizio della farmacia secondo un grandioso piano complessivo che, interpretando le direttive generali tracciate dal Duce, reca l'impronta dell'esperienza coloniale e intercontinentale del sen. Castellani al quale il Maresciallo Graziani ha affidato l'incarico di impiantare, su basi ultramoderne e solide, l'organizzazione generale sanitaria dell'Impero.

L'assistenza sanitaria ai legionari reduci dall'Africa.

Il Comando generale della Milizia S. N., animato da vivo sentimento di cameratismo verso i legionari rimpatriati dall'A. O. per motivi di salute, è venuto nella determinazione di individuare e soccorrere tutti coloro che hanno bisogno di assistenza sanitaria. Lo scopo cui si tende ha valore politico e sociale, in quanto gli infermi si vedranno considerati nel giusto valore per la loro encomiabile dedizione e perchè si viene a compiere un'azione benefica di recupero dei minorati fisici, apportando ad essi reali vantaggi economici e morali insieme.

Per la concreta applicazione di tali provvidenze assistenziali è stata rivolta viva preghiera al Ministero dell'Interno perchè si compiaccia interessare gli enti ospedalieri ad aderire alle eventuali segnalazioni dei legionari abbisognevoli di speciali cure nosocomiali; mentre la Direzione generale di Sanità pubblica, cui verranno segnalati dal Comando generale della Milizia gli individui rimpatriati per forme sospette o accertate di tubercolosi polmonare, provvederà, mediante i dispensari antitubercolari e luoghi di cura, agli accertamenti clinici e al ricovero degli infermi.

Le cure ospedaliere e quelle praticate ambulatoriamente potranno essere integrate, se del caso e ove l'interessato ne faccia esplicita richiesta scritta, con la ammissione ad uno dei due Convalescenziari della Milizia, Pescara e Trafoi, a seconda della natura dell'infermità sofferta e dei suoi reliquati.

Lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica - Divisione VI C. - Sezione 3ª) ha diramato ai sigg. Prefetti e altre Autorità la seguente circolare n. 77, in data 4 giugno 1936-XIV:

In conseguenza delle copiose pioggie cadute in primavera si ha ragione di ritenere che in talune località siansi notevolmente estesi i focolai anofeligeni, ciò che potrà incidere sulla intensità e diffusione della epidemia malarica di quest'anno, specialmente se la temperatura della 2ª quindicina del mese di giugno dovesse essere tale da favorire lo sviluppo dei parassiti negli anofeli. Condizioni, quindi, dissimili da quelle dello scorso anno e per le quali si ebbe un decorso decisamente benigno della infezione.

Su quanto sopra si prega le EE. LL. di richiamare d'urgenza tutta l'attenzione dei Comitati provinciali antimalarici perchè procedano ai necessari accertamenti e, comunque, intensifichino tutti i servizi di lotta, con particolare riguardo a quelli antianofelici.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono indetti i concorsi alle condotte mediche per le seguenti province:

ALESSANDRIA, proroga al 30 luglio.

CAGLIARI. proroga al 31 luglio, ore 18;

CATANIA, proroga al 31 luglio.

COMO, per Montelambro, Cantù, Valbona, consorzio Binaghe-Solbiate Comasco; scad. 31 luglio.

FORLÌ, proroga al 31 luglio.

GENOVA, proroga al 31 luglio.

PISA, proroga al 31 luglio.

POTENZA, per Episcopia, Forenza, Terranova di Pollino; scad. 31 luglio.

SIRACUSA, per Francofonte, Siracusa (frazione Priolo); scad. 25 ottobre.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alla R. Prefettura, Ufficio del Medico Provinciale).

CASTELLANETA (*Taranto*). *Ospedale Civile.* — Scad. 30 giugno; direttore sanitario; lire seicento annue, al netto da qualsiasi ritenuta; partecipaz. 40 % sulle tasse di operazione effettivamente riscosse; età limite 45 anni; tassa L. 50; servizio entro giorni 30. Ogni ulteriore informazione dalla Segreteria.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 20 agosto; direttore generale sanitario; L. 24.000, oltre indennità alloggio L. 12.000; certificato comprovante di avere disimpegnato uffici direttivi; tassa L. 50,20; servizio entro 30 giorni. Per ogni ulteriore informazione rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto Ospedali Riuniti, via Maria Engo 50, Napoli.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti.* — Il concorso a direttore generale sanitario è stato sospeso.

Corrigenda. — Nei fascicoli 23 e 24 i concorsi banditi dal Ministero E. N. annunziati per Cagliari riguardano Sassari.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati emeriti i proff.: Rosolino Colella e Luigi Manfredi a Palermo; Pio Marfori, Francesco Sgobbo e Giuseppe Zagari a Napoli; Francesco Sanfelice a Pisa.

Il dott. Piero Sangiorgi, redattore capo de « L'Avvenire Sanitario » e direttore dei « Quaderni dell'Allergia », ha ricevuto un premio d'incoraggiamento dalla Reale Accademia d'Italia, per i suoi studî sull'allergia, ed il premio « Socrate Poggi » della Classe di Scienze Fisiche dalla R. Accademia delle Scienze di Bologna, per il suo libro « L'asma bronchiale climallergico ». Il Sangiorgi era stato nominato, lo scorso anno, membro *ad honorem* straniero della « Association for the Study of Allergy » degli Stati Uniti d'America.

Rallegramenti cordiali. L. P.

Il prof. Luigi Di Natale è nominato, in esito a concorso, primario chirurgo dell'Ospedale Civile di Pescara. Ci compiacciamo vivamente col valoroso collega.

NOTIZIE DIVERSE

15ª Riunione neurologica internazionale.

Alla riunione del 26 e 27 maggio u. s. della Società Neurologica di Parigi, anche quest'anno ha partecipato un numero rilevante di neuropatologi francesi e stranieri, fra i quali il nostro collaboratore prof. G. Ayala, fatto segno delle più cordiali accoglienze e di prove di stima, quale neurologo italiano. Il tema messo all'ordine del giorno riguardava « la circolazione cerebrale allo stato normale e in condizioni patologiche ». Tale vastissimo capitolo della neurologia è stato trattato dal prof. Riser dal punto di vista anatomico e fisiologico generale; mentre Villaret, Justin-Besançon, Sèze e Cachéra hanno esposto le vedute moderne e le ricerche personali sulla fisiologia della vasomotilità cerebrale. Un'ampia trattazione è stata fatta da Th. Alajouanine e da R. Thurel della patologia della detta circolazione, e particolarmente delle lesioni dei vasi cerebrali e degli effetti di esse sul cervello, dei disordini dinamici della circolazione cerebrale, dei punti di contatto fra il processo vascolare e gli altri processi morbosi (traumatismi, neoformazioni, atrofie, infezioni ecc.) e del rapporto comparativo fra la circolazione cerebrale e la circolazione di altre parti del corpo (retina, arti, polmoni). Una speciale mensione merita la relazione del prof. Egas Moniz sulla radio-diagnostica della circolazione cerebrale, nella quale l'autore ha esposto la sua recentissima tecnica della arteriografia e della flebografia e i nuovi risultati degli esami con essa ottenuti, che permettono di precisare non solo la sede, ma, a volte, anche la natura (angioma, meningioma ecc.) dei tumori cerebrali, mentre dimostrano il comportamento diverso del flusso del sangue nella rete vasale intracranica e in quella esocranica. A proposito di circolazione cerebrale era doveroso ricordare, come ha fatto il prof. Ayala, il contributo degli autori italiani anche in questo campo della neurologia a cominciare dai lavori classici del Mosso e di molti altri a quello recentissimo di G. Noto, della clinica di Siena, sulla circolazione sanguigna nei cervelli con tumori cerebrali. Meritavano, inoltre, maggiore considerazione le ricerche di angiotettonica, preconizzate fin dal 1911 dal Cerletti, ed eseguite dal Conighi (1922) e dal Fazzari (1924) e continuati in Germania da R. A. Pfeifer (1928).

A proposito poi del lavoro (premio Dejérine) del Laruelle su « L'anatomia del midollo spinale con tagli longitudinali plurisegmentari con applicazioni alla fisiologia e alla clinica », il nostro neurologo non ha mancato di ricordare al Laruelle che una sistemazione anatomica e funzionale delle colonne grigie midollari dello scimpanzè fu eseguita a mezzo di sezioni longitudinali, sagittali e trasversali più di un decennio fa da S. Sergi, e contemporaneamente dal Massazza, del midollo spinale dell'uomo. A proposito, poi, del lavoro (premio Babinski) del prof. Barré dal titolo di « Sindrome piramidale déficitaria (isolata e associata) », il nostro collaboratore ha fatto notare la somiglianza di questa sindrome con l'emiparesi della « sindrome lenticolare » del Mingazzini, al quale, inoltre, ha rivendicato alcuni piccoli segni, la positività dei quali rivela l'esistenza di questa emiparesi, a volte tanto lieve da sfuggire, come può accadere per la sindrome descritta dal Barré, senza un mi-

nuto esame neurologico e trascurando le più delicate prove semeiologiche, come quella della gamba, del notissimo neurologo di Strasburgo.

9° Congresso della Società di oto-neuro-oftalmologia.

A Lione dal 29 al 31 maggio ha avuto luogo la riunione annuale delle Società di O.-N.-O. dei paesi di lingua francese, con l'intervento di specialisti di altri paesi invitati personalmente dal segretario generale permanente di esse Società anche a nome del comitato organizzatore locale.

Degli italiani erano presenti i proff. Ayala, Fasiani, Ferreri e Belloni. Sono state svolte importanti relazioni su « Le aracnoiditi della base del cervello » da Bourgeois e Lapouge (otoiatri), da Roger e Cossa (neurologi), da Carlotti (oculista) e da Cl. Vincent, P. Puech e H. Bordet (neurochirurgi).

È seguìta un'animata discussione su questo capitolo della moderna neurologia in via di elaborazione e che va sempre meglio delimitandosi man mano che si arricchisce la casistica neurochirurgica. I relatori si sono specialmente occupati della sintomatologia e della cura delle aracnoiditi optochiasmatiche e di quelle della fossa cerebellare. Il prof. Ayala ha parlato, in base alla casistica personale, della aracnoidite della fossa cerebrale media, ed ha colto l'occasione per rilevare ancora una volta, quanto ha già esposto in varî lavori: la inesattezza dei termini di meningite sierosa, di pseudotumore cerebrale ed anche di aracnoidite usati per affezioni encefaliche, che rappresentano le complicazioni o gli esiti di processi infiammatori relativamente benigni ben circoscritti della pia-aracnoide e non della sola aracnoide, membrana priva di vasi e di nervi.

4° Congresso della stampa medica latina.

Ricordiamo ai nostri lettori che si terrà a Venezia, dal 29 settembre al 3 ottobre, sotto l'alto patronato del Ministro dell'E. N. conte C. M. De Vecchi di Val Cismon e sotto la presidenza del sen. prof. D. Giordano.

Il Comitato di patronato è presieduto da S. A. R. il Principe Ferdinando di Savoja, Duca di Genova, e ne fanno parte alte Autorità politiche, amministrative e scientifiche.

I lavori, oltre lo svolgimento delle tre relazioni, comprenderanno tre conferenze, di cui una sarà tenuta dal sen. prof. N. Pende di Roma, una dal prof. A. Castiglioni di Padova e una dal prof. M. Loeper di Parigi.

Sono in programma, oltre l'escursione in autocarri già annunziata, un'escursione alle isole della Laguna, offerta dal Municipio, una visita all'Ospedale Marino del Lido, un ricevimento all'Albergo Danieli offerto dal Presidente del Congresso, un concerto ecc.

Per informazioni e programmi dettagliati rivolgersi al segretario, prof. Saraval, Ospedale Civile, Venezia.

Congresso italiano di medicina coloniale.

La Società Italiana di Medicina ed Igiene Coloniale si adunerà a Firenze in occasione della Riunione del Centro di Studi Coloniali.

Il Congresso sarà presieduto da S. E. il sen. Aldo Castellani — il quale ha sospeso il suo insegnamento nelle Cattedre di Londra e di New York, rinunciando anche alla fiorente clientela internazionale, e ininterrottamente per sei mesi è rimasto in Somalia ed in Eritrea, a capo di tutti i servizi sanitari, che hanno assicurato l'efficienza fisica dell'esercito combattente.

Il Congresso porterà le esperienze della guerra nel campo scientifico e la preparazione di esso è affidata al vice-presidente della Società, generale Mariotti-Bianchi, ed all'aiuto del sen Castellani, prof. Igino Jacono, segretario generale della Società. Questa ha sede nella Clinica delle Malattie tropicali e subtropicali diretta dal Castellani.

Lega Italiana di igiene e profilassi mentale.

Ha avuto luogo a Firenze il 31 maggio u. s., presso la Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università, una riunione scientifica, indetta dalla Presidenza della Lega Italiana di Igiene Mentale, sul tema: « Esiste realmente una eredità similare e dominante nella Frenosi maniaco-depressiva? ».

Al convegno, al quale avevano partecipato numerosissimi alienisti di ogni parte d'Italia, sono state lette le seguenti relazioni: 1) prof. C. E. Roberti (aiuto nella Clinica delle Malattie nervose e mentali della R. Università di Firenze): « Il concetto nosografico e clinico di Frenosi maniaco-depressiva in rapporto col problema dell'ereditarietà »; 2) prof. L. Gianferrari (prof. inc. di Biologia generale nella R. Università di Milano) e dott. G. Cantoni (inc. di Esercitazioni di Biologia Generale nella R. Università di Milano e aiuto vol. Clinica Medica R. Università di Milano): « Sull'epoca di origine di idiovariazioni »; 3) dott. G. Fattovich (vice-direttore dell'Ospedale psichiatrico di S. Clemente in Venezia) e dott. N. Niccolai (medico primario dell'Ospedale psichiatrico di S. Clemente in Venezia): « Considerazioni sulla ereditarietà in alcuni casi di Psicosi maniaco-depressiva »; 4) dott. E. Rizzatti (direttore dell'Ospedale psichiatrico di Racconigi) e dott. V. Martinengo (medico primario dell'Ospedale psichiatrico di Racconigi): « Eredità nella Frenosi maniaco-depressiva. Studio su 100 casi »; 5) prof. A. D'Ormea (direttore dell'Ospedale psichiatrico di Siena) e dott. D. Centini (medico di Sezione dell'Ospedale psichiatrico di Siena): « Considerazioni clinico-genealogiche sulla Frenosi maniaco-depressiva »; 6) dott. G. Volpi-Ghirardini (direttore dell'Ospedale psichiatrico di Udine): « Sull'ereditarietà nella Frenosi maniaco-depressiva »; 7) prof. A. Puca (direttore dell'Ospedale psichiatrico di Reggio Calabria): « Ricerche eredo-biologiche in sindromi ossessive e melanconiche »; 8) prof. A. Rostan (medico primario dell'Ospedale psichiatrico di Milano): « Sulla ereditarietà secondo il tipo dominante nella Psicosi maniaco-depressiva. (Ricerche cliniche e considerazioni critiche) »; 9) dott. G. Calzavara (vice-direttore dell'Ospedale psichiatrico di Mantova): « Qualche rilievo statistico su fattori di ereditarietà aspecifica nelle psicosi circolari »; 10) dott. A. Coen (medico primario dell'Ospedale psichiatrico di Mantova): « L'ereditarietà delle malattie mentali studiata in un gruppo etnico poco inquinato (Ebrei di Mantova) ».

Alla lettura delle relazioni è seguìto un interessante dibattito e sono stati emessi varî voti. Hanno presieduto il convegno i proff. Medea, presidente della Lega d'Igiene Mentale, Zalla, direttore della Clinica di Firenze e Donaggio, presidente della Società Italiana di Psichiatria. Tutte le relazioni e il verbale della « Giornata Genealogica » saranno raccolte, a cura del segretario della Lega, dott. Tumiati, nel prossimo volume degli « Atti » del sodalizio. (Sede della Segreteria: via Paolo Toscanelli 8, Firenze).

Giornate mediche di Montecatini Terme.

In Montecatini Terme sotto la direzione del prof. C. Frugoni, clinico medico di Roma e direttore sanitario delle Regie Terme, saranno tenute nei giorni 25-26 luglio due « Giornate mediche di Montecatini » con due temi di relazione, e cioè:

1) « La terapia medica, chirurgica e idropinica della calcolosi epatica »; relatori i proff. Alessandri, Bastai e Pisani;

2) « La terapia delle forme catarrali dell'apparato digerente »; relatori i proff. Alessandrini e Messini.

Tutti i medici sono invitati a partecipare ed a collaborare. I medici che invieranno la loro adesione al « Segretariato Giornate Mediche di Montecatini Terme » entro il 30 giugno, saranno ospiti della Società Regie Terme dalla sera del 24 alla sera del 26.

Sono ammesse tempestive inscrizioni per comunicazioni sui due temi di relazione.

Medicina preventiva dei tumori maligni. Una interessante conferenza del sen. prof. Pende all'Istituto Regina Elena di Roma.

Il 6 corr., all'Istituto Regina Elena, davanti ad un folto pubblico di medici ed autorità scientifiche, ha avuto luogo la conferenza del sen. prof. Pende, che fa parte del ciclo di lezioni di perfezionamento promosse dal sen. prof. Bastianelli sulla patologia e clinica dei tumori.

Interessantissimo e fondamentale l'argomento trattato dal prof. Pende quello delle condizioni individuali e costituzionali che preparano lo sviluppo dei tumori maligni.

L'insigne maestro italiano della medicina costituzionale e preventiva, dopo avere analizzato con profonda conoscenza e senso critico le idee ed i fatti assai confusi e spesso contraddittori finora pubblicati, e reso omaggio alla priorità della scuola romana in questo campo, ha illustrato le proprie ricerche ed osservazioni cliniche che conducono ad ammettere che non tanto il tipo fisico del soggetto, gracile o robusto, longilineo o brevilineo, risulta indispensabile per lo sviluppo del cancro, quanto uno speciale atteggiamento umorale generale combinato con una disposizione locale dell'organo colpito.

Nello stato umorale generale appare costante uno stato che il Pende chiama di « giovanilismo biochimico »: soggetti cioè che conservano anche in una età avanzata uno stato umorale, e sopratutto abbondano di sostanze d'origine glandolare, che prevalgono nell'età giovane della vita e che eccitano la nutrizione e la proliferazione cellulare. Se in un organo per ragioni ereditarie o per persistenza di germi di tessuto embrionale o per irritazioni continue eccitanti la proliferazione cellulare ed i processi riparativi dei tessuti si forma uno stato d'esaltata potenzialità neoformativa delle cellule, il suddetto fattore umorale giovanile eccitatore determina l'insorgenza del cancro, che diventa aggressivo per tutti quei tessuti che più degli altri conservano delle potenzialità giovanili di neoformazione.

Di tale atteggiamento umorale giovanile disponente ai tumori maligni fanno parte la tendenza alcalosica degli umori, la preponderanza del vago sul simpatico, la ricca attività trofica e morfogenica dell'insulina, del fegato, della tiroide, dell'ipofisi anteriore, del tessuto timolinfatico, della glandola genitale, la debole attività del tessuto reticolo-endoteliale e della milza, dell'adrenalina, della neuroipofisi, della paratiroide, della glandola pineale, del sistema simpatico, cioè di tutto il complesso biochimico neurochimico frenatore della nutrizione e della crescita dei tessuti. La medicina preventiva deve tener conto e di questi fattori costituzionali e dell'esistenza in dati soggetti di predisposizioni ereditarie, e di fatti irritativi cronici locali, ed agire sopratutto nell'età di deformazione della vita, con i due grandi rimedi moderni dell'alimentazione stimolatrice del simpatico e del catabolismo, e dell'organoterapia antianabolica e frenatrice dello sviluppo cellulare.

Questa conferenza del sen. Pende, così densa di fatti e d'idee, rappresenta una vera tappa nel progresso della prevenzione del grande flagello del cancro.

Echi della nostra impresa africana.

Nel tracciare, in un ricevimento accordato ai giornalisti dell'A. O., le linee fondamentali dell'azione che l'Italia svolgerà in Etiopia, il gen. Badoglio affermò, tra l'altro, che: punto essenziale della penetrazione effettiva in Etiopia è quella della costituzione di corpi selezionati di insegnanti e di medici. Bisogna che al più presto sia abbattuta la barriera che è ora costituita dalla impossibilità di comunicare direttamente col popolo etiopico per mezzo della parola e, conseguentemente, bisognerà che maestri e medici parlino la lingua del Paese.

Il sen. prof. Pende in un articolo pubblicato nella « Gazzetta del Popolo » di Torino, affronta la questione degli incroci di italiani con i sudditi africani. Egli dimostra quanto grave danno recherebbe agli italiani ed anche agli etiopi l'incrocio del sangue. I mulatti sono prodotti degeneri e rappresenterebbero un peso morto ed un passivo pericoloso nel capitale umano coloniale. Conclude che spetta alla donna italiana assumere il compito sacro di fattore decisivo in questo problema demografico dell'impero, seguendo l'uomo nelle terre sottomesse.

Il « Manchester Guardian » ha pubblicato una dichiarazione fatta dal dott. Ralph Hooper, dell'Ambulanza americana in Abissinia, agli studenti in medicina di Leeds. Risulta che un furgone dell'ambulanza fu requisito da ras Desta, il quale lo fece caricare di munizioni; esso cadde nelle mani di un'avanguardia italiana e da allora i furgoni delle ambulanze furono bombardati. Il dott. Hooper ha detto delle estreme difficoltà tra cui si svolgeva l'opera delle ambulanze, le quali si tenevano a circa venti miglia dalle basi.

Un po' dovunque.

Negli Spedali Civili di Genova si è tenuto un Congresso sanitario il 29 maggio, sotto la presidenza del prof. C. Trevisanello. Sono state fatte comunicazioni da: A. Da Gradi, U. Vignolo, V. Dogliotti, A. Vallebona - V. Dogliotti.

La Società Medica del Friuli si è adunata il 28 maggio, sotto la presidenza del prof. G. Pieri. Sono state fatte comunicazioni dai soci: G. Pieri, Mengarelli, M. Miani, E. Pavanati.

La Società di Scienze mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 30 aprile, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Tramontini, De Gironcoli, Baroni, Tomasi.

Il Sindacato Fascista Medico della Provincia di Sondrio ha tenuto una riunione scientifica il 9 maggio, sotto la presidenza del prof. A. M. Fiamberti. Sono state fatte comunicazioni da: E. Tarantola (Pineta di Sortenna), L. Menozzi (Prasomaro), A. M. Fiamberti (Sondrio).

La Società Catalana di Urologia si è adunata il 7 febbraio e il 6 marzo, sotto la presidenza del dott. V. Compañ. Sono state fatte comunicazioni da: F. Serralach Julía; I. Orsola Marti, A. Puigvert. (Sede sociale: « Casa del Médico », Gran Via Leyetana 31, Barcelona, Spagna).

La Scuola Medica Ospitaliera di Roma ha pubblicato il programma del Corso di « Clinica Otorinolaringologica » che il prof. Giorgio Ferreri ripeterà quest'anno, dal 10 al 20 luglio, all'Ospedale del Littorio. La tassa di iscrizione è L. 150. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, Policlinico Umberto I.

Il 27 maggio sotto gli auspicî dell'Unione medica latina il prof. J. Fiolle ha tenuto a Parigi una conferenza sul tema: « L'ordine latino nelle scienze, la biologia e la medicina »; il dott. G. Duhamel, che presiedeva, ha felicitato il conferenziere con una brillante allocuzione.

I laureandi in medicina dell'Ateneo genovese hanno fatto una cordiale manifestazione di riconoscenza, di devozione e di affetto al prof. Sabatini, che ha risposto ringraziando.

La Cassa di Risparmio di Torino ha preso l'iniziativa per la costruzione di una Clinica per le Malattie tropicali presso l'Ateneo torinese.

La Direzione generale della Sanità pubblica ha disposto la soppressione della Scuola di malariologia di Nettuno, fondata nel 1919 dal prof. Gosio in collaborazione del prof. Missiroli, resa ormai superflua dal Laboratorio di malariologia, diretto dallo stesso Missiroli nell'Istituto di Sanità pubblica. I corsi di malariologia al personale della Sanità saranno tenuti nel detto Laboratorio e l'addestramento pratico sarà fatto nella Stazione antimalarica di Fiumicino.

Il Vicesegretario del Partito ha convocato il 6 giugno a Palazzo Littorio un primo gruppo di senatori, deputati ed esperti in materia assistenziale, per le ispezioni alle colonie climatiche estive da eseguire nel periodo dal 15 al 25 giugno.

La rivista « Opere Pubbliche » reca uno studio dell'architetto Pietro Barboni su « La costruzione del Sanatorio Carlo Forlanini », riccamente illustrato.

Il prof. Ottorino Rossi è stato solennemente commemorato il 4 giugno alla Società medico-chirurgica di Pavia, dal prof. Carlo Riquier, ordinario di neuro-patologia all'Università di Padova e allievo dello scomparso; erano presenti le autorità accademiche e cittadine.

In seguito a una dichiarazione scritta dei dottori Nando Bennati e Giovanni Andreoni, è stata rimessa una querela de « L'Avvenire Sanitario » contro « L'Italia Medica ».

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dall'11 maggio al 17 maggio 1936: Morbillo 374 (2513); Scarlattina 121 (262); Pertosse 174 (690); Varicella 153 (380); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 161 (273); Infezioni paratifiche 35 (43); Febbre ondulante 66 (100); Dissenteria 5 (10); Difterite e croup 210 (363); Meningite cerebro-spinale epidemica 17 (18); Poliomielite anteriore acuta 33 (45); Encefalite letargica 3 (3); Anchilostomiasi 7 (19); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 51 (81), dichiarata 1 (1); Pustola maligna 12 (13); Parotite epidemica 104 (334); Leishmaniosi 2 (3); Febbre puerperale 27 (29).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 29 Giugno 1936 - XIV Num. 26

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. CESARE FRUGONI.

Sulla terapia della distrofia muscolare progressiva a base di estratti pancreatici.

Dott. GINO MELDOLESI, aiuto e libero docente.

Nel periodo fra il 1932 ed il 1935, in una serie di comunicazioni alla Reale Accademia medica, alla Accademia Lancisiana di Roma ed al 41° Congresso della Società italiana di medicina interna in Bologna, rendevo noti i risultati di osservazioni cliniche, di ricerche patogenetiche e di esperienze terapeutiche eseguite, complessivamente, su 47 casi di distrofia muscolare progressiva, appartenenti alle sue diverse varietà. Tali risultati, raccolti e coordinati in una monografia pubblicata presso L. Pozzi, mi permettevano conclusioni definitive in rapporto alla patogenesi. Potevo cioè dimostrare: *a)* che la distrofia muscolare progressiva è una malattia a sfondo costantemente eredo-famigliare, in quanto si svolge sempre ed esclusivamente sul terreno di una particolare diatesi, facilmente identificabile, anche all'indagine clinica, come un singolare stato displasico della muscolatura striata; *b)* che le alterazioni di struttura, di nutrizione, di funzione, di ricambio della fibra muscolare inerenti a tale stato displasico assumono evidenza e gravità, e sopratutto acquistano tendenza invasiva ed andamento progressivo fino a dare il quadro vero e proprio della malattia, quando una grave, lenta, e progressiva lesione del pancreas induca profondi turbamenti tanto nell'equilibrio acido-base, quanto, e specialmente, nell'assorbimento e nel metabolismo dei glicidi, dei grassi e sopratutto dei proteidi, determinando uno stato grave, permanente, di carenza proteica di cui le miodistrofie sono diretta conseguenza.

Illuminata la patogenesi della forma morbosa, e stabiliti come nucleo fondamentale la

lesione del pancreas, come terreno la predisposizione diatesica della muscolatura e come causa ultima la carenza proteica, logico appariva il tentativo di rompere il cerchio di tanti fattori intimamente fra loro concatenati, sostituendo, con mezzi opoterapici, la funzione pancreatica tanto gravemente compromessa; così da normalizzare le funzioni digestive, ottenerne una efficiente funzione di assorbimento, sopratutto in relazione alle frazioni azotate, dominare i fatti da carenza. Questo tentativo avrebbe approfondito ulteriormente le conoscenze sulla patogenesi, e, contemporaneamente, permesso di aggredire per la via più diretta, la causale, il problema della terapia; finora, malgrado tutto, praticamente negativo.

Le esperienze sono state condotte su 45 casi. Del primo gruppo di 47 casi, in un primo tempo sono stati trattati solo 26, saliti successivamente a 33: a questi vanno aggiunti altri 12 nuovi casi, venuti in osservazione dopo il novembre 1935. Tali esperienze hanno dato risultati fondamentalmente favorevoli: hanno confermato cioè in pieno la patogenesi pancreatica, mentre i tentativi terapeutici, controllati con accuratezza e con larghezza di indagini sistematiche, contemplando tutte, in genere, le funzioni che noi sapevamo in alcunchè alterate nella distrofia muscolare progressiva, hanno portato a risultati che, dopo un anno di esperienza, in taluni casi si possono chiamare veramente conclusivi, mentre in altri, di minore evidenza, affermano pur sempre un notevole interesse anche dal punto di vista pratico.

Le prime difficoltà, nel tentativo di normalizzare i processi digestivi mediante fermenti pancreatici, si incontrano nelle modalità di somministrazione. La pancreatina, data direttamente per via orale con i pasti, viene ordinariamente distrutta, o per lo meno immobilizzata, dalla acidità gastrica: tanto peggio nel caso di iperacidità gastrica, come in moltissimi miopatici. Se si ricorre alle capsule cheratinizzate, queste non vengono sciolte in duodeno per insufficiente attività fermentativa del succo pancreatico. Ricorrendo ad involucri resistenti agli acidi e solubili in ambiente alcalino, questi possono attraversare tutto il duodeno intatti, quando, come nei casi gravi di distrofia muscolare progressiva, questo sia nettamente e costantemente acido per tutta la sua estensione. In ambedue i casi la pancreatina, liberata non nel duodeno ma nel digiuno, non riceve il necessario potenziamento nel complesso triptico per opera del succo duodenale, e riduce così notevolmente la sua reale attività proteolitica. Bisogna perciò ricorrere a somministrazioni massive di grosse dosi, 3 o 4 volte almeno la dose utile comune, aggiunte a pasti ricchi di sostanze albuminoidee. La scelta del preparato ci ha messo spesso a contatto con pancreatine di scarsissima attività in vivo, forse perchè troppo sensibili alle variazioni di pH del mezzo ambiente, vale a dire facilmente e rapidamente immobilizzabili dalle anomale secrezioni digestive dei miopatici.

I preparati liquidi, più facilmente maneggevoli, vanno in genere somministrati a frazioni, prima durante e dopo il pasto: ciò che si può fare anche con la forma in pastiglie.

L'uso dell'insulina fu limitato ai casi o di grave e generale distrofia di tutto l'organismo, oppure di profonda alterazione contemporanea della funzione insulare: va tenuto, però, conto che in questi casi molto spesso precarie sono le condizioni del ricambio glicidico; notevole la instabilità dei valori glicemici; facile il crollo di essi per somministrazioni, anche moderate, di insulina, con tendenza alle crisi ipoglicemiche più o meno gravi.

Prima di iniziare qualsiasi tentativo di cura pancreatica in un miopatico, è indispensabile assicurarsi se esista nel caso concreto la possibilità di raggiungere e di mantenere una efficiente, se non completa, sostituzione della attività pancreatica compromessa, almeno per quanto riguarda la scissione delle sostanze proteiche, di più diretta importanza. Noi avremo, a tale scopo, dati indiretti di un certo valore pratico se, con la somministrazione di fermenti pancreatici, vedremo ricomparire la indacanuria, tanto frequentemente assente nel miopatico; scomparire la creatorrea microscopica; il coefficiente di Zoja per il controllo della digestione dei grassi ridiscendere verso l'unità.

Le ricerche più importanti però e di maggior valore pratico, sia come indagine preliminare sia per successivi controlli, ad assicurare alla esperienza un esatto e sufficiente dosaggio, sono rappresentate:

a) dalla determinazione del metabolismo basale e sopratutto della azione dinamica specifica (a.d.s.) di un pasto misto, ad elevato contenuto proteico (pane, latte, due uova);

b) dal controllo del ricambio proteico durante il periodo di cura, e sopratutto della eliminazione dell'azoto totale urinario, in quanto scarsa è l'importanza pratica della eliminazione di azoto attraverso l'apparato digerente e d'altronde la sua pratica determinazione incontra notevolissime difficoltà nel miopatico, dove grande è la quantità di proteidi indigeriti nelle feci, causa l'insufficienza pancreatica digestiva.

a) *azione dinamica specifica degli alimenti*: data la scarsa attività di scissione proteica del succo duodenale, e la conseguente inefficienza dell'assorbimento di amminoacidi nel miopatico, l'azione dinamica specifica degli alimenti, come ha dimostrato A. M. De Orchi, o non compare, oppure è limitata alla prima fase, corrispondente all'assorbimento glicidico, mentre invece la seconda fase, di origine proteica, o è scarsissima, o manca, oppure è sostituita da una caduta di valori. Dando il pasto

di prova con l'aggiunta di una sufficiente quantità di pancreatina, la reazione proteica compare, con caratteri e andamento normali.

L'esperienza può servire anche per il dosaggio dei fermenti da somministrare: qualche volta la reazione, non normalizzata da una prima somministrazione, compare solo aumentando le dosi. L'esperienza può avere andamento e valore non conclusivo in qualche miopatico iniziale in periodo prepubere ed alla soglia della crisi puberale. In qualche caso fra gli 8 e i 12 anni noi abbiamo trovata presente la a.d.s., per quanto a caratteri piuttosto sfumati, con variazioni di non grandissima entità in seguito a somministrazione di pancreatina. In questi rari casi, l'esame fermentologico del succo duodenale dimostra la presenza di una certa attività proteolitica, con valori vicini alla metà di quelli dell'individuo normale adulto, però infinitamente inferiori a quelli abituali dei giovinetti di questa età, dove il tumultuoso sviluppo corporeo si accompagna ad una esaltazione notevole dell'attività triptica pancreatica, con cifre che non sono mai inferiori a dieci volte quelle dell'adulto normale.

b) *ricambio azotato*:

In generale, il mezzo più esatto e più sicuro di controllo di una terapia pancreatica è rappresentato dallo studio del ricambio azotato, e sopratutto della frazione di escrezione urinaria (azoto totale). La quantità di azoto totale escreta giornalmente dal miopatico attraverso le urine è sempre bassissima, inferiore non solo alla norma, ma anche a quei valori che i trattati danno come minimi in casi di digiuno completo sperimentale. Al contrario che nel normale, nel miopatico tale escrezione è indipendente in modo assoluto dalla alimentazione e perfino dalla quantità di azoto effettivamente ingerita: è fissa e costante: aumenta solo se si somministra al P., una certa quantità di aminoacidi, p. e. di glicocolla, però l'aumento ne è fugacissimo e scompare per somministrazioni prolungate. Invece se al P., con i pasti proteici, si dà una sufficiente quantità di fermenti pancreatici, si osserva un immediato balzo fino a valori superiori a quelli escreti giornalmente da un soggetto normale: aumento che dura due o, al massimo, tre giorni, ed è seguito poi da una rapida caduta verso i valori precedenti: persistendo però nella terapia, la escrezione totale di azoto per le urine assume un andamento progressivamente crescente, fino a che, lentamente in qualche mese, vengono raggiunti i valori di escrezione del soggetto normale: questo se la dose di fermenti pancreatici risulta, in pratica, sufficiente. Se si studia l'escrezione delle diverse frazioni proteiche per le urine, e specialmente dei corpi creatinici, che tanti rapporti hanno con la funzione muscolare e il cui ricambio è caratteristicamente alterato in tutte le miopatie e sopratutto nella distrofia muscolare progressiva, la escrezione totale di essi, in stato di malattia, appare globalmente diminuita, mentre prevale, anche nell'adulto, la frazione creatinica sulla frazione creatininica, ridotta nella maggioranza dei casi a valori bassissimi, praticamente non considerabili.

La somministrazione di glicocolla per bocca aumenta l'escrezione di creatina, però solo per qualche giorno e fugacemente: se si fanno somministrazioni prolungate, come per scopi terapeutici, l'aumento scompare, e successivamente la creatinuria accenna a diminuire alcunchè, mentre parallelamente la creatininuria dimostra un lieve aumento. Se invece si somministra, con pasti a buon contenuto proteico, pancreatina in dosi sufficienti, la creatinuria rapidamente diminuisce, fino a scendere, in qualche settimana, a valori praticamente non considerabili, pur senza mai scomparire del tutto: contemporaneamente la creatinina aumenta in modo rapido e progressivo, sino ad occupare quasi tutta la frazione dei corpi creatinici: questi poi, globalmente considerati, dimostrano pur essi, con il procedere della somministrazione, un progressivo e marcato aumento. Un aumento transitorio di creatinuria si verifica agli inizii della terapia pancreatica solo se nella dieta del P. entrano della gelatina e altre sostanze, dalle quali la digestione pancreatica ricava grandi quantità di glicocolla. Questi fatti vanno interpretati nel seguente modo. Nel miopatico, causa lo stato di carenza grave e persistente di azoto, l'escrezione di esso è ridotta al minimo della quota di usura, diminuita al limite possibile per fenomeni di adattamento costituitisi nel lento stabilirsi della carenza. La quota di escrezione è completamente indipendente dall'alimentazione, in quanto l'assorbimento di azoto dipende qui, in modo esclusivo, non dalla ingestione di alimenti azotati, ma bensì dalle capacità proteolitiche del succo pancreatico: una ingestione di azoto superiore alle capacità digestive provoca solo un aumento di scorie. Solo la somministrazione di glicocolla, assorbibile direttamente, può influire sul ricambio dell'azoto e principalmente della creatina, perchè, nella lunga carenza, l'organismo ha diminuito la capacità di utilizzare qualsiasi frazione azotata: consumo di lusso dei primi giorni di rialimentazione dopo il digiuno. Riacquistata successivamente la capacità di utilizzare l'azoto, si attutisce l'eccesso primi-

tivo di escrezione: dominato sempre più completamente lo stato di carenza proteica, si determina poi un lento e progressivo aumento nella eliminazione di azoto, fino ai valori di escrezione normale, fino al ristabilirsi cioè un bilancio di azoto in attivo. Il controllo del ricambio azotato permette così di convalidare, in modo preciso, il raggiunto compenso delle attività digestive attraverso una sufficiente dose di fermenti: ci dà una esatta misura del vantaggio che, da questa normalizzazione, l'organismo ritrae per i fenomeni di ricostruzione, resi possibili dall'aver il bilancio azotato raggiunto una fase attiva di risparmio.

INFLUENZA DELLA SOMMINISTRAZIONE DI FERMENTI PANCREATICI SUI DISTURBI CARATTERISTICI DELLA DISTROFIA MUSCOLARE PROGRESSIVA.

Quando si giunga ad una digestione proteica di una certa efficienza e alla normalizzazione del metabolismo azotato, oltre che alla diminuzione di creatinuria, si assiste, in genere, al regredire della maggior parte dei disturbi caratteristici della miopatia e precisamente:

a) alla *normalizzazione del ricambio mioglobinico*: l'eliminazione di bilina attraverso le feci in qualche settimana, talora anche più rapidamente, scende verso valori normali, fino ad un indice di Zoia vicino all'unità: contemporaneamente, come abbiamo potuto dimostrare in qualche caso mediante biopsie sistematiche, le fibre riprendono il colorito abituale, riacquistano cioè la capacità di fissare, nella loro compagine, la mioglobina, aumentando così le loro capacità funzionali;

b) al *miglioramento delle alterazioni caratteristiche di eccitabilità della fibra muscolare.* Pur non scomparendo del tutto, le caratteristiche alterazioni fascicolari rilevabili allo esame cronassimetrico (reazione miopatica) nel corso della pancreas-terapia dimostrano lenti ma sicuri miglioramenti: i valori altissimi di cronassia muscolare tendono ad attutirsi progressivamente, le cronassie troppo piccole (irritative) tendono a scomparire. Grande valore ha sopratutto la scomparsa delle cronassie irritative; le quali indicano la presenza di alterazioni muscolari in atto e ad attitudine invasiva;

c) all'aumento del *peso del corpo*, alla regressione dei *fatti distrofici generali*, ad un *miglioramento generale* delle forze, delle capacità di movimento, dell'aspetto generale del malato: esso acquista vivacità, prontezza, perdendo quell'aspetto particolare di sofferenza di cui anche i lineamenti del viso portano l'impronta.

La malattia arresta il fatale andamento progressivo.

RISULTATI TERAPEUTICI.

Ammessa la patogenesi della distrofia muscolare progressiva in una duplice serie di alterazioni muscolari e pancreatiche, di diverso tipo e di diversa natura, è logico e possibile aspettare un risultato pratico, da una terapia, solo alla condizione che tanto le lesioni muscolari quanto le lesioni pancreatiche siano reversibili, oppure che i deficit funzionali da esse determinati possano in qualche modo, più o meno completamente, venire compensati.

Quanto alle alterazioni del pancreas, i reperti anatomo-istologici dei casi finora studiati da me e da altri AA., parlano di fatti di atrofia e di degenerazione a carico del parenchima, vale a dire di alterazioni definitive, irreversibili: la loro estensione però non è mai totalitaria a tutto l'organo, come mai completa è apparsa clinicamente nei casi nostri, anche più gravi, la achilia pancreatica. Per quanto si riferisce al deficit pancreatico perciò, è sempre aperta, attraverso la opoterapia, qualche possibilità di compenso funzionale, di garantire cioè una efficienza digestiva capace di dominare la carenza proteica cronica: con la speranza di giungere così ad un miglioramento funzionale delle cellule pancreatiche ancora non profondamente lese e capaci di un'utile attività. Purchè sia possibile la pratica attuazione di tali condizioni e la lesione pancreatica non abbia carattere progressivo, ciò che non in tutti i casi può venir escluso, si può sperare che la fatale progressività della malattia legata alla alterazione pancreatica venga, per mezzo di un'adatta opoterapia, corretta o, più o meno completamente, dominata. Ma anche quando si sia arrivati a poter dominare, in tal modo, la insufficienza pancreatica, anche quando possa esser raggiunto un assorbimento di aminoacidi sufficiente ad evitare ulteriori aggressioni muscolari; anche eliminato il carattere invasivo e progressivo della malattia, le possibilità pratiche di migliorare il P. nello stato di nutrizione e sopratutto nelle possibilità di movimento e di lavoro, possono trovare ostacoli gravi, talor anche insormontabili, nel tipo e nella estensione delle alterazioni muscolari. Chi ha avuto la ventura di assistere all'autopsia di miopatici, anche se di forma clinicamente non grave, porta con sè il ricordo indelebile di lesioni muscolari tanto vaste e tanto gravi, da chiederci se veramente un soccorso terapeutico qualsiasi, medico o chirurgico, possa essere in queste condizioni possibile: muscoli ridotti a qualche fibra sperduta fra grasso e cicatrici, talora riconoscibile solamente all'esame istologico; i fasci muscolari ancora individuabili, ridotti ad un pallore tanto grave, da renderne difficile, macroscopica-

mente, la differenziazione da un ligamento o da un brano di connettivo: nei gruppi muscolari meno gravemente colpiti, una straordinaria diversità di lesioni da muscolo a muscolo, da fascicolo a fascicolo, malgrado analogie di sede, di funzione, di attività: retti addominali quasi distrutti, obliqui apparentemente normali: sterno-cleido-mastoidei intatti, cucullari quasi scomparsi, ecc. Se da questa suggestione di fatti anatomici, la quale non fa se non rievocare la evidenza dei fatti clinicamente constatabili, noi scendiamo a considerare, in campo di realtà, le possibilità pratiche di ricostruzione, delle sinergie funzionali distrutte, attraverso una terapia qualsiasi (medica, chirurgica, ortopedica), dobbiamo prima di ogni cosa considerare non solo l'entità e l'importanza funzionale delle fibre definitivamente scomparse o per fatti di degenerazione o per sostituzione cicatriziale, ma anche, e specialmente, le condizioni nelle quali da queste alterazioni, variamente e irregolarmente distribuite fra i muscoli di una stessa sinergia funzionale, vengono poste le sinergie stesse nel momento in cui entrano in funzione. Per alcuni muscoli esiste la possibilità di venir sostituiti, per funzione vicaria, da altri; altri invece sono completamente insostituibili; molte volte, poi, più che con abolizione di funzioni, si ha a che fare con veri e proprii pervertimenti di esse. Le uniche, per quanto scarse, possibilità di reversione sono offerte dalle fibre che, impallidite per perdita di mioglobina, possono, scomparsa la carenza proteica, riacquistare un certo grado di vitalità, non avendo ancora raggiunto fasi degenerative.

In genere però, se un movimento è divenuto impossibile, non per fatti di retrazione o per predominio di antagonisti o per asinergismo di complessi funzionali, ma per graduale alterazione delle fibre, lentamente, a una a una, colpite dalla malattia; la possibilità di recupero funzionale va, a priori e in linea generale, assolutamente esclusa, in quanto il carattere stesso parcellare e fascicolare della lesione permette il movimento fino a quando rimane in vita il minimo delle fibre indispensabili e la scomparsa del movimento avviene per fenomeno analogo a quello del lucignolo che si spegne per mancanza di olio.

Salvo eccezioni, non esiste, per cure mediche, possibilità di recupero di miopatici quando essi siano completamente paralizzati, incapaci alla stazione eretta, impotenti a camminare.

Invece i casi iniziali offrono alla terapia risultati effettivi e permanenti. Anche per la distrofia muscolare progressiva, la diagnosi precoce è condizione prima al successo terapeutico. Già dopo qualche mese di cura, il soggetto ha perduto la abituale astenia; è più pronto e più preciso nei movimenti: ha maggiore resistenza al lavoro: si stanca meno. Individui incapaci di due o tre passi senza cadere, camminano già a lungo, con una certa speditezza. In un secondo tempo, ritorna qualche movimento da tempo impossibile: i muscoli pseudo-ipertrofici diminuiscono lentamente la lignea durezza: quelli meno colpiti, iniziando dai territorii lontani dalle lesioni iniziali (p.e. spalle, nei casi ad inizio pelvico), accennano a vere e proprie ipertrofie. Non si tratta però mai di ipertrofie a tutto spessore del muscolo, ma solo di qualche fascio, meno profondamente alterato; ciò che porta ad alterazioni di forma sia dell'arto, che del movimento. Nel deltoide, p.e., l'ipertrofia si limita, in genere, al fascio laterale, sporgente in una vera bozza, mentre, al posto del fascio anteriore distrutto, rimane uno spianamento, e magari un incavo; ne consegue che, facendo protendere le braccia verso l'alto, queste non seguono mai, nel movimento un piano sagittale, ma obbediscono sempre ad una certa obliquità verso l'esterno. Anche i muscoli profondi delle spalle risentono ben presto: i monconi delle spalle che, nel sollevare il p. da sotto le ascelle, salivano fino alla altezza delle orecchie, dimostrano un'aderenza al torace sempre maggiore. Il miglioramento, estendendosi anche verso il basso, raggiunge in breve anche i muscoli lombari con vantaggio della statica: qui le modalità di miglioramento sono diverse a seconda del meccanismo attraverso il quale le modificazioni di portamento, sopratutto la iperlordosi lombare, si sono stabilite: nel caso di fatti spastici degli spino-lombari, questi si rilasciano. Più complicato il caso di iperlordosi per compenso di muscoli anteriori della parete addominali insufficienti; lordosi la quale ha tendenza a persistere malgrado tutto, in quanto i muscoli della parete addominale rispondono solo torpidamente ed in ritardo alla terapia e mai in modo che la loro funzione riprenda effettivamente: in questo caso, la lordosi non si domina se non con una fascia addominale di sostegno. Agli arti inferiori, le conseguenze funzionali delle ipertrofie muscolari non compaiono se non sono state prima compensate le retrazioni del polpaccio e della volta plantare, le quali dominano le funzioni sia di statica, sia di movimento.

Retrazioni da miopatia. — Le retrazioni, che fissano in particolari deformità gli arti e la colonna vertebrale, non corrispondono mai, se non in casi gravissimi, a quelle sostituzioni di connettivo cicatriziale che gli anatomo-patologi vedono come esito definitivo alle distru-

zioni di tessuto muscolare; spesso invece esse sono espressione di alterazioni distrofiche del colloide protoplasmatico delle fibre, alle quali esse ostacolano la completa distensione in riposo. Ne abbiamo la prova in quanto tali pseudo-contratture:

a) dimostrano un singolare comportamento nelle curve sperimentali da stiramento;

b) talora compaiono solo col lavoro, come singolari manifestazioni di fatica;

c) possono essere vinte mediante trazione, specialmente sotto anestesia generale, benchè questa, da sola, non ne determini mai la risoluzione spontanea, come si ha invece per i fatti riflessi.

Le retrazioni, con la cura pancreatica, si attenuano e financo scompaiono. Talora danno luogo perfino ad eccessivi allungamenti, non certamente favorevoli dal punto di vista funzionale, in quanto, nel caso della carne quadrata di Silvio provocano un crollo della volta plantare, con passaggio del piede cavo al piede piatto; nel caso del tricipite surale, danno una iperflessione dorsale del piede nella marcia; nel caso del quadricipite femorale, un *genu recurvatum*: nel caso dei muscoli spino-lombari, invece, la iperlordosi lombare non scompare, ma assume il tipico atteggiamento delle forme da insufficienza degli spino-lombari. Scomparso lo spasmo, la muscolatura, compromessa dalla miopatia, è insufficiente a reggere, da sola, lo sforzo: va perciò sostenuta da mezzi ortopedici (solette da piede piatto, sostegni per la colonna, fascie addominali, ecc.), senza i quali i disturbi da alterata statica si ripercuotono su tutte le funzioni di statica e di movimento, impedendo lo stabilirsi delle ipertrofie di compenso. Il momento in cui crollano le retrazioni rappresenta il momento critico della cura; la mancanza di adatti provvedimenti può compromettere fatalmente l'esito della cura, mentre un'opera attenta e scrupolosa del medico conduce facilmente non solo a superarlo in qualche settimana o, al massimo, in qualche mese, ma anche a raggiungere il definitivo miglioramento.

Il regresso delle retrazioni, pur lento, è completo nelle forme iniziali; parziale nei casi avanzati, dove, malgrado le cure, residuano spesso deformità permanenti della colonna e degli arti. Non raramente, il regresso non si verifica in modo eguale e simmetrico nelle due metà del corpo, residuano cioè deformazioni unilaterali, tanto più gravi agli effetti dinamici, in quanto difficilmente trovano compenso nella scarsa efficienza della muscolatura; si pensi allo squilibrio p. e. di un piede cavo a destra e di un piede piatto a sinistra. L'intervento ortopedico è assoluto e urgente.

Nè qui terminano le difficoltà della terapia. Il ritorno in funzione di fasci e di muscoli alterati, ma non ancora atrofici e quindi recuperabili nel migliorato trofismo generale; l'entrata in giuoco di fibre e di muscoli ai quali il migliorato bilancio azotato ha permesso la ipertrofia; sono cause a nuovi e gravi squilibri funzionali, in quanto le anomalie di statica e di movimento del miopatico non sono se non la conseguenza di adattamenti a compenso dei deficit funzionali, adattamenti non solo di muscoli ma anche di centri associativi e dell'attività automatica, operati attraverso un lungo e graduale allenamento. Ogni tentativo di ritorno alle modalità di movimento normali, non più abituali, rappresenta un nuovo disordine. Per questo, dopo un primo periodo di generale miglioramento, di benessere, di energia, il miopatico peggiora improvvisamente, e fino a quando non si sono stabilizzati i nuovi coefficienti di adattamento. Ha notevole difficoltà tanto a continuare nelle modalità patologiche di movimento, alle quali le nuove attività si oppongono, quanto a tornare alle modalità normali non ancora abituali e quindi faticose. In questo periodo, particolarmente critico, bisogna sorreggere moralmente il malato sopratutto nella fiducia: bisogna insistere nella terapia pancreatica e contemporaneamente sforzarci a conseguire, il più rapidamente possibile, quell'allenamento che è il solo mezzo per fissare stabilmente i benefici raggiunti. A questo può coadiuvare la terapia fisica.

Ginnastica medica. — È caratteristica della distrofia muscolare progressiva l'esauribilità al minimo sforzo, facilmente spiegabile attraverso le costanti e profonde alterazioni del ricambio muscolare, sopratutto in rapporto alla mioglobina. Minima resistenza al lavoro; enorme allungamento del tempo di ricupero dopo lo sforzo: ogni lavoro, anche modesto, rasenta lo sforzo massimale: ecco il modulo che esprime le capacità funzionali del muscolo miopatico.

In seguito alla terapia pancreatica, abbiamo veduto modificarsi profondamente tutti i disturbi di nutrizione e di ricambio sia generale che muscolare con tendenza verso la normalizzazione; le fibre muscolari, tipicamente scolorite, riacquistano gradatamente la capacità di trattenere il pigmento ossigeno-fissatore.

Per meglio e più completamente utilizzare, almeno sugli inizii, il benefico influsso della terapia sulla nutrizione intima della fibra, il riposo sembrerebbe, in teoria, il più adatto. In realtà, però, anche per il muscolo malato, si osserva che una modica attività funzionale

favorisce i processi di nutrizione, non appena attenuatasi la carenza proteica, mentre, d'altro canto, stimola in modo elettivo la fibra a quei processi di ipertrofia che rapresentano la sola possibilità di compenso funzionale, attraverso la creazione od il potenziamento di nuove funzioni vicarie. In più di un caso, abbiamo potuto assistere a veri e proprii regressi di miglioramenti già ottenuti, quando il malato, per cause intercorrenti, sia stato costretto a letto e ad immobilità quasi assoluta per periodi di tempo anche non eccessivamente lunghi, anche se di qualche settimana. In genere perciò va consigliata una vita di moderato movimento, senza negare per questo la utilità, per non dire la necessità, di intercalare, come abitudine, periodi di riposo anche di una certa durata, allo scopo di ottenere una perfetta e completa efficienza delle funzioni di recupero.

Teoricamente, queste condizioni dovrebbero essere realizzate da esercizii di ginnastica medica i quali, oltre al vantaggio d'esser sorvegliati e fatti oggetto ad esatti controlli, offrono le possibilità, attraverso particolari esercizi, di favorire i processi d'ipertrofia proprio in quei muscoli ed in quei gruppi muscolari di cui vogliano servirci per creare nuove possibilità di movimento. In pratica però, i risultati della ginnastica, anche somministrata con accuratezza e competenza, non ci hanno mai pienamente soddisfatto: la difficoltà veramente insuperabile è rappresentata dal dosaggio dello sforzo: molto spesso abbiamo osservato stati di fatica e di vero esaurimento, con dannose influenze su tutto il complesso generale del malato, se non addirittura anche su tutto il decorso della cura. Ogni stato, anche minimo, di affaticamento va guardato nel miopatico con singolare ansietà quando sopratutto, come può avverarsi nel caso di una ginnastica metodica, lo sforzo, e quindi la fatica, vengano localizzati con insistenza sempre su di uno stesso determinato gruppo di muscoli. Noi non possiamo infatti rifiutare l'importanza degli sforzi muscolari ripetuti e localizzati, per interpretare se non la patogenesi, almeno l'aggravamento di alcune alterazioni di tipo miopatico, sopratutto in alcuni casi nei quali l'evidenza dei fatti appare addirittura suggestiva. Ricordiamo il caso di un maestro di scherma, appartenente ad una famiglia di miopatici: in un'età piuttosto avanzata (49 anni), in coincidenza con fattori emozionali violenti, e dopo una vita di notevoli sforzi muscolari localizzati specialmente, per professione, nella metà destra del corpo, egli vede svolgersi in modo lento e progressivo, dei gravi fatti tipicamente miodistrofici, limitati, almeno macroscopicamente, alla sola metà destra del corpo, tanto sugli inizii quanto all'epoca della nostra osservazione, avvenuta dopo 15 anni, quando contemporaneamente erano evidenti sintomi tanto della alterazione displasica della muscolatura a carattere sistemico, quanto le alterazioni vuoi del ricambio muscolare, vuoi della funzione pancreatica. Forma singolare per l'età relativamente tarda di inizio (la seconda nella letteratura dopo il caso di Linsmayer) quanto per la distribuzione emilaterale (terzo caso della letteratura dopo quelli di Mingazzini e di Adler) ma pur sicuramente appartenente alla distrofia muscolare progressiva: suggestiva la coincidenza fra localizzazione particolare delle alterazioni miodistrofiche e preferenza professionale degli sforzi negli stessi muscoli. Del resto anche un altro caso di nostra esperienza dimostra, in terreno di predisposizione eredo-famigliare ed in causa di alterazioni pancreatiche gravi, clinicamente ed anatomo-patologicamente dimostrabili, singolari rapporti di coincidenza, tanto per successione quanto per localizzazione, fra sforzi muscolari e fatti miodistrofici. Un uomo appartenente a famiglia di miopatici, in età adulta, presenta fatti distrofici e disturbi funzionali ai muscoli del cinto scapolare, dopochè, per necessità di servizio in guerra, si era sottoposto per parecchi anni a lunghi, notevoli e ripetuti sforzi con le braccia, ai quali non era stato mai, in precedenza, abituato.

Dopo tale esperienza noi non consigliamo mai a miopatici una ginnastica medica di esercizii esclusivamente localizzati, ma solo, e sotto accurata e scrupolosa sorveglianza, qualche esercizio a carattere e ad effetto generali.

Il *massaggio*, lieve, a tipo risolvente, mai violento, serve a migliorare la circolazione e la nutrizione locali; può aiutare la risoluzione delle retrazioni.

Le *correnti elettriche* nei diversi tipi, non ci hanno mai corrisposto.

La *diatermia* e la *marconiterapia* possono giovare agli spasmi e alle retrazioni, che trovano, però, il miglior giovamento nel *calore secco*, alla Bier.

Soccorsi chirurgici ed ortopedici. — Non è mia intenzione addentrarmi nel problema, che viene svolto, parallelamente, dal prof. Tancredi; ma solo accennare ad alcune condizioni particolari che indicano il ricorso al chirurgo e che vanno anche dal medico particolarmente chiarite, ad ottenere quella collaborazione medico-chirurgica, tanto utile al malato, e che è tendenza fondamentale della nostra scuola.

In genere, nella distrofia muscolare progressiva, il chirurgo ha il compito, parallelo, di eliminare qualsiasi condizione la quale renda

più difficile la ripresa della attività muscolare, anticipando l'inizio del movimento, senza il quale le ipertrofie muscolari non sono possibili, di sostenere parallelamente con mezzi di protezione gli inizii della nuova attività muscolare, fino a raggiungere quell'allenamento che porta al risultato pratico definitivo. In caso di disturbi residui persistenti, l'intervento chirurgico assume importanza capitale, dà vantaggi permanenti.

Collaborazione adunque essenziale e parallela.

Condizioni di valgismo del ginocchio, abbastanza frequenti nel miopatico avanzato, sono di dominio ortopedico e vanno fin dagli inizi dominate, in quanto rendono difficile e faticosa la deambulazione.

Le retrazioni muscolari sono di dominio chirurgico quando, dopo qualche mese, si possa ritenere esaurita l'influenza risolvente della terapia, sopratutto se si possa constatare di aver raggiunto un miglioramento stabile dell'attività pancreatica: se si tratta di residui unilaterali, l'indicazione va posta ancora più precocemente. Il pericolo che l'allungamento operatorio del tendine diminuisca meccanicamente l'efficienza del muscolo, viene superato dalla ipertrofia muscolare che il ripristino della funzione riesce rapidamente a determinare.

Scapole fortemente alate, per scomparsa del sottoscapolare, richiamano l'indicazione di Putti al fissaggio chirurgico alle coste, per migliorare le possibilità dinamiche degli arti superiori, impossibili senza adeguato appoggio al torace.

Esilità della muscolatura degli arti inferiori congiunta a contemporanea alterazione dei ligamenti può porre in campo l'eventualità di una fissazione del ginocchio.

Mezzi ortopedici incruenti sono indispensabili a tutelare la volta plantare, a sostenere la colonna vertebrale e la muscolatura addominale, specialmente nei tentativi di ritorno alla stazione eretta e alla marcia.

In ogni caso di intervento chirurgico, va tenuta sempre presente la esistenza quasi costante di una compromissione del diaframma almeno nella porzione posteriore: alterazione che espone a fatti inibitorii respiratorii e favorisce poi le localizzaioni bronco-polmonari cosidette ipostatiche. La anestesia generale va considerata come poco adatta e molto spesso pericolosa.

Un campo vastissimo di possibilità è aperto all'arte chirurgica in confronto ai miopatici, sopratutto attraverso l'eliminazione di deformità permanenti agli arti inferiori; anche là dove la gravità e l'estensione delle alterazioni muscolari farebbero pensare ad una inutilità di tentativi terapeutici. Nel miopatico, anche ridotto alla massima incapacità di movimento, se esistono deformità da retrazione agli arti inferiori o alla colonna, va tentata la correzione unita alla cura medica. Un caso di esperienza del prof. Bentivoglio, i cui dati precisi fanno parte di un contributo di esperienza notevole ed importantissimo che questo A. porta in materia, è veramente istruttivo in questo campo: un bambino ridotto dalla miopatia alla assoluta impossibilità alla stazione eretta e a qualsiasi movimento però senza retrazioni con la sola cura pancreatica riacquista la capacità di sollevarsi da solo in piedi ed accenna anche a camminare. Molto spesso i risultati mancano a mio modo di vedere, proprio per la presenza delle deformità e delle retrazioni che il chirurgo deve sempre tentare di allontanare.

PERSISTENZA DEI RISULTATI E DURATA DEL PERIODO DI CURA.

I nostri primi tentativi di cura risalgono ormai a 13 mesi: in tutti i casi, i risultati raggiunti si sono dimostrati persistenti: mai si è osservato che un miglioramento, già ottenuto, sia spontaneamente regredito in corso di terapia, a meno che fatti nuovi (in ispecie malattie infettive) non abbiano portato ulteriori aggravamenti delle lesioni pancreatiche.

Come per ogni forma di opoterapia di sostituzione, noi non abbiamo nei nostri casi, finora, mai interrotto la somministrazione di estratti pancreatici, se non per brevi soste di qualche settimana, durante le quali nessun nocumento è intervenuto. Ultime recenti osservazioni però sembrano condurci verso nuove interpretazioni del problema, in quanto, controllando, dopo un anno di cura, le condizioni di attività pancreatica nei nostri malati o guariti o notevolmente migliorati, noi abbiamo potuto constatare un evidente ripristino dell'attività pancreatica esterna. Questa tende a normalizzarsi infatti non solo nel senso di elevare l'attività triptica, ma anche nell'attutire contemporaneamente l'attività amilolitica, nei casi in cui questa si presentava patologicamente esagerata. Si potrebbe pensare ad una influenza sul pancreas da parte delle migliorate condizioni generali del trofismo: ad un aumentato stimolo funzionale da parte degli aminoacidi assorbiti ora in quantità sufficiente: alla influenza della dieta prevalentemente carnea. Noi riteniamo però, col Pende, che anche in questo caso, l'opoterapia non arresti la sua funzione alla semplice sostituzione della secrezione mancante o diminuita, ma possa di per sè migliorare anche l'organo nelle sue deficienze funzionali.

Come conclusione pratica di una larga casistica personale, confermata anche nei risultati

di altri sperimentatori, noi possiamo affermare che, dalla terapia pancreatica:

1) i casi iniziali di distrofia muscolare progressiva vengono completamente dominati, con ripristino, praticamente completo, delle funzioni di stato e di movimento;

2) i casi di media gravità vengono sempre favorevolmente influenzati; si arresta la tendenza di progresso e di invasione delle lesioni, si attenuano notevolmente le retrazioni; se adatti interventi, chirurgici od ortopedici, rimuovono ogni ostacolo al loro stabilirsi, sorgono, nei muscoli non gravemente o non completamente alterati, ipertrofie franche, attraverso le quali si realizza il ripristino, più o meno completo a seconda dei casi, delle funzioni di movimento, mentre si raggiunge una certa normalizzazione delle condizioni statiche.

3) nei casi gravi, con abolizione praticamente completa delle capacità di statica e delle funzioni di movimento, dopo che si sia proceduta alla regolarizzazione delle deformità, la cura può spesso riuscire non solo ad utilizzare al massimo le energie nascoste dalle alterazioni di sinergismo e attutite dalla lesione in atto, ma a crearne addirittura delle nuove, attraverso la ipertrofia di fibre ancora non completamente invase dal processo morboso. Quando anche non si giunga al ripristino della capacità di camminare, il miglioramento delle capacità funzionali dei muscoli p. e. degli arti superiori può rendere meno penose le condizioni del P. e permettergli anche qualche utile, se pur limitata, attività. In ogni caso, anche nei casi apparentemente disperati, il tentativo terapeutico è obbligatorio in quanto conduce sempre ad arrestare il progresso del male, e ad un miglioramento dello stato generale del P.: pur variando da caso a caso i risultati dinamici praticamente raggiungibili, qualche caso ci ha riservato dei risultati veramente sorprendenti, come p. e. quello che abbiamo citato, di esperienza del prof. Bentivoglio.

In ogni modo, i risultati migliori si hanno nei bambini, al di sotto della pubertà, quando il fenomeno dell'ipertrofia muscolare è abituale; sopratutto nei casi di alterazioni pancreatiche non molto gravi, e di distruzioni muscolari nè vaste e nè profonde, sì da poter giungere, attraverso ipertrofie dei fasci tuttora conservati, ad efficaci compensi funzionali.

In molti casi iniziali ed anche in qualche caso di una certa gravità, abbiamo ottenuto vere e proprie guarigioni cliniche, con ripristino completo di ogni attività muscolare e ritorno ad una statica perfettamente normale: appena un occhio attento e provato può, in questi bambini, riconoscere, in qualche momento, i segni della pregressa malattia; i disturbi complessi del ricambio, rilevabili alle accurate indagini di laboratorio, sono in essi ridotti al minimo, e non oltrepassano in entità quelli proprii della diatesi, che osserviamo nei consanguinei e nella madre; le condizioni della funzione pancreatica si avvicinano, pur senza raggiungerli, ai dati del soggetto normale.

RIASSUNTO.

18 casi di distrofia muscolare progressiva, appartenenti alle diverse varietà cliniche, sono stati curati mediante somministrazione orale di estratto pancreatico totale in forti dosi, fino a normalizzazione completa dei processi digestivi, sopratutto triptici. In tutti i casi di esperienza, dopo almeno sei mesi di cura si è ottenuto l'arresto nella progressività del male. I risultati effettivi pratici della cura si sono dimostrati diversi, in stretto rapporto con le possibilità di reversibilità e di compenso, da parte delle alterazioni tanto pancreatiche quanto muscolari, caratteristiche della malattia. Casi iniziali, o di modica gravità, hanno raggiunto una completa *restitutio ad integrum* dell'attività muscolare, con ipertrofia dei muscoli meno compromessi: casi con lesioni anche estese e di una certa gravità, miglioramenti evidenti, stabili e di pratica utilità per la funzione motoria: casi gravissimi, pur in assenza di risultati pratici, utili miglioramenti in qualche aspetto delle funzioni di movimento.

LETTERATURA.

Bentivoglio. R. Accademia medica di Roma, 1935-1936.

De Orchi. Ibid., 1935-36.

Meldolesi. *La miopatia primitiva cronica progressiva.* Roma, 1935. Ed. L. Pozzi.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
POLICLINICO UMBERTO I. - II PADIGLIONE
Primario: Prof. S. MUZII.

Appendicocele.

Dott. ANGELO BRECCIA.

Il 20 settembre 1934 è ricoverato in reparto tal Maschio G., di anni 25, terrazziere da Bondenello (Mantova).

Nulla degno di nota nell'anamnesi famigliare e personale. Riferisce che da 6 giorni accusa dolore alla regione inguino scrotale destra e che la radice dell'emiscroto destro è aumentato di volume. Un po' più grosso, del sinistro, l'emiscroto destro lo ha notato fin da bambino, ma mai per questo aveva inteso alcun dolore o disturbo. In questi giorni non ha avuto nè nausea, nè vomito. L'alvo è regolare. Minzioni regolari. Non febbre.

Esame O.: Condizioni generali buone. Nulla degno di nota a carico del torace, cuore addome, fegato, milza, reni S. N. apparato scheletrico.

Esame regione inguino scrotale D.:

Ispezione: L'emiscroto destro appare modicamente ingrossato rispetto al S. così la radice dell'emiscroto destro. Tale tumefazione va decrescendo sensibilmente fino all'orificio inguinale esterno. Nella stazione eretta, dopo il cammino, con la tosse, con gli sforzi come per ponzare, la tumefazione non si modifica. La cute non presenta nè arrossamenti, nè ecchimosi, non sviluppo di reticolo venoso. Il rafe mediano dello scroto non è spostato.

Palpazione: la cute è mobile e scorre liberamente sul testicolo e sul cordone. La tumefazione non è riducibile ed è rappresentata da un corpo cilindrico della circonferenza di un centimetro, e si apprezza dal polo superiore del testicolo all'anello inguinale esterno.

Il pinzettamento della vaginale è possibile, ma è distesa da modico versamento il quale dà leggera fluttuazione. Il testicolo non è deformato, la sua superficie è regolare, esiste la sensibilità testicolare specifica. L'epididimo è ben distinto dal testicolo, indolente e non aumentato di volume, e regolare nella superficie, sia alla testa che alla coda. All'esame del cordone, si apprezza un cordone allungato, del diametro di un cm., liscio, consistenza elastica, dolente; si distingue, chiaramente a lato, i numerosi vasi venosi, non aumentati di volume, e si apprezza in mezzo ai vasi ed al lato interno del suddetto cordone, un altro cordone con i caratteri speciali del deferente il quale è regolare in tutta la sua estensione; non ingrossato e indolente.

Dal lato dell'emiscroto S. tutto è normale.

Il paziente chiede ricovero in ospedale; è impressionato per diagnosi, fatta fuori dell'ospedale, di sospetta tbc. del testicolo e vuole liberarsi di questa affezione.

L'esame O. suesposto mi ha dato un fatto essenziale: l'esistenza di un doppio cordone nell'emiscroto destro, ed uno è grosso e dolente, l'altro è indolente e sicuramente il deferente. Che cosa rappresenta il cordone grosso e dolente? Io penso ad un epiplocele che abbia subito processo di strozzamento, e, con tale diagnosi opero il malato.

Operazione: 21-9-1934 (dott. A. Breccia).

Anestesia locale novocainica buona. Taglio inguinale destro.

Reperto: Dall'orificio inguinale interno, al polo superiore del testicolo, si isola facilmente un cordone cilindrico, liscio, a consistenza fibrosa, lungo 15 cm. intensamente arrossato, a lato sono il deferente e i vasi normali. L'estremità inferiore di detto cordone ha aderenza con il polo superiore del testicolo, in alto si perde nell'orificio inguinale interno a cavallo dell'arteria epigastrica.

La vaginale del testicolo è distesa da scarso liquido sieroso, chiaro, e si apre nell'isolare le sue aderenze con il polo inferiore del cordone; questo è avvolto da sottile sacco aderente lassamente alle sue faccie anteriori e laterali, posteriormente l'aderenza è tenace; si segue in alto il cordone e con la trazione affiora il fondo del cieco sul quale si vede la base d'impianto. Il grosso cordone fibroso è l'appendice.

Atti: Appendicectomia: Plastica della parete inguino-addominale secondo Bassini.

Decorso post-operatorio semplice. Esce guarito in decima giornata.

Ho ritenuto illustrare il caso occorsomi perchè non è frequente *riscontrare un'ernia isolata dell'appendice*. (Appendicocele).

È ben noto e frequente invece riscontrare l'appendice erniaria.

L'appendicocele appartiene ad un capitolo ben definito come entità clinica.

L'appendice ileo-cecale occupa un sacco erniario in due condizioni differenti: 1) o forma essa sola il contenuto del sacco ed è l'ernia isolata dell'appendice (appendicocele); 2) o accompagna il ceco nel sacco ed è l'ernia ciecoappendicolare. Già gli autori antichi avevano descritto l'appendicocele, Morgagni, Hevin 1785; Cobarat 1842; Javanelle 1850; Thiery 1892; Brieger 1893; Roxhard 1904.

L'appendicocele si osserva nella regione inguinale, poi nella regione crurale. Se ne cita qualche caso nella regione ombelicale e un caso nella regione otturatoria (Marchand).

È più frequente nell'uomo che nella donna. Il sacco è abitualmente presente e completo o assente per accollamento stabilitosi, o a seguito processi infiammatori.

La maggior parte dei malati non hanno mai prestato attenzione alla loro ernia, la quale è spesso piccola e non attira attenzione se non duole.

Per la patogenesi si invoca la ptosi viscerale, la lunghezza dell'appendice, la bassezza del suo meso. Probabilmente questa varietà di ernia è congenita, la fa presumere la persistenza del dotto peritoneo-vaginale e l'aderenza del polo inferiore al testicolo. D'altra parte si può pensare che le aderenze siano residui di processi flogistici. Nel caso, che ho riportato, l'anamnesi remota non dà alcun fatto doloro-

so a carico dell'emiscroto destro, solamente il dolore compare sei giorni prima dell'intervento, quindi, le tenaci aderenze dell'appendice al testicolo, non sono riportabili a vecchi processi flogistici. Per tali criteri ritengo che il caso riportato appartenga ad appendicocele congenito.

La sintomatologia dell'appendicocele è semplice, esiste un reperto obiettivo caratteristico: si ha il segno del doppio cordone, a lato del deferente si palpa un'altro cordone, più o meno grosso, allungato, a consistenza fibrosa-elastica. Può essere anche riducibile senza gorgoglio o irriducibile. Non vi è, in generale, espansione nella tosse.

La diagnosi: non si fa se non ci si pensa. Può essere difficoltata nei soggetti grassi e nella regione crurale perchè le manovre palpatorie non sono facili.

La diagnosi differenziale: si pone con l'epiplocele. La presenza isolata del diverticolo di Meckel in un sacco erniario è stata anche osservata, costituisce l'ernia di Littre.

Complicanze: si può realizzare l'infiammazione acuta, o ascessuale, o cronica. Lo strangolamento è quasi sempre secondario a processi infiammatori e la sintomatologia si confonde con quella dello strangolamento erniario e quella dell'appendicite erniaria.

Trattamento: bisogna tenere presente che ogni anomalia in un'ernia, che non è perfettamente ridotta, impone l'intervento. A più forte ragione, bisogna intervenire se si sente un cordone cilindrico anormale, raddoppiando gli elementi del cordone. Disgraziatamente è probabile, data la scarsa intensità dei fenomeni funzionali, e l'assenza dei segni d'occlusione per lungo tempo, di essere condotti alla aspettativa, al ritardo operatorio e... alla morte.

Ritengo dunque che l'intervento sia sempre necessario, perchè tutti conoscono i disastri delle appendiciti erniarie. L'intervento consiste nell'ablazione dell'appendice erniaria, la sua riduzione sarebbe illogica.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di appendicocele da lui operato. Mette in evidenza, come l'appendicocele dia un quadro ben definito come entità anatomica e come entità clinica, da non confondere con l'ernia cieco appendicolare.

A contributo, sulla patogenesi dell'appendicocele, dimostra, come il caso illustrato, sia da riportarsi ad affezione congenita. Insiste sul sintoma essenziale rappresentato dal doppio cordone e che il trattamento operatorio si impone sempre, perchè l'appendice erniaria è sempre un pericolo per le possibili e frequenti complicanze.

BIBLIOGRAFIA.

Forgue. Trattato patologia chirurgica.
Bequin. Trattato patologia chirurgica.
Le Dentu-Delbet. Trattato patologia chirurgica.
Santoro. *L'appendice erniata*. La clinica chirurgica, Milano, a. VIII, fasc. VII, 1932.
Blandini. *Un caso di appendicocele strozzato*. Policlinico, Sez. Pr., v. XXX, fasc. 19.
Carisi. *L'ernia dell'appendice*. Arch. Ital. di Chir., vol. XI, fasc. 3.
Catterina. *Ernia crurale appendicolare strozzata*. Policlinico, Sez. Pr., vol. XXX, fasc. 21.
Cernezzi. *Ernia dell'appendice vermiforme*. La Clinica Chirurgica, n. 11, 1911.
Giordano. *Gli erniosi appendicitici*. Annali Ital. di Chir., n. 1, gennaio 1924.
Pazzagli. *Ernie dell'appendice ed appendiciti erniarie*. Rassegna internazionale di Clinica e Terapia, anno XII, n. 13, 1931.
Stecchi. *Un caso di appendicocele senza sacco*. Suppl. al Policlinico, 1899-1900, pag. 753.
Taramelli. *Ernia inguinale formata dalla sola appendice vermiforme del cieco*. Annali Univ. di Med., vol. LXXI, 1835.
Morgagni. *Delle sedi e delle cause delle malattie*, vol. II, pag. 547.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Le crisi epilettiche jacksoniane o generalizzate all'inizio della sclerosi a placche.

(G. Guillain e P. Mollaret. *Bulletin de l'Acad. des Médecins*, 5 maggio 1936).

Le crisi epilettiche sono considerate nelle descrizioni nosografiche della sclerosi a placche come una manifestazione rara e contingente; secondo gli AA. la loro presenza è meno rara di quanto generalmente si crede.

Queste crisi possono aversi in due eventualità, sia nel corso di una manifestazione di una sclerosi a placche già diagnosticata, sia al contrario come prima manifestazione di una sclerosi a placche che sarà riconosciuta solo più tardivamente. In quest'ultimo caso, molto meno frequente del primo, ma tuttavia molto importante, le crisi epilettiche non sono quasi mai riconosciute nel loro vero significato. Se si tratta di crisi epilettiche generalizzate, queste vengono considerate il più spesso come crisi di epilessia detta essenziale; se si tratta di crisi a carattere jacksoniano esse vengono considerate come sintomatiche di tumore cerebrale. D'altra parte gli A. credono che si può domandarsi, dal punto di vista della patologia generale, se alcune delle crisi epilettiche dette essenziali dei giovani, non siano provocate dal virus della sclerosi a placche, restando even-

tualmente l'unica manifestazione evidente di questa malattia.

A conferma della loro opinione gli AA. riportano 4 casi di crisi epilettiche che sono state la prima manifestazione clinica di una sclerosi a placche e che hanno preceduto di parecchi anni i sintomi comuni della malattia che hanno permesso la diagnosi esatta. Gli AA. confrontano le loro osservazioni con quelle già esistenti nella letteratura medica e che sono più numerose di quanto si potrebbe supporre, dato il poco spazio che a questo anormale inizio della malattia è dato dai trattati classici.

Le loro osservazioni personali, unite a quelle raccolte dalla letteratura permettono agli AA. alcune osservazioni interessanti. Essi individualizzano diversi tipi clinici:

1) alcune di queste crisi epilettiche rasentano il carattere jacksoniano e possono essere seguite da disturbi paralitici transitori o permanenti: tali disturbi fanno pensare all'esistenza possibile di un tumore cerebrale. Questo errore di diagnosi è stato commesso da neurologi distinti e ci sono stati persino dei malati che sono stati operati. Oggi tali errori possono in certo qual modo facilmente evitarsi con le moderne tecniche di esame del liquor e la ventricolografia.

2) Le crisi epilettiche possono presentarsi sotto forma generalizzata e quindi essere considerate come essenziali.

3) Sono stati segnalati dei fenomeni epilettici presentanti il tipo degli equivalenti del *petit mal*.

4) Molto raramente si osserva il tipo di epilessia parziale continua di Koyewnikow che sembra dipendere da un focolaio evolutivo corticale. Questa varietà speciale di epilessia è stata più volte notata d'altronde nei casi di tubercoli cerebrali corticali. La patogenesi delle crisi epilettiche nelle sclerosi a placche è facilmente spiegabile secondo gli AA.

Alcuni AA. hanno supposto una semplice coincidenza tra le crisi epilettiche da una parte e la sclerosi a placche dall'altra. Una tale teoria in presenza della molteplicità dei casi conosciuti è insostenibile. Le crisi epilettiche della sclerosi a placche sono invece in rapporto con dei focolai di encefalite infettiva evolutiva. Esse sono assolutamente simili, quanto alla loro patogenesi, a quelle che si constatano eventualmente in altre malattie infettive del neurasse: la sifilide, la tubercolosi, la tripanosomiasi, le diverse encefaliti a ultra virus neurotropo. Gli AA. insistono specialmente sulle crisi epilettiche jacksoniane o generalizzate che precedono di molti anni gli altri segni della sclerosi a placche e che sono in sostanza il modo di inizio apparente della malattia. I primi segni della sclerosi a placche, che dipendono dalle zone di inoculazione del neurasse sono estremamente varie. Quasi mai la sclerosi a placche viene riconosciuta alla sua prima poussée evolutiva: si sa che la nevrite retrobulbare è talvolta il primo segno della sclerosi a placche, precedendo spesso di vari anni gli altri sintomi: nella stessa maniera le crisi epilettiche possono precedere di più anni (10 anni in una delle osservazioni degli AA.) una sclerosi a placche riconosciuta più tardi per l'infezione diffusa del neuras.

Gli AA. credono dunque che si può dal punto di vista della patologia generale emettere una ipotesi razionale. Fra le crisi epilettiche dette essenziali che si manifestano in individui giovani o adulti, crisi per le quali non si può spesso scoprire alcuna causa apparente ne esistono forse alcune che sono delle manifestazioni del virus della sclerosi a placche.

Si può pensare che talvolta, se queste crisi restano isolate e non si rinnovano, si tratta di una forma frustra e abortiva della sclerosi a placche. Gli AA. pensano che sia regola assoluta in presenza di una crisi epilettica detta essenziale di praticare sempre un esame completo del liquor specialmente dal punto di vista delle reazioni colloidali. La presenza eventuale del carattere positivo delle azioni colloidali implicherà non solo la necessità di una cura col Luminal ecc. ma anche quella di un trattamento antinfettivo col salicilato di soda, l'urotropina, la chinina, i metalli colloidali, l'antimonio. G. LA CAVA.

Le encefalopatie demenziali della vecchiaia.

(P. DELMAS-MARSALET. *Journ. de médecine de Bordeaux*, 10 maggio 1936).

Dopo il periodo della vita che corrisponde all'età matura, l'organismo umano subisce un'involuzione di ordine fisico e psichico dimostrata dalla diminuzione delle capacità genitale, muscolare ed intellettuale. Il nuovo periodo, di cui tale involuzione costituisce il preludio, corrisponde alla vecchiaia e possiede una patologia propria, in cui l'indebolimento delle facoltà psichiche ha un posto tanto importante che molti autori considerano la demenza come la fase terminale obbligatoria di qualunque vita, purchè questa sia abbastanza lunga.

A parte gli esempi di individui che hanno conservato a lungo una notevole capacità di produzione intellettuale, si può dire che, come espressione statistica, la vecchiaia incomincia a 60 anni. Verso tale età, presa come media, incominciano le trasformazioni involutive cerebrali capaci di alterare lo psichismo umano, che possono dividersi in due gruppi: 1) connesse a processi di senilizzazione extracerebrali; 2) primitivamente cerebrali. Le prime comprendono le varie sclerosi e più specialmente quella vascolare, per cui mediante il doppio meccanismo dell'autointossicazione, da un lato, e della meiopragia circolatoria dall'altro la nutrizione del cervello si trova profon-

damente turbata; si ha così la senilizzazione cerebrale secondaria, di cui la demenza arteriosclerotica è il tipo meglio definito.

I processi d'involuzione propriamente cerebrali hanno la caratteristica di essere abiotrofici e mettono capo alla senilizzazione cerebrale primitiva, di cui la demenza senile è il tipo più compiuto.

Evidentemente, i due tipi di senilizzazione possono intricarsi e, d'altra parte, si possono avere delle senilizzazioni cerebrali localizzate in certe parti, di cui la malattia di Pick costituisce un esempio.

La demenza senile.

Il periodo iniziale è caratterizzato da un insieme di cambiamenti psichici, di cui l'individuo può avere coscienza, perchè costituiscono sul principio più una facile stancabilità che una vera demenza. È anzitutto la debolezza di trasformazione delle sensazioni in idee; scomparsa del potere di creazione, predominanza di reminiscenze e di automatismo. Il campo cerebrale ne viene ristretto e la vita mentale si riduce alle operazioni che stancano meno. L'ambiente che circonda il malato non si accorge di nulla sul principio, perchè gli atti ordinari della vita sono compiuti secondo il solito. Ma, poco a poco, si manifestano i segni precursori della demenza, che indicano un vero dissolvimento dello psichismo.

1) *Il dissolvimento della memoria* diventa il fatto fondamentale; non si tratta di una diminuzione globale, ma della perdita della facoltà di rilevare le cose, unita ad una fissazione difettosa delle impressioni recenti. I malati dimenticano quello che hanno fatto il giorno prima, perdono gli oggetti. Schneider ha dimostrato con prove precise l'estrema brevità del tempo di fissazione dei fatti recenti che, nei dementi senili, scompaiono dopo pochi secondi.

Con l'amnesia dei fatti recenti, si nota la persistenza delle impressioni antiche, sicchè ne deriva un difetto di orientamento nel tempo e nello spazio. Così i dementi senili finiscono per non saper più dove sono, dove vivono od hanno l'illusione di trovarsi in un antico ambiente a loro noto.

2) *Il dissolvimento dell'affettività.* Le gioie ed i dolori sfiorano poco o punto il demente senile. Il volto può avere una data espressione, ma non si tratta che di concetti più o meno deliranti foggiati con i detriti del suo psichismo. Tale indifferenza colpisce chi circonda il malato, che vi vede a torto dell'amoralità.

3) *Il dissolvimento del giudizio.* Si esprime nella condotta dei propri affari, delle cose di ordine affettivo (donde spesso dei matrimoni mal combinati), spesso con atti immorali (esibizionismo, attentati al pudore) o con imprudenze infantili (incendii accidenti diversi).

4) *Il dissolvimento delle conoscenze.* Può essere la conseguenza dei disturbi mnesici o del giudizio, oppure costituire un deficit particolare. Dimenticanze del vocabolario, sbagli di sintassi, di ortografia, professionali, delle acquisizioni automatiche. Certi atti professionali possono rimanere a lungo possibili, il che può condurre ad errori sul reale stato intellettuale dell'individuo.

Parallelamente al dissolvimento progressivo delle grandi funzioni psichiche, si ha una concentrazione mentale dell'attività residua e la creazione di una vita mentale spesso automatica, scevra di autocritica, spesso impulsiva, abitualmente egoista, perchè ridotta al ristretto mondo, di cui l'individuo è il centro e la circonferenza.

Caratteristici sono: l'egoismo, l'avarizia morbosa, la tendenza a rifriggere sempre le stesse cose, risultante da un certo automatismo mentale e da una selezione dei ricordi (antichi); l'incoerenza mentale, l'afasia amnesica danno a tale tendenza un andamento speciale. Abbastanza frequente è la fabulazione.

Il carattere automatico e spesso impulsivo delle reazioni si esprime con la tendenza alla collera, alla violenza, simili a quelle del bambino contrariato. Frequenti le fughe; in molti casi, si ha una vera agitazione motrice automatica, che sembra quasi beffarsi delle leggi della fatica; donde, l'insonnia, le grida, l'agitazione notturna, la tendenza a strappare ogni cosa, che rendono presto impossibile la vita familiare.

Dopo un certo tempo, il demente entra nella fase terminale, incapace di compiere gli atti più semplici, incoerente nel suo linguaggio. Parallelamente ai disturbi mentali, si nota una involuzione fisica, espressione della sclerosi di altri parenchimi. Per un po' di tempo, lo stato generale resta abbastanza buono; poi, abbastanza rapidamente si ha un dimagrimento inesorabile, un vero disseccamento, compaiono escare, disfagia, disturbi sfinterici ed il malato muore in marasma o per una complicazione intercorrente.

Una forma clinica particolare è la demenza senile delirante, che si manifesta col delirio di pregiudizio, di persecuzione, di interpretazone. Le idee deliranti portano spesso i dementi senili a reazioni antifamiliari, di cui sono prova certi testamenti tardivi.

Il processo anatomico è costituito da una senilizzazione del tessuto nervoso accompagnata o favorita dalle senilizzazioni extracerebrali.

La demenza arteriosclerotica.

Si manifesta più precocemente (fra i 50 ed i 60 anni) ed è caratterizzata anzitutto da una sclerosi più o meno accentuata delle arterie cerebrali, donde produzione di focolai emorragici o malacici disseminati nel cervello, fra cui rimangono zone di parenchima sane. Si

tratta di un processo meno diffuso ed, in certo modo, insulare per cui la demenza risulta più parcellare che quella senile vera, mentre è accompagnata da segni neurologici di localizzazione.

L'affezione si inizia con un accidente neurologico, come emiplegia, disturbi della parola, vertigini, ecc. Sul principio, tali accidenti non hanno influenza sullo psichismo, ma con la loro ripetizione (il che indica la moltiplicazione dei focolai) compaiono i disturbi psichici.

Il deficit intellettuale è lacunare e non globale; l'orientamento generale, il sentimento della personalità, la coscienza dello stato morboso sono conservate a lungo.

Il potere di fissazione dell'attenzione è diminuito, la memoria è lacunare, il giudizio rimane sufficiente in certi dominii. L'affettività è turbata (indifferenza, ansietà, euforia); non sono rare le idee deliranti e la tendenza al suicidio.

L'esame medico, oltre ai fatti neurologici, mette in rilievo una pressione arteriosa di 200-100, senza che si raggiungano le cifre elevatissime della cerebro-sclerosi lacunare di Grasset.

Se ne possono avere diverse forme: quella apoplettiforme, in cui predominano le note neurologiche; quella diffusa, in cui la diminuzione globale e precoce dello psichismo giustifica talora l'epiteto di pseudo-paralisi generale arteriosclerotica.

Al processo di origine vascolare, si accompagna talora l'abiotrofia senile primitiva, realizzando così delle forme miste, fra cui:

La demenza presbiofrenica di Wernicke.

Più frequente nella donna che nell'uomo, è caratterizzata da: 1) amnesia massiva e spesso rapida che ricorda certe confusioni mentali; 2) migliore conservazione del giudizio, dei sentimenti morali, delle conoscenze acquisite; 3) fabulazione spesso enorme.

Importante per questa forma è la nozione di un processo autotossico sovrapposto alla demenza. Esso spiega certi attacchi che si riscontrano nella demenza senile ed in quella arterio-sclerotica, per cui si devono ricercare le eventuali cause, infettive, renali, od altre; agendo su queste, si può talora influenzare favorevolmente la demenza.

Le demenze da senilizzazione localizzata.

È soprattutto importante la *malattia di Pick*, affezione della età presenile (45-60 anni) che colpisce più spesso le donne, caratterizzata dal punto di vista anatomico da atrofia cerebrale circoscritta e simmetrica, localizzata alle regioni fronto-temporali. È talora associata ad altri processi atrofici cerebellari o miopatici e va considerata come un'affezione eredo-degenerativa.

Si inizia generalmente in modo insidioso, con disturbi di cui l'individuo non ha coscienza (memoria di fissazione, giudizio, tendenza all'indifferenza ed all'apatia, ghiottoneria, perdita di senso morale, atti antisociali).

Nel periodo di stato, non predominano i disturbi della memoria e mancano praticamente la fabulazione e le idee deliranti. Sono sopratutto presi il giudizio (dimenticanze, lavoro mal fatto, mancanze di senso morale) e l'affettività (apatia, perdita di contatto con la realtà). Vi si aggiungono disturbi del linguaggio consistenti essenzialmente nella diminuzione della tendenza spontanea a parlare, con dimenticanze del vocabolario e difficoltà di evocare il nome degli oggetti. Inoltre, le frasi hanno tendenza stereotipata e, nel parlare, si hanno delle ripetizioni automatiche, per cui si arriva ad una vera eco-palilalìa. Si hanno cioè: ripetizione spontanea ed apparentemente incoercibile di uno o più parole di una breve frase; tendenza all'abbreviamento generale delle frasi; monotonia dell'eloquio che è spesso esplosivo all'inizio e diventa espirante alla fine. Altri fenomeni iterativi sono la verbigerazione, le stereotipie, la perseverazione.

Vi si aggiungono i fatti agnoso-aprassici (per cui il malato arriva a non riconoscere più gli oggetti e non saperne l'uso), e le lesioni a focolaio (attitudine in flessione degli arti inferiori, rigidità, crisi di ipotonia).

Nel periodo terminale, aumentano i fenomeni demenziali, l'ebetudine, il mutismo; si installano la tendenza a mettere tutto in bocca, la coprofagia ed il malato muore in stato di cachessia, se non sopravviene una malattia intercorrente.

Vi si distinguono due forme: quella ipercinetica (eccitazione con euforia, atti impusivi, stereotipie) e quella ipocinetica (indifferenza ed apatia, con mimica povera, tendenza alle attitudini fissate). La durata della malattia è di 2 a 10 anni.

La terapia.

Salvo i casi di demenza arteriosclerotica e quelli di presbiofrenia, in cui ha parte l'elemento autotossico che può essere corretto, si ha a che fare generalmente con processi inesorabili di atrofia cerebrale, contro cui la terapia è impotente. Questa, in generale, si limita all'igiene generale, alla somministrazione di medicamenti ad azione vasale (joduri, sali di mercurio), od altri per diminuire la viscosità del sangue (citrato di sodio) o neurotrofici (lecitine, preparazioni fosforate). Tutti medicamenti che, se anche non sono efficaci, sono anodini. Riprovevole è invece la pratica troppo spesso seguìta di voler far diminuire la pressione sanguigna, col pretesto che si trovano cifre di 200/100, le quali invece in individui oltre i 60 anni, indicano semplicemente un processo di difesa contro la perdita di elasticità

dei diversi parenchimi. Le terapie ipotensive hanno l'effetto di favorire la formazione di focolai di rammollimento. Possono invece avere buon effetto certi cardiotonici, come la caffeina, o dei nervini, come la stricnina, purchè non sia agitazione psicomotrice.

Quest'ultima è molto resistente alle cure ed i calmanti abituali (bromuri, barbiturici) alle dosi elevate necessarie aggiungono al processo già esistente una confusione mentale. La camicia di forza è ancora il mezzo più anodino per ottenere una calma relativa. Tosto o tardi si impongono l'internamento e le disposizioni medico-legali relative all'incapacità di gestione della persona e dei beni. *fil.*

Il trattamento della corea.

(E. APERT. *Presse Médicale*, 3 giugno 1936).

La corea semplice, vera, la chorea minor o corea del Sydenham è la forma più benigna che colpisce ragazzi e adolescenti, specie di sesso femminile. Le coree sintomatiche, acute, subacute o più spesso croniche sono di natura del tutto diversa e richiedono un trattamento particolare, sovente aleatorio.

La corea comune ha una tendenza spontanea alla guarigione, ma le cure adeguate possono abbreviarne il corso o evitarne la cronicizzazione. Il trattamento è tanto più efficace quanto più è precoce; da ciò la necessità di sorprendere e riconoscere i primi sintomi della malattia.

Il primo segno della malattia è il cambiamento di umore, il nervosismo, l'irrequietezza, la svogliatezza. I primi movimenti irregolari si rivelano con l'incapacità di attendere correttamente alle occupazioni abituali: lasciarsi cadere la penna da mano durante la scrittura, o l'ago durante l'atto di cucire. Tutti i movimenti diventano maldestri, sono ripetuti violentemente. Successivamente compaiono i sintomi caratteristici delle coree: movimenti bruschi, irregolari, aritmici delle dita, delle mani, del braccio, del tronco, della testa con smorfie del volto e contorsioni generali, movimenti che non hanno alcuna coordinazione, nessuna direzione verso uno scopo determinato.

Talvolta la corea si associa e si alterna al reumatismo articolare acuto, ed è per questo che non di rado la malattia può essere accompagnata o seguita da affezioni cardiache. Va comunque rilevato che non tutti i disturbi cardiaci che possono riscontrarsi nel corso di una corea sono legati a lesioni valvolari. Talvolta è lo stesso disordine del movimento coreico che può estendersi al muscolo cardiaco, donde l'irregolarità dell'azione del cuore e del polso. Questa « corea del cuore » suole scomparire con la guarigione della malattia.

La prima prescrizione da fare ad un coreico è il riposo e la calma assoluta. La stanchezza e le emozioni aggravano il male. L'infermo va tenuto quanto più è possibile a letto, in ambiente lontano da rumori. È stato consigliato anche di colorire in azzurro i vetri delle finestre per rendere meno eccitante l'azione della luce.

L'alimentazione non deve contenere cibi e condimenti eccitati, senza caffè e senza the. L'infermo si alimenterà prevalentemente con latte, legumi verdi e frutta.

La cura medicamentosa consiste essenzialmente nella somministrazione di arsenico ad alte dosi. È preferibile la forma inorganica, l'acido arsenioso, che può essere somministrato come liquore di Boudin o di burro arsenicale.

Il liquore di Boudin è una soluzione d'acido arsenioso al millesimo. Il primo giorno si somministrano 5 grammi del detto liquore diluito in 90 gr. d'acqua, da prendersi epicraticamente in sei volte nelle 24 ore. Si aumentano quindi 5 gr. al giorno fino a raggiungere 25 gr. Al sesto giorno si comincia a diminuire di 5 gr. al giorno, in modo che la cura dura in tutto 9 giorni. Alla fine di questo periodo tutti i movimenti irregolari sono scomparsi. Se persistono, dopo cinque giorni d'intervallo si ripeterà la cura per una seconda volta con lo stesso procedimento. È raro che la cura debba essere ripetuta per la terza volta.

Nel caso che nel corso della cura si verifichino vomiti o nausee è prudente sospendere il trattamento per riprenderlo dopo 5 giorni dalla cessazione dei detti disturbi.

Il burro arsenicale annulla i pericoli d'accidenti tossici perchè l'assorbimento avviene lentamente nell'intestino attraverso i chiliferi, organi di assorbimento dei corpi grassi. Così la cura può durare più a lungo, a dosi più forti e senza necessità di modificare l'alimentazione. Il burro arsenicale si può prendere spalmato su un po' di pane con aggiunta o non di sale a secondo i gusti.

Il primo giorno si daranno 5 milligrammi di acido arsenioso intimamente misto al burro dal farmacista, si aumenta la dose di 5 milligrammi al giorno fino a giungere a 30-40 mgr. a seconda l'età dell'infermo, per ridurre poi progressivamente di 5 mgr. al giorno.

È ovvio che queste dosi così alte di arsenico possono essere tollerate se tutti gli organi sono in perfetto stato di funzionamento. Da ciò la necessità di un'assidua sorveglianza medica durante la cura.

Nei casi, non rari, nei quali esistano alterazioni delle articolazioni o dell'endocardio giova ricorrere al salicilato di soda fino alle dosi di 6-8 grammi al giorno. Ma questo medicamento preso per via orale o rettale se è efficace sui fatti articolari e cardiaci, non risulta affatto giovevole per la corea. Perchè abbia azione contro l'affezione nervosa è necessario somministrarlo per via endovenosa. A tale

scopo s'inietterà ogni giorno una fiala con la formula seguente:

Salicilato di soda puro cristallizzato } anagr.
Glucosio . . . . } 1
Acqua distillata cmc. 10

L'aggiunta del glucosio è necessaria per impedire l'azione sclerosante del salicilato puro.

Nelle coree di tipo medio è vantaggioso anche l'uso dell'antipirina che può essere presa in pozioni o in polvere alla dose di gr. 0,50 alla volta e fino a raggiungere 2-3 grammi al giorno.

Nelle forme più gravi di corea nelle quali è più intensa l'agitazione e l'insonnia basta limitarsi a rendere più rigoroso l'isolamento e il regime dietetico ed a somministrare i barbiturici ed il tartrato boro-potassico.

La cura deve essere più energica quando le ripercussioni sullo stato generale e mentale sono precoci e profonde: agitazione psico-motoria o ebetismo, allucinazioni, febbre alta, polso frequente, insonnia assoluta, dimagrimento rapido e intenso, pericolo di morte. In tali casi giova il cloralio, le inalazioni di cloroformio senza arrivare alla narcosi, l'idroterapia fresca.

Queste forme così gravi spesso si verificano in individui con sifilide ereditaria acquisita. Giova quindi istituire le indagini del caso ed eventualmente il trattamento specifico non appena si è riuscito a calmare l'agitazione.

La corea che si manifesta per la prima volta in un individuo che ha oltrepassato di parecchi anni l'età della pubertà deve far temere, malgrado il trattamento energico precoce, una evoluzione grave. Fanno eccezione le donne che hanno avuto manifestazioni coreiche nell'infanzia, le quali nel corso di gravidanze possono avere di nuovo la corea senza alcuna gravità, e che di solito cede a dosi moderate di antipirina. DR.

MISCELLANEA.

Come agiscono gli ormoni? Azione sostitutiva e soglia di sostituzione.

(E. CANTILO. *La Presse Médicale*, 16 maggio 1936).

L'endocrinoterapia consisteva prima solo nell'opoterapia, cioè nella somministrazione di estratti glandolari: ora invece possediamo degli ormoni puri, isolati, cristallizzati, elaborati per sintesi. Possiamo ottenere la follicolina meglio ancora che dall'ovaio dall'urina di giumenta gestante e da certi vegetali. Quanto agli ormoni gonadotropi detti pre-ipofisari o prolan, che si preparano dall'urina di donna o di animali gestanti, non è affatto dimostrato che essi provengano dall'ipofisi, anzi tutto porta a credere siano diversi dal principio gonadotropo estratto dal lobo anteriore dell'ipofisi, tanto che gli americani più prudentemente parlano di *anterior pituitarylike sex hormone*. Gli studi successivi sull'azione dei principi gonadotropi o prolan sull'apparato genitale maschile hanno permesso di intravedere l'esistenza di altre varietà di prolan, oltre a quello A e B; si parla anche già di un prolan C che agirebbe nel maschio sulla coagulazione del sangue. La molteplicità delle tecniche di purificazione e di isolamento, qui come per la follicolina, a condotto a prodotti molto puri ed attivi rispetto a certi effetti determinati, ma privi di ogni carattere di specificità. Quanto ai principi attivi della tiroide, anche la tiroxina non rappresenta l'ormone tiroideo, come riteneva Kendall: è invece assai probabile che la tiroide possegga un numero considerevole di principi attivi.

Gli esempi riferiti mettono in evidenza la complessità dei problemi posti dall'impiego degli ormoni in terapia. Il trattamento con gli ormoni isolati differisce dunque dall'organoterapia classica: quest'ultima non comporta quasi rischi e realizza in modo perfetto l'endocrinoterapia sostitutiva, pur non essendo una terapia eroica. Al contrario l'impiego di ormoni puri comporta dei rischi e determina dei contraccolpi che si estendono a tutto il sistema endocrino.

E. Cantilo, basandosi sulla propria esperienza ha formulato una legge generale che si applica a tutti gli ormoni introdotti in dose utile e che rappresenterebbe la chiave di volta dell'ormonoterapia. Questa legge, di cui bisogna tenere conto per non essere sorpresi da risultati nettamenti contrari a quelli prevedibili, così si può esprimere: « ogni ormone introdotto in quantità sufficiente per agire direttamente per sostituzione provoca, appena sorpassata la soglia di sostituzione, la messa in azione del sistema ormonico antagonista ». Con la iniezione di un ormone attivo in quantità utile si ha un'azione sostitutiva e, come effetto di questa, una messa a riposo della glandola o di una parte della glandola omologa.

Ma se si sorpassa la quantità puramente sostitutiva dell'ormone (quantità sensibilmente uguale a quella che l'ormone fornisce in condizioni normali), l'azione degli ormoni antagonisti può prendere il sopravvento, producendo un fenomeno paradossale: il blocco per mezzo dell'ormone iniettato della glandola che produce quest'ormone. Un tale fenomeno è stato frequentemente osservato in clinica e non è sfuggito agli sperimentatori. L'A. riferisce due casi molto dimostrativi per la possibilità di provocare amenorrea con alte dosi di follicolina: si tratta di due casi di amenorrea in giovinette, in cui la cura col metodo di Kaufman (iniezioni di alte dosi di benzoato di follicolina e quindi di luteina) aveva dato in un primo tempo risultati favorevoli, in seguito venuti meno per l'instaurarsi nuovamente dell'amenorrea; la diminuzione delle dosi e l'as-

sociazione di ormone sessuale pre-ipofisario condussero alla ricomparsa di mestruazioni regolari. Un altro caso riferito dall'A. dimostra chiaramente che forti dosi di prolan, suscettibili di agire in un primo tempo stimolando energicamente la secrezione testicolare, sono capaci in seguito di determinare un vero blocco ipofisario (con conseguente impotenza), di cui la sola causa possibile è l'attività eccessiva della gonade. In modo simile si può interpretare l'anafrodisia con eunucoidismo tardivo degli acromegalici, che segue ad un periodo più o meno lungo di iperattività sessuale, e l'amenorrea delle donne acromegaliche.

Per evitare questo blocco da eccesso di ormone, che a sua volta si ripercuote su tutto il sistema endocrino, bisogna mantenersi al disotto della soglia di sostituzione e, se si somministra a lungo un ormone isolato, bisogna sostenere indirettamente la glandola di cui si usa l'ormone: così, ad esempio, nell'ultimo caso suaccennato il blocco delle preipofisi è stato corretto mediante somministrazione di estratto tiroideo fresco. L'uso di estratti glandolari totali non comporta simili pericoli, in quanto con essi non si introducono dosi massive di ormone ed inoltre si fornisce un insieme di ormoni, ad azione in parte antagonista. Tutto ciò deve richiamare il clinico alla prudenza ed alla modestia: è evidente che il ritmo attuale della sperimentazione fisiologica, realizzata d'altronde quasi esclusivamente negli animali inferiori, non può essere seguito che nei limiti delle possibilità cliniche.

M. NUNBERG.

La glossodinia.

(S. J. GILPIN. *Jour. Amer. Medic. Assoc.*, 16 maggio 1936).

La glossodinia fu per la prima volta illustrata da Buisson nel 1854 e successivamente da Schwimmer nel 1886 e da Magitot nel 1887.

Oppenheim nel suo trattato di neuropatologia, così la descrive: La glossodinia è costituita da una parestesia, e particolarmente da un senso di bruciore e di puntura della lingua e talvolta anche delle mucose vicine. Può essere continua o parossistica; talvolta disturba il sonno. È stata per lo più osservata in donne anziane, ma non è frequente. Quasi sempre la dentatura è già caduta. Spesso è accompagnata da una predisposizione neuropatica, da diatesi artritica e da cancrofobia. L'esame obiettivo è negativo. Talvolta costituisce un sintoma iniziale di tabe o di paralisi progressiva.

Sluder attribuisce la causa della glossodinia alla tonsillite linguale. Lo stesso autore e Dean trovarono che scompare temporaneamente con la cocainizzazione e permanentemente con la alcoolizzazione del ganglio sfenopalatino.

Eugman ritiene che si tratti sempre di un fatto psiconeurotico, sopra tutto determinato dalla paura del cancro.

Beall l'attribuisce a carenze alimentari, e riferisce di avere avuto successi terapeutici con la dieta completa e la somministrazione di acido cloridrico o di alcalini.

McPhedran la riscontrò sempre in individui neurotici e ne constatò la scomparsa col miglioramento dello stato nervoso.

Marshall dà rilievo alla papilla foliata, una piccola escrescenza della mucosa ai bordi della lingua, che non ha alcun significato patologico, ma che può determinare glossodinia se avvertita dal soggetto.

Sellei e Morelli danno grande importanza etiologica all'iperacidità.

Michael nel 1931 espresse l'opinione che nello sfondo della condizione c'è sempre uno stato psiconeurotico, ma che vi possono essere cause occasionali in condizioni anormali delle tonsille o dei denti o in fatti tossici. Al riguardo sono da segnalare l'abuso di tè e di caffè.

Dei quarantotto casi esaminati dall'A. la maggior parte riguardava donne. Tutti i pazienti avevano un'età superiore ai 50 anni.

Solo dieci avevano per lo passato sofferto emicrania. Sembra quindi che non vi sia alcuna relazione fra le due condizioni.

Dal punto di vista dello stato ipocondriaco non risultarono fatti degni di rilievo. Solo cinque pazienti mostrarono uno stato depressivo. Non si può quindi affermare la frequenza della depressione mentale sia più alta nei sofferenti di glossodinia che nella generalità degli individui.

Data l'età dei pazienti l'arteriosclerosi costituisce un reperto comune, ma solo in undici si constatarono segni di arteriosclerosi cerebrale.

In sedici casi l'acidità gastrica era normale, in cinque c'era iperacidità, in tre ipocloridria ed in uno di questi era presente uno stato anemico che ulteriormente si sviluppò in forma perniciosa.

In dodici casi esisteva paura del cancro, ma non si potette determinare se era precedente o conseguente alla glossodinia. Uno di essi aveva anche paura della pellagra ed un altro della sifilide.

Lo stato dei denti era spesso cattivo. Molti si erano assoggettati all'estirpazione di parecchi denti nella speranza di eliminare le sofferenze.

Disturbi neuropsicotici furono constatati frequentemente: senso di bruciore alle gambe, cefalea continua, senso di stiramento allo stomaco e al retto, dolore continuo alle gote, malessere generale di lunga durata, senso di bruciore alla vagina e al retto, senso d'ingrossamento e di presenza di pus nelle fauci, dolore alle tonsille, disordini funzionali gastrointestinali.

In molti casi tanto la glossodinia quanto i disturbi neurotici concomitanti guarirono con cure palliative.

L'affezione guarì in due terzi di casi dopo un tempo più o meno lungo e migliorò sempre nell'altro terzo.

Le cure locali non arrecano alcun vantaggio definitivo. Solo la psicoterapia nelle sue varie forme può dare successi. DR.

La diagnosi del collasso.

(G. VELDE. *Deutsche Medizinische Wochens.*, 15 maggio 1936).

La diagnosi rapida della causa o natura del collasso ha una grande importanza pratica, in quanto da essa non di rado dipende la vita del paziente. Quando il medico ha una diretta conoscenza del malato o per lo meno ne conosce i precedenti morbosi un tale compito è facilitato, ma quando egli è chiamato a portar soccorso ad un individuo colpito da improvviso malore che vede per la prima volta e nell'assenza di persone che possano fornire dati anamnestici, può incontrare notevoli difficoltà.

Le cause del collasso sono molteplici. Esso può verificarsi nel corso di molti stati morbosi, quali le cardiopatie, il diabete, gli avvelenamenti, le lesioni traumatiche, il colpo di calore, ecc.

Una delle forme più frequenti o meno pericolose di collasso è lo svenimento o deliquio, il quale dipende da un'improvvisa anemizzazione del cervello. Suole verificarsi in individui costituzionalmente deboli o anche in individui apparentemente normali in seguito a sforzi somatici e psichici o nel corso della convalescenza di gravi malattie. Di regola oltre il pallore del volto si riscontra polso piccolo, debole, alquanto accelerato e abbondante sudorazione. Il trattamento più semplice e più sicuro è quello di far giacere supino il paziente senza cuscini sotto la testa allo scopo di favorire l'afflusso di sangue al cervello. Eventualmente lo si può porre su un piano leggermente inclinato con la testa in giù ed i piedi in alto.

Nei deliquî da debolezza cardiaca il quadro appare più grave. Il polso diventa molto frequente e spesso tanto piccolo da non potere essere più avvertito con la mano. La temperatura e la pressione possono abbassarsi. Il volto è pallido talvolta cianotico; la sudorazione è abbondante e fredda.

Nei gradi più accentuati si ha il complesso sintomatico di Adams-Stokes, caratterizzato da gravi disturbi del ritmo cardiaco ed accessi di più lunga durata con disturbi notevoli della conoscenza. Durante l'attacco il polso è piccolissimo e molto raro, talvolta ridotto a 7-10 battiti al minuto. Anche il ritmo respiratorio è notevolmente rallentato. Non di rado si hanno scosse toniche e cloniche delle estremità è talvolta anche accessi epilettici generalizzati. Se si ha l'opportunità di esaminare il paziente durante l'attacco la diagnosi non offre difficoltà. La cura è essenzialmente preventiva. Con il riposo e con l'eliminazione di tutto ciò che può provocare strapazzi fisici o inquietudini morali si può evitare la comparsa degli accessi. Durante l'attacco sono indicati gli analettici (caffè, vino). L'adrenalina e la strofantina rendono buoni servigi, mentre la digitale è controindicata.

In individui diabetici talvolta si possono incontrare serie difficoltà per decidere se uno stato d'incoscienza sia un coma iperglicemico o uno shock ipoglicemico.

Di solito il coma iperglicemico è preceduto da prodromi più o meno allarmanti: astenia, sonnolenza, inappetenza, disordini intestinali e talvolta irritabilità. Durante l'attacco i sintomi non sempre sono molto caratteristici. Di solito la musculatura è molto rilasciata, la respirazione è profonda, l'alito acetonico. È tipico l'abbassamento della pressione endoculare, che si estrinseca con una certa mollezza dei bulbi. In tali casi i sintomi cardiaci sono molto spiccati: tachicardia accentuata e notevole abbassamento della pressione. Nelle urine si riscontrano oltre al glucosio ed all'acetone quasi sempre albumina e cilindri.

Nello shock ipoglicemico invece del rilasciamento si ha un aumento del tono dei muscoli che si rileva con un'esagerazione dei riflessi tendinei. I primi sintomi sono costituiti da fame intensa, tremori ed agitazione generale. Segue una forte sudorazione, vertigini, senso di angoscia, delirio ed infine perdita della coscienza e collasso.

Questi sono i quadri tipici, ma talvolta la sintomatologia non è così netta da consentire una diagnosi sicura. È pertanto consigliabile nei casi anamnesticamente e sintomatologicamente non sicuri procedere all'accertamento del tasso glicemico.

La terapia è semplice: nel coma iperglicemico iniezioni di grandi dosi di insulina, nello shock ipoglicemico iniezioni endovenosa di soluzioni glucosate.

Il coma uremico ha generalmente una sintomatologia caratteristica. Di solito al principio si hanno scosse cloniche o un irrigidimento tonico: al riguardo le analogie con l'accesso epilettico è molto spiccato. Si possono verificare anche movimenti coreici o atetosici, nonchè crampi tetanici, che sogliono avere un grave significato prognostico. D'altra parte si possono avere anche forme rudimentali di accessi di perdita di coscienza senza fenomeni motori. Tali casi talvolta presentano notevoli difficoltà diagnostiche per possibili confusioni con avvelenamenti da ipnotici o con l'ubbriachezza acuta. La presenza dell'alito urinoso e del respiro Cheyne-Stokes possono dare qualche ragguaglio sulla situazione, che può essere del tutto chiarita da dati anamnestici e da altre ricerche (ipertensione vasale, aumento del tasso dell'azoto nel sangue, albuminuria e cilindruria).

Il coma uremico si cura con i salassi e le punture lombari ripetute.

Numerosi avvelenamenti possono provocare perdita più o meno improvvisa della coscienza. Nella maggior parte dei casi i dati anamnestici ed i sintomi concomitanti sogliono rilevare il veleno responsabile. Talvolta questo può essere messo in evidenza odorando il respiro del paziente (alcool, cianuri).

Anche il coma traumatico può offrire notevoli difficoltà diagnostiche specie quando non sono visibili ferite esterne. Talvolta le circostanze nelle quali viene trovato il soggetto possono dare qualche indizio, come è il caso di un individuo trovato incosciente in prossimità di una condultura elettrica, con la quale egli è venuto a contatto. In altri casi possono dare ragguagli le ecchimosi in varie parti del corpo o le emorragie della bocca, del naso o delle orecchie.

Gli stati di incoscienza di origine traumatica, specie da traumi cefalici, hanno molte analogie con l'apoplessia. La diagnosi differenziale di tali condizioni, la quale ha notevole importanza dal punto di vista medico-legale e terapeutico, può essere fatta fondandosi oltre che sui dati anamnestici, sull'esito dell'esame obiettivo (presenza di arterio-sclerosi, ipertensione, cardiopatie) ed eventualmente dell'esame radiologico inteso a mettere in evidenza l'integrità o meno delle ossa craniche.

I colpi di sole e di calore sono accompagnati da stati di collasso che in genere non offrono difficoltà diagnostiche date le circostanze nelle quali essi si verificano. La terapia consiste nel rinfrescamento del corpo e nelle iniezioni di canfora e caffeina per evitare l'indebolimento del cuore. Se sono presenti fenomeni meningei occorre fare la puntura lombare.

L'accesso epilettico è clinicamente caratteristico nelle sue successioni sintomatologiche: ansia, perdita di coscienza con caduta a terra, convulsioni dapprima toniche e poi cloniche. La distinzione dell'accesso isterico non è sempre facile. La rigidità pupillare ed il segno di Babinski presenti nell'epilessia mancano nell'isteria. D'altra parte l'isterico non si produce lesioni pericolose cadendo nè si morde la lingua come fa l'epilettico.

Le embolie pulmonari sogliono determinare uno stato di collasso e possono diventare molto pericolose: la morte può sopravvenire dopo qualche minuto. L'intervento chirurgico può salvare il paziente. Nei casi leggeri sono indicati i cardiocinetici.

Anche altre embolie, come quelle dei vasi del cuore e del mesentere, possono provocare gravi stati di collasso. Nel caso del mesentere oltre al collasso si hanno defecazioni sanguinolente, meteorismo ed ileo. La cura consiste nel riposo più assoluto.

Sono ben noti i deliqui da embolie gassose, che ora con l'introduzione del pneumotorace terapeutico sogliono verificarsi più frequentemente. Si curano con salassi di almeno 400 cmc.

In molti casi il deliquio non offre difficoltà diagnostiche perchè si verifica nel corso di malattie (già riconosciute) o contemporaneamente ad altri accidenti facilmente riconoscibili fra i loro caratteri clinici o fra i precedenti del soggetto (pulmonite, affezioni epatiche, arteriosclerosi cerebrale, ileo, stati allergici). È ovvio che tali collassi oltre che con i mezzi che possono richiedere le immediate circostanze si trattano e si prevengono con la cura delle condizioni alle quali sono legati. DR.

DIVAGAZIONI

Recenti contributi italiani alla psico-fisiologia del volo.

(P. A. GEMELLI. *Wien Klin. Woch.*, n. 17, 1936).

I sorprendenti risultati che l'Italia ha oggi raggiunto nel campo della aviazione sono in parte dovuti ai perfezionamenti tecnici di apparecchi e di motori, in gran parte però sono stati resi possibili in seguito alle ricerche eseguite nei laboratori di fisiologia e di psico-fisiologia. Gli studi psico-fisiologici hanno permesso di attuare quegli speciali accorgimenti che soli hanno reso possibile all'uomo di arrivare a strabilianti altezze ed a velocità fantastiche. I limiti raggiunti dalla aviazione italiana sia in riguardo all'altezza che in riguardo alla velocità rappresentano il limite massimo a cui può arrivare l'uomo affidato alle sole sue forze naturali, nel volo in aeroplano. Se si vogliono superare questi limiti, diventa necessario ricorrere a mezzi artificiali che mantengano l'uomo che vola in un ambiente artificiale, del tutto segregato dai fattori ambientali esterni: come è il caso p. es. del pallone stratosferico.

Il massimo record di altezza è detenuto dall'italiano Donati, arrivato a 14.433 m. Egli ha potuto raggiungere una tale altezza, che sta all'estremo limite delle possibilità umane, in merito alle applicazioni delle conseguenze tratte dalla « teoria della acapnia » di Mosso. Alle grandi altezza la respirazione si trova dinanzi a fattori nuovi. A qualsiasi altezza, l'aria resta eguale quanto alla sua composizione percentuale: a mano che si sale, diminuiscono in eguale misura tutti i componenti. All'altezza di 10.000 m. una data quantità di aria contiene solo la quarta parte di ossigeno in confronto alla stessa quantità di aria al livello del mare. La pressione parziale dell'ossigeno, che al mare è di 60 mm., scende a 40 mm. a 10.000 m. di altezza: e poichè la rapidità con cui l'ossigeno inspirato dai polmoni passa nel sangue, è proporzionale alla iperpressione dell'ossigeno polmonare sull'ossigeno ematico, ne viene di conseguenza che alle grandi al-

tezze diminuisce la rapidità di passaggio dell'ossigeno inspirato, nel sangue.

L'aria inspirata viene immediatamente saturata di vapore acqueo di 37°. A tale temperatura, la pressione del vapore acqueo è di 47 mm. Hg., indipendentemente dalla pressione atmosferica. Ora ad una altezza di poco più di 19.000 m. la pressione dell'aria è ridotta a 50 mm. Hg.: pressione eguale a quella del vapore acqueo nei polmoni, ciò che renderebbe impossibile la assunzione dell'ossigeno anche se venisse fornito all'aviatore allo stato puro. Inoltre, quando la pressione dell'aria si abbassa fino alla pressione che assume ad una data temperatura il vapore acqueo saturo, quella temperatura diventa, a quella determinata pressione, la temperatura di ebollizione: a 19.000 m. di altezza, la temperatura del corpo umano porterebbe quindi alla ebollizione i liquidi organici, la vita dell'uomo non è quindi possibile ad una simile altezza.

Sia l'apparato respiratorio che tutto l'organismo cercano di adattarsi con vari meccanismi alle nuove condizioni create dalle variazioni della pressione atmosferica: questo adattamento è possibile fino ad un certo limite, al di là del quale la quantità di ossigeno assunta in una determinata frazione di tempo, diventa inferiore al fabbisogno dell'organismo. Per l'uomo questo limite è compreso tra i 4500 e i 5000 m.; in alcuni individui esso scende fino ai 3500 m., specialmente se essi devono compiere un lavoro muscolare. Contro la asfissia che lo minaccia, l'organismo si difende con un aumento dei globuli rossi e con un aumento della ventilazione polmonare. Quest'ultimo ha per conseguenza di aumentare la pressione parziale dell'ossigeno nell'aria alveolare, ciò che si può ottenere al massimo grado se si sostituisce tutta l'aria inspirata, con ossigeno puro. La pressione con cui si somministra questo ossigeno, non può però superare la pressione dell'aria ambiente, dunque a 10.000 m. i 192 mm., a 16.000 i 76 mm.; a questa ultima altezza l'ossigeno non potrebbe venire assunto, eguagliando la sua pressione quella del vapore acqueo saturo negli alveoli del polmone. Gli studi intrapresi da Mosso sulla « malattia da montagna » hanno poi dimostrato che alle grandi altezze l'organismo soffre non soltanto per la diminuzione dell'ossigeno, ma anche per la diminuzione dell'acido carbonico. Secondo la « teoria della acapnia », che oggi si è definitivamente affermata, è necessaria una determinata quantità e pressione di acido carbonico nell'aria; perchè questo gas assunto dal sangue stimola la attività del centro respiratorio. Una deficienza di acido carbonico ha per conseguenza una insufficiente stimolazione della respirazione, si manifestano allora i disturbi da altezza anche se si somministra dell'ossigeno puro. Le conseguenze pratiche tratte dalla teoria della acapnia hanno reso possibile agli aviatori di raggiungere considerevoli altezze mercè l'uso di apparecchi che forniscono loro un miscuglio di ossigeno e di acido carbonico. Questi apparecchi sono in grado di fornire a qualunque altezza ossigeno a pressione parziale eguale a quella al livello del mare, purchè essi siano regolati in modo da apportare una quantità di aria secondo una progressione che corrisponda alla curva della progressiva rarefazione dell'aria ambiente. È però necessario che l'ossigeno arrivi all'aviatore condotto da una maschera o entro un elmo apposito; inoltre la rarefazione dell'aria non deve avvenire con una eccessiva rapidità. La quantità di ossigeno da fornire all'aviatore si aggira sui 160 litri all'ora ad una altezza di 4000 m., sui 275 litri all'ora all'altezza di 10.000 m.: quantità eccessive di ossigeno possono anche esse pericolose. La aggiunta di acido carbonico all'ossigeno rende la miscela più efficace. Facendo respirare un miscuglio di 67 % ossigeno e 12,7 % acido carbonico, l'A. ha potuto raggiungere una pressione di 107 mm. Hg., il che corrisponde ad una altezza di 14.000 m. La miscela viene allestita automaticamente in un polmone artificiale. Con questo metodo Donati ha potuto raggiungere i 14.433 m. che corrispondono alla pressione atmosferica di 96,8 mm. Hg. Questa altezza potrà se mai venir superata solo di poco, perchè ad una altezza di 16.000 m. la pressione scende a 76 mm. Hg., ciò che rende impossibile al polmone di ricevere l'ossigeno e quindi non consente la vita.

Indipendentemente dalla altezza raggiunta, le possibilità del volo in aeroplano sono limitate dagli effetti che le variazioni della accelerazione esercitano sull'organismo umano. A causa della inerzia della massa dell'organismo, queste variazioni imprimono ad esso dei veri e propri colpi, soprattutto se si tratta di rotazioni del corpo, nel qual caso si aggiunge anche la forza centrifuga, tanto più forte quanto più è stretta la curva. Fin dai primi tempi dell'aviazione, in alcune determinate circostanze — soprattutto nelle curve e se avvenivano notevoli variazioni della accelerazione — si sono segnalati disturbi psichici, cinestetici e profonde alterazioni della circolazione. Un attento controllo ha dimostrato che alcuni individui avvertono, nelle condizioni sopraddette, congestione al viso, senso di vuoto alla testa, stiramenti e dolori agli organi addominali: anche perdita improvvisa di autocontrollo e disturbi dei movimenti. Le rapide variazioni della accelerazione imprimono all'organismo dei veri colpi (« chocs aériens »); questi esercitano i loro effetti specialmente sulla massa degli organi toracici e addominali, che quando la forza che su essi agisce è notevolmente superiore alla gravità, cominciano a spostarsi stirando o premendo il mesenterio e il plesso nervoso. Si possono avere contemporaneamente anche spostamenti notevoli della massa del sangue e fratture di ossa. Registrazioni fotografiche durante il volo, eseguite dall'A. con speciali apparecchi, hanno dimostrato che le

variazioni della accelerazione determinano un notevole aumento delle pulsazioni (fino a 120-130), della pressione del sangue (fino a 180) e della frequenza del respiro (fino a 40),

Questi fenomeni si osservano solo per brevissimo tempo (5-20 secondi) dopo la variazione. Si è calcolato nel quadruplo valore della costante g della gravità, il limite massimo che può essere sopportato dall'organismo umano: una tale forza viene ad agire se si vola alla velocità di 450 km. all'ora in una curva del raggio di 200 m., oppure alla velocità di 200 km. all'ora in una curva del raggio di 39 m. Volando alla velocità di 500 km. all'ora in una curva dal raggio di 200 m., un pilota del peso di 70 kg. sarebbe sottoposto ad una pressione di 825 kg. La maggior parte dei piloti sopporta per alcuni secondi una accelerazione verticale di 3 g.; solo individui particolarmente sani riescono a sopportare per brevi momenti una accelerazione superiore ai 5 g. Se la accelerazione verticale dura un solo istante, molti piloti la sopportano fino alla misura di 8 g., senza perdere i sensi (se si trascura una passeggera confusione); mentre se la accelerazione arriva ai 12 g, essa determina nella maggior parte dei piloti, istantaneamente un grave danno viscerale o fratture ossee. Nel volo orizzontale, la maggior parte dei piloti sopporta bene una accelerazione di 3 g, purchè il capo sia sostenuto; per lo più essi resistono anche ad accelerazioni maggiori.

Il record della velocità in aeroplano è detenuto da Agello, con 750 km. all'ora. A tale velocità, che sta al limite estremo delle possibilità umane, il volo deve essere perfettamente orizzontale. Qualsiasi deviazione dalla linea retta imprimerebbe all'organismo del pilota una accelerazione incompatibile con la vita.

R. POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

P. THOMAS. *Manuel de Biochemie.* Vol. in-8° di pagg. 978, Masson, Parigi, 1936, Fr. 180.

Il libro di Thomas, che l'editore presenta in una veste tipografica veramente stupenda si rivolge ai medici e ai biologi, a tutti coloro che vedono nella biochimica una scienza fondamentale, ma che non hanno il tempo di seguirne i progressi attraverso la lettura dei singoli lavori di aggiornamento. Che col 1936 sia giunto il momento di una rinnovazione del dottrinale della chimica biologica, già avemmo occasione di dire, illustrandone le ragioni, recensendo altre opere sull'argomento. Ed in verità sono già tre o quattro i volumi usciti in questi primi mesi dell'anno e che hanno il pregio di essere nuovi e moderni.

Anche il libro di Thomas cominciò con una prima parte dedicata alla fisicochimica delle cellule e degli organismi viventi e che è una compendiosa esposizione di biochimica generale (circa 200 pagine). L'A. ha riunito in questa prima parte qualche cenno sulla moderna fisica dell'atomo, sulla colloidologia biologica con cenni ai risultati dell'esame Röntgen delle macro-molecole naturali, e poi sulle solite fondamentali proprietà: tens. sup., viscosità, adsorbimento, press. osmotica, catalisi, ecc. ecc. Dopo ogni capitolo sono proposti degli esercizi pratici, che in realtà costituiscono nel loro insieme un manualetto di metodologia chimica, che può essere molto utile.

La seconda parte si intitola « delle sostanze chimiche fondamentali della cellula »: è qui trattata la parte classica della biochimica, classicamente suddivisa in chimica delle sost. proteiche, chimica dei lipoidi e chimica degli zuccheri. Sebbene la necessaria brevità non ci consenta di entrare in dettagli, ci si consenta di rilevare — e non sarà sorpresa per nessun lettore — come l'A. trascuri gran parte della letteratura internazionale, proprio come se non esistesse. Anche in Italia si è lavorato e molto e bene: a molti problemi i nostri AA. hanno portato contributi fondamentali. L'ignorarli completamente nuoce alla obbiettività e alla completezza del libro, nonchè alla sua diffusione in Italia.

Ma, come ho premesso, questo non ci sorprende, sopratutto da parte di AA. francesi, che, per la generale ignoranza delle lingue straniere, ritengono più o meno che la scienza finisca alle Alpi e al Reno.

Terza parte del libro: sintesi, disintegrazione, dermolisi. È una sistematizzazione originale e personale dei processi costruttivi e distruttivi, compresa tra i primi la fotosintesi della clorofilla e tra gli ultimi le ossidoriduzioni e il fenomeno essenzialmente biologico

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

della disintossicazione dei prodotti del metabolismo; sopratutto il capitolo sulle sintesi va ricordato per la sua eterogeneità ed unità concettuale ad un tempo: l'A. vi ha riunito la sintesi clorofilliana, la sintesi dei grassi dagli idrati di carbonio, le sintesi proteiche (cromoproteïdi delle alghe, ciclo dell'azoto, attività batteriche) e infine le sintesi delle purine, dell'ac. urico particolarmente.

La quarta parte comprende quella che può ben dirsi la biochimica speciale dei vari organi e sistemi. E cioè chimica fisiologica del sangue, della linfa e trasudati, del midollo osseo, digestione, muscolo, del latte e dell'uovo, del rene e dell'urina, ecc, ecc.

In questa parte vi sono anche trattati i capitoli dell'attività vitaminica ed ormonica, ed infine un po' di biochimica vegetale, con larghi cenni sull'origine dei prodotti ciclici, dei terpeni, del tannino e derivati, e particolarmente sull'origine e le proprietà generali degli alcaloidi.

In complesso opera ponderosa e completa, che l'autore ha redatto con chiarezza ammirevole e l'editore ha reso direi ancor più accetta per la veste tipografica, che come già dissi è perfetta.

È un libro di consultazione, prezioso per noi perchè ci consente di avere dinanzi, raccolti e ordinati, i più moderni acquisti della biochimica in molti problemi di importanza generale fondamentale. M. COPPO.

G. WORMS e H. PIERRE KLOTZ. *Le Thymus*, vol. in-8°, Masson, Paris, 1936. Fr. 30.

Molto opportunamente gli autori richiamano l'attenzione su questa ghiandola, la cui fisiopatologia per le difficoltà delle ricerche e conseguentemente per la scarsa osservazione degli studiosi, è rimasta ancora un po' incertamente definita.

Lo studio istologico del timo che occupa gran parte del lavoro è, la parte più bella e più accurata. Gli AA. vi portano un personale contributo di non lieve entità, dimostrando, nell'argomento, una non comune esperienza tanto da poter giungere a conclusioni importanti sull'origine epiteliale e non linfocitaria dei timociti, sul significato istologico delle cellule a nucleo chiaro che costituisce la midollare, sulla funzione dei corpuscoli di Hassal, sulla scomparsa dei timociti durante il decorso della parziale involuzione che il timo subisce coll'età o in seguito ad infezioni e ad intossicazioni.

Lo studio fisiologico del timo è la parte meno estesa del lavoro: e questo è dagli AA. giustificato al principio del libro, ove dichiarano che hanno creduto opportuno di esporre principalmente le attuali conoscenze sui problemi in evoluzione concernenti l'istologia normale e patologica di quest'organo.

Sarebbe stato certo desiderabile una maggiore estensione delle ricerche bibliografiche a proposito della fisiopatologia del timo, dei suoi rapporti con le altre ghiandole dell'organismo, sia a funzione esterna che interna, e sopratutto delle ricerche le quali dimostrano l'importanza in clinica del timo considerato quale ghiandola endocrina.

La parte riguardante la patologia del timo, la diagnostica delle malattie timiche ed insieme la parte terapeutica, sono corredate, di importanti nozioni anche per il medico pratico, onde chi con larghezza di vedute consideri il lavoro nel suo insieme non può non apprezzarlo nel suo giusto valore; e considerando la difficoltà speciale dell'argomento, la particolare finezza delle indagini, e la praticità di molti risultati, si deve riconoscere il contributo veramente notevole che all'interessante argomento porta questo lavoro il quale sarà certo sprone a nuove e fruttuose indagini sperimentali. MESSINI.

A. PETTIT. *Sérothérapie entipoliomyelitique d'origine animale*. Vol. in-8° di pagg. 260. Masson & C. Paris 1936. Frs. 30.

L'A. fin dal 1917 prepara all'Istituto Pasteur di Parigi del siero antipoliomielitico, ma si è sempre astenuto dal far conoscere la sua opinione sul valore terapeutico di questo medicamento. Anche ora piuttosto che esprimere il suo giudizio preferisce riferire le conclusioni alle quali sono giunti i clinici che hanno usato tale siero: quando viene iniettato nella fase preparalitica, il S.A.P. impedisce lo stabilirsi delle paralisi e delle paresi. Esso agisce con uguale efficacia contro l'ascesa del virus ai centri bulbari; diminuisce la gravità delle complicazioni, anche se non riesce a sopprimerle; arresta la evoluzione della poliomielite anche quando il bulbo è già compromesso; infine diminuisce la mortalità del 50 %.

Il volume che l'A. dedica ora a questo argomento comprende tre parti.

Nella prima parte troviamo una dettagliata esposizione dei metodi di preparazione e di titolazione del S.A.P. con il cavallo, il cinocefalo e lo scimpanzè.

L'Autore s'intrattiene a lungo sui dettagli di tecnica (dedicando ad esempio qualche pagina ai sistemi di contenzione).

Gli animali sono immunizzati mediante iniezione di midollo spinale di scimmia poliomielitica.

Nella seconda parte è esposta la posologia e i modi di somministrazione del siero, oltre alle sue indicazioni. Segue una lunga casistica, ed infine una ricca ed accurata bibliografia. E. CARLINFANTI.

G. PORTMANN e H. RETROUVEY. *Les voies aériennes et la tuberculose*. Un vol. in-8° di 312 pagine, con 30 fig. Masson e C.ie, Paris, 1936. Prezzo 50 fr.

Il problema della tubercolosi va indirizzandosi sempre più verso una visione totalitaria.

per cui cadono le antiche barriere che costringevano in un campo chiuso le singole attività. Uno degli avvicinamenti che appariva più logico è quello di unire la trattazione della tubercolosi delle vie aeree superiori a quella polmonare, in un tutto unico, in modo che la prima non sia esclusivo dominio dello specialista nè, dal canto suo, questi trascuri di considerare la forma polmonare.

Alla collaborazione di un oto-rino-laringologo e di un tisiologo è dovuto questo volume che è essenzialmente dedicato alla tubercolosi delle vie aeree superiori nei suoi rapporti con quella polmonare. Tratta la tubercolosi del naso, naso-faringe, seni, faringe, laringe e trachea, dal punto di vista clinico, patogenetico e terapeutico, specialmente applicando i principî di cura della tubercolosi polmonare (generali e collassoterapia) alle forme delle vie aeree.

Interessanti capitoli sono anche quelli sulle false tubercolosi polmonari, sulle emottisi non tubercolari e sulle affezioni nasali che possono accompagnare la tubercolosi polmonare.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Primo Convegno Nazionale della Società Italiana di Antropologia e Psicologia Criminale.

(9-10 maggio 1936).

La seduta inaugurale ha avuto luogo nell'Aula Magna del Museo Criminale alla presenza di moltissimi studiosi e cultori del Diritto Penale, di Antropologia Criminale, di Medicina Legale, di Psichiatria, di Psicologia, di numerosi magistrati, funzionari delle diverse amministrazioni interessate.

Accolto da vivissimi applausi, S. E. D'AMELIO esordisce rilevando l'importanza che ha assunta la Società it. di antropologia e psicologia criminale. Mette in rilievo che importanti corsi culturali si vanno preparando nelle Sedi delle varie Sezioni, non solo per studenti, ma anche per Magistrati, Funzionari, Professionisti, Ufficiali, affinchè possano rispondere alle necessità del nuovo indirizzo legislativo, e collaborare in quel programma di bonifica umana, che si impone sempre più nel campo criminologico moderno. Mette in rilievo le innovazioni del nuovo codice penale italiano, che si presentano di sempre migliore interesse nei rapporti della applicazione delle pene di misure di sicurezza basate sulla conoscenza della personalità del delinquente, della gravità del reato e della pericolosità criminale; innovazioni che hanno rese molto più efficaci le stesse leggi penali, e vanno rendendo sempre più adeguata la lotta al delitto, in Italia, quelle che sono le direttive igieniche, sociali, politiche e morali del Regime Fascista.

Ricorda che l'Italia è il paese ove è sorta l'Antropologia Criminale, che ha favorito il profondo rinnovamento delle leggi penali in tutto il mondo, e che è merito della Società Italiana di Antropologia Criminale l'aver creato un organismo scientifico, verso il quale si orientano sempre più numerosi gli studiosi di tutto il mondo.

Mette in rilievo infine che la conquista dell'Impero Africano apre nuovi campi alle indagini della nostra scienza, perchè ivi la delinquenza ha caratteri etnici che il giudice deve conoscere per un'applicazione della giustizia penale che risponda alle esigenze dell'Opera di colonizzazione.

Segue poi il Ministro della Giustizia, S. E. SOLMI, il quale ricorda che la criminologia è nata in Italia, e che l'attuale legislazione penale voluta dal Fascismo costituisce un nuovo diritto che, riassumendo e conciliando i portati di altre nobilissime scuole penali, tende a porre a base delle pene lo studio della personalità del delinquente, in rapporto alla sua pericolosità.

Il segretario generale prof. DI TULLIO riferisce ampiamente sullo sviluppo della Società in Italia, ricordando il lavoro che viene svolto nelle singole sezioni già ufficialmente costituite, di Milano, Torino, Venezia, Ferrara, Napoli, Palermo, Messina, e sullo sviluppo della organizzazione di nuove Sezioni, che si vanno formando nelle città di Bologna, Firenze, Foggia, Catania.

Riferisce ampiamente sui voti delle Sezioni italiane e sull'opera svolta all'Estero e particolarmente sul Convegno di Parigi del dicembre 1934, nel quale, per merito ed iniziativa della Società Italiana, si potè costituire una Federazione Internazionale di tutte le Società di Scienze Criminali d'Europa e d'America. A questo proposito si intrattiene sui lavori che si vanno svolgendo per l'organizzazione del 1° Congresso Internazionale di Antropologia Criminale, che avrà luogo nella primavera del 1937 in Roma.

Mette inoltre in rilievo che se è motivo di grande orgoglio per l'Italia Fascista il poter constatare che da noi la delinquenza è in notevole diminuzione, in conseguenza della maggiore efficacia delle nuove leggi penali e delle nuove istituzioni penitenziarie e delle importanti leggi sociali, ed Istituzioni politiche e militari create dal Fascismo per la bonifica fisica e morale dell'individuo e delle masse; non si può affermare la stessa cosa da parte di molte altre nazioni, pur grandi e civili, che vanno subendo invece enormi danni materiali per il continuo aumento della loro criminalità, dovuto, sia alla insufficiente efficacia delle leggi penali, sia ad una insufficiente organizzazione di tutte quelle istituzioni igieniche, sociali, che concorrono fortemente alla prevenzione della criminalità.

Auspica pertanto che la Società Italiana di Antropologia Criminale, chiamata anche a funzionare da organo centrale della summenzionata nuova Federazione Internazionale delle Società di Scienze Criminali, possa trasformarsi in un grande organismo scientifico, di carattere sia nazionale che internazionale, capace di segnare all'Italia ed all'Italia ed al Mondo quei criteri scentifici e pratici, che si rendono sempre più indispensabili per la lotta moderna contro la criminalità, nell'interesse supremo di una più alta civiltà umana.

RELAZIONE.

Sull'esperimento delle misure di sicurezza in Italia.

S. E. NOVELLI. — L'O. illustra ampiamente i risultati conseguiti dall'applicazione delle misure di sicurezza, e, in base a statistiche da lui personalmente raccolte e controllate, dimostra la bontà dei

risultati ottenuti, che sono una larga conferma della possibilità di riadattare, e rieducare i delinquenti. Segnala che il grande successo riportato in tale campo della rieducazione dei delinquenti è da mettersi in rapporto della bontà della legislazione penale fascista, e dei nuovi Istituti Penitenziari, e riafferma che i risultati dell'esperimento compiuto in Italia saranno la luce viva che guiderà il cammino del diritto penale dell'avvenire.

Ricorda che le linee fondamentali della vigente legislazione penale fascista furono segnate nel programma del Partito che ha trovato in Alfredo Rocco la mano maestra che seppe tradurre in leggi mirabili il pensiero del Duce; ed afferma che l'opera vigile dei magistrati e dei funzionari degli Istituti di Prevenzione e di Pena, operanti in perfetta unione di spirito e d'intenti, ha reso possibile la completa attuazione delle nuove leggi penali.

Sull'organizzazione dei centri di osservazione in Italia in rapporto alla profilassi precocissima della delinquenza minorile.

AVV. SILENO FABBRI. — L'O., dopo aver premesso che la profilassi è il metodo di lotta più idoneo per la tutela della sanità fisica e morale della stirpe, ricorda l'importanza che spetta alla O.N.M.I. in rapporto anche alla profilassi della delinquenza minorile.

Comunica ed illustra al Congresso i risultati sinora ottenuti in questo campo in Italia, attraverso il funzionamento dei Centri di osservazione per minorenni abbandonati e delinquenti, che svolgono la loro opera scientifica e profilattica nell'orbita del Centro di rieducazione per minorenni e del Tribunale per Minorenni; e mette sopratutto in rilievo l'importanza che spetta alla Profilassi precocissima della delinquenza minorile, che viene svolta nel centro di osservazione per mezzo del Consultorio di Medicina Pedagogica Emendativa, istituito in Roma fin dal novembre del 1934.

Ritiene che il funzionamento di tale Consultorio, completando l'opera del Centro di osservazione, e favorendo la assistenza fisica e morale di tutti i minori anormali della condotta che, nella scuola e nelle famiglie, nell'età dai 6 ai 12 anni, vengono comunque a dimostrarsi predisposti ad un comportamento antisociale o addirittura delinquenziale, si presenta di efficacia veramente decisiva nel problema della lotta contro la delinquenza minorile, e quindi come un nuovo strumento di altissima importanza per l'applicazione delle stesse direttive che il regime fascista segue per l'elevazione morale ed individuale di tutte le nazioni civili.

Utilizzazione della cartella biografica della polizia.

Prof. GIUSEPPE FALCO. — L'oratore, dopo aver riferito sullo sviluppo della cartella biografica, e su quella che è la cartella biografica in atto presso tutte le Questure del Regno, sostiene che tale cartella biografica dei delinquenti nella pubblica sicurezza costituisce un documento che si presenta sempre più importante nella applicazione delle leggi della Polizia di prevenzione, e specialmente nell'applicazione delle nuove leggi penali, che richiedano la conoscenza della personalità del delinquente, a cui il Magistrato può aggiungere tanto più facilmente quanto più è nelle condizioni di poter utilizzare la cartella biografica della Polizia. Conclude affermando che, poichè tale cartella biografica, per essere veramente completa, deve contenere lo studio anche clinico del delinquente, si rende necessario sempre più la istituzione dei medici di questura, specializzati in antropologia criminale che possano quindi redigere accurate e precise cartelle biografiche, capaci quindi di essere efficacemente utilizzate anche dalla giustizia penale.

Innovazioni tecnico-scientifiche della giustizia Militare.

S. E. OVIO CIANCARINI. — Afferma la necessità della cartella antropologica-biografica nei reclusori militari e prospetta i nuovi provvedimenti presi nella giustizia militare per la prevenzione della delinquenza nell'esercito. Dà notizia pertanto della organizzazione di speciali reparti di riadattamento o di rieducazione, che rispondono pienamente alle necessità di una sempre più rigorosa profilassi della criminalità nell'esercito ed a una alta finalità e sociale.

Afferma con orgoglio che la delinquenza nell'esercito, dal 1922, è in continua progressiva diminuzione, anche per il nuovo spirito che aleggia sulle forze armate dello Stato alimentato dalla espressione di grandezza dell'Italia nuova.

Prof. sen. N. PENDE. — Ricorda l'opera di Lombroso e di De Giovanni, viene a svolgere quelli che sono i concetti fondamentali della sua dottrina biotipologica ed ortogenetica, che si presenta di particolare interesse anche nella lotta contro la delinquenza, basata sullo studio della personalità del criminale, e sull'applicazione di adeguati criteri scientifici per la profilassi della criminalità e della rieducazione del delinquente.

Parlano successivamente il prof. GEMELLI, che esamina ed analizza il problema della rieducazione dei criminali; il prof. MEDEA, che si augura che l'opera del centro di osservazione di Roma abbia ad estendersi al più presto in tutte le città italiane, ed altri.

Dopo l'approvazione di vari ordini del giorno, fra cui uno del sen. prof. Pende sulla formazione di medici criminalisti versati nelle scienze biologiche ed ortogenetiche, S. E. D'AMELIO, nel discorso di chiusura, mette in rilievo i risultati di questo importante convegno, elogiando l'attività del segretario generale prof. Di Tullio, ed inviando il saluto al Duce, fra i più vivi applausi dei congressisti che, prima di allontanarsi dalla sala hanno voluto improvvisare a S. E. D'Amelio una calorosa manifestazione di simpatia.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Contributo alla clinica dell'acromegalia.

Nell'acromegalia si possono osservare disturbi di ghiandole a secrezione interna, quali iper- o ipotiroidismo, adiposità tipo Fröhlich, alterazioni del ricambio dei carboidrati, associazione con diabete insipido, alterazioni vasali arteriosclerotiche, poliglobulia, alterazioni ossee ed articolari. Non è rara l'associazione dell'acromegalia con malattie organiche del sistema nervoso.

È noto anche che nell'acromegalia si può riscontrare un ingrandimento di quasi tutti gli organi interni, del fegato, della milza, del colon, dei reni, dei surreni, del pancreas ecc.

G. Holland (*Münch. Med. Wschr.*, 6 marzo 1936) ha osservato in un uomo acromegalico 54enne un ingrandimento di alto grado del cuore (cor bovinum), senza lesioni valvolari o segni di sclerosi coronaria o di altra lesione miocardica, senza precedenti di angina, di malattie infettive o di abusi di alcool; l'elettrocardiogramma era normale, le prove di carico del cuore davano risultati normali, la pressione arteriosa era di 135-90 mm. di Hg.

Falta ha osservato in un acromegalico un aumento dell'ombra cardiaca. Humphry e W. E. Dickson hanno descritto in due casi un ingrandimento del cuore, con lieve ipertonia, nel quadro di un aumento di volume del fegato, della milza e di tutto il sistema muscolare. Nel caso in oggetto invece non coesisteva ingrandimento degli altri organi interni. In casi simili possiamo parlare di acromegalia con associazione di gigantismo viscerale.

M. NUNBERG.

Considerazioni sui rapporti tra gigantismo ed acromegalia.

Marinesco, Jonesco-Sisesti e Alexiano-Buttu presentano all'Accademia un gigante di 22 anni alto metri 2,24 e del peso di 150 Kg. circa. (*Bull. Acad. Médec.*, 19 maggio 1936).

In riassunto, si tratta di un caso di gigantismo con qualche nota comune all'acromegalia, anemia, astenia molto intensa, con caratteri sessuali secondari e libido scarsissimo, con alterazioni del ricambio dei grassi, delle proteine e degli zuccheri. Il problema della patogenesi del gigantismo non è totalmente chiarito ed oggi si tende a riprendere in esame la vecchia definizione di Brissaud e Meige: « il gigantismo è l'acromegalia dell'adolescente e l'acromegalia è il gigantismo dell'adulto ».

Gigantismo, in senso lato, vuol dire sviluppo esagerato del corpo, che supera i limiti medi. Il gigantismo rappresenta però un'entità patologica con segni clinici e biochimici ben determinati.

È molto importante esaminare il problema del gigantismo dal punto di vista della costituzione. È noto come per i lavori di De Giovanni, Viola e Pende si distinguano due tipi opposti, il brevilineo ed il longilineo. Orbene il gigante è un longilineo patologico. Esaminando il loro soggetto con alla mano le tavole di Viola gli AA. affermano che il loro p., è un longilineo d'eccezione, una vera mostruosità dal punto di vista costituzionale.

Passando all'esame delle varie funzioni endocrine risultano chiari nel caso, i segni di insufficenza genitale, surrenale e sopratutto di iperfunzione ipofisaria.

Secondo gli AA. benchè l'eziologia ipofisaria del gigantismo sia indiscutibile, alcune riserve vanno fatte tenendo presente il terreno costituzionale su cui l'ipofisi agisce.

Per quanto riguarda i rapporti con l'acromegalia, bisogna dire che se il gigantismo non è più possibile dopo la saldatura delle cartilagini di accrescimento, l'acromegalia può svilupparsi anche prima della saldatura stessa.

E poi il processo in un caso (gigantismo) colpisce proprio le ossa, nell'altro il periostio, donde « il tipo lungo di Marie » nel primo caso è il « tipo largo » nell'altro.

Ma sopratutto è fondamentale la seguente regola: l'azione ipofisaria se si svolge in un longilineo, dà un gigante, se in un brevilineo produce un acromegalico. È questa la correzione da apportare alla formula di Brissaud o Meige.

Ma anche un altro dato và tenuto presente ed è che secondo le conclusioni di Pende e di Brandt, i brevilinei si fermano prima dei longilinei nella loro evoluzione corporea, d'onde diversità di risposta allo stimolo ipofisario.

Infine probabilmente le ghiandole endocrine si modificano in rapporto all'età ed anche questa può essere una interpretazione del perchè l'effetto della iperfunzione ipofisaria ma diverso nei giovani e negli adulti. Queste sono le considerazioni suggerite agli AA. dallo studio di questo caso di gigantismo. Essi ritengono impossibile affrontare lo studio della sua patogenesi senza tener conto preponderante delle leggi della medicina costituzionalistica.

M. COPPO.

Acromegalia e tensione arteriosa.

M. Séquier (*Ann. d'Anat. Path.*, 1936, pagina 179) riferisce su di un caso di acromegalia venuto a morte in seguito a emorragia cerebrale. Si trattava di una donna di 34 anni ammalata da tre anni. All'esame necrospico si notava una notevole ipertrofia del ventricolo sinistro, nulla ai reni, surreni, e ovaia, non arteriosclerosi. All'esame dell'encefalo si notava una emorragia nel 3° e 4° ventricolo e nello acquedotto di Silvio. La sella turcica era in-

grandita per la presenza di un adenoma ipofisario del volume di una grossa ciliegia. La diagnosi istologica e macroscopica concluse per un adenoma maligno a cellule eosinofile atipiche. L'autore discute sulla causa da attribuirsi all'ipertensione; esclude che essa potesse ripetere la sua origine da una delle comuni alterazioni renali, surrenali, vascolari. Egli per esclusione conclude che tale ipertensione era in rapporto con il tumore ipofisario. L'interesse del caso è dovuto sopratutto al fatto che si trattava di ipertensione associata a un tumore ipofisario a cellule eosinofile; difatti nei casi esistenti in letteratura essa era associata o a sclerosi ovarica, o a notevole quantità di cellule basofile. In questo caso non si potevano escludere ambedue queste alterazioni.

M. PEREZ.

Rarefazione ossea post-traumatica in una giovane donna ovariectomizzata.

J. Baumgartner e F. Berthoud (*La Presse Médicale*, 21 marzo 1936) hanno osservato e riferiscono il caso interessante di una giovane donna che fu colpita, in seguito ad un trauma minimo, da una osteoporosi grave delle ossa della gamba, complicata da una frattura spontanea della estremità superiore della tibia e del perone. Questa donna aveva subito otto anni prima una castrazione totale e presentava da tale epoca manifestazioni notevoli di insufficienza ovarica. Essa guarì completamente con una cura di iniezioni di estratti ovarici e la sua guarigione permane tuttoggi. Secondo gli AA. il trauma, per quanto minimo, è stato capace di provocare uno squilibrio vaso-motore di tipo iperemico e rarefacente. La terapia unicamente endocrina seguita da successo ha provato, d'altro canto, la parte importante avuta dalla deficienza ovarica nella durata anormale del disturbo vasomotore.

La conoscenza di casi simili e della loro patogenesi potrà permettere di eliminare dal quadro della tubercolosi ossea un certo numero di pazienti il cui posto è altrove e che richiedono un trattamento terapeutico particolare, mentre comportano una prognosi affatto diversa.

VICENTINI.

Il trattamento moderno del morbo di Addison.

S. Thaddea (*Medizin. Klinik*, 17 genn. 1936) afferma che la terapia di scelta deve essere quella ormonica con l'ormone corticale. Non si può, però, dare uno schema del trattamento, poichè il modo di applicazione, l'altezza ed il variare delle dosi, la lunghezza della cura sono tutte determinate dal caso individuale. Comunque, si tenga presente che questa non costituisce una vera terapia di sostituzione come lo è l'insulina per il diabete.

Come regola generale, si dovrà prescrivere il riposo fisico e psichico; si deve specialmente insistere sull'evitare qualsiasi sforzo fisico.

Si penserà inoltre al fatto che sono diminuite le riserve di glicogeno ed a lottare contro l'acidosi; si prescriverà pertanto una dieta ricca di idrati di carbonio e di albumina e povera di grassi.

Importante è anche la terapia sussidiaria, con gli alcalini (goccia-a-goccia rettale di 10-20 g. di bicarbonato di sodio), il sale da cucina (5-8 g. al giorno per settimane e mesi) e la vitamina C.

Si provvederà per venire in aiuto alla circolazione e si eviteranno le infezioni, gli sforzi muscolari; eventualmente si procederà all'interruzione della gravidanza.

fil.

NOTE SULL'ANESTESIA

La rachianestesia nell'infanzia.

Murota (*Dsch. Zeit. f. Chir.*, 1935), ricorda come vi sia una sorta di pregiudizio ad usare la rachianestesia nei bambini e giovinetti. Non vi è al contrario alcun pericolo perchè si usino determinati accorgimenti. Essi sono del ridurre la dose normale di amitistico proporzionatamente all'età e nell'usare di aghi più sottili e più corti. Egli aggiunge una statistica di 307 casi che vanno da 1 anno di età a 15 anni e che comprendono i più diversi interventi in cui non ha dovuto lamentare inconvenienti serii tranne, in alcuni, una abbassamento della pressione, mai di carattere minaccioso. L'A. riporta anche statistiche di altri AA.

V. GHIRON.

Morte da narcosi di Evipan.

Caso di morte in seguito a iniezione endovenosa di Evipan-Natrium a scopo narcotico in donna di 43 anni non cardiopaziente alla quale si praticava una biopsia della mucosa uterina, avvenuto nell'ospedale di Rönne (Danimarca). (*Wordenthof Zentralbl. f. Chir.*, 62, 2413, 1935)

ALDO CALÒ.

L'infiltrazione anestesica nel trattamento delle distorsioni.

Il trattamento delle distorsioni è spesso lungo, noioso e di scarsa efficacia; il dolore che persiste a lungo costringe all'immobilità, donde atrofie muscolari ed anche decalcificazioni ossee localizzate. Ch. Mayer (*Bruxelles méd.*, 29 marzo 1936) ha adottato con successo il metodo di Leriche, dell'infiltrazione anestesica.

Tecnica. È evidente la necessità di assicurarsi dapprima dell'integrità delle ossa. Poi, trovare i punti di massimo dolore alla pressione, disinfettare la pelle con etere, alcool e tintura di jodio (o meglio mercurocromo); usare guanti e campo sterile. Con un ago fino, bottoni di anestesia cutanea.

Iniezioni della soluzione di novocaina all'1 % nell'apparecchio legamentoso, ma *non nell'articolazione*. La quantità da iniettare è variabile secondo la sede e la gravità, ma non deve mai oltrepassare i 25 cmc. (spalla, anca), per il collo del piede, bastano generalmente 12. Dopo 1-2 minuti, assicurarsi, mediante la

mobilizzazione attiva e passiva, se l'effetto è stato raggiunto; in caso contrario, nuova infiltrazione.

L'iniezione è un po' sgradevole ma non mai dolorosa; estratto l'ago, disinfettare l'orificio di puntura e coprire con medicatura sterile.

L'effetto immediato è notevole; se si tratta di una storta del piede, che è la più frequente il malato può camminare subito. Qualche volta, i dolori ricompaiono dopo 4-6 ore, ma scompaiono dopo qualche ora. Nei casi inveterati, si possono ripetere 2-3 volte le infiltrazioni.

L'utilità del metodo è soprattutto basata sulla mobilizzazione precoce, che va bene per le distorsioni recenti e di media gravità; per quelle molto gravi, si praticheranno ugualmente le infiltrazioni ma si andrà prudenti con la mobilizzazione. Nelle distorsioni antiche il metodo può essere tentato senza inconvenienti.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il compito aspecifico di sostanze pressorie nel plasma di pazienti affetti da ipertensione.

L'etiologia dell'ipertensione clinica è ancora sconosciuta. L'interesse prima polarizzato sull'importanza dei reni si è spostato verso l'influenza di centri vasomotori ipereccitabili, di riflessi depressori inadeguati, di un'azione eccessiva o non bilanciata di sostanze chimiche pressorie nel sangue circolante, di modificazioni fisico-chimiche della media delle arteriole.

Recentemente Bohn ed i suoi collaboratori hanno cercato di portare delle conferme alla asserzione di Volhard che le forme di ipertensione pallida sono associate alla presenza nel sangue di sostanze chimiche pressorie, che mancano nell'ipertensione rossa o benigna, e probabilmente sono la conseguenza dell'azione di tali sostanze. Prendendo lo spunto da questi lavori, L. Leiter (*Arch. of Int. Med.*, aprile 1936) ha eseguito delle esperienze, mediante iniezione endovenosa, in cani non anestetizzati, di plasma umano eparinizzato, non riuscendo a produrre modificazioni degne di nota della pressione sanguigna. Nessuna differenza è stata osservata tra gli effetti del plasma proveniente da individui non ipertesi e gli effetti del plasma ricavato da soggetti affetti da ipertensione maligna. L'uso del topo quale animale da esperimento, per diminuire la diluizione del plasma iniettato da parte della massa sanguigna dell'animale, ha reso possibile la dimostrazione di effetti pressori da parte di una notevole percentuale di plasmi eparinizzati. La distribuzione degli effetti pressori del plasma fra i diversi gruppi clinici è stata indipendente dal tipo di ipertensione o dalla presenza di ipertensione: il plasma dei pazienti affetti da ipertensione maligna non ha dato un'incidenza maggiore di effetti pressori od aumenti più notevoli della pressione sanguigna che non il plasma di altri soggetti che presentavano vari tipi di ipertensione oppure altre malattie non ipertensive. Il plasma di pazienti affetti da ipertensione non ha intensificato la risposta della pressione sanguigna del topo a dosi minime di epinefrina.

Come risultato di questo studio e dei lavori di altri ricercatori bisogna concludere che non v'è alcuna prova soddisfacente in favore della teoria secondo la quale l'ipertensione maligna o pallida (o qualsiasi forma di ipertensione clinica) sarebbe causata dalla presenza nel sangue del paziente di sostanze pressorie.

M. NUNBERG.

VARIA

Influenza dei campi elettro-magnetici sull'equilibrio umorale.

Sono note le modificazioni fisico-chimiche che gli agenti fisici possono produrre nei tessuti, nei mezzi umorali, e specialmente nel sangue e che hanno la loro espressione classica nello choc colloidoclasico (Widal e allievi).

Vari anni fa Morat, Joltrain e Delherm provando l'effetto della d'Arsonvalizzazione su di un grande colloidoclasico con orticaria constatarono il prodursi di un vero choc accompagnato a una caduta brutale del metabolismo basale. Fu l'origine di ulteriori studi che ora questi autori riferiscono (*Presse Méd.*, n. 37, 6 maggio 1936) giungendo alle seguenti interessanti conclusioni:

Presso gli individui normali le applicazioni di correnti di alta frequenza in tutte le loro modalità, solenoide, onde corte, non producono che una azione minima sugli umori dell'organismo, e in particolare sul metabolismo base.

Presso gli individui *malati di affezioni diverse*, le reazioni sono per lo più le stesse che nei soggetti normali.

Presso i *malati colpiti da squilibrio del sistema endocrino-simpatico* e in specie nei colloidoclasici e psico-colloidoclasici, il metabolismo basale si abbassa spesso in proporzioni notevoli; il riflesso oculo-cardiaco è influenzato con predominanza vagotonica, l'elevazione della temperatura è più spiccata che nei normali e spesso si assiste a un vero choc emoclasico: leucopenia, disturbi della coagulazione, ipotensione, abbassamento dell'indice refrattometrico, elevazione del pH.

Lo studio interferometrico, lasciando da parte la discutibilità del suo valore, sembra mostrare una azione delle onde corte sulle glandole endocrine nel senso di una inibizione passeggera.

Questi studi possono servire di base a ulteriori studi sulle ipertemie, e forse possono fornire una spiegazione alle influenze atmosferiche sul nostro corpo.

L. TONELLI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'assistenza sanitaria agli operai reduci dall'A. O.

Il Ministero delle Corporazioni e il Comitato Corporativo Centrale hanno affidato alla Federazione Nazionale delle Casse Mutue Malattia dell'Industria l'incarico di provvedere all'assistenza malattie dei lavoratori nelle colonie e nelle zone occupate dell'A. O. fino dall'inizio dell'impresa ed estesa poi a tutto il territorio dell'Impero.

Fino dall'inizio dell'impresa africana lo spostamento di una ingente massa di lavoratori dalle località di origine alle terre di nuova conquista richiese da parte delle casse mutue dell'industria lo studio e l'attuazione di provvidenze sindacali che superando le estreme difficoltà di natura ambientale e di carattere logistico accompagnassero questi eroici lavoratori nella loro nobilissima fatica.

Si è subito provveduto così a costituire un fondo di assistenza con gestione indipendente e alla realizzazione di un piano che prevede e pratica l'assistenza dei lavoratori dal cantiere al ritorno in famiglia tenendo conto, anche e sopratutto, delle malattie epidemiche e tropicali per le quali si segue un trattamento speciale. Il lavoratore infermo viene dal cantiere inviato per le prime cure agli ospedali-base in Africa e da qui secondo il decorso della malattia può essere rinviato al lavoro o, quando necessario, rimpatriato. Ai porti di approdo in Patria le Casse Mutue, attraverso una speciale assistenza a mezzo di propri medici, provvedono, a seconda della natura della malattia, a suddividere gli ammalati fra gli ospedali delle varie provincie di origine dove un ufficio di collegamento e gestione, dipendente dalla Federazione Nazionale, vigila sul perfetto funzionamento dell'assistenza sanitaria il cui onere grava sul fondo speciale della Federazione stessa.

Per rendere più elastico tale servizio la Federazione passa sopra anche ad eventuali inadempienze assicurative dei lavoratori, associando sempre nella assistenza sanitaria i mutualisti e i non mutualisti, specie quando si tratti di malattie tropicali.

Dal primo maggio è in funzione ad Asmara un ufficio distaccato della Federazione Nazionale. Esso ha lo scopo di raccogliere le iscrizioni dei lavoratori residenti in colonia e di curare l'assistenza di questi nelle forme e nei limiti fissati dall'accordo interconfederale in materia. Altre importanti iniziative sono allo studio e di prossima attuazione, compresa la erezione di un grande convalescenziario per i reduci bisognosi di cure integrative.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

Sono indetti i concorsi alle condotte mediche per le seguenti province:

ALESSANDRIA, proroga al 30 luglio.

CAGLIARI, proroga al 31 luglio, ore 18;

CATANIA, proroga al 31 luglio.

COMO, per Montelambro, Cantù, Valbona, consorzio Binaghe-Solbiate Comasco; scad. 31 luglio.

FORLÌ, proroga al 31 luglio.

GENOVA, proroga al 31 luglio.

PISA, proroga al 31 luglio.

POTENZA, per Episcopia, Forenza, Terranova di Pollino; scad. 31 luglio.

SIRACUSA, per Francofonte, Siracusa (frazione Priolo); scad. 25 ottobre.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alla R. Prefettura, Ufficio del Medico Provinciale).

LITTORIA. *Ufficio di Igiene e Sanità.* — Direttore del Dispensario Anticeltico; 2ª proroga, al 15 luglio.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti.* — Il concorso a direttore generale sanitario è stato sospeso.

CONCORSI A PREMI.

ROMA. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — È bandito un concorso a premi per una pubblicazione di medicina preventiva destinata agli assicurati presso l'Istituto. La monografia deve contenere norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'Impero Italiano di Etiopia e nelle altre Colonie e Possedimenti italiani, e norme per prevenire le malattie che risultano ivi più frequenti. Essa deve essere contenuta nei limiti da un minimo di 50 pagine ad un massimo di 100 pagine a stampa in formato 16°. Il lavoro, originale ed inedito, deve essere inviato in cinque copie dattilografate alla Direzione Generale dell'Istituto (via Sallustiana 51), Servizio Sanitario, non più tardi delle ore 12 del sedici gennaio 1937 (XV). Gli autori firmeranno il lavoro con un motto che sarà ripetuto su una busta chiusa e sigillata, nella quale dovrà essere contenuto il loro nome e l'indirizzo. Il lavoro approvato dalla Commissione giudicatrice e quindi premiato diventerà di proprietà assoluta dell'Istituto. L'Istituto mette a disposizione della Commissione giudicatrice un premio di L. 5000 (cinquemila).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al prof. Enrico Benassi, di Parma, la R. Accademia d'Italia nella solenne seduta del 21 aprile u. s. ha conferito un premio di lire 5000 per i suoi studi di storia della medicina e in particolare per quelli su G. B. Morgagni. Il premio costituisce un onore tanto maggiore in quanto il numero di premi distribuiti quest'anno è stato inferiore agli anni decorsi: la sezione di Scienze

fisiche, matematiche naturali ne ha avuto solo sette di cui quello dato al Benassi è il più elevato.

Il dott. prof. Mario Giacquinto Mira è nominato ufficiale sanitario di Addis Abebà.

Il prof. Giacquinto Mira è stato assistente alla « Stazione sperimentale per la lotta antimalarica » di Roma; poi fu chiamato presso la Direzione generale di sanità pubblica del Guatemala, ove è rimasto per varî anni e si è distinto per la capacità organizzativa e per le ricerche scientifiche.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto membro titolare il dott. Pasteur Valléry-Radot, « agrégé » alla Facoltà medica, medico degli Ospedali. Il Valléry-Radot è nipote di Pasteur e figlio dello storiografo del grande scienziato.

NOTIZIE DIVERSE

Echi della nostra impresa africana.

In un articolo comparso sul « Giornale d'Italia » del 19 giugno, quel maestro del giornalismo italiano che è Virginio Gayda dice:

La guerra e la vittoria sono state il collaudo della scuola medica italiana, la quale ha preservato masse di centinaia di migliaia di uomini dai pericolosi contagi, dalle epidemie e dalle insidiose infermità tropicali che in altri tempi e in altri paesi hanno falcidiato gli eserciti... Il trapasso dallo stato di guerra allo stato di pace non muta per alcun aspetto, ma amplifica le missioni della tecnica e della scienza italiana... Basta pensare alla difesa sanitaria e veterinaria e alla protezione demografica che vogliono il contributo dei medici e dei veterinari, dei farmacisti, delle levatrici e delle infermiere... Per questo i professionisti e artisti sono anch'essi in linea, inquadrati dalla loro Confederazione.

La Confederazione dei professionisti ed artisti ha interessato il Ministero delle Colonie affinchè l'assunzione di laureati per l'Africa Orientale avvenga per il tramite delle organizzazioni sindacali e, nel caso di concorsi, non manchino, nelle varie Commissioni, i rappresetanti dei Sindacati. Ha anche interessato il presidente del Comitato interconfederale per lo sfruttamento dell'Etiopia, on. Volpi, affinchè il personale tecnico sia richiesto, dalle aziende, attraverso la Confederazione. Questa ha in studio la possibilità di fornire aiuti ed agevolazioni ai liberi professionisti che si rechino in Etiopia, almeno durante i primi tempi della loro residenza.

Il sen. Castellani si è compiaciuto di fare, al corrispondente del « Messaggero » da Addis Abebà, delle dichiarazioni, pubblicate nel numero del 30 giugno.

Risulta che, a parere dell'illustre tropicalista, l'Etiopia offre possibilità di vita e di sviluppo per la razza bianca e, pertanto, di una vasta colonizzazione.

Egli crede che tre fattori abbiano contribuito alla vittoria sanitaria: l'acqua, il vitto e le vaccinazioni; la dieta è stata opportunamente integrata dal limone come antiscorbutico. Il Duce fin dai primissimi tempi ha avuto il pensiero costantemente teso verso la perfetta soluzione del problema sanitario; anche in questo campo ha visto lontano e in grande. Si dovrà ora continuare a realizzare le provvidenze sanitarie per la tutela della popolazione indigena e di colonizzazione.

Il sen. Castellani è partito per la Somalia, onde continuarvi la sua missione.

Con recento decreto del Ministero delle Colonie è istituito un Centro di studi di carattere scientifico nell'Africa Orientale, con sedi in Roma ed in Addis Abebà. La direzione ne è affidata alla Commissione istituita allo scopo dalla Reale Accademia d'Italia.

Al Duce sono pervenute cospicue offerte per solennizzare la costituzione dell'Impero; egli le ha ripartite fra Istituti scientifici e opere assistenziali. Ha, tra l'altro, destinato L. 100.000 per la costruzione di un lebbrosario in A. O.

Il conte avv. Mario Longone di Desio ha offerto L. 50.000 per il lebbrosario che sorgerà in A. O.

Nell'ultimo elenco dei gloriosi caduti per la Patria in Africa Orientale, è segnato, fra i dispersi, il sottotenente medico dott. Enrico Mauricchio, da Portocannone (Campobasso).

La settimana medica padovana.

La fiera triveneta sviluppa parecchie altre attività. Una di queste è la Settimana Medica, dovuta all'iniziativa dell'Unione Sindacati Fascisti Professionisti ed Artisti.

La cerimonia inaugurale ebbe luogo nella R. Università, alla presenza di autorità, gerarchi e medici di ogni parte d'Italia.

Il prof. Mario Truffi, preside della Facoltà Medica, reca il suo fervido saluto, a nome anche del Rettore, esprimendo il proprio compiacimento che la Settimana Medica, da lui iniziata cinque anni or sono, sia assurta ad importanza nazionale e che prossimamente estenda la sua utilità anche ai medici stranieri. Chiude, beneaugurando ai suoi lavori, col saluto al Re ed al Duce.

Il prof. Luigi Robuschi, segretario generale del Sind. Fasc. Medico, cui devesi la preparazione di questa manifestazione, saluta i colleghi e più specialmente quelli in terra d'Africa. L'attuale Settimana Medica non soltanto rende il medico maggiormente preparato ai nuovi compiti che lo Stato gli assegna, ma tende sempre più a potenziare i valori morali e sociali che fanno assurgere l'arte sanitaria ad un'alta umanissima missione, secondo gli incitamenti del Duce, cui i presenti riaffermano la loro sincera parola di fede.

La lezione di apertura fu tenuta dal prof. Cagnetto su: « Amenità nell'arte di sanare ».

Seguirono altre lezioni, il corso d'infortunistica e varie visite; ne daremo notizia prossimamente.

Giornate mediche di Montecatini Terme.

In Montecatini Terme sotto la direzione del prof. C. Frugoni, clinico medico di Roma e direttore sanitario delle Regie Terme, saranno tenute nei giorni 25-26 luglio due « Giornate mediche di Montecatini » con due temi di relazione, e cioè:

1) « La terapia medica, chirurgica e idropinica della calcolosi epatica »; relatori i proff. Alessandri, Bastai e Pisani;

2) « La terapia e la clinica delle forme catarrali dell'apparato digerente »; relatori i proff. Alessandrini e Messini.

Tutti i medici sono invitati a partecipare ed a

collaborare. I medici che invieranno la loro adesione al « Segretariato Giornate Mediche di Montecatini Terme » entro il 30 giugno, saranno ospiti della Società Regie Terme dalla sera del 24 alla sera del 26.

Sono ammesse tempestive inscrizioni per comunicazioni sui due temi di relazione.

Associazione medica italiana d'idrologia, climatologia e terapia fisica.

A Roma, a Fiuggi, a Viterbo, alle Acque Albule, a Chianciano, hanno avuto luogo il 13 e il 14 giugno adunate di medici e di autorità governative, politiche e sindacali, in relazione colla visita del Consiglio direttivo Nazionale dell'Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Fra gli argomenti più ampiamente trattati è quello delle colonie termali per l'infanzia, da realizzarsi conforme la provvida recente direttiva del Partito Nazionale Fascista.

La materia è stata esaminata ad opera specialmente dei proff. Pende, Valenti, Pancrazio, Fiore, Bussi. Contributi di ordine pratico ha dato il gr. uff. Rebucci che rappresentava la Federazione Nazionale Fascista della Industria Idro-Termale. A conclusione dei lavori, è stata approvata la seguente mozione presentata da Pende, Fiori, Valenti, Bussi e Rebucci:

« La Associazione Medica Idrologica Italiana, riunita a Chianciano, plaude alla iniziativa del P. N. F. che mira alla creazione di colonie termali per la infanzia, fondamentale per la bonifica costituzionale delle nuove generazioni;

udita la relazione dell'on. prof. Armando Bussi sulla organizzazione dei campeggi termali per la infanzia; dopo ampia ed elevata discussione alla quale hanno preso parte il prof. sen. Pende, il prof. Fiori, il prof. Valenti ed il comm. Rebucci;

esprime il parere che per iniziare la attuazione pratica di tali colonie e tenendo conto di quanto la esperienza clinica infantile ha già sancito, convenga in un primo momento limitare tali colonie ai quattro grandi gruppi di stati morbosi e premorbosi infantili che traggono utilità o dalle acque salsoiodiche, o dalle acque ferruginose arsenicali, o dalle acque solforose o solfatocarbocalciche, o da quelle acque che stimolano le funzioni epatiche per regolarizzarne il ricambio.

E perchè questa prima soluzione sia guidata da sicura competenza, raccomanda vivamente che gli organi periferici del P. N. F. cui compete la organizzazione delle colonie termali assistenziali della infanzia, si rivolgano ai pediatri ed ai cultori della medicina idrologica per la scelta e modalità della cura ».

Su proposta del prof. Sabatini in unione con il presidente dell'Azienda di Cura di Chianciano ing. Banti è stato presentato un ordine del giorno per la istituzione di uno stabilimento di cura per i reduci militari e civili delle nuove grandi colonie che la chiaroveggenza del Capo e il valore delle armi italiane hanno assicurato all'Italia.

Congresso regionale antitubercolare.

Nel grande salone del Consiglio del Castello Estense a Ferrara è stato inaugurato il 13 giugno il Congresso emiliano-romagnolo, indetto dalla Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi. Oltre a 150 rappresentanti dell'Emilia e Romagna, erano presenti professori e studiosi di molte altre città. Avevano aderito i Consorzi antitubercolari di Roma, Milano, Venezia, Padova, Varese, Rovigo, Massa Carrara, Mantova, Vicenza ecc.

Dopo il saluto del vice-preside della provincia, prof. Bragliani, del vice-federale dott. comm. Nenci, del prefetto Festa, il prof. Costantini ha aperto i lavori del Congresso. Primo oratore è stato il dott. Armando Ciaccia (Ferrara), che ha parlato sul tema: « Il disciplinamento delle visite dispensariali nella pratica attuazione ».

Hanno partecipato alla discussione 15 fra medici e direttori di dispensari, il prof. Costantini, delegato, il prof. Capuani del dispensario di Modena, presidente del Congresso. A tutti ha risposto il relatore.

La seconda giornata dei lavori si è tenuta a Pomposa, nei locali della vecchia Badia.

Borse di studio in patologia coloniale.

La Confederazione Fascista dei Professionisti e degli Artisti, ottenuto l'assenso dei Ministeri delle Colonie e delle Corporazioni, ha approvato, nel quadro delle proprie iniziative volte ad organizzare e potenziare la collaborazione delle categorie tecniche all'opera di costruzione imperiale in A. O., l'istituzione per parte del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici di cento borse di studio per giovani medici che intendono perfezionarsi nella patologia coloniale.

I corsi avranno luogo in Roma. Gli aspiranti ritenuti idonei dovranno impegnarsi a tenersi a disposizione delle competenti autorità per un'eventuale successiva assunzione in A. O.

Per l'iniziativa, il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici ha stanziato L. 100.000.

Corsi internazionali di perfezionamento per medici in Berlino.

L'Accademia Berlinese pel perfezionamento dei Medici organizza per l'autunno i seguenti corsi di perfezionamento per medici: 1) Otorinolaringojatria, dal 28 settembre al 10 ottobre; onorario: RM 150; 2) Le più recenti acquisizioni nel dominio della patologia infantile, 19-24 ottobre; RM 50; 3) Le più recenti acquisizioni nel dominio della carcinomatosi, 19-26 ottobre; RM 50; 4) Gli organi del corpo umano, agenti di regolazione normale e anormale (abbinato ad un corso sulle vitamine e gli ormoni), 26-31 ottobre; RM 50; 5) Tisiologia, 2-7 novembre; RM 50; 6) Omeopatia, 12 ottobre-6 novembre; il corso consterà di due periodi: l'uno nei primi 15 giorni, concernerà l'avviamento all'omeopatia; l'altro negli ultimi 15 giorni, servirà di perfezionamento; per ciascun corso: RM 40; per entrambi i periodi: RM 75; per medici assistenti, l'onorario è ridotto rispettivamente a RM 20 e RM 40; 7) Corsi speciali concernenti tutte le branche della Medicina, con dimostrazioni pratiche tanto al letto del malato, quanto in Laboratorio, vengono tenuti ogni mese; l'onorario è fissato da 50 a 80 RM per 8 doppie lezioni. In questi corsi viene data particolare preponderanza al lato pratico, e benchè il lato del perfezionamento teoretico passi in seconda linea, tuttavia esso non è affatto trascurato.

I corsi compresi tra il n. 1 e il n. 6 verranno tenuti in lingua tedesca, ed i corsi speciali anche in lingue straniere.

Per programmi ed ulteriori schiarimenti, rivol-

gersi agli Uffici dell'Accademia Berlinese pel Perfezionamento dei Medici, Berlino NW 7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Ai medici stranieri ed ai medici tedeschi residenti all'Estero, le Ferrovie Germaniche concedono il 60 % di ribasso sui prezzi normali. Valendosi dei cosiddetti « Marchi Registrati », il medico straniero troverà, per la durata del suo soggiorno, un notevole tornaconto; sarà quindi opportuno che, prima di iniziare il viaggio, egli si metta in relazione con una Banca del proprio Paese.

Un po' dovunque.

Il dott. F. Tobé, direttore del Sanatorio di Passy (Alta Savoia), ha tenuto a Ginevra, per invito di quella Società Medica, una conferenza sulla cura della tubercolosi polmonare; dopo aver reso omaggio a Carlo Forlanini, ha lumeggiato i contributi di altri italiani e in particolare di Maurizio Ascoli sul pnt. ipotensivo, bilaterale e controlaterale, di Parodi, Morelli, Monaldi, Manfredo Ascoli, che hanno esteso le applicazioni della terapia della tbc. polmonare.

L'Associazione Medica Americana ha tenuto la sua 87ª riunione annuale a Kansas City dall'11 al 15 maggio, sotto la presidenza del dott. J. Tate Mason. Alla seduta inaugurale parteciparono più di 12.000 persone. Alla presidenza venne eletto il prof. J. H. J. Upham, che non potè intervenire, a causa di una gravissima malattia; ma inviò un messaggio.

Tra gli ospiti recatisi dall'Europa a quella grande riunione furono Lord Horder di Londra, che tenne un'interessante conferenza sulle tireotossicosi; L. Ascher di Berna; W. Heubner di Berlino.

Dal 15 al 17 maggio si sono svolte le Giornate mediche della Facoltà libera di medicina di Lilla.

La Società nazionale per il progresso della gastro-enterologia degli Stati Uniti, si è adunata il 5 giugno ad Atlantic City. Alla riunione ha partecipato la Società gastro-enterologica del New Jersey. Il giorno prima si era adunata la sezione gastro-enterologica della Società medica del New Jersey.

Il 26 marzo ebbe luogo a Parigi una riunione costitutiva della « Società internazionale dei medici delle università francesi », fondata ad iniziativa del dott. E. G. Minopoulos, allo scopo di aggruppare i medici di tutti i Paesi che hanno conseguito dei diplomi nelle università francesi o che hanno fatto degli studi in Francia. Vi parteciparono medici di 25 nazioni. Alla presidenza fu chiamato il Minopoulos, presso il quale ha provvisoriamente sede la società (avenue de Fontainebleau, Avon-Fontainebleau).

L'« Association confraternelle des médecins français », che ha lo scopo di versare un soccorso immediato di 10.000 franchi alle famiglie dei mutuanti, quando questi vengono a morte, ha tenuto l'assemblea generale; è risultato che nel 1935 furono accolte 85 nuove adesioni — il che porta il numero dei soci a più di 1800 — e che durante l'anno furono distribuiti 300.000 franchi di soccorsi immediati. Sede sociale: rue de Strasbourg 10, Parigi.

Nell'Ufficio nazionale di Sanità della Germania si è organizzata una « Società tedesca per lo studio della nutrizione ».

Il « Paris Médical » del 13 giugno è stato pubblicato in omaggio alla medicina italiana; reca numerosi articoli d'italiani sui contributi dell'Italia ai progressi della medicina. La « Riforma Medica » di pari data si è pubblicata in omaggio alla medicina francese; reca una serie di articoli di studiosi francesi.

Negli « Annali d'Igiene » di maggio il prof. P. Remlinger, direttore dell'Istituto Pasteur del Marocco, ha pubblicato un articolo su « Ciò che lo studio della rabbia deve alla scienza italiana ».

Il gr. uff. prof. Prassitele Piccinini ha donato L. 20.000 all'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria di Roma e altrettanto all'Università di Pavia, per due fondazioni intestate al nome del compianto proprio padre, prof. Massimo e destinate l'una ad incoraggiare e premiare gli studî inerenti alle rivendicazioni italiane nel campo sanitario, l'altra ad un premio annuale per l'incoraggiamento di studi a favore dell'italianità all'estero.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un Regio Decreto con il quale i comuni di Cassano d'Adda, Pozzo d'Adda, Trezzano Rosa, Vaprio d'Adda, Inzago e Trucazzano, sono distaccati rispettivamente dai Circoli ospedalieri di Treviglio, Gorgonzola e Melzo e costituiscono un nuovo Circolo ospedaliero con capoluogo in Cassano d'Adda.

La Società francese di dermatologia e sifilografia festeggerà prossimamente l'80° anniversario del suo decano, dott. Darier; in tale occasione verrà offerto all'insigne medico un esemplare, espressamente stampato, della relazione che egli presentò al recente Congresso di Budapest, sulla storia della dermatologia durante l'ultimo cinquantennio; l'esemplare recherà le firme degli amici ed ammiratori del maestro, i quali, volendo associarsi a tale manifestazione, abbiano versato la somma di 30 franchi al sig. Georges Masson, boulevard St.-Germain 120, Paris 6e; i sottoscrittori riceveranno anche un esemplare di una targhetta che verrà offerta al Darier.

In occasione del 75° compleanno di Sir Almroth Wright, è stato inaugurato un busto dell'insigne immunologo, nell'Ospedale Santa Maria di Londra, e gli è stato offerto un indirizzo firmato da 250 colleghi.

È stato solennemente celebrato il giubileo didattico del prof. Fernando Magalhães, clinico ostetrico dell'Università di Rio de Janeiro.

All'Accademia delle Scienze mediche, fisiche e matematiche di Ferrara il prof. Gaetano Boschi ha commemorato la grande figura di Charles Richet.

Il comune di Neuhaus (Germania), ove è nato F. W. Adam Sortuener, scopritore della morfina, ha deciso di erigere un monumento all'insigne chimico. I fondi sono stati in gran parte raccolti dagli Ordini dei farmacisti.

Un'assemblea di Cardinali ed Arcivescovi tenutasi a Parigi ha raccomandato ai Sacerdoti francesi una grande prudenza nell'esercizio della radioestesia ed ha ricordato loro che la legge francese interdice l'esercizio della medicina ai non medici.

La Società tedesca per viaggi medici ha organizzato un viaggio alle università ed alle stazioni di cura della Germania, dal 17 al 30 agosto (subito dopo la chiusura delle Olimpiadi di Berlino). Rivolgersi alla « Deutsche Gesellschaft für ärztliche Studienreisen », Robert Koch-Platz 8, Berlin NW 7, Germania.

Il Tribunale supremo della Spagna ha considerato motivo sufficiente di divorzio la tossicomania di un coniuge.

Le autorità di Springfield nel Massachusetts credono di aver messo le mani su una vasta organizzazione a delinquere, la quale avrebbe ucciso molte persone per riscuoterne l'assicurazione sulla vita. Questa organizzazione avrebbe operato indisturbata da quindici anni e sarebbe responsabile di almeno 50 omicidi.

A Napoli, in seguito ad un'azione condotta dalla Pubblica Sicurezza in collaborazione col Sindacato dei Farmacisti, è stato posto il fermo ad un ingente quantitativo di medicinali, del valore nominale di oltre mezzo milione, costituito da sieri, vaccini e preparati galenici vecchi o guasti o manomessi e da campioni di medicinali destinati ai medici, provenienti in gran parte da Milano. Il prof. Baslini, segretario del Sindacato Medico di Milano, intervistato dalla « Sera », ha indicato alcuni mezzi idonei ad impedire il traffico dei campioni (imprimere la dicitura « campione gratuito » in rilievo sul vetro; usare formati ridotti e quantitativi ridotti per i campioni).

A La Valletta durante un'esercitazione con i gas di combattimento, compiuta con eccezionale verosimiglianza, un certo numero di persone è rimasta intossicata dai gas lacrimogeni ed ha dovuto recarsi alle stazioni di pronto soccorso.

Nella cittadina giapponese di Hamamatsu, alla fine di una festa scolastica, vennero colti da gravi disturbi digerenti un migliaio di scolari ed una trentina di militari; 38 ragazzi morirono dopo una straziante agonia. L'avvelenamento viene attribuito al consumo di paste, in cui per errore si era incorporato un veleno, invece di lievito.

È morto a Berlino, in età di 78 anni, il prof. Friedrich Kraus. Era nato a Bodenbach, in Austria; insegnò clinica medica prima all'Università di Graz, poi, per circa un quindicennio, a quella di Berlino. È noto specialmente per le applicazioni mediche dei raggi X e per lo studio della fatica quale misura della costituzione individuale.

M. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 18 maggio al 24 maggio 1936: Morbillo 361 (2361); Scarlattina 126 (303); Pertosse 171 (624); Varicella 153 (402); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 150 (280); Infezioni paratifiche 20 (26); Febbre ondulante 78 (108); Dissenteria 4 (4); Difterite e croup 227 (383); Meningite cerebro-spinale epidemica 19 (23); Poliomielite anteriore acuta 27 (36); Encefalite letargica 2 (3); Anchilostomiasi 11 (20); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 55 (81), dichiarata — (—); Pustola maligna 14 (15); Parotite epidemica 126 (351); Leishmaniosi 3 (3); Febbre puerperale 18 (18).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 6 Luglio 1936 - XIV — Num. 27

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6: della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LEZIONI

POLICLINICO UMBERTO I - VII PADIGLIONE - ROMA

Ciste da echinococco del polmone in fase degenerativa simulante un idropneumotorace e con reperto del b. di Eberth, in cultura pura, nel suo contenuto; pleurite purulenta prevalentemente interlobare anch'essa di natura eberthiana.

LEZIONE del prof. GIOVANNI ANTONELLI primario med. e docente di Clinica Medica (1).

Vi presento quest'oggi una paziente di 33 anni, nella cui anamnesi famigliare non c'è che da ricordare due casi di pleurite nei collaterali. Sposata con uomo sano, ha avuto tre gravidanze normali: i figliuoli vivono in buona salute. A 22 a. fu colpita da infezione melitense, durata 4 mesi e curata con vaccino specifico. In quel tempo un esame radiologico del torace, a suo dire, diede reperto normale. Nel maggio 1935 incominciò ad avvertire tosse con escreato biancastro, non mai striato di sangue, e senza febbre. Verso la fine del giugno successivo si iniziarono rialzi di temperatura, che in pochi giorni raggiunse i 39°, si mantenne costante per una ventina di giorni, e poi decrebbe, oscillando fra 37°,5 e 38° per un mese e mezzo, sino alla fine di agosto. Durante questo periodo la p. avvertiva anche dolore all'emitorace D., tale da impedirle i profondi movimenti respiratori, senza però tosse nè altri disturbi. L'affezione febbrile fu definita, anche per accertamenti sierologici, come infezione tifoide. Nei primi di settembre le febbri erano quasi scomparse, tranne qualche lieve elevazione vespertina, persistendo però sempre il dolore toracico. Dopo una quindicina di giorni di relativo benessere le elevazioni termiche riapparirono. Nel novembre, persistendo la febbre, si riacutizzò il dolore a circa metà altezza del versante posteriore dell'emitorace D. — Un sanitario diagnosticò pleurite destra. Verso il dicembre, una mattina, dice di aver emesso dalla bocca del liquido giallo-verdastro, non sa dire se con i colpi di tosse o con conati di vomito. Nel gennaio 1936 una puntura esplorativa alla base D. diede esito a liquido sieroso; intanto la temperatura si manteneva sempre

(1) Lezione clinica tenuta il 17-III-1936.

alta. Non notò mai eruzioni urticariformi. Si è dimagrata sensibilmente, e per i suoi disturbi è stata ricoverata nel nostro padiglione il 23-1-1936.

L'esame obbiettivo dimostrava un soggetto di costituzione tendente al longitipo, con notevole scadimento delle condizioni generali, in decubito indifferente, con cute e mucose visibili pallide, pannicolo adiposo quasi scomparso, muscoli ipotonici, e apparato linfoglandolare senza rilievi importanti. L'esplorazione del cavo orale e della retrobocca dava: lingua umida, patinosa; gengive arrossate, tumide, con orletto scollato; mancanza di diversi denti superiori e inferiori; faringe normale. Il respiro era di tipo misto, piuttosto superficiale, ritmico (28); il polso piccolo, molle, ritmico, frequente (110).

Il torace appariva allungato e lievemente tendente al carenato; emitorace D. più voluminoso del S., ma meno espansibile nei movimenti respiratori; fenomeno di Litten evidente a S., non visibile a D. — Da questo lato l'apice risultava sensibilmente abbassato, la base non apprezzabile per presenza di ottusità di coscia, il cui limite superiore tagliava l'angolo scapolare inf., volgendo dolcemente dal basso verso l'alto e dall'interno verso l'esterno. Al di sopra della zona ottusa, e soprattutto nello spazio interscapolo-vertebrale, nel tratto medioscapolare ed anche sotto l'ascella omolaterale, si apprezzava una ipofonesi a timbro timpanico, che si attenuava in direzione dell'apice. Il fremito v. t. era debole nella zona ottusa, rinforzato nella zona sovrastante. All'ascoltazione: nella regione sopra- e sottospinosa, sopra- e sottoclaveare respiro leggermente soffiante senza fenomeni catarrali; nello spazio interscapolo-vertebrale e principalmente nel tratto medioscapolare e sottoascellare soffio bronchiale a carattere subanforico accompagnato da rantoli a grosse e medie bolle, gorgoglianti, sonori, intensificantisi sotto i colpi di tosse, broncofonia e trasmissione chiara e integrale della voce afona, (cioè pettoriloquia afona, che a me piace designare col termine « stetolalia afona », derivante in tutto dal greco). In detta zona mancavano le variazioni di Wintrich, di Friedreich e di Gerhardt. Nella zona ottusa il rumore respiratorio appariva debole e lontano; in prossimità del suo limite superiore si rilevava egofonia. Si constatava inoltre un certo grado di ipofonesi vertebrale fino quasi all'altezza del limite superiore della zona ottusa e un lieve accenno all'ipofonesi paravertebrale dal lato opposto. Nulla d'importante nell'ambito dell'emitorace S.

Normale il cuore. Normali i limiti del fegato; la milza raggiungeva in alto la VII costola, col polo inf. nelle profonde inspirazioni raggiungeva l'ombelicale trasversa: margine ottuso, consistenza dura. Normale il sistema nervoso, salvo una certa vivacità dei riflessi tendinei. Nulla di rilevante all'esame delle urine.

In un primo periodo di degenza la temperatura ha presentato un tipo intermittente fra minimi di 36° al mattino e massimi di 38°-39°,5 nelle ore vespertine, mantenendosi tale per una quindicina di giorni, poi ha assunto un tipo di febbricola quotidiana di poca entità e finalmente di apiressia di tanto in tanto interrotta da qualche leggero rialzo termico.

* * *

Ritengo opportuno, anzichè esporvi prima per intero il complesso dei dati clinici rilevati in tutto il periodo di degenza della nostra inferma e poi affrontare la discussione, intercalare volta per volta le nostre impressioni ed induzioni cliniche con la stessa naturale successione con cui si sono di fatto affacciate alla nostra mente, a mano a mano che gli elementi semeiologici ed i risultati delle ricerche di laboratorio, eseguite secondo il piano suggerito dai nostri orientamenti diagnostici, venivano a rinsaldare od a modificare le precedenti conclusioni. Tale procedimento reputiamo il più conveniente al clinico insegnamento, come a quello che non deve tanto consistere nel discutere e ragionare in base ad un'artificiosa sovrapposizione di elementi desunti nelle varie fasi del processo morboso e ricomposti nel mosaico appariscente e vistoso di una storia clinica riferita nella sua completezza, se pure elaborata in tappe successive, quanto nel rimettervi idealmente nella nostra stessa posizione di osservatori e nel farvi in certo modo ripercorrere la strada da noi battuta, rivivere le nostre felici intuizioni, se tali esse furono, i nostri cimenti e le nostre difficoltà, se il caso clinico ne presentò in sostanza, le nostre fallaci previsioni, se esse di fatto impedirono una fortunata precisazione diagnostica. Solo così imparerete ad affrontare con un maggior senso di responsabilità e di cosciente prudenza la soluzione di quegli intricati grovigli di problemi e quesiti che si affacceranno alla vostra mente, quando dovrete da soli svolgere la vostra attività diagnostica e curativa in casi clinici assai spesso complessi e irti di difficoltà.

Soprassedendo per ora ad ogni discussione in rapporto al valore semeiologico del complesso dei sintomi fisici rilevati, al primo esame obbiettivo, nella sezione alta e media dell'emitorace D., dirò subito che fu facile compito, per quanto concerneva i sintomi rilevati alla base D. (ottusità resistente, diminuzione del f. v. t., debolezza e lontananza del rumore respiratorio, egofonia, ipofonesi vertebrale), sospettare un versamento pleurico di media entità. Infatti una prima puntura esplorativa (VII spazio intercostale, lungo l'ascellare posteriore) diede esito a liquido giallo chiaro, leggermente torbido, con Rivalta fortemente positiva, che nel sedimento fece apprezzare la presenza di un discreto numero di leucociti in prevalenza polinucleati, di numerose cellule a tipo endoteliale, nonchè di emazie e di scarsi linfociti: dunque modica pleurite essudativa.

Intanto l'ottusità basilare D. diventava meno resistente, mentre nelle regioni soprastanti persisteva il carattere tubarico-subanforico del rumore respiratorio con rantoli sonori. L'esame dell'espettorato dimostrava ripetutamente l'assenza di bacilli acido-resistenti.

Un primo esame radiologico (vedi radiogramma 1), eseguito dopo una dozzina di giorni di degenza, mise in evidenza una vasta opacità a carico dei due terzi inferiori dell'emitorace D. a livello superiore perfettamente orizzontale, nulla di notevole a S., e assenza di spostamento mediastinico. Il radiologo (prof. Nuvoli) concluse per la presenza di un idropneu-

motorace destro, con abbondantissimo versamento.

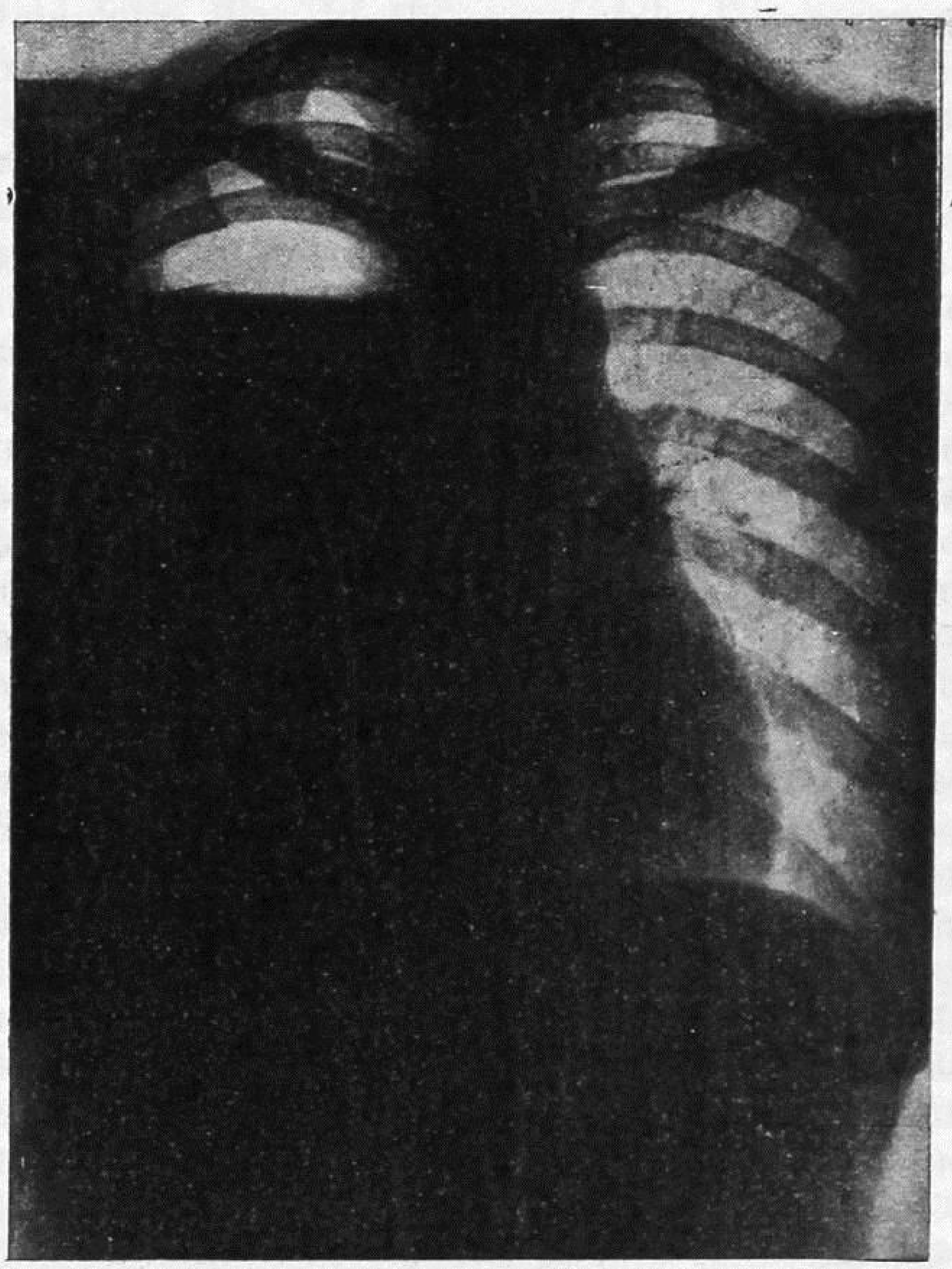
Questa conclusione radiologica, perfettamente giustificata dal reperto sopra descritto, sembrò a tutta prima armonizzare anche con i dati clinici; infatti, al livello superiore del presunto versamento, constatammo tanto il fenomeno della « successio Hippocratis » quanto il segno della moneta descritto da Trousseau come caratteristico del pneumotorace. Il suono plessico a carattere ipofonetico-timpanico della regione mediotoracica ed il soffio a timbro quasi anforico, udibile in detta zona, non trovavano un valido elemento di disaccordo con la conclusione diagnostica sopra accennata nel fatto che il livello dimostrato radiologicamente appariva più alto di quanto non fosse il limite inferiore della zona ove era ascoltabile la modificazione subanforica del rumore respiratorio, in quanto che l'esperienza non raramente dimostra la non perfetta corrispondenza fra la sede o l'altezza di uno spazio a contenuto gassoso e il tratto del torace ove ne sieno eventualmente rilevate le tipiche modificazioni del rumore respiratorio. Anche la modificazione timpanica del suono plessico, specialmente se associata ad ipofonesi vera e propria, per nostra esperienza, è talvolta rilevabile in tratti corrispondenti alla sede del liquido, in casi di idropneumotorace, per una convibrazione della zona sovrastante ove esistono le condizioni fisiche adatte alla produzione del suono timpanico. Vedremo però in seguito le ragioni per le quali abbiamo dovuto adombrare di una certa diffidenza tale conclusione diagnostica.

Qualche giorno più tardi, nella regione scapolare D., l'ipofonesi appariva più netta e resistente; in seguito alle forti scosse impresse al torace la succussione era sempre evidente.

Un'altra puntura esplorativa (VI spazio intercostale, lungo l'ascellare posteriore) faceva apprezzare un notevole grado di resistenza all'introduzione dell'ago e, alla profondità di 5-6 cm., dava luogo questa volta alla fuoriuscita di un liquido di aspetto purulento, al cui esame microscopico si riscontravano abbondanti leucociti neutrofili, in parte ben conservati, in parte degenerati e disfatti, numerose cellule del tipo endoteliale e scarsi linfociti.

Si trattava dunque di un piopneumotorace? E di qual natura? Si procedette all'esame batteriologico di detto essudato: l'esame culturale in brodo dimostrò la presenza di un bacillo mobile, che, seminato in terreno di Drigalski-Conradi, non ridusse il lattosio; seminato in terreno glucosato all'acetato di piombo, si rivelò non gassogeno e riduttore dello acetato (annerimento della stria d'infissione per sviluppo di solfuro di piombo); con siero agglutinante specifico per il bacillo del tifo diede agglutinazione nella proporzione di 1 : 25.000 ed oltre. Tali caratteri morfologici e biologici fecero concludere per il bacillo di Eberth.

Intanto, mentre la sierodiagnosi dava nella paziente risultato negativo per il melitense e per i paratifi (salvo un lieve potere agglutinante per il paratifo *B*), lo dava nettamente positivo (1 : 60) per il bacillo del tifo.



Radiogramma I: dorso-ventrale, in piedi.

Eccovi ora i risultati di altre ricerche collaterali:

Esame del sangue: Gl. rossi 2.300.000; Hb 35; v. glob. 0,76; gl. bianchi 10.000, di cui neutrofili 88 %, eosinofili 6 %, linfociti 4 %, monociti 2 %. Negli strisci: modica anisocitosi e poichilocitosi, discreta policromatofilia, assenza di forme immature della serie rossa e bianca.

R. W. e citochol negative. Cutireazione alla tubercolina negativa.

Azotemia: 0,22 ‰. Pressione arteriosa (Boulitte): Mx. 110, Mn. 75.

Il concetto clinico di un eventuale piopneumotorace di natura tifica non costituiva per altro un ardimento diagnostico, sia perchè la anamnesi aveva messo in emergenza un'infezione febbrile sofferta nel luglio e agosto dell'anno prima e diagnosticata come febbre tifoide, sia perchè sono note da tempo le possibilità di complicazioni pleuriche nel tifo addominale, che furono constatate secondo Louis nella proporzione di un caso su 57, e secondo una statistica di Liebermeister nella percentuale del 4 %. Generalmente la complicazione pleurica si ha in fase di declinazione o di con-

valescenza, talvolta è ancora più tardiva; naturalmente non intendiamo qui accennare ai casi di pleurotifo propriamente detto che, analogamente al pneumotifo ecc., insorge nel primo periodo del tifo, dominandone la sintomatologia. L'inizio della complicanza pleurica è per lo più insidioso, tanto da doverla ricercare espressamente (Widal e Merklen). Di questa verità abbiamo potuto persuaderci personalmente in qualche caso di pleurite purulenta complicante il tifo, ma decorsa in modo affatto subdolo, che sarebbe certamente sfuggita, se non si fosse tornati ogni tanto, anche senza particolari richiami del malato o spiccate modificazioni nella evoluzione del quadro morboso, a riesaminare sistematicamente il paziente. L'evoluzione è lenta, scarsamente febbrile e talvolta apiretica; la durata è assai lunga. Per lo più l'inizio è preceduto da una bronchite intensa, o da una congestione, o da broncopolmonite o da polmonite, e talvolta da infarti polmonari, o da suppurazioni in prossimità della pleura o da pioemia. Le forme purulente sono gravi e dànno una percentuale di casi letali piuttosto alta. Il pus ha grande tendenza a perforare la pleura e ad aprirsi nel polmone od anche nella pelle. Più l'essudato sopravviene a distanza dall'inizio del tifo, più esso ha tendenza alla purulenza. Nella citodiagnosi spicca la presenza di grandi cellule endoteliali, isolate o a placche. Il liquido contiene il b. di Eberth nei primi periodi, più tardi diventa generalmente sterile. Ma non tutte le pleuriti sopravvenute nel decorso dell'infezione tifoide sono di natura eberthiana; esse possono conseguire ad infezioni secondarie da piogeni e financo dal b. di Koch. Complicazioni pleuriche sono state descritte anche nel paratifo B.; talvolta il versamento occupava la grande cavità pleurica, tal'altra era saccato o interlobare. (Sull'argomento delle complicazioni pleuriche nel tifo forniscono questi ed altri particolari la monografia di Brouardel e Thoinot sulla « Fièvre typhoïde » e ancor più quella di M. Labbé sulle « Pleurésies » nel grande Trattato di Medicina e Terapia diretto da Brouardel, Gilbert, Thoinot e Carnot).

Il nostro Frugoni ha illustrato ampiamente in una delle sue lezioni cliniche (C. Frugoni: *Policlinico*, Sez. Pratica, 1932, n. 1) un caso molto interessante di ascesso polmonare tifico con perforazione nel cavo pleurico e piopneumotorace consensuale, ed a tal proposito egli cita uno studio di Gasparini sulle pleuriti tifose purulente. Anche nel suo caso la cultura del pus pleurico aveva dato tutti i caratteri biologici e batterioscopici del b. di Eberth, e la sieroagglutinazione si era dimostrata positiva ad alto titolo. In altra precedente lezione (C. Frugoni: *Pneumotifo*, Minerva Medica, n. 36, 1930) aveva largamente discusso un caso di pneumotifo, ricordando, a proposito di esso, le principali localizzazioni del b. di Eberth nell'apparato respiratorio.

Nel nostro caso, ammessa l'ipotesi di un piopneumotorace, la presenza del gas nella cavità pleurica avrebbe potuto benissimo spiegarsi con l'esistenza di una fistola pleurobronchiale, o perchè la raccolta pleurica si fosse fatta strada nel polmone, o perchè essa fosse stata preceduta dalla fusione purulenta di un tratto corticale del polmone, alla sua volta conseguente ad una flogosi polmonare dovuta allo stesso b. di Eberth.

Ho ritenuto opportuno riferirvi sommarie nozioni sull'argomento delle complicanze pleuriche nel tifo, per dimostrarvi che la diagnosi radiologica di un idro- o piopneumotorace, così suggestiva a giudicare dal primo radiogramma, (salvo forse una zona quasi impercettibile di trasparenza juxtavertebrale, per valorizzare la quale i radiologi avrebbero dovuto forse essere mossi da un vero preconcetto per una differente interpretazione diagnostica), rientrava fra le note possibilità cliniche, in campo di complicazioni o successioni morbose nel decorso dell'infezione tifoide, specialmente se si ammetteva, in linea ipotetica, che la lesione pleurica si fosse eventualmente svolta in conseguenza di un processo della stessa natura a carico del polmone.

A questa prima impressione clinico-radiologica i successivi esami fisici opposero elementi di dubbio e di giustificato dissenso.

In prosieguo di tempo rispetto alle prime osservazioni confermammo ancora, nella metà inf. della regione scapolare, il rumore respiratorio a carattere subanforico, con rantoli umidi sonori, la broncofonia e la stetolalia afona; la succussione ippocratica verso l'alto era sempre nettamente provocabile. Nella posizione prossima alla clinostatica della p. si apprezzava suono ottuso-timpanico nella fossa sopraclaveare D., suono timpanico a tonalità profonda nella sottoclaveare fino al margine sup. della IV costola, con rinforzo del fremito vocale. In posizione seduta il suono timpanico sopra descritto si convertiva in suono ottuso fino all'altezza della II costola, e secondo un confine orizzontale; il f. v. t. si attenuava nella regione ottusa. Sempre in posizione seduta, dalla regione sopraspinosa fino a 2 dita al di sotto della spina della scapola il suono plessico era in parte ridotto, in parte timpanico; da questa altezza in giù, e secondo un limite di separazione a decorso presso a poco orizzontale, si rilevava suono ottuso resistente fino alla base, se si percuoteva lungo la linea emiscapolare ed una linea parallela decorrente 2 dita all'interno di essa; ma il suono assumeva di nuovo carattere timpanico, a tonalità profonda, a lato della colonna vertebrale, dall'altezza della VII vertebra dorsale in giù e per una larghezza di oltre 3 dita trasverse rispetto alle apofisi spinose. In tal periodo mancava anche l'ottusità vertebrale e qualsiasi accenno al triangolo paravertebrale. Il f. v. t. si comportava analogamente alle mo-

dificazioni plessiche: ben conservato ed anche rinforzato nelle zone timpaniche, indebolito nelle ottuse.

Facendo passare la p. nel decubito laterale sinistro, la zona di risonanza chiaro-timpanica lungo la colonna vertebrale si manteneva immodificata, mentre nella zona postero-esterna del torace il suono ottuso si convertiva in suono nettamente timpanico, senza però carattere metallico, su tutta l'altezza della regione scapolare e fino presso a poco all'angolo inferiore. Procedendo però nella ricerca plessimetrica verso le linee ascellari, si incontrava di nuovo una zona ottusa, il cui confine posteriore corrispondeva alla linea scapolare esterna e il cui limite superiore giungeva fino a poche dita al di sotto del cavo ascellare: zona ottusa che si prolungava verso la regione toracica antero-inferiore.

Nel decubito laterale destro guadagnava di ampiezza in senso trasversale la zona timpanica latero-vertebrale; la zona ottusa guadagnava in altezza, raggiungendo la spina della scapola. Nella posizione prona della p. l'ottusità postero-laterale non subiva importanti modificazioni e spostamenti.

* * *

Da questo complesso di dati semeiologici, desunti con la più scrupolosa obbiettività, derivai subito ragione di diffidenza contro il concetto di una raccolta idro-aerea in cavità pleurica. C'erano sì a favore di tale ipotesi l'interpretazione radiodiagnostica, con la netta constatazione di un livello liquido e di un'opacità generalizzata presso che *in toto* al di sotto del livello stesso, il segno della moneta, la « succussio Hippocratis », ecc.; ma come conciliare con tale interpretazione la successiva scomparsa dell'ottusità vertebrale nella metà inferiore del tratto dorsale col rilievo di una zona timpanica paravertebrale dallo stesso lato del presunto versamento? Si poteva pensare che l'essudato pleurico constatato con la prima puntura esplorativa si fosse riassorbito in parte, e saccato verso l'esterno: ma perchè si sarebbe riassorbito e saccato proprio in quel settore basilare del cavo pleurico che avrebbe dovuto risentire i massimi effetti della pressione idrostatica esercitata da un abbondante versamento, e perchè questo sarebbe rimasto perfettamente libero soltanto nel tratto superiore così da dar luogo alla netta formazione di un livello orizzontale?

Mi posi mentalmente anche un'altra ipotesi: essere cioè la zona timpanica paravertebrale da considerare come qualche cosa di analogo a quelle aree di timpanismo che talvolta appaiono plessimetricamente immerse in piena zona di ottusità basilare in casi di idropneumotorace. Già nel 1896 L. Galliard descrisse una zona sonora infero-dorsale alla base dell'emitorace sinistro in un caso di raccolta pleurica idro-aerea, e pensò trattarsi di una consonanza gastrica o da distensione del colon. H. Schneider (1900) segnalò alla base sinistra, presso la colonna vertebrale, il così detto « hochtympanitischer Klang » in un punto corrispondente alla sede del liquido, e interpretato come di origine gastrica o colica. Altri autori (Albersheim, Emerson, Baümler nel 1905), in casi analoghi, constatarono un « tympanitischer Schall » alla base destra: e in prosieguo di tempo osservazioni analoghe sono state fatte fino ad epoca recente. Per spiegare questi fenomeni apparentemente paradossali gli AA. sopra citati invocarono la compressione parziale del polmone per effetto di aderenze, oppure la trasmissione di vibrazioni agli spazi a contenuto gassoso prossimi alla raccolta liquida, o la presenza di bolle d'aria imprigionate nel reticolo fibrinoso della pleura o sbarrate da coltroni pleurici.

Io ritengo che ognuna di queste ragioni possa avere la sua importanza nei casi speciali, ma penso anche che in molti dei casi, se non nella maggior parte di essi, la ragione precipua del fenomeno consista nella convibrazione di zone toraciche confinanti con la raccolta liquida, ove esistono realmente le condizioni fisiche necessarie per la produzione del suono timpanico od anche metallico.

Intanto nella nostra p. una puntura esplorativa praticata in piena zona timpanica paravertebrale non diede luogo all'estrazione nè di liquido nè di gas, ma fece percepire una certa resistenza durante l'infissione dell'ago; ciò valse ad escludere un grossa bolla d'aria imprigionata da eventuali coltroni. Ma nemmeno la convibrazione di zone vicine poteva spiegare il fenomeno, in quanto che troppo distante e troppo alta era la sede di produzione del suono timpanico per presenza di gas: inoltre sarebbe stato strano che detto fenomeno si constatasse nel tratto latero-vertebrale inferiore e non nella zona immediatamente sottostante al livello liquido. La ragione del fenomeno nel caso nostro non poteva che consistere nel riassorbimento completo dell'essudato pleurico della grande cavità constatato con la prima puntura, a cui potevano residuare dei coltroni fibrinosi, non talmente spessi però da ottundere il suono plessico. Il complesso semeiotico, dunque, analizzato nei suoi dettagli e considerato in rapporto alle serie obbiezioni che potevano opporsi alla conclusione radiologica, ce la fece presto ripudiare.

Aggiungiamo che la non dimostrabile modificabilità plessica della zona postero-laterale dell'emitorace D. nella posizione prona della p. e le modificazioni ottenute negli altri decubiti, non tipiche per una raccolta idro-aerea libera nel cavo pleurico, fecero ancor più diffidare di tale entità clinica; e dovendo escludere quest'ultima, non si poteva che concludere con l'ammettere una condizione fisica analoga, a sede intrapolmonare, simulante, in aggiunta alle lesioni pleuriche, il quadro semeiologico e radiologico dell'idro- o piopneumotorace.

A questo punto il laboratorio venne a soccorrerci, portando elementi decisivi su quanto era oggetto della mia giustificata riluttanza ad accettare la conclusione radiologica.

Infatti, dopo oltre 3 settimane di degenza della p., un'altra puntura esplorativa (VI spazio intercostale, lungo l'ascellare posteriore) diede esito questa volta a liquido denso, di colore fra il giallo oro e il giallo zafferano, differente dall'aspetto del liquido purulento estratto in precedenza. Si procedette alla semina in brodo anche di questo liquido, e si isolò, come nella puntura precedente, un germe mobile in cultura pura, che per i caratteri morfologici, biologici e sierologici si identificò anche questa volta col bacillo del tifo. Ma il reperto più importante rilevato dal mio aiuto dott. Patrignani era costituito dalla presenza di piccole vescicole di colore biancastro, e, all'esame microscopico del liquido, di un detrito con elementi morfologici scarsissimi, in parte degenerati, per cui non era possibile riconoscerne la struttura, di numerosi cristalli di colore rossastro, di forma romboidale da riferirsi a cristalli di ematoidina, e di abbondanti cristalli quadrangolari, lamellari, con un angolo smusso, a volte disposti a gradini di scala, solubili nell'etere, nel cloroformio, identificabili come cristalli di colesterina. La ricerca dei pigmenti biliari nel liquido era negativa. L'esame microscopico faceva inoltre apprezzare la presenza di numerosi uncini a spina di rosa caratteristici della ciste da echinococco.

Ciò bastò a far balenare senz'altro alla nostra mente il concetto diagnostico di una ciste da echinococco del polmone a contenuto in parte liquido, in parte gassoso, per le ragioni che discuteremo.

Ancora un'altra puntura praticata a circa 8 cm. di profondità nello spazio interscapolo-vertebrale all'altezza del IV spazio, diede esito a liquido denso, in parte grumoso, di colore giallo solfureo, con gli stessi caratteri microscopici sopra descritti, e la cui semina confermò lo sviluppo in cultura pura del b. di Eberth. Ed un'altra puntura eseguita un po' lateralmente all'angolo scapolare inf., alla profondità di 4-5 cm., diede esito ad essudato nettamente purulento con gli stessi caratteri macro- e microscopici del liquido estratto in precedenti punture ed il cui esame batteriologico dimostrò ancora una volta il b. di Eberth in cultura pura.

In complesso dunque 2 tipi di liquido patologico: uno purulento, l'altro in rapporto col contenuto anormale di una ciste da echinococco. Quanto al liquido purulento, non era facile dimostrare se fosse in rapporto con una raccolta pleurica saccata o con altra localizzazione, ma il fatto di aver rilevato i segni di riassorbimento del primitivo essudato, così da risultarne la produzione della zona timpanica paravertebrale sopra discussa, faceva propendere per una più probabile raccolta situata più lateralmente ed anche a una certa profondità (difficilmente intraparenchimale, data la assenza di espettorazione caratteristica di un ascesso polmonare).

* * *

Ecco gli elementi di fatto per i quali ritenni opportuno invitare i radiologi ad ulteriori accertamenti, e potei constatare con un certo compiacimento che le mie argomentazioni contro il concetto di una raccolta idro-aerea in cavità pleurica trovavano ora la più valida conferma nei successivi reperti radiologici. Infatti il nuovo esame (prof. Nuvoli), eseguito dietro nostro preciso quesito, diede il seguente reperto: « Dall'alto in basso, a carico dell'emitorace D., si mettono in evidenza due opacità parzialmente sovrapposte, una superiore occupante la regione apicale e sottoclaveare grossolanamente ovalare e contenente un livello liquido; l'altra inferiore che si confonde col polo inferiore della precedente e che segue il decorso della grande scissura interlobare. Questo aspetto morfologico conferma la ipotesi clinica che si tratti di una doppia affezione, e cioè che l'immagine superiore sia dovuta ad una ciste da echinococco parzialmente svuotata, e la inferiore ad una pleurite reattiva a decorso prevalentemente interlobare ». (Vedi radiogrammi II, III, IV, V).

Ora dunque eravamo in grado di comprendere la ragione della prima fallace interpretazione radiologica: la vasta opacità limitata in alto dal livello liquido era, nel 1° radiogramma, dovuta evidentemente alla opacità del liquido cistico sovrapposta senza interruzione all'opacità pleurica intercosto-polmonare, prima del riassorbimento, ed a quella in rapporto all'altra raccolta, interpretata come a prevalente sede interlobare.

Gli ultimi radiogrammi dimostrano, rispetto al primo, simulante la raccolta idro-aerea endopleurica, un livello liquido più alto, e ciò in accordo con un analogo innalzamento del limite di ottusità constatato semeiologicamente: infatti proprio nel periodo in cui furono condotte le nuove indagini radiologiche, l'ottusità posteriore raggiungeva in alto un livello situato 1 cm. appena al di sotto della spina della scapola, e l'ottusità anteriore si portava più in alto che nelle precedenti osservazioni, con decorso presso che rettilineo, e sempre col netto rilievo della succussione ippocratica. E intanto permanevano l'assenza dell'ottusità vertebrale, anche per maggiore altezza, forse per una sensibile riduzione dei diametri trasversi della cavità cistica per effetto del suo parziale afflosciamento, e la presenza della zona chiaro-timpanica nella regione paravertebrale D., che si rendeva anche più evidente nel decubito laterale sinistro, probabilmente per una maggiore detensione del parenchima polmonare in tal posizione. Nello stesso decubito il suono plessico assumeva un timbro timpanico in corrispondenza di una zona

situata nella regione sottoascellare, il cui limite inf. distava poche dita dal cavo ascellare. Nella sezione alta della zona ottusa il rumore respiratorio aveva un carattere dolcemente soffiante, in basso appariva debole di intensità, ma senza speciali modificazioni delle sue qualità acustiche fondamentali.

I radiogrammi II e V ci dimostravano in pieno il perchè della zona chiaro-timpanica paravertebrale, dato l'evidente spazio chiaro fra il confine della ciste e la colonna vertebrale in alto e fra la raccolta presumibilmente interlobare (particolarmente evidente nel radiogramma V) e la stessa colonna vertebrale più in basso.

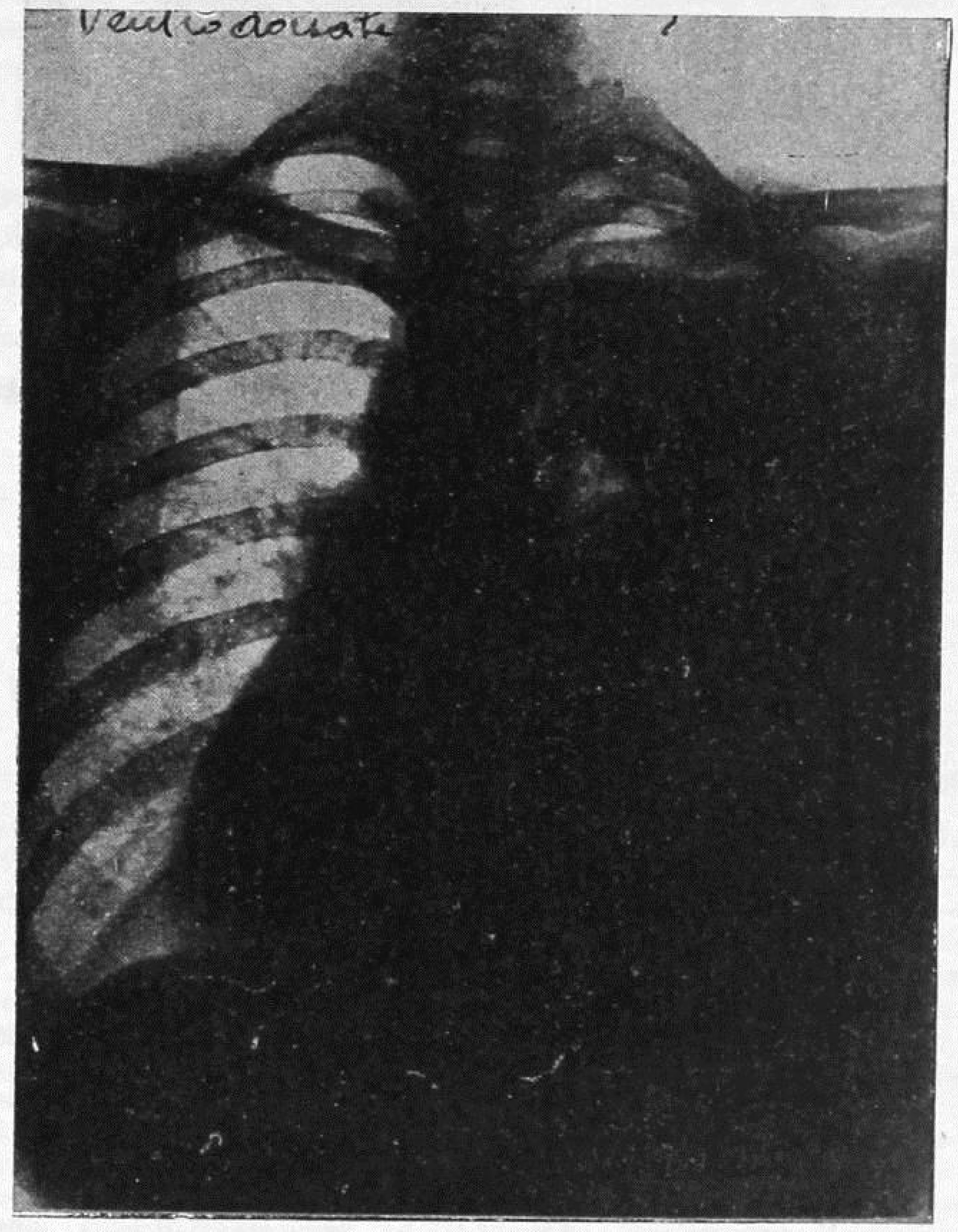


RADIOGRAMMA II: dorso-ventrale, in piedi.

Intanto, oltre 1 mese dopo il suo ingresso in ospedale, la p. emise per alcuni giorni blocchi di escreato di colore giallo zafferano anche commisto ad espettorato purulento, altre volte di tinta parzialmente rosea oltre che ocracea, o anche dell'aspetto di gelatina di prugna.

L'intradermoreazione di Casoni non che la reazione di Ghedini-Weinberg, eseguite a scopo di conferma diagnostica, diedero risultato negativo. Ciò non deve stupire, pel fatto che eravamo di fronte ad una ciste alterata in senso necrobiotico e degenerativo: è noto infatti che le reazioni caratteristiche della ciste da echinococco possono del tutto mancare, sia in presenza di cisti integre, come ho avuto occasione di constatare più volte, sia e maggiormente nelle cisti che hanno subito alterazioni regressive.

Debbo dirvi che, in parte per la spontanea evoluzione del processo morboso, in parte forse per le intensive cure toniche e ricostituenti, l'inferma è andata migliorando nell'ultimo periodo: apiressia, sensibile rialzo della nutrizione generale, diminuzione dello escreato che ha assunto per lo più un aspetto banale, e notevole miglioramento nello stato anemico (gl. rossi 4.000.000; Hb 60; v. glob. 0,75; gl. bianchi 11.000, di cui neutrofili 85 %, eosinofili 4 %, linfociti 7 %, monociti 4 %); negli strisci nessuna importante alterazione morfologica.



RADIOGRAMMA III: ventro-dorsale, in piedi.

* * *

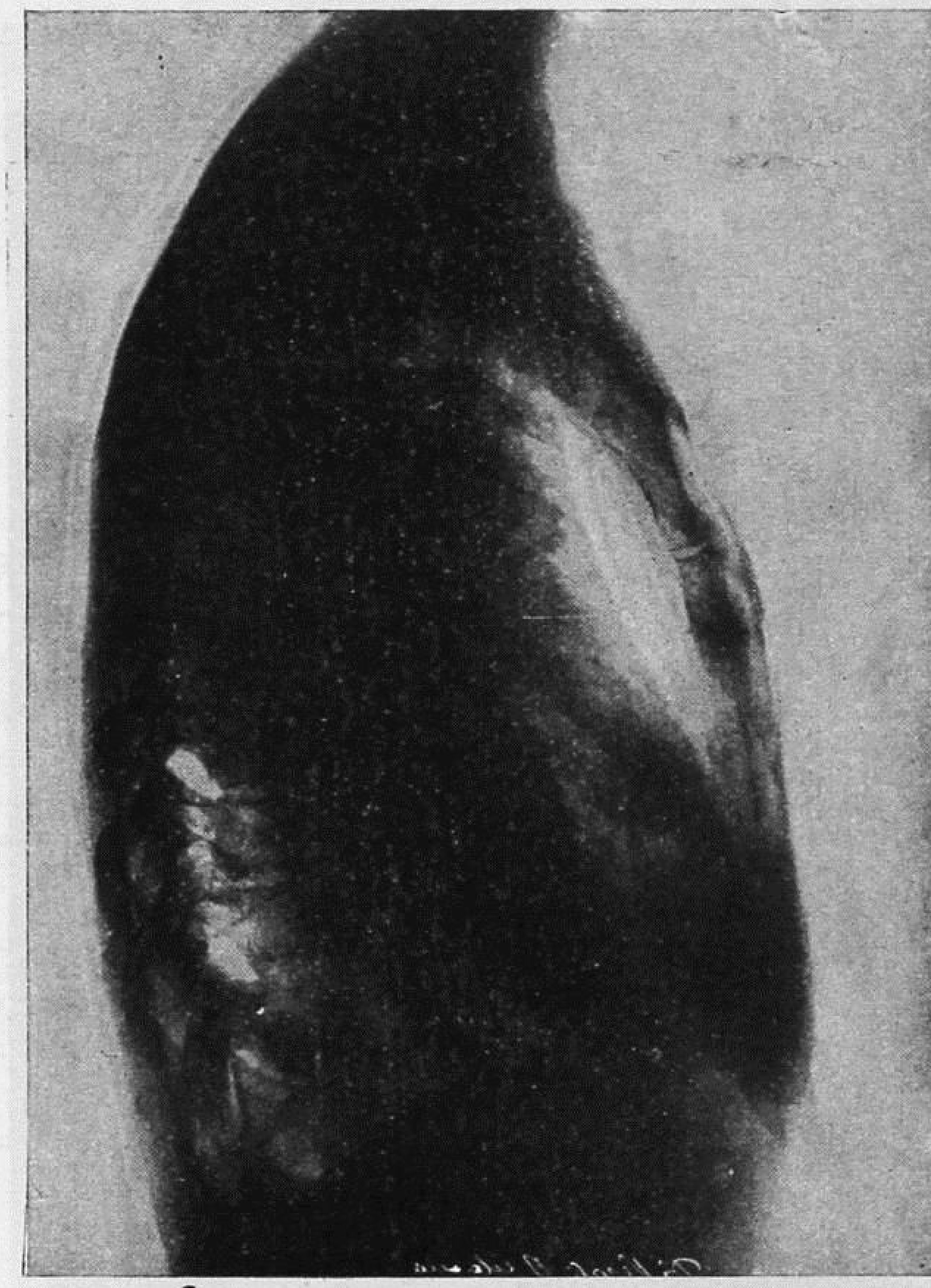
Uno degli aspetti più singolari di questo caso è l'inevitabile scambio in un primo tempo con l'idropneumotorace, più che giustificato da parte dei radiologi, ma anche dal punto di vista clinico, se si tien conto soprattutto del fenomeno della succussione ippocratica, evidentissimo nella nostra paziente. Tuttavia è noto che tal fenomeno non è esclusivamente patognomonico delle raccolte idro-aeree del cavo pleurico: io stesso ho potuto constatare la sua presenza netta ed inequivocabile in parecchi casi di ampie escavazioni polmonari parzialmente riempite di liquido. Non crediamo che la presenza di gas nella cavità cistica sia conseguita all'azione di germi gassogeni, soprattutto anaerobî, innanzi tutto perchè l'esame batteriologico del suo contenuto ha ripetutamente dimostrato il b. di Eberth in cultura pura; poi perchè la presenza di frammenti di membrana cistica e di materiali proprî del contenuto della ciste sono stati dimostrati an-

che nell'espettorato. Deve essere dunque avvenuta una rottura, sia pur minima, nella parete cistica, data l'assenza di vere vomiche, e ciò crediamo in conseguenza di una flogosi del pericistio determinata dallo stesso bacillo del tifo, che ha secondariamente indotto alterazioni di carattere necrobiotico della membrana cistica, in modo da favorire sia la penetrazione del germe in cavità, sia l'entrata di aria dal tessuto polmonare circostante, lacerato per effetto della conseguente rottura. La ricchezza in cristalli di colesterina del liquido di aspetto ocraceo contenuto nella ciste sta certamente a dimostrare una spiccata degenerazione lipoidea della membrana e del suo contenuto.



RADIOGRAMMA IV: O. A. D., in piedi.

Anche il reperto del b. di Eberth ci sembra affatto singolare in una ciste da echinococco del polmone, ed è assai probabile che costituisca, non osiamo affermarlo con sicurezza, un reperto unico nella letteratura. Solo a proposito delle cisti idatidee del fegato, F. Dévé, l'autore che ha la più larga esperienza e competenza in questo importante capitolo della clinica parassitologica, afferma che, fra gli altri germi, è stata eventualmente constatata la presenza del b. di Eberth. Naturalmente il bacillo vi è pervenuto, nel nostro caso, dal tessuto polmonare, dove è noto esso possa dar luogo a lesioni variabili, cioè: congestioni, broncopolmoniti, polmoniti, ascessi, infarti emorragici, splenizzazioni, embolie dell'arteria polmonare e perfino la gangrena polmonare. Nel caso nostro però sarebbe assai imprudente avventurarsi retrospettivamente nelle ipotesi circa le speciali lesioni polmonari che abbiano eventualmente preceduto l'inquinamento batterico della ciste, anche perchè ci troviamo a parecchi mesi di distanza dalla contratta infezione tifoide; oltre a ciò i pochi disturbi che emergono dalla nostra anamnesi sono più in rapporto ad una sospettabile lesione pleurica che ad un'affezione polmonare vera e propria, e per le lesioni pleuriche abbiamo reperti obbiettivi e radiologici. Tuttavia, sulla base del concetto secondo il quale l'infezione tifoide dev'essere considerata quale una batteriemia, possiamo pensare che il bacillo di Eberth dalla grande circolazione abbia in certo modo approdato nel tessuto polmonare, localizzandosi in quel tratto del parenchima che circondava immediatamente la ciste, in modo da alterare in senso flogistico il pericistio e dar luogo secondariamente alle alterazioni regressive e degenerative della membrana e del suo contenuto, con la conseguente penetrazione del germe e rottura parziale della parete, che dev'essere certamente avvenuta in epoca precedente alla nostra osservazione: infatti già il primo radiogramma dimostrò le note di un livello liquido.



RADIOGRAMMA V: laterale S. D., in piedi.

Per quanto riguarda la lesione pleurica, che giustamente i radiologi oggi definiscono a prevalente sede interlobare, dobbiamo ammettere che la ciste da echinococco, svoltasi a spese del lobo superiore del polmone, abbia rappresentato la spina irritativa che ha forse predisposto anche all'attecchimento del b. di Eberth nella sierosa, così da dare l'essudazione nella grande cavità, attualmente scomparsa o residuata in forma di coltroni fibrinosi, e da permettere che a poco a poco si formasse la rac-

colta entro la grande scissura interlobare. Questa distanza notevole fra il periodo in cui si svolse l'infezione tifoide e le attuali complicazioni pleuriche, senza che la paziente sia andata incontro ad una grave compromissione delle sue condizioni di resistenza, non ostante anche la presenza di una vasta ciste idatidea complicata, è un altro punto interessante del nostro caso. Anche il cospicuo tumore di milza rilevato nella nostra p. documenta la lunga durata dell'infezione eberthiana con tutte le sue conseguenze morbose: sappiamo infatti che appunto nei tifi a decorso molto prolungato si possono avere perfino delle splenomegalie vere e proprie.

In sintesi, possiamo dunque così riassumere l'evoluzione del processo morboso nelle sue linee fondamentali:

« Ciste da echinococco a carico del lobo superiore del polmone destro; infezione tifoide; flogosi del pericistio e alterazioni necrobiotico-degenerative della membrana cistica e del suo contenuto per azione del b. di Eberth, presente in cultura pura nel liquido cistico, con successiva parziale rottura della membrana e formazione di un'idropneumociste simulante una raccolta idro-aerea endopleurica; concomitante o successiva pleurite essudativa in parte della grande cavità, in seguito riassorbita, in parte e principalmente in forma di vasta raccolta interlobare, anch'essa di natura eberthiana ».

Formuliamo una prognosi riservata, ma non troppo pessimistica, sia per le attuali non gravi condizioni generali, sia per il miglioramento dello stato anemico secondario, sia infine perchè molto dobbiamo contare, non soltanto per quanto riguarda la ciste, ma anche per quel che concerne la raccolta pleurica interlobare, sul risultato dell'intervento chirurgico, che costituisce nel caso nostro, per ovvie ragioni, una esplicita e categorica indicazione. Infatti affideremo la paziente, s'intende col suo beneplacito, al chirurgo, con la speranza, per non dire con la certezza, di portarla alla guarigione, anche se questa dovrà alquanto tardare, in rapporto all'abituale lunga evoluzione dei postumi che sogliono conseguire a simili interventi. E l'intervento deve consistere sia nell'aggredire il presumibile empiema interlobare, sia nell'aprire, svuotare o eventualmente escidere, previa pneumotomia, la ciste da echinococco.

Nota: L'inferma è stata sottoposta all'intervento chirurgico (operatore il dott. Vincelli, aiuto chirurgo del I Padiglione), 13 giorni dopo la nostra lezione. Procedimento operatorio e reperto:

« La puntura esplorativa riesce indaginosa per la ricerca del pus; ripetute punture lungo la linea ascellare posteriore, a livello del VII ed VIII spazio intercostale, non dànno esito a fuoriuscita di pus. Spostando l'esplorazione al VI spazio intercostale lungo il margine interno della scapola, a pochi centimetri di profondità, la puntura dà esito a fuoriuscita di qualche cc. di pus denso.

Sulla guida dell'ago si va alla ricerca del focolaio purulento, eseguendo una costotomia della VII costola lungo la linea scapolare interna. Asportato il pezzo di costola, si trova uno spesso coltrone pleurico che è necessario incidere per circa 7-8 cm. in profondità, dopo di che fuoriesce a getto una cinquantina di cc. di liquido grigiastro purulento. Sulla guida del bisturì s'introduce un Klemmer, manovrando in modo da fare una più ampia breccia: questa manovra provoca la fuoriuscita di altra scarsa quantità di liquido purulento con i caratteri di sopra, e approfondendo di più il Klemmer, la fuoriuscita di scarsa quantità di liquido di colore giallo zafferano, denso, commisto a grossi blocchi di colore giallo ocra e gocce oleose.

Si drena con garza e tubi di gomma ».

Decorso postoperatorio normale: la malata riemette, a volte, anche dalla bocca il liquido cistico coi caratteri sopra descritti; migliora progressivamente.

NOTE E CONTRIBUTI

La cura bulgara del parkinsonismo postencefalitico.

(Contributo clinico).

Prof. CESARE AGOSTINI, della R. Università di Perugia.

Le gravi e veramente penose alterazioni psico-fisiche indotte dall'encefalite letargica nel periodo cronico del male, erano fino a poco tempo addietro combattute con medicamenti base di belladonna, di stramonio, di genoscopolamina, di antiparchinsonnina, ecc. I transitori miglioramenti provocavano nei pazienti e nelle famiglie una penosa delusione.

Da circa otto anni per iniziativa e decisa volontà di Sua Maestà la Regina d'Italia, è stata consigliata e diffusa la *cura Bulgara*, e da S. M. suggerita come veramente efficace. Questa consiste principalmente nella somministrazione di un decotto di radici di Solanacee provenienti dalla Bulgaria, insieme a particolari norme igieniche e dietetiche applicazioni idro- e fisioterapiche che favoriscono la tolleranza del rimedio. Detta cura è stata chiamata *cura di ricupero* poichè l'effetto suo benefico continua a manifestarsi anche con dosi ridotte, specie sulla risoluzione della rigidità muscolare, sulla cessazione della scialorrea, sul ripristino della attività psichica. Tutti noi convenuti da ogni parte d'Italia al Quirinale ricordiamo l'ammirazione ed il compiacimento che provammo quando il prof. Panegrossi ebbe ad illustrare molti casi d'encefalitici, mostrando nello schermo il paziente irrigidito e istupidito, che poi libero delle membra si recava a baciare la mano della Regina esprimendo la sua viva riconoscenza.

Ed all'umanitario e indefesso interessamento di Sua Maestà a pro' di migliaia di pazienti doloranti per gli effetti deleterici del tuttora ignoto *virus* encefalitico, si deve l'apertura di un Padiglione al Policlinico di Roma capace di oltre duecento letti, e di altri reparti a Torino, Pisa, Bologna, Milano, Palermo. Da oltre due anni ho raccolto nella Clinica neuropsichiatrica numerosi infermi di Parkinsonismo che ho sottoposto alla cura Bulgara avendo ricevuto da S. M. la quantità del medicamento necessario. Vari encefalitici di condizione agiata ho curato a domicilio.

Occorre saggiare la tolleranza individuale durante la cura, specie nel primo periodo, somministrando mattina e sera pochi c. c. del decotto che possono essere in proseguo aumentati fino a 30 cc. con dieta latteo-vegetariana, idroterapia calda, massaggi, elettroterapia. Le altre pillole e polveri coadiuvanti la cura hanno un effetto principalmente psico terapico, siccome nella psiche particolarmente emotiva dell'encefalitico, il sapere che il medicamento è somministrato da Sua Maestà la Regina costituisce un fattore di grande valore psicologico. In un mio studio — *Sui postumi dell'encefalite letargica* — fin dal 1921 ho per primo stabilita la natura *isiero-organica* dei postumi di questa infermità, nella quale mentre la coscienza è vigile, è più o meno gravemente inceppata l'attività psicomotoria, donde una condizione di *cinesifobia* che aggrava lo stato morboso. Sostenni sino d'allora che tale rigidità della psiche associata alla rigidità muscolare, indotta dal processo tossi infettivo cronico sulla sostanza grigia, corticale e pericavitaria, dimostrava le connessioni funzionali tra i fasci cortico-pontini, tra corteccia e sistema extrapiramidale.

La mia esperienza personale sui vantaggi indotti con la cura Bulgara si basa sulla osservazione clinica di oltre venti ammalati di postumi encefalitici, dei quali mi giova ricordare taluni dei più istruttivi:

I. Riz. Carlo, anni 36, operaio; nulla nel gentilizio familiare e personale. Nel 1919 ammalò di encefalite, ma dopo due mesi riprese il lavoro lagnandosi solo di cefalea. Dopo sei anni sono cominciate crisi oculogire che sono man mano aumentate di intensità e di frequenza con durata da 20 a 30 minuti, impedendogli ogni lavoro, provocando disfagia, parola scandita, rigidità dei muscoli mimici, del collo, dell'arto superiore corrispondente. Ha iniziato la cura il 1° febbraio 1935. Dopo 40 giorni si è notato un deciso miglioramento e dopo quattro mesi le crisi oculogire sono scomparse e con queste la disfagia, la disartria, la cefalea: e l'operaio ha ripreso il suo lavoro abituale, prendendo un mezzo cucchiaio del decotto.

II. Cris. Giuseppe, di anni 39, bracciante, ammalò di encefalite nell'agosto 1919 e da quell'epoca la malattia lo tormentò continuamente, immobilizzandolo, risolvendosi di poco la rigidità muscolare e la scialorrea, l'acinesia, la sonnolenza diurna, con la scopolamina. Ha iniziato la cura bulgara nel maggio 1935 elevando man mano la dose fino a tre cucchiaiate del decotto che è poi stata ridotta ad un cucchiaio. Dopo due mesi la scialorrea, la rigidità, la acinesia, la sonnolenza diurna sono notevolmente diminuite, in seguito anche i tremori sono cessati, ed attualmente l'operaio ha ripreso il suo lavoro lagnandosi soltanto di facile esauribilità neuromuscolare. Persiste il sintoma della troclea dentata.

III. Pecc. Giovanna, di anni 26, ammalò di encefalite nel 1927, operaia dovè interrompere il lavoro per i gravi tremori diffusi a tutta la persona e per la rigidità muscolare, e lo stato di sonnolenza diurna. Nel 1932 le fu ordinata la scopolamina che non potè tollerare. Nel giugno

1934 entrava in Clinica. Iniziò la cura bulgara e dopo un mese migliorava così che nel novembre usciva guarita. Ha dovuto però continuare la cura riducendola ad un solo cucchiaio di decotto perchè la sospensione le procurava il vomito.

IV. Lomb. Anna di anni 50, possidente. È ammalata di encefalite dal 1921, a decorso intermittente. La cura della genescopolamina è la sola da cui ritrae qualche vantaggio, presentando abitualmente apatia, sonnolenza, dismnesia, stanchezza muscolare, acinesia, tremori, dislalia. Ha iniziato la cura dal giugno 1935 e dopo due mesi, crescendo la dose fino a 3 cucchiai di decotto, ha risentito tale un miglioramento che cammina speditamente, parla bene, prova un senso di euforia anche esagerato, ed ha ripreso tutte le sue occupazioni familiari. Non intende però di diminuire la dose del farmaco che chiama miracoloso.

V. Sciab. Nazzareno, di anni 39, coniugato. Ammalò di encefalite nell'agosto del 1927, con cefalea, sonnolenza, tremori, dislalia. Presentava accentuata depressione psichica con idee deliranti di gelosia per cui ingiuriava e maltrattava la moglie. Entrato in Clinica con la cura bulgara migliorò discretamente e tornò in famiglia. Però dopo qualche mese ricomparvero i disturbi encefalitici accompagnati dalla depressione dell'umore e dal delirio di gelosia, per cui venne riammesso in Clinica dove rimase molti mesi. Tornato in famiglia ricomparvero dopo qualche settimana i fenomeni morbosi encefalitici e con essi lo stato melanconico ed il delirio di gelosia che lo sospinse a ferire gravemente la moglie per cui venne rinchiuso definitivamente all'Ospedale Psichiatrico.

VI. Men. Giovanni, di anni 31, venne colpito da encefalite nel 1921. È rimasto 9 anni in letto con abasia, disartria, disfagia, rigidità completa della persona, tremori diffusi, stato confusionale psichico. Se accenna a parlare è colpito da uno spasmo della mandibola inferiore che fa rimanere la bocca spalancata e dolorante per vari minuti. La cura bulgara modifica transitoriamente tali fenomeni, ma lo stato confusionale rimane invariato.

I soggetti da me studiati possono esser divisi in due gruppi: I. Quelli nei quali si ha *intoppo psicomotorio* che io chiamai *bradipsichismo*, nei quali manca ogni iniziativa per quanto si interessino del meso-ambiente, ma presentano particolare riduzione di quei lavori mentali che richiedono riflessione, concentrazione, astrazione — si nota indifferenza affettiva e ripugnanza allo sforzo mentale o fisico.

II. Quelli che presentano uno stato di *letargia psicomotoria* con acinesia, abasia, rigidità muscolare, tremori diffusi, sonnolenza diurna, dismnesie, parola monosillabica, psiche inattiva pur conservando la coscienza dell'io.

III. Quelli che insieme ai disturbi postencefalitici hanno presentato una condizione psicopatica.

La somministrazione della cura bulgara ha portato nelle prime due categorie vantaggi notevoli e persistenti; vantaggi scarsi e transitori nell'ultimo tipo d'infermi. Vantaggi maggiori si trovano all'inizio della cura, in seguito questi si fanno meno evidenti e transitori.

Per la cura si dileguano presto la rigidità, la scialorrea, le crisi oculogire, le crisi narcolettiche, l'abasia, la bradicinesia; più tardi e più lentamente scompare il tremore e lo stato di ottundimento psichico.

Fin dal 1920 potei dimostrare, per indagini istopatologiche eseguite sul sistema nervoso di 5 encefalitici, che lo stato di obnubilamento e d'inerzia psichica proprio di questi pazienti era dovuto al processo infettivo-tossico che aveva lesi gli strati corticali deputati alla funzionalità psichica superiore. Avevo pure affermato che la tendenza ad aggravamenti saltuari stava a dimostrare la emigrazione del *virus* encefalitico da una zona ad un'altra, dispiegando la stessa azione deleteria flogistico-degenerativa su tutto l'asse nervoso, mentre il disturbo del sonno era indotto dallo stesso virus sulla sostanza grigia mesencefalica. Quindi lesioni cortico-penducolo-pontine. Dallo studio fatto sugli infermi assoggettati alla cura bulgara si può affermare che è necessario somministrare il medicamento senza interruzioni, riducendo pure notevolmente la dose, poichè gl'infermi si preoccupano delle sospensioni del medicamento per timore di ricadere nel male; che è bene iniziare con dosi minime per evitare la secchezza delle fauci, la vertigine, il transitorio stordimento mentale, la disappetenza. La cura riesce maggiormente vantaggiosa nei casi iniziali ed in quelli, nei quali non vi siano state larghe zone di distruzione dei centri corticali e subcorticali; però anche nei soggetti con lesioni profonde si hanno vantaggi notevoli, permettendo la cura la rieducazione di nuovi centri, impedendo nuovi attacchi della insidiosa infermità. La cura bulgara quindi deve avere la preferenza sopra ogni altra per il suo complesso sinergetico terapeutico che consente ai pazienti di recuperare più o meno rapidamente le perdute energie e tornare elementi utili per la famiglia e la Società.

RIASSUNTO.

L'A. ha portato un contributo clinico alla *cura bulgara del parkinsonismo postencefalico*. Dopo una breve esposizione sulla natura del medicamento, sul metodo di somministrazione, riferisce, tra i molti, alcuni casi più interessanti di individui da lui curati con detto rimedio. Conclude affermando che la *cura bulgara* deve avere la preferenza sopra ogni altra, permettendo ai pazienti di ottenere solleciti e durevoli vantaggi.

SUNTI E RASSEGNE

ASMA.

L'asma e il naso.

(A. JACQUELIN e R. A. CHAIT. *La Presse Médicale,* 11 aprile 1936).

Il problema dell'importanza che si deve attribuire alle anomalie nasali negli asmatici, malgrado i numerosi ed importanti lavori recenti, è ancora lungi dall'esser risolto. Tra gli Autori che lo hanno recentemente affrontato alcuni attribuiscono alla patogenesi nasale dell'asma un'importanza considerevole. Essi trovano nella maggior parte dei loro asmatici delle lesioni del naso; e la cura radicale di queste danno delle guarigioni complete dell'asma.

Per altri Autori le lesioni nasali non creano l'asma, ma possono costituire una spina irritativa, che in certi casi scatena gli eccessi o ne favorisce il ripetersi. Questa opinione è sostenuta in Francia soprattutto da Besançon.

Lo studio di 430 asmatici seguiti sotto la direzione dello stesso Besançon permette agli Autori di giungere ad importanti conclusioni su questo interessante argomento.

Gli Autori hanno trovato uno stato patologico o anormale del naso su 114 dei 430 asmatici con una frequenza cioè che induce ha sospettare che fra le due affezioni esista un rapporto di causa ed effetto.

La possibilità di un riflesso asmogeno scatenato o mantenuto da un polipo o da un cornetto ipertrofico è stata spesso invocata per mettere in relazione l'asma con l'anomalia nasale. Inoltre l'affezione nasale parrebbe spesso causa di rino-tracheo-bronchiti discendenti infettive, anche se non si ammetta la possibilità di una sensibilizzazione progressiva alle proteine microbiche emanate dal focolaio infettivo.

Queste considerazioni lascerebbero supporre che l'opinione degli Autori favorevoli all'influenza asmogena delle anomalie nasali sia alquanto fondata.

I risultati ottenuti cogli interventi su tali lesioni mostrano invece quanto sia fallace questa asserzione. L'osservazione dei malati proseguita abbastanza a lungo mostra che le rare remissioni ottenute sono assai transitorie, qualche settimana o qualche mese al massimo: mai l'intervento determina la guarigione dell'asmatico.

Abbastanza spesso l'intervento nasale produce un effetto nettamente sfavorevole sul decorso dell'asma, quando guarendo una coriza vasomotoria aggrava un'asma che era fino allora benigno.

Infine il numero molto grande di casi nei quali l'intervento nasale non modificò affatto la sindrome asmatica, e la possibilità di far retrocedere l'asma col solo trattamento generale, anche nei casi nei quali esistano delle notevoli alterazioni nasali, indica l'assenza di un rapporto di casualità tra anomalia nasale e asma. La frequente coesistenza delle affezioni spiega tenendo conto della costituzione distrofica frequente negli asmatici.

In pratica la constatazione di una lesione nasale in un asmatico autorizza a curarla nella stessa maniera con la quale si curerebbe in un malato non asmatico, ma non si dovranno fondare sull'efficacia di questa terapia delle speranze eccessive.

Questo studio obiettivo proveniente dalla scuola dello stesso Besançon ci sembra assai opportuno in questo momento nel quale si tende ad esagerare l'interesse e le possibilità della cosidetta « simpaticoterapia nasale ».

E. CARLINFANTI.

L'azione dei germi nell'asma e la vaccinoterapia.

(PASTEUR, VALLERY-RADOT, BLAMONTIER, e NITTI. *Préss. Med.*, n. 23, 18 marzo 1936).

Da venti anni la vaccinoterapia è usata nell'asma. Roger in Inghilterra e Walker nell'America pubblicarono le prime memorie nel 1916. Danysz in Francia nel 1918 propose cure con vaccini preparati della flora intestinale. Minet usò stokvaccini coi germi delle vie aeree. In Germania vi furono vari partigiani. Nel Belgio Heibe tratta sistematicamente gli asmatici con autovaccini di streptococco emolitico. In Spagna il metodo fu usato con successo da Diaz, Cuenco e Parra. In Italia ed Olanda il metodo fu accolto con scetticismo.

Le teorie per spiegare l'azione dei microbi nell'asma bronchiale sono riducibili a tre:

1) l'asmatico è sensibilizzato alle proteine microbiche o alle loro tossine (americani);

2) i microbi non hanno che un'azione preparatrice rendendo la mucosa ipersensibile agli antigeni (Storm van Leuwen);

3) i microbi non hanno azione alcuna nell'asma. La vaccinoterapia dà dei miglioramenti agendo come proteinoterapia banale.

Gli AA. hanno ripreso questo studio.

La *flora* dell'espettorato degli asmatici ha mostrato una grande fissità. Gli streptococchi emolitici e il viridans sono certo i predominanti, poi costanti sono i pseudomeningococchi, chè talora vengono descritti come catarrali o semplicemente Gram negativi. Il b. di Pfeiffer vi si trova episodicamente. Il pneumococco in un quarto dei casi. La flora è identica a quella dei comuni bronchitici cronici, è quindi arbitrario attribuire ad essa una qualsiasi azione specifica negli asmatici.

Gli AA. hanno ricercato poi se esiste una *sensibilizzazione* ai germi esistenti nell'espettorato, per mezzo di cutireazioni e intradermoreazioni microbiche. Le ricerche ebbero esito

negativo tanto che si può dire che lo studio delle reazioni cutanee non permette di attribuire un ufficio alla sensibilizzazione microbica nella etiologia dell'asma. Come spiegare allora la *azione della vaccinoterapia* se non si può invocare la sensibilizzazione microbica?

La cura vaccinica pare agire solo negli asmatici presentanti delle *manifestazioni bronchitiche*.

L'asma si associa spesso con la bronchite che ne rappresenterebbe la spina irritativa (F. Besançon e de Long). Alcune volte dopo delle ripetute bronchiti compare l'asma, altre volte la bronchite compare dopo crisi di asma e le aggrava. Il sopprimere la bronchite deve sempre portare ad un vantaggio.

La vaccinoterapia non agirebbe che su questi asmatici bronchitici. Tutte le volte che è stata usata su asme secche non ha dato mai che degli scacchi. Il miglioramento dell'asma non si otterrebe che indirettamente riducendo gli attacchi di bronchite.

Il metodo è quindi strettamente limitato e non deve essere applicato che esclusivamente a degli asmatici che presentino delle manifestazioni bronchitiche: espettorato muco purulento, segni polmonari umidi, lunga durata delle crisi.

La cura deve essere di lunga durata. La via di introduzione preferibile è la intradermica. Iniezioni di 1 decimo di cc. nella regione dorsale, tre volte alla settimana, aumentando di un decimo per volta fino a 2 cc. e allora si farà una sola iniezione per settimana dividendolo in vari punti. L. TONELLI.

Sulla cura causale dell'asma.

(F. MATTAUSCH. *Deut. Medizin. Wochenscher.*, 21 febbraio 1936).

La maggior parte dei clinici e dei farmacologi considerano oggi l'asma bronchiale una « neurosi di organo ». L'asma viene per lo più ritenuto una neurosi del vago, esso è anzi definito da Glaser la tipica neurosi del vago. Questa concezione di neurosi di una sola delle branche del sistema nervoso vegetativo, oggi difficilmente regge. Noi sappiamo che ogni qual volta si stabilisce una ipertonia in una sezione del sistema nervoso vegetativo, anche l'altra sezione presenta dei fenomeni anormali, fenomeni che, originativamente di natura compensatoria, a tratti si esagerano fino ad acquistare carattere nettamente patologico. Ricerche recenti dimostrano che gli asmatici presentano una ipereccitazione del vago soltanto durante gli accessi, mentre nei periodi interaccessuali la eccitabilità delle due branche del sistema nervoso vegetativo è amfotona: fatto questo molto importante per la terapia da attuarsi nei periodi in cui non vi sono accessi. Sulla base di una ipereccitabilità del sistema nervoso vegetativo, scatenano gli accessi di asma vari fattori esterni eccitanti: di natura chimica, miasmatica fisica e anche fattori psichici. Dopo che si è riusciti ad identificare nell'aria e nell'alimento tali sostanze scatenanti l'ascesso, ne è stata per lungo tempo sopravalutata in modo unilaterale la importanza: e si è ricorsi su larga scala ai procedimenti di desensibilizzazione specifica, che però si rivelano efficaci solo in gruppi relativamente piccoli di ammalati. Oggi poi sembra che abbia notevole importanza per il determinarsi dell'asma bronchiale, la costituzione geologica del sottosuolo delle diverse regioni. Per tutte le considerazioni anzidette, un rimedio efficace per la cura dell'asma deve avere una azione politropa.

L'autore raccomanda la somministrazione percutanea di estratto ipofisario, proteine animali e vegetali, e batteriche, ioduro di potassio e arsenico: in forma di una pomata messa in commercio col nome di « Asthmocut ». Per 5 settimane pratica una frizione per settimana, quindi per 10 settimane una ogni 15 giorni. Dopo un intervallo di 12 settimane, nuovo periodo di cura. Contro gli accessi che nei primi tempi della cura ancora si susseguono (accessi, « reattivi » si possono manifestare dopo ogni frizione, con maggiore facilità però dopo la settima o la nona) l'A. raccomanda le frizioni con la pomata « Spascut » contenente un estratto del lobo infundibolare della ipofisi. Con tale metodo di cura applicato a 52 ammalati di asma bronchiale, l'A. ottenne uno spiccato miglioramento nell'80 % dei casi, in genere verso la 3-4 settimana di cura. Nel 65 % dei casi durante la seconda metà della cura si ottenne la scomparsa totale degli accessi. R. POLLITZER.

TUMORI.

Fattori endogeni ed esogeni come causa d'insorgenza dei tumori maligni.

(E. MORELLI. *La Rassegna di clinica, terapia e scienze affini*, marzo-aprile 1936).

Fino a pochi anni or sono due concezioni in apparenza inconciliabili dividevano il campo degli studiosi, la teoria endogena e quella esogena; in seguito alle più recenti osservazioni si vanno delineando teorie che potrebbero conciliare dati di fatto che prima apparivano contradittori.

Tra i fattori intrinseci che possono essere causa d'insorgenza di tumori maligni bisogna prendere in considerazione quelli legati ad alterazioni della costituzione genica di un individuo. È possibile vedere insorgere neoplasie maligne come conseguenza diretta di una determinata modificazione del patrimonio ereditario: in numerosi incroci si sono visti infatti svilupparsi negli ibridi tumori maligni sconosciuti nei progenitori. Si è anche accertato che il fattore letale legato al sesso, scoperto du-

rante gli studi genetici sulla Drosophila, è rappresentato da una neoplasia melanotica che insorge in ben determinate sedi. È estremamente difficile determinare l'ereditarietà dei tumori negli animali superiori, nei quali le esperienze di incrocio non possono essere ridotte in termini così schematici come nei moscerini. Nei topi, incrociando fra di loro animali di razze recettive si è riusciti ad ottenere stipiti che presentano il cancro della mammella fino nell'80 % delle femmine. Anche nella patologia umana esistono tumori per i quali sembra preponderante un fattore interno dell'organismo (gliomi della retina, xantomi ecc.).

Quanto ai fattori esogeni è nel campo degli studi sugli agenti chimici cancerogeni, specie sull'azione cancerogena del catrame, che si sono avuti negli ultimi anni i migliori risultati: è stata l'identificazione chimica delle sostanze isolate dal catrame che hanno un'azione cancerogena quella che ci ha aperto nuovi ed impensati orizzonti di ricerca. Numerose osservazioni e ricerche hanno avuto per obiettivo l'identificazione delle sostanze cancerogene, culminando nella scoperta di uno spettro di fluorescenza caratteristico comune ai diversi prodotti cancerogeni del catrame. Da questa scoperta ha avuto origine una nuova serie di ricerche, che ha condotto alla sintesi di un prodotto, il 2-5-6 dibenzantracene, capace di determinare il cancro in una percentuale assai elevata di animali.

Contemporaneamente si isolava dal catrame l'1-2 benzopirene, che provoca tumori in una percentuale più alta e con una maggiore rapidità del prodotto precedente. Ulteriori ricerche hanno dimostrato che talora esiste uno stretto rapporto fra una particolare configurazione molecolare e l'azione biologica, la c intima natura però ci sfugge. L'azione cancerogena degli idrocarburi è stata oramai dimostrata chiaramente. Anche nell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori sono state eseguite esperienze con l'1-2-5-6 dibenzoantracene e con l'1-2 benzopirene, nonchè col metilcolantrene: nei ratti con iniezioni di benzopirene si è ottenuta la formazione di sarcomi nel 100 % degli animali sopravvissuti un tempo sufficiente.

Si è visto che alcuni ormoni (come l'estrina) ed altre sostanze dotate di importanti attività biologiche (la colesterina, la vitamina D, gli acidi biliari) hanno con gli idrocarburi cancerogeni una parentela chimica, rappresentata dalla presenza nella loro molecola del nucleo del fenantrene. Anche prima di queste constatazioni si era sospettata l'importanza per la patogenesi dei tumori di molte di queste sostanze (azione favorente sullo sviluppo delle neoplasie della colesterina, eventuali rapporti fra disfunzioni genitali ed insorgenza del cancro). È possibile che sostanze cancerogene si formino per un'alterazione ben definita di questi normali componenti dell'organismo? Dal punto di vista chimico ciò sembrerebbe possibile almeno per il metilcolantrene, il cui nucleo sarebbe quello che più facilmente potrebbe essere sintetizzato nell'organismo: l'azione cancerogena del metilcolantrene è stata confermata nell'Istituto Regina Elena. Altre osservazioni ed esperienze hanno messo in evidenza la importanza tra gli agenti esterni tumorigeni di un altro stimolo: le radiazioni (solari, ultravioletto, raggi X). Particolarmente interessanti sono alcune osservazioni che dimostrerebbero come il manifestarsi della neoplasia sarebbe preceduto da una ipercolesterinia locale; fatto questo che, dati i rapporti fra colesterina, ergosterine e idrocarburi cancerogeni, potrebbe far pensare che sotto l'azione della luce queste sostanze possano trasformarsi in un prodotto ad attività maligna.

Per quanto riguarda i rapporti fra coefficienti esogeni ed endogeni nella genesi del cancro, si può dire che, se per sostanze cancerogene costituite non è necessario ammettere che perchè esse agiscano debba coesistere un determinato terreno organico, non si può escludere che « l'insorgenza dei tumori possa essere favorita da una predisposizione la quale sia rappresentata da tutti quei fattori che portano alla costituzione del terreno biochimico che di tali prodotti permette la formazione, spontaneamente o sotto l'azione di stimoli innocui, o per lo meno non così fatali per gli organismi normali ». L'azione dei prodotti cancerogeni può esplicarsi anche a distanza dal centro di formazione. L'insorgenza dei tumori, se si eccettuano quelli dovuti ad introduzione dall'esterno di composti cancerogeni preformati, sarebbe la risultante dell'azione di due fattori, uno esogeno e l'altro endogeno, e nei singoli casi o l'uno o l'altro avrebbe un'azione preponderante. M. NUNBERG.

Nuovo metodo diagnostico del cancro per mezzo del potere coagulante degli elementi figurati del sangue.

(MENDELÉEFF. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1935, Tomo XCIX, num. 26, pag. 1190).

L'A. osserva che i succhi leucocitari di uomini normali coagulano il loro splasma in circa diciassette minuti primi se usati in soluzione concentrata: per contro i succhi dei globuli rossi non riescono a coagulare il loro plasma in novanta minuti.

Sono state eseguite queste prove sopra tre pazienti di cui due erano affetti da cancro inoperabile e uno di tumore benigno (fibroma uterino): in quest'ultimo caso si è avuto un comportamento identico a quello che si ottiene negli individui normali. Negli altri due, invece, vi è stato un ritardo nella coagulazione provocata dai succhi leucocitari, di circa il 60 %: mentre i succhi dei globuli rossi hanno coagulato prima di 90 minuti il loro plasma. M. PEREZ.

I "capelli da cancro„ di Schridde.

(G. FRICK e K. MEDUNA. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 17 gennaio 1936).

Strümpell molti anni fa aveva rilevato che i malati di cancro, specie quelli di carcinoma dello stomaco, anche quando si trattava di individui non vecchi, solo di rado presentavano capelli grigi o bianchi. Lo stesso Strümpell ricordò che il suo maestro Wunderlich aveva notato questo fenomeno. Successivamente Ganter e Wohlwill notarono che nel carcinoma iniziale spesso non solo non si ha incanutimento, ma un aspetto sano e giovanile (colorito roseo e pienezza del volto).

Ma fu Schridde a dara particolare importanza alla capigliatura dei cancerosi: egli dimostrò, specie, con materiale cadaverico, che i malati di carcinoma presentano nelle parti del capo esposte alla luce, specie alle tempie, alcuni o parecchi capelli molto neri e grossi, il cui numero corrisponderebbe alla diffusione del tumore. Alcuni clinici (Friedrich, Heine, Wigand) negarono ogni valore diagnostico al fenomeno. Solo Zöllner confermò il reperto di Schridde e constatò che in certi casi i capelli dei vecchi si erano in parte scuriti o diventati del tutto neri.

Data la differenza dei reperti e delle interpretazioni gli autori hanno ripresa la quistione per assodare quale valore si potesse dare al segno di Schridde. A tale scopo hanno esaminato 300 malati internati in ospedale e tutta una serie di individui sani. Per sorprendere le eventuali anomalie dei capelli esposti alla luce, specie quelli delle tempie e della nuca, si rese necessario adoperare una lente molto forte. In molti casi la ricerca fu estesa alle persone di famiglia, e, quando fu possibile, si cercò di precisare l'epoca nella quale l'anomalia si era prodotta.

Il « capello da cancro » fu riscontrato presente nel quarto circa degli individui esaminati. La revisione di un gran numero di storie cliniche di malati precedentemente ricoverati dette un risultato su per giù analogo. Ma dai dati raccolti non si possono dedurre criteri generali, perchè il materiale della ricerca era costituito da malati cronici di affezioni interne e nervose, tra i quali i carcinomatosi rappresentavano solo una piccola percentuale. Tuttavia si potette assodare che l'accennata anomalia dei capelli non mancava in nessun malato di cancro. Fu rilevata prevalentemente al limite anteriore dell'impianto dei capelli, alle tempie e non di rado, specie negli uomini anche alla nuca. Il numero dei « capelli da cancro » era molto vario nei singoli casi e non risultò proporzionale alla grandezza e diffusione dei tumori. Così in un individuo con carcinoma della prostata e metastasi diffuse nell'intero scheletro l'anomalia dei capelli era modica, mentre in individui con piccoli tumori dello stomaco o dei bronchi era molto accentuata.

Nei casi esaminati gli individui biondi affetti da cancro furono scarsi, tuttavia anche in essi furono trovati capelli del tipo di Schridde. In una donna di 52 anni con metastasi di melanosarcoma (il tumore primitivo, un neo cutaneo, era stato asportato due anni prima) si riscontrò un eritrisma completo, e la paziente dichiarò che due anni prima i capelli suoi già brizzolati avevano cominciato a ridiventare scuri, aggiungendo che prima di quell'epoca non aveva visto mai sulla sua persona peli del genere. Questa donna presentava in effetti numerosi capelli da cancro, fatto tanto più importante in quanto Schridde non aveva mai notato tale anomalia negli individui cancerosi con capelli e peli rossi.

Contrariamente alle osservazioni di Wunderlich e Strümpell non pochi cancerosi erano brizzolati o bianchi, ma tutti in misure più o meno abbondanti presentavano capelli neri e spessi del tipo Schridde. E parecchi dichiararono di avere essi stessi notata la ricomparsa di capelli neri.

In una serie di casi furono esaminati anche i fratelli, i figli e nepoti dei cancerosi. La maggior parte dei fratelli e dei figli quantunque molto giovani presentavano anomalie capillari. I nipoti invece dettero sempre un reperto negativo, mai è a rilevare che gli individui esaminati furono pochi.

Ma se i « capelli da cancro » di Schridde erano presenti in tutti i carcinomatosi non si riscontrò l'inverso nel senso che essi mancavano in pazienti di tutt'altre malattie e per i quali si poteva assolutamente escludere il cancro. Tuttavia l'anamnesi famigliare di tali individui dimostrò quasi sempre tale tumore negli ascendenti, e molte volte gli ascendenti stessi presentavano la medesima anomalia capillare. Infine in una serie di famiglie del tutto esenti da cancro il reperto fu costantemente negativo.

Friedrich aveva già notato che i capelli di tipo Schridde si trovano alle tempie e nel punto di passaggio dei capelli con i peli della barba. Questo dato risulta confermato. Ma è possibile che l'anomalia in questo punto derivi dallo stimolo ripetuto della rasatura, e non può quindi darsi ad esso alcun valore semeiologico, mentre si possono considerare con reperto positivo solo quei casi nei quali i « capelli da cancro » di Schridde si trovano solo nelle parti anteriori del cuoio capelluto ed alla nuca. Parimente non può ritenersi positiva clinicamente l'anomalia dei peli delle sopracciglia, perchè essa si riscontra comunemente negli individui anziani oltre il quarantesimo anno di vita. La presenza nelle sopracciglia di peli con aspetto simili a quelli da cancro o di sopracciglia a ciuffo se si riscontra in individui giovani può tutt'al più considerarsi come segno di senilità precoce.

Contrariamente a quel che avviene per le sopracciglia a ciuffo i veri capelli di Schridde si riscontrarono in età molto giovane nei parenti degli individui affetti da cancro e con l'andar degli anni diventano sempre più numerosi. Tutto fa ritenere che essi si manifestano già prima della comparsa del carcinoma, senza che perciò si possa concludere che il cancro debba senz'altro manifestarsi.

L'anomalia capillare sta soltanto a dimostrare che esiste un'anomalia costituzionale che può coincidere con una predisposizione al cancro.

La conclusione più sicura è che la mancanza dell'anomalia dei capelli descritta da Schridde è un indice della non esistenza di un carcinoma o di una predisposizione carcinomatosa; viceversa la presenza dell'anomalia stessa non comprova l'esistenza di un tumore maligno. Tutt'al più il reperto positivo può essere interpretato come un indice della predisposizione al cancro, e al riguardo potrebbe avere la stessa importanza dei dati anamnestici di affezioni cancerigne negli ascendenti.

DR.

MISCELLANEA.

Ipertensione prodotta con benzedrina.

(S. A. PEOPLES e E. GUTTMANN. *The Lancet*, 16 maggio 1936).

Le fluttuazioni della pressione del sangue che accompagnano i normali fenomeni mentali sono state molte studiate. Una stretta relazione esiste fra pressione del sangue e emozione, e si può pensare che tale relazione esiste anche nel caso di stati patologici. Con lo studio di tali alterazioni fisiche nelle malattie mentali è possibile che si arrivi un giorno ad obiettivare i sintomi di tali disordini funzionali, che sono finora diagnosticati principalmente sulla base di fenomeni psicologici subiettivi. Di più, la relazione reciproca fra emozione e sua concomitante corporea fa pensare alla possibilità di un tentativo terapeutico dal lato fisico.

E. Krapf ha recentemente pubblicato una monografia sui disordini mentali che s'incontrano in soggetti con ipertensione arteriosa: un'analisi di un largo materiale clinico lo conduce a concludere che la labilità della pressione sanguigna e le sue fluttuazioni attuali hanno nella patogenesi delle psicosi un'importanza molto maggiore di quanto non sia stato finora supposto. Egli fa notare che alcune sindromi di differente etiologia sono da questo punto di vista simili e persino identiche, ed egli crede che ciò può essere dovuto al fatto che le fluttuazioni della pressione sanguigna rappresentano un ruolo definito nella causa di tali malattie. Questa interessante teoria è servita di base agli esperimenti dell'A., esperimenti che sono diretti a rispondere alla seguente domanda: « Quali variazioni mentali comportano nel soggetto mentalmente normale o anormale, una modificazione artificialmente prodotta della pressione arteriosa? ». Gli esperimenti degli AA. sono stati condotti su 25 persone, somministrando ad essi della benzedrina in dosi da 10 a 80 mg. In ciascun soggetto si studiavano le variazioni giornaliere della pressione sanguigna e lo stato mentale. Delle 25 persone soltanto 2 non mostrarono alcuna reazione, mentre tutti gli altri presentarono un aumento della pressione accompagnato da aumentata frequenza del polso. Dal punto di vista degli effetti psichici, il segno più evidente dell'azione della droga fu la esagerata loquacità dei soggetti: alcuni mostrarono anche una certa irrequietezza motoria. Il dato più interessante era forse la variazione dell'umore che si manifestò pressochè in tutti i casi: in nessun caso fu prodotta dell'ansietà o uno stato di depressione, anzi nei soggetti depressi la variazione si ebbe in genere nel senso dell'euforia.

Concludendo gli AA. riconoscono che questa droga è certamente efficace e promettente dal punto di vista terapeutico, ma che non se ne può consigliare l'uso su vasta scala poichè non è noto ancora se la somministrazione permanente di essa produca adattamento o peggio accumulo: occorre anche osservare come e quanto il disturbo del sonno e dell'appetito, che è stato notato in qualche paziente, interferisca con l'effetto terapeutico. A questi interrogativi gli AA. risponderanno in una prossima pubblicazione.

G. LA CAVA.

Note e rimarchi sull'olio di tonno per uso medicinale.

(G. SALVIOLI. *Minerva medica*, 5 maggio 1936).

L'olio di tonno, mercè le sue qualità, può rimpiazzare l'olio di fegato di merluzzo che viene importato in Italia nella media di 15.000 quintali all'anno.

Le tonnare delle coste italiane e libiche producono 25.000 quintali annui di tonni dai quali (corpo in toto) è facilmente estraibile l'olio e separabile per galleggiamento nelle caldaie di cottura.

L'olio di tonno ha il vantaggio, sull'olio di fegato di merluzzo, di essere ricavato da tessuti freschissimi mediante un procedimento durante il quale non viene mai superata la temperatura di 103-105° C. e non si corre il rischio perciò di ridurre la attività vitaminica del prodotto.

Onde togliere ai lettori il dubbio se proprio l'olio estratto dal corpo dei tonni possa soppiantare l'olio di fegato di merluzzo, prodotto ormai consacrato nell'uso da innumerevoli ricerche scientifiche e pratiche, l'A. riassume le caratteristiche organolettiche e le proprietà dell'olio chiaro medicinale di tonno. L'olio

di tonno è un liquido limpido, fluido, di colore ambrato-chiaro di odore somigliante a quello dell'olio di fegato di merluzzo, ma di esso meno marcato e di sapore pure simile ad esso, ma meno disgustoso.

Le costanti fisico-chimiche sono le seguenti:

Punto di congelamento 5°-8°;
Peso specifico a 15°: 0,823--0,928;
Indice refrattometrico 1,4752;
N. di saponificazione 177,34;
N. di jodio 130-158;
Sostanze insaponificabili 1,04-4 ‰;
Colesterina 0,1384 ‰;
Iodio 0,02 %.

L'olio di tonno contiene la vitamina *A* e la vitamina *D*. La presenza della vitamina *A* è stata dimostrata da Degani nel 1927 con esperimento su animali tenuti a regime carenzato di questa vitamina.

Anche il Brogi di Siena, affatto recentemente, ha confermato la presenza della vitamina *A* ed ha stabilito in qualche campione di olio di tonno il contenuto di essa in unità ratto.

Salvioli nel 1929 ha dimostrato nell'estratto dell'olio di tonno una netta azione antirachitica appoggiata da documentazioni radiografiche relative ad esperimenti eseguiti su ratti tenuti a dieta rachitogena.

L'olio di tonno esercita pure un'azione stimolante sulla funzione citogena degli organi ematopoietici (Brinda, Salvioli).

Infine esso ha una spiccata azione eutrofica in quanto favorisce l'accumulo dei materiali di riserva ed una azione stimolante sul ricambio generale in quanto produce una sensibile elevazione dei valori del metabolismo basale e fondamentale.

Sulla base di questi dati l'A. afferma che l'olio chiaro medicinale di tonno può, per le sue proprietà, gareggiare con le migliori qualità di olio di fegato di merluzzo. Questo fatto è specialmente oggi degno di essere messo in rilievo, poichè viene a valorizzare un'altra risorsa nazionale. È necessario però che l'olio di tonno usato come medicinale sia « chiaro » e l'A. insiste su questa qualità perchè qualche produttore si è permesso di offrire per esperimento a dei sanitari, un liquame fetido e nauseante dovuto ad insufficiente manipolazione industriale. VICENTINI.

Istoradiografia.

(P. LAMARQUE. *Presse méd.*, n. 24, 1936).

Col nome di « istoradiografia » l'A. designa il metodo d'esame delle sezioni microscopiche con i raggi X.

Il metodo non è del tutto nuovo in quanto già nel 1930 Dauvillers ottenne radiomicrofotografie di sezioni vegetali; le esperienze però dell'A. acquistano particolare valore per averne egli segnata la via alla pratica attuazione, risolvendo grandi difficoltà di ordine tecnico.

È nozione comune, che, per ottenere una immagine radiografica di sezioni così sottili, quali le istologiche, è condizione necessaria che fra i diversi elementi costituenti il tessuto, o fra i componenti stessi della cellula, esistano notevoli differenze di densità e quindi differenze nei valori di assorbimento dei raggi X.

Questa però è una condizione che non si riscontra nei tessuti umani dove i diversi elementi cellulari, come anche i diversi costituenti della cellula, presentano valori di densità molto vicini uno all'altro, dove, quindi, l'assorbimento dei raggi X è praticamente uniforme.

Ai fini istoradiografici occorre perciò aumentare le differenze di assorbimento cellulare e quindi, per note leggi di fisica, diminuire la frequenza della radiazione incidente, o, ciò che è equivalente, aumentare la lunghezza d'onda media.

Le esperienze dell'A. avrebbero stabilito che agli scopi istoradiografici, l'optimum di lunghezza d'onda è intorno ai 2,5 u. A. (che si ottiene con tensione di circa 5 KV.).

La difficoltà derivante dalla scarsa penetrazione di tale genere di radiazioni (assorbita dalla parete stessa del tubo radiogeno) è stata superata dall'A. mediante l'ingegnosa costruzione di un tubo speciale con annessa camera fotografica.

Il preparato istologico è posto a diretto contatto, accollato, alla pellicola radiografica che viene esposta all'azione dei raggi X per cinque minuti. Si ottiene così l'istoradiogramma che, trattato come un comune preparato fotografico, viene sviluppato e fissato, poi osservato al microscopio. L'osservazione dei positivi presenta, secondo l'A., minori difficoltà.

L'A. ha ovviato all'inconveniente delle grandi dimensioni dei granuli dell'emulsione della pellicola radiografica che ne vietano l'esame a forte ingrandimento, facendo costruire delle emulsioni che risulterebbero microscopicamente omogenee. Ha ottenuto così, e presenta, istoradiogrammi di notevole interesse.

Per ora sono scarsi gli insegnamenti che, con tale metodo di esplorazione microscopica, l'A. ha potuto trarre. Non mancano però in queste prime osservazioni elementi che lasciano adito a legittime speranze.

Una costatazione interessante è quella che si riferisce alla diversa densità dei costituenti cellulari, osservata sullo strato malpighino.

Mentre il protoplasma è relativamente opaco, con un aspetto granuloso che ne denota la eterogeneità, il nucleo presenta invece maggior trasparenza ai raggi X.

Tale fatto merita di essere confermato e ben studiato in altri tessuti; per quanto spiegabile (affinità chimica da una parte e numero atomico dall'altra), contrasta con quanto è dato osservare nei preparati colorati nei quali il nu-

cleo si presenta sempre come l'elemento più denso e più scuro. Il nucleolo invece appare di densità più elevata, anzi, nella sua porzione più centrale, presenta una zona corrispondente al maximum di opacità del preparato istologico.

Sono queste delle semplici osservazioni la cui spiegazione è ancora prematura, ma che lasciano intravedere come questo nuovo metodo fisico, integratore degli altri metodi di studio microscopico, possa, con miglioramenti di tecnica e con l'acquisizione di maggiore esperienza della lettura degli istoradiogrammi, rilevare nuovi fatti, non apprezzabili all'indagine con i preparati colorati legati ad un numero limitato di reazioni chimiche di colorazione e permettenti solo l'apprezzamento visivo che, come nel caso di un vetro ordinario e di un vetro al piombo (simili per la vista, ma completamente diversi per i raggi X), ha dei confini stabiliti dalla natura ed insuperabili.

I futuri sviluppi del metodo non sono prevedibili. Non va però esclusa la possibilità che, con opportune modificazioni e miglioramenti di tecnica, si giunga ad ottenere istoradiogrammi di tessuti viventi non fissati.

L. BIANCHINI.

La trasfusione di sangue di cadavere.

(S. S. YUDIN. *Journ. Americ. Medic. Assoc.*, 21 marzo 1936).

Le prime esperienze di trasfusione di sangue di cadaveri furono fatte sugli animali nel 1932 da Skundina e Barenboim assistenti dello Yudin. Dimostrarono che il sangue di cani morti di recente trasfusi nelle vene di cani intensamente anemizzati ne provoca la riviviscenza con notevole aumento di ossigeno nel sangue e degli scambi gassosi. Constatarono inoltre che il sangue conserva intatte le sue proprietà per sei o otto ore quando le carogne dei cani siano tenute ad una temperatura di 1 o 2 gradi sotto zero.

Tali risultati incoraggiarono ad estendere il metodo all'uomo. E in effetti esso si dimostrò di notevole efficacia terapeutica in una serie di 49 casi. Il sangue cadaverico non dà effetti tossici e la sua efficienza non è differente da quella ottenuta con il sangue di un datore vivente.

Il sangue fu prelevato da individui morti in seguito ad attacchi di angina pectoris, per elettrocuzione o suicidio. Da un cadavere che non presenti gravi lesioni esterne si possono ricavare fino a tre litri e mezzi di sangue, quantità sufficiente per cinque o sei trasfusioni.

Si pone il cadavere in posizione di Trendelenburg, si seziona una giugulare ed in ciascuno dei monconi s'introduce una cannula di vetro alla quale è attaccato un tubo di gomma. Il sangue fluisce in un recipiente di vetro di circa 500 cmc. che appena riempito viene chiuso con un batuffolo di garza e posto in un refrigerante dove può essere mantenuto per un mese.

Le esperienze di Skundina e Rusakow hanno dimostrato che il sangue che fuoriesce dalla giugulare di un cadavere proviene dalle vene cave superiore ed inferiore e non dalle vene più piccole e dalla circolazione portale. Ciò è importante perchè è il sangue mesenterico il primo ad inquinarsi dopo la morte. Ad ogni modo alla temperatura di camera i germi dell'intestino penetrano nelle vene dopo 24 ore. Perciò è prudente utilizzare il sangue di cadavere non più tardi di 6 ore di estate e di 8 ore d'inverno dal momento della morte.

Il sangue degli individui morti improvvisamente per traumi, per annegamento, per attacchi cardiaci o apoplessia coagula rapidamente se estratto nelle prime ore dopo il decesso. Però dopo una mezz'ora o anche un'ora e mezza ritorna fluido e non coagula più. Se il sangue viene riscaldato e agitato la liquefazione o fibrolisi si effettua più rapidamente, mentre viene ritardata dall'ossigenazione. Comunque la fibrolisi che si verifica dopo la coagulazione in caso di morte improvvisa consente di adoperare il sangue per la trasfusione senza aggiunta di anticoagulanti, di conservarlo a lungo per modo che si può adoperarlo a seconda delle necessità, e dopo che si è potuto conoscere l'esito della reazione di Wassermann, degli esami batteriologici ed eventualmente anche della necroscopia.

La tecnica della trasfusione è la seguente: si riscalda alla temperatura del corpo il sangue raccolto e conservato nei modi descritti e si versa nel recipiente dal quale deve essere trasfuso facendolo passare per un filtro di garza. Quindi si inietta come per le abituali fleboclisi. È conveniente iniettare prima del sangue una certa quantità di soluzione fisiologica di cloruro di sodio. La trasfusione deve essere fatta lentamente.

In una serie di 1000 trasfusioni così praticate non si verificarono mai fenomeni tossici. In sette casi si ebbero accidenti mortali, ma mai dovuti al sangue cadaverico perchè tale: un'embolia gassosa, un'infezione anaerobica nel punto d'iniezione, due incompatibilità, tre sindromi emolitiche.

Gli effetti terapeutici non differiscono da quelli ottenuti con il sangue di viventi. Si ha però il vantaggio di poter disporre di sangue in ogni evenienza ed in quantità maggiore di quella che si può pretendere da un datore vivente.

L'organizzazione di stazioni per la raccolta di sangue cadaverico fresco non dovrebbe essere difficile specie nelle città dove esistono grandi ospedali, nei quali l'impianto del pronto soccorso potrebbe quotidianamente fornire abbondante materiale.

DR.

DIVAGAZIONI

La medicina nell'antichità. La Grecia e i pitagorici.

Alcmeone discepolo di questa scuola fu il più insigne dei medici dell'epoca preippocratica. Egli visse intorno al 500 a. C. e fu contemporaneo di Pitagora per quanto di questi più giovane. Fu il primo in Grecia che praticò la dissezione anatomica e secondo la tradizione gli si devono importanti scoperte in questo campo. Egli è autore di un interessante dottrina che egli chiamò *isonomia* e cioè del perfetto accordo o equilibrio fra tutte le sostanze che formano il corpo umano. Secondo questa dottrina la salute sarebbe lo stato di perfetta armonia che Alcmeone chiamava « crasis »; la malattia non è se non la manifestazione di un perturbamento sopravvenuto in questa armonia. Guarire significava riportare l'equilibrio. Da questa dottrina emanano gli studi posteriori di Empedocle. Essa è la colonna su cui è stata costruita la patologia umorale che per 20 secoli ha dominato e domina tuttora nella patologia. Alcmeone fu il primo a studiare nel cadavere il tragitto dei nervi ottici e fu il primo che pose la sede delle sensazioni della vita psichica nel cervello e non nel cuore come prima si credeva. Osservò inoltre le differenze fra le vene e le arterie, poichè vide che alcune contenevano sangue, altre restavano vuote. Egli propose inoltre una spiegazione dell'origine del sonno e della morte nei quali stati egli supponeva si producesse un riflusso di sangue nel cervello verso i vasi. La sua mente luminosa concepì l'idea della predisposizione individuale per l'acquisizione di alcune infermità, problema ancora insoluto della patologia.

Della scuola pitagorica feva parte un altro grande maestro: Filolao di Tarento che visse a cavallo del quinto secolo a. C. Secondo questo medico il mondo e l'uomo avevano una identità completa. Egli paragonava il fuoco centrale della terra con il calore umano. Per lui erano le alterazioni che si avevano nel sangue nella bile quelle che originavano le malattie. Egli situava il punto di partenza delle sensazioni nel fegato; quest'organo era per i Greci come lo specchio dell'anima umana nel quale si riflettevano tutte le manifestazioni psichiche e secondo i casi di eccesso o disarmonia della bile si aveva un'azione variabile sopra il pensiero e le passioni. E il curioso si è che queste idee — anatomiche e filosofiche — erano elaborate soltanto con la speculazione pura, senza ingerenza di alcuna prova sperimentale.

Ma un altro grande filosofo e medico ebbe in quei tempi larga fama e le sue dottrine furono conosciute da tutto il mondo antico: era questi Empedocle d'Agrigento. La figura di Empedocle è una delle più interessanti di questo periodo: i suoi discepoli lo circondarono di un'aureola soprannaturale, la cui credenza egli favoriva col suo linguaggio da oracolo. La sua opera è un misto di scientifico e di miracolistico. I fondamenti teorici della sua dottrina erano i seguenti: il mondo si compone di 4 elementi, origine di tutto ciò: fuoco, acqua, aria e terra. Esse sono sostanze incorruttibili e hanno la stessa età. Il corpo umano come quello di ogni animale è composto di questi quattro elementi e la salute risulta dall'armonia di essi e il perturbamento di essi porta all'infermità; è l'unione di questi elementi che determina la generazione e ogni altra forma di vita: dalla sua giusta mescolanza o dalla sua sproporzione derivano due principii: uno esteriore, la discordia, e un altro interiore l'amicizia. Questo concetto rappresenta la base della dinamica fisiologica di Empedocle.

Annassagora contemporaneo di Empedocle, trasportò ad Atene i principii di quest'ultimo e vi fondò una scuola filosofica. Praticò la dissezione negli animali e affermò che gran parte delle malattie provengono dalla bile, avvicinandosi in questo ai concetti di Filolao.

Tale era lo stato della scienza medica ellenica che rese possibile il fiorire della scuola ippocratica.

(da *El Dia médico*, 11 novembre 1935).

G. LA CAVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

P. GAIFAMI. *Prontuario di Terapia ostetrica. - Vademecum per il medico pratico*, con 97 figure, nel testo, rinnovate, rilegato in tela. Terza edizione riveduta e aggiornata. Luigi Pozzi, editore, Roma, 1936. Prezzo L. 32.

Per un libro di questo genere l'essere arrivato in breve volgere di anni alla terza edizione costituisce un tale titolo di merito, che potrebbe dispensare dal metterne in vista i pregi. Non si può far a meno però di rilevare che raramente in una mole così piccola è stata racchiusa e saviamente distribuita tanta materia così da formare un'opera completa nel suo genere: esempio da imitarsi e da contrapporre ai *trattati-mattone*, nei quali il povero cristo del medico pratico cerca, ma spesso non riesce a trovare un chiarimento dei propri dubbi, un filo conduttore nelle quotidiane difficoltà professionali.

Poche pagine, talora poche righe sono dedicate ai singoli argomenti; ma sono tratti succosi, nei quali è come distillata la esperienza di un clinico consumato, che delle forme morbose, delle varie complicazioni, dei diversi atti operativi sa cogliere i punti essenzali e darne al lettore un'idea esatta e completa.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Va da sè che taluni argomenti sono svolti un po' più ampiamente, data la maggiore importanza od attualità dei medesimi; ma le proporzioni sono sempre mantenute, nè vi si riscontra mai quella sperequazione, che taluni autori non sanno evitare, indulgendo alle proprie simpatie o alla propria particolare competenza.

Come esempi di concisione di chiarezza di sano indirizzo pratico scelgo i capitoli sul forcipe, sull'estrazione manuale, sul rivolgimento, sul taglio cesareo, nei quali chi voglia attenersi al sodo e lasciar da parte il lusso dottrinario può trovare sobriamente e chiaramente esposto tutto ciò che importa conoscere su questi vitalissimi argomenti dell'esercizio ostetrico. La perspicuità del testo è accresciuta dalle figure, che illustrano i punti essenziali della tecnica operatoria e dei vari accidenti che possono complicare il parto.

Ottime poi sono le premesse e l'appendice, che rispettivamente aprono e chiudono questo prontuario. Difatti le norme generali, sia sotto forma di direttive deontologiche che tecniche, segnano molto chiaramente la condotta da seguire sopratutto per chi si trova alle prime armi e, sia per la propria inesperienza che per causa di varie circostanze, può esser tratto a fare dei passi falsi, i quali spesso si tramutano in veri disastri.

L'appendice col saggio di errori da evitare nella terapia ostetrica è un prezioso memento, che anche nelle precedenti edizioni di questo libro è stato riconosciuto come uno de' suoi massimi pregi.

L'eleganza della veste tipografica, il prezzo modesto, la piccola mole devono invogliare i medici, anche non specialisti, a fornirsi del *Prontuario* del Gaifami e tenerlo come un buon amico e consigliere.

A. FILIPPINI.

L. RIBADEAU-DUMAS e M. LATASTE. *Les nourrissons débiles et prématurés.* Masson et C., Paris, 1935, Prezzo Fr. 16.

In questa monografia, che fa parte della collezione Masson di medicina e chirurgia pratica, gli AA. si propongono precipuamente lo scopo di fornire le basi fisiopatologiche e il metodo di attuazione pratica della alimentazione dei prematuri e deboli congeniti. Senza dubbio questa numerosa categoria di lattanti richiede le maggiori cure del pediatra, di cui pone al vaglio la vera conoscenza della sua arte speciale.

La questione più importante è sempre quella dietetica, poichè di fronte al prematuro e al debole congenito, e in grado assai maggiore quanto più basso è il peso corporeo alla nascita, si verifica l'urto di due condizioni quasi inconciliabili: un fabbisogno calorico molto maggiore rispetto al neonato normale, un potere digestivo e assimilativo al di sotto della norma. Per poter risolvere il problema gli AA. trattano anzitutto delle possibilità digestive del prematuro e quindi dei bisogni nutritivi, con particolare riguardo al metabolismo basale, alla termogenesi e alle necessità di accrescimento. Vengono quindi esaminati e discussi i diversi componenti dell'alimentazione, e la particolare richiesta di essi da parte del prematuro (acqua, sostanze proteiche, sali, grassi, carboidrati e fattori vitaminici).

Per quanto concerne la realizzazione pratica dell'alimentazione del prematuro e del debole congenito, gli AA. passano in rivista i diversi sistemi di alimentazione, tra i quali quella con latte di donna e l'allattamento misto trovano di necessità la indicazione di scelta. Di particolare interesse è la esposizione dei risultati ottenuti dagli AA. in reparti specializzati per prematuri, impiegando largamente diversi tipi di « Babeurre », di latte in polvere e di miscele latteo-farinose.

COLARIZI.

J. A. ABT e A. F. ABT. *The 1934 Jear Book of Pediatrics.* Chicago. The Jear Book Publischers, 1935. Dol. 2.25.

Il volume contiene un ampio riassunto delle pubblicazioni pediatriche di maggior interesse apparse durante l'anno 1934, non solo in America, ma anche nei principali stati di Europa. Tra i numerosi lavori riportati meritano particolare menzione quelli sulla malattia glicogenica, sulla difterite (anche sul metodo della aspirazione delle pseudomembrane nel crup), sulle laringotracheiti non difteriche, sui procedimenti di immunizzazione per la difterite e per la scarlattina. Notevoli anche le recensioni dei migliori lavori sulla profilassi e sul trattamento della poliomielite — specie per quanto riguarda l'uso del siero di convalescente — e i più recenti procedimenti di immunizzazione nella pertosse

COLARIZI.

Accademie, Società Mediche, Congressi

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 5 giugno 1936.

Presidente: Prof. A. Ferrata.

Atipie cliniche e ematologiche in casi di leucemia acuta.

E. Storti. — L'O. richiama l'attenzione, con la scorta di casistica personale, sulla sicura esistenza di casi di leucemia acuta tipici nella loro alterazione istopatologica ma molto atipici dal punto di vista clinico, ed ematologico per l'assenza da un lato di ogni segno di diatesi emorragica, di alterazione bucco-faringea, di micropoliadenopatia, di tumore splenico, e per la presenza dall'altro di spiccata leucopenia con soltanto rarissime cellule immature (emocitoblasti) in circolo.

L'O. fa presente le difficoltà diagnostiche in tali casi, e il modo di procedere per ricavare un buon orientamento di diagnosi.

La prova istaminica della permeabilità polmonare nel morbo di Vaquez.

Gli OO. illustrano l'effetto dell'istamina sugli scambi gassosi polmonari e periferici in soggetti affetti da morbo di Vaquez; in accordo con il complesso quadro ematologico ed anatomico ed anche con altre osservazioni e considerazioni, i risultati della prova sono contrari all'ipotesi che la poliglobulia in questa malattia dipenda da anossia tissurale.

Circolazione venosa sovrapubica femoro-femorale.

L'O. illustra un caso di circolo venoso sovrapubico supplementare secondario a trombo flebite della femorale.

Richiama i pochi casi della letteratura e prospetta un'altra spiegazione del meccanismo patogenetico nel senso di un processo trombotico parziale di una femorale localizzato in modo da dividere la colonna sanguigna in due correnti: una procedente pel tratto rimasto pervio della femorale, l'altra dirigentesi attraverso la pudenda esterna nella femorale del lato opposto.

Il Segretario: Gibone.

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 6 maggio 1936.

Presidente: Prof. G. Jappelli.

Osteotomia curvilinea a cerniera nella cura di diverse deformità ossee ed articolari.

L. De Gaetano. — Scopo della comunicazione è di mostrare i buoni risultati ottenuti con la osteotomia curvilinea a cerniera nella cura di diverse deformità ossee ed articolari. L'operazione è antica, ma, per molteplici ragioni, non ha avuto sviluppo che solo in questi ultimi tempi.

L'O. ricorda gli Autori che l'hanno applicata. Precisa la tecnica con la quale l'operazione vien fatta e il suo strumentario. L'operazione si può eseguire con lo scalpello, la sega o la fresa elettrica. La fresa elettrica di Galeazzi rende l'operazione più rapida. Preferisce gli scalpelli semicircolari, costruiti di diversa grandezza a seconda che lo spessore delle ossa richiegga, per la maggiore semplicità con cui può venire eseguita l'operazione. Posteriormente all'osso applica robuste spatole curve per sostenerlo mentre lo si seziona. Fa rilevare la superiorità ed i vantaggi della osteotomia curvilinea sugli altri tipi di osteotomia (lineare, cuneiforme ecc.).

L'operazione l'ha più frequentemente eseguita per le ossa e le articolazioni degli arti inferiori, specie per le anchilosi del ginocchio; ma con le stesse direttive si applica ugualmente sugli arti superiori.

Per il femore passa in rassegna l'applicazione della osteotomia curvilinea nella epifisi superiore (coxa vara, Codivilla), nella diafisi e specialmente nella epifisi inferiore per deformità postume di traumi, di rachitide, di infezioni acute o croniche e di paralisi infantile. Per il ginocchio valgo e varo, di origine femorale, continua a praticare, con buoni risultati (centinaia di interventi), la osteotomia sopracondiloidea alla Mac Ewen-D'Antona. Riferisce di alcuni interventi eseguiti sul femore, mostrando fotografie, radiografie e presentando alcuni infermi.

Per la tibia la causa più frequente delle deformità è la rachitide. L'O. ricorda le diverse tecniche messe in pratica per la correzione di siffatte deformità, dalla semplice osteotomia lineare, alle osteoclasie, alle osteotomie ad incastro (Minervini, Nastrucci), alla segmentazione a dischi (Putti, Springer), allo spezzettamento dell'osso con pinza ossivora (Löffler). Riconosce che alcune di queste operazioni, specie quelle ad incastro, abbiano, in deformità accentuate, la loro indicazione, ma nel maggior numero dei casi potrà bastare la osteotomia curvilinea. Mostra le radiografie e qualche operato per la indicazione tibiale, come farà in seguito per gli altri interventi nelle altre sedi.

Per l'anca la principale indicazione si ha nelle anchilosi ossee con l'arto in adduzione od abduzione. Si esegue l'osteotomia curvilinea sottotrocanterica. Per il ginocchio mette in evidenza la grande superiorità della osteotomia curvilinea sopratrocanterica del Galeazzi su quella intraarticolare (Helferich ed altri).

L'O. conclude augurandosi che i casi operati, di cui solo alcuni ha comunicato, insieme a quelli degli altri, che si sono occupati dell'argomento, riescano a rendere più comuni e diffuse le osteotomie curvilinee a cerniera nella cura delle deformità ossee ed articolari, non pure tra i chirurghi specializzati ortopedici, ma anche tra i chirurghi generici.

Anatomia chirurgica della porzione cervicale del nervo glosso-faringeo.

A. D'Avino. — Il glosso-faringeo, malgrado le eventuali anomalie, soggiace a dati anatomici precisi. La meno rara delle anomalie è la varietà di decorso della carotide esterna. Nei casi indaginosi è buona pratica ricercarlo nel suo punto di passaggio obbligato fra stilo-glosso e stilo-faringeo.

Società Medico-Chirurgica Padovana.

Seduta del 20 maggio 1936.

Prof. G. Forni. — *Relazione triennale.*

Discussione: Prof. Vivante; prof. Fabris; prof. Jona; prof. Forni.

Prime ricerche sull'impiego della lana sintetica nel campo laparatomico.

Prof. C. Mozzetti-Monterumici. — Partendo dalla nozione che la lana sintetica di recentissima comparsa nella nostra industria, viene prodotta

facendo precipitare la caseina del latte, ridotta poi con successivo trattamento a sottilissimi fili (30 micron circa) ad essere suscettibili di filatura e di tessitura, l'O. ha voluto iniziare una serie di esperienze per vedere la possibile applicazione di questo nuovo prodotto nel campo chirurgico in genere, e nel campo laparotomico in particolare.

A tale scopo ha immesso nel cavo peritoneale di un lotto di animali da laboratorio (ratto albino, coniglio) dei bioccoli liberi di lana sintetica, sterilizzata; in altri passando attraverso la parete addominale, sia nel sottocutaneo, sia tra aponeurosi e muscolo, sia infine attraverso i muscoli, dei tratti di filo di lana, controllando poi anche microscopicamente il comportarsi dei vari tessuti ospiti, quanto le trasformazioni alle quali il materiale va soggetto. Dimostra con microfotografie che la lana sintetica è bene tollerata sempre, provocando, specialmente a contatto della sierosa peritoneale una leucocitosi polinucleare neutrofila di breve durata, con progressivo riassorbimento dei fili, per usare dei singoli elementi. Meno attivo è il fenomeno negli spazi sottoaponeurotici che però dimostrano una tolleranza perfetta anche se il riassorbimento è più lento. Sebbene sia prematura una conclusione definitiva sulla possibilità di sostituire con la lana sintetica il catgut ch'è un tessuto animale organizzato di non agevole sterilizzazione, e la seta, spesso agente come corpo estraneo nelle suture viscerali profonde, e non sempre tollerato, ma in compenso entrambi dotati di forte resistenza alla trazione. L'O. rileva l'interesse che il nuovo prodotto può assumere nel campo chirurgico e quindi il suo possibile passaggio dal campo sperimentale a quello clinico umano, data la sua costituzione anista, e la sua struttura chimica di necluoalbumina facilmente tollerabile e disintegrabile dai tessuti viventi.

Discussione: Dott. BORSATO, prof. FABRIS.

Evoluzione normale di gravidanza dopo ovariectomia eseguita all'inizio della gestazione.

Dott. E. POLICHETTI. — L'O. illustra il caso di una terzipara 35enne, gravida alla fine delle VI settimana, nella quale 26 mesi or sono ha eseguito una ovariectomia bilaterale ed appendicectomia per annessite cronica riacutizzata ed appendicite acuta.

La successiva evoluzione normale della gestazione, del parto, del puerperio, e dell'allattamento gli dà opportunità di fare alcune considerazioni sulla funzione dell'ovaie (cioè quale influenza reale queste abbiano sui suddetti stati fisiologici particolari) e sulla eventuale azione endocrina dell'utero, data l'assenza di disturbi da menopausa artificiale dell'operata.

Discussione: Dott. BORSATO, prof. MOZZETTI, prof. FORNI, dott. POLICHETTI. *Il Segretario.*

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 14 maggio 1936.

Presidente: Prof. SISTO.

Sulla cavità del ganglio semilunare (cavità del Mekel).

Prof. G. FAVARO — L'O. dimostra che le cavità del ganglio semilunare è bensì uno spazio peridurale, ma tappezzato dalla dura madre che si estroflette intorno al trigemino ed al suo ganglio.

Sulla catatonia sperimentale.

Prof. U. POPPI. — L'O. è riuscito a riprodurre sperimentalmente, nel coniglio e nel cane, dei quadri identificabili con quelli della catatonia umana, mediante una tossina isolata dalle culture del bacterium coli. La riproduzione sperimentale di una sindrome psichiatrica è un fatto nuovo e un progresso nel campo delle malattie mentali.

Sindrome del tronco secondario posteriore del plesso brachiale.

Prof. U. POPPI. — L'O. ha osservato qualche caso di questa rara affezione in seguito a lussazione anteriore dell'omero.

Gliosi a focolai multipli con sclerosi viscerali.

Prof. C. TEDESCHI. — Lo studio di un caso di gliosi a focolai multipli offre all'O. il destro di ritornare sull'argomento delle sclerosi cerebro-spinali. Esami sistematici dei visceri dimostrarono essere diffusa in tessuti ed organi del soggetto una iperplasia della impalcatura di sostegno: nell'apparato delle fibre a graticcio e nel sistema collageno con tendenza alla sclerosi. È questa una circostanza di fatto che alla interpretazione della gliosi a focolai allarga i confini concorrendo ad integrare concetti ed ipotesi; nel senso che il quadro nosologico poggerebbe sopra una generalizzata attitudine verso il progressivo aumento della sostanza fondamentale: nevroglia dei centri nervosi, precollageno e collageno in altre sedi.

Discussione: il prof. SISTO illustra la sindrome clinica del caso in esame da lui accuratamente studiato, non certo corrispondente ad una sclerosi tuberosa encefalica.

Il prof. DELLA VOLTA ritiene essere più proprio parlare di una mesenchimatosi anzichè di sclerosi tuberosa.

Partecipano alla discussione i proff. POPPI e DE TONI.

Sugli effetti locali dell'ematoma intramuscolare.

Dott. M. BARBIROLI. — Introducendo nella compagine di muscoli striati di conigli blocchi coagulati di sangue o di siero autologo, omologo ed eterologo l'O. non ottenne mai formazione eterotopica di osso. In grembo a fibre muscolari degenerate vide talora infiltrazione di sali calcari.

Prende la parola sull'argomento il prof. DOMENICHINI che dice di avere osservato tre casi dove l'ematoma fu ritenuto causa di miositi ossificanti: due per passaggio di ruota di carro sulla coscia, uno di stiramento e contusione dello sternocleidomastoideo in parto forzato. L'ematoma derivava quindi in questi casi da forti traumi.

Presentazione di due casi di linfogranuloma inguinale di Nicolas e Favre.

Prof. E. CIAMBELLOTTI. — L'O. presenta due coniugi con forma tipica di linfogranuloma di Nicolas e Favre confermata dai preparati istologici che mostra: il marito contagiato in A. O., contagia al ritorno la moglie. Rileva la particolarmente rapida tendenza alla stasi linfatica con cospicuo edema; la speciale gravità della forma specie nella donna con intensa compartecipazione delle ghiandole iliache profonde; i risultati ottenuti con iniezioni endovenose di Mixogon che hanno fatto scomparire in 24 ore i fenomeni infiammatori, regredire e riassorbire i fatti di colliquazione, condotto almeno alla temporanea guarigione in tempo brevissimo proprio come si suole avere in adeniti veneree da streptobacillo trattate con Dmelcos o Mixogon.

Il Segretario: Dott. FRANCESCO CORFINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le reazioni allergiche nelle malattie urinarie.

St. Litzner (*Mediz. Klin.*, 17 aprile 1936) afferma che dall'osservazione clinica e sperimentale risulta che in tutti gli organi delle vie urinarie si possono avere reazioni allergiche, di cui secondo Masugi, il rene sarebbe il posto di preferenza.

Una parte importante nella localizzazione dell'allergia negli organi urinari sarebbe da attribuirsi al fatto che l'allergene viene in contatto con essi in forma concentrata durante l'eliminazione. Per quanto riguarda il significato del fattore raffreddamento, si può pensare che questo stimolo aspecifico possa partecipare alla manifestazione locale dei fenomeni allergici.

La glomerulo-nefrite viene sempre più messa in rapporto con una reazione allergica dell'apparato vascolare renale, come aveva già ammesso Volhard.

Nella produzione della pielite della gravidanza, lo stato di reazione allergica della gravida ha sicuramente una importanza notevole. Così pure, si può pensare alla possibilità di cause allergiche in altre malattie della pelvi renale. Le coliche renali, senza riconoscibile presenza di calcoli, sono da sospettarsi come una reazione allergica degli ureteri. Si deve inoltre includere fra le malattie vescicali allergiche la così detta cistite eosinofila, che decorre con formazione di membrane.

Nel trattamento della colica renale allergica, si daranno dei medicamenti adatti (efetonina e simili), oltre alla somministrazione di succhi di frutta e di glucosio. Nelle malattie allergiche della vescica, si consiglia la deallergizzazione metaspecifica, con siero di cavallo.

fil.

La blenorragia uretrale nella donna.

W. Scott Pugh (*American medicine*, marzo 1936) dimostra erroneo il concetto che la gonorrea femminile consista essenzialmente in una endocervicite; esso è basato sul fatto che l'uretra non viene quasi mai esaminata, mentre secondo l'A., essa è interessata nell'85 % dei casi. È invece necessario rivolgervi particolare attenzione, estendendola anche alle ghiandole dello Skene, a quelle periuretrali, nonchè ad una ghiandola che si trova alla parte superiore dell'uretra, al meato od un po' all'interno; essa non è generalmente menzionata nei trattati, ma è importante anche perchè spesso infettata dal gonococco.

Di notevole valore per la diagnosi è il saper compiere bene la espressione dell'uretra. Si usano a tale scopo entrambi gli indici che vengono applicati, compiendo un movimento di sollevamento, sulla parte dell'uretra che si trova dietro la sinfisi, sostituendoli poi con i pollici quando tale parte è raggiunta. Si tiene sempre premuto il dito che spreme l'uretra contro la sinfisi e si avanza, con il pollice, verso il basso fino a che si vede fuoriuscire la secrezione dal meato. L'avambraccio va tenuto fermo appoggiando il gomito sul ginocchio della paziente. Con l'uso di un solo dito, accade che esso scivoli e non dia risultati sicuri.

Per il trattamento, l'A. consiglia nella fase acuta l'olio di sandalo. Utili sono le istillazioni di protargolo (1/2 %) e di argirolo (10 %), fatte con la siringa di van Buren. Passato lo stadio acuto, procedere alle dilatazioni, come per l'uretra maschile. I focolai delle ghiandole di Skene, se tendono all'ascesso, vanno aperti sotto anestesia locale; in caso di persistenza, usare l'elettrocoagulazione. Importanti per la persistenza del gonococco sono gli ascessi sottouretrali, che tendono a spostarsi verso la vagina e che è bene evitare di aprire per via vaginale (possibile fistola uretro-vaginale).

Le caruncole uretrali sono ritenute da molti di origine gonococcica e sono spesso associate con l'infezione delle ghiandole di Skene. Non lasciarsi tentare di asportarle con la forbice od il bistori per il pericolo di emorragia, che può essere assai grave!

Molto più frequenti di quanto generalmente si creda sono gli stringimenti dell'uretra femminile, che si riconoscono con l'uso della candeletta a bulbo e vanno trattati con una cauta dilatazione; in pochi casi è necessaria la meatotomia. Molte volte, la pollachiuria femminile è dovuta a stenosi dell'uretra, la quale va sempre sospettata anche in presenza di sintomi che fanno pensare a stenosi dell'uretere.

Nelle condizioni infiammatorie vulvo-vaginali, usare semicupi caldi ed applicazioni d ossido di zinco o di precipitato bianco. Aprire bene a drenare l'ascesso delle ghiandole del Bartolini, se compaiono i segni della suppurazione.

Nella gonorrea rettale, semicupi ed instillazioni (2 volte al giorno) di sali d'argento (protargolo, argyrol) mediante la siringa di van Buren. In nessun caso va trascurato l'esame del retto, che spesso rimane la sola causa delle reinfezioni.

Come regola generale, evitare l'eccesso di trattamenti delle pazienti gonorroiche!

fil.

I focolai extraurinari nella cistite.

Cifuentes Delatte (*Rev. Espan. de Urol.* n. 2, ottobre-dicembre 1935) pensa che un focolaio settico delle tonsille possa essere la causa di-

retta di una cistite. Cita 6 casi personali di cistite cronica che da vari anni resisteva a tutte le cure e che sono invece rapidamente guariti dopo la tonsillectomia. L'A., in contrasto a quanto ha asserito Heitz-Boyer nella sua *sindrome entero-renale*, nega che tutti i casi di cistite colibacillare siano di origine enterica e ammette nei suoi 6 casi il fattore settico tonsillare. Nei casi in cui il fattore settico non è l'unica causa determinante le cistiti, l'amigdalectomia da sola non può determinare la guarigione delle cistiti. SCANDURRA.

Il fosfato acido di ammonio per l'acidificazione dell'urina.

S. Alstead (*Edinburgh med. journ.*, maggio 1936) asserisce che il fosfato acido di sodio è di valore trascurabile come acidificatore dell'urina e va pertanto abbandonato; non raramente, di fatto, esso provoca l'alcalinizzazione.

Invece si dimostra assai utile il fosfato acido di ammonio, che a dosi di 2 grammi, 3 volte al giorno, diminuisce notevolmente il pH dell'urina. Però, anche somministrandone dosi elevate, non si riesce ad abbassarlo oltre 4,7; la massima parte dei pazienti può ottenere un pH di 5,5.

In alcuni casi si ottengono notevoli diminuzioni del pH, quando l'urina, prima del trattamento, è assai alcalina; così l'A., ha potuto abbassarlo da 8,7 a 5,2. Invece, se prima del trattamento l'urina è già debolmente acida (pH di circa 6,0) si hanno relativamente scarse modificazioni. Comunque, tale osservazione ha interesse piuttosto teorico che pratico, poichè non vi è bisogno di medicamenti se il pH è già inferiore a 6,0.

L'azione catartica del fosfato acido di ammonio si ha soltanto quando la dose giornaliera arriva a 17 grammi, che è in circa il triplo di quella da usarsi per l'acidificazione dell'urina. *fil.*

Per aumentare l'acidità urinaria nella fosfaturia.

Formula di Joulie:

Acido fosforico . . .	g. 17
Fosfato di sodio . . .	g. 34
Acqua q. b. per fare . . .	g. 200

S. Due cucchiai per ogni pasto, diluiti in un gran bicchiere di acqua comune.

Se il paziente conosce l'ora della sua crisi fosfaturica e non è un ipercloridrico, somministrare il rimedio mezz'ora prima della crisi.

SEMEIOTICA

I fenomeni pulsatori del respiro nei soggetti normali e nelle malattie cardio-vasali.

A. Rubino (*Folia medica*, 30 maggio 1936) ha studiato le variazioni della pressione laterale negli individui normali, nei pazienti affetti da malattie valvolari o dei grossi vasi, nelle aritmie. Tracciando contemporaneamente la curva della pressione laterale (secondo Luisada) e l'elettrocardiogramma ha confermato anzitutto la presenza delle onde negative *a*, *v* e *d* già messe in evidenza da Luisada nell'individuo normale: l'onda *a* coincidente presso a poco con la sistole atriale, l'onda *v* con la sistole ventricolare, l'onda *d* con il dicrotismo delle grosse arterie; ha constatato inoltre la presenza di un'onda positiva *p* interposta fra *a* e *v*.

Registrando contemporaneamente la curva respiratoria nasale e la curva della pressione endopleurica ha constatato che all'inizio della sistole esiste, nella curva endopleurica, un'onda positiva assai più alta della piccola onda della curva nasale e che tale onda cresce aumentando la pressione endopleurica.

Nelle malattie valvolari ha trovato: aumento di tutte le onde positive e negative e particolarmente della onda *a* con forte riduzione e spesso scomparsa della *d* nella stenosi ed insufficienza mitralica; accentuazione fino a 3-4 volte la norma dell'onda *v* e spesso scomparsa della *a* e *d* nell'insufficienza aortica; accentuazione di tutte le onde positive e negative, fino a 5-8 volte la norma, con trasformazione delle onde da monofasiche in difasiche nella insufficienza tricuspidale. Aumento di altezza della *v* negli ipertesi con ipertrofia ventricolare sinistra; e accentuazione della *a* nella miocardite sclerotica.

Nell'aneurisma dell'aorta onda *v* ben netta, onde *a* e *d* visibili solo in alcuni tratti.

Nei disturbi del ritmo l'A. ha trovato la mancanza o la presenza delle varie onde in rapporto al tipo di disturbo della conduzione atrio-ventricolare. L'A. ritiene che la determinazione della curva della pressione laterale è elemento diagnostico molto importante.

L. TRAVIA.

NOTE DI LABORATORIO.

Determinazione rapida della glicemia.

Dopo aver considerato che i metodi per la determinazione della glicemia sono tutti più o meno complessi ed indaginosi, S. Lang (*Minerva med.*, 2 giugno 1936), propone il seguente metodo per la determinazione dello zucchero del sangue: 5 cc. di sangue prelevato dalla vena cubitale (ammalato digiuno) vengono mescolati dolcemente con 5 cc. di acqua bidistillata; dopo qualche tempo il miscuglio acqua sangue sarà versato con molta lentezza in un matraccio, che si trova in bagno maria a 50°-60° e contiene 10 cc. di acido solforico concentrato e 100 cc. di soluzione di pirogallolo in alcool 5 % (quest'ultimo preparato da almeno 24^h). Il liquido contenuto nel matraccio assume un colore rubino ed è privo di elementi corpuscolati. Si aggiungono, agitando dolcemente e mantenendo costante la temperatura del bagno, 80 cc. di una soluzione di permanganato di potassio 1 %. Dopo poche

agitazioni il liquido assume un colore bianco cristallino; si titola allora, tenendo il matraccio nel bagno-maria a 50°-60°, con una soluzione di permanganato di potassio 1 % di recente preparazione.

Titolando in bianco, la quantità di permanganato di potassio impiegata sarà di 150 cc., oltre questo limite si avrà la precipitazione di biossido di manganese di color bruno scuro. Titolando in presenza di glucosio, per ogni mezzo milligrammo si avrà il consumo di un cc. di permanganato di potassio prima del viraggio al bruno scuro.

Esempio: 0 glucosio = 150 cc. di soluz. di permanganato di potassio 1 % prima dell'inizio del precipitato.

0,5 ‰ di glucosio nel sangue = 151 cc. di soluzione di permanganato di potassio 1 % prima dell'inizio del precipitato.

1 ‰ di glucosio nel sangue = 152 cc. di soluzione di permanganato di potassio 1 %.

L. Travia.

NOTE DI RADIOLOGIA

Uno studio del lobo inferiore del polmone. Spiegazione delle ombre radiologiche.

Su di un fatto anatomico, che in passato non era stato preso abbastanza in considerazione, richiamano l'attenzione J. Levitin e H. Brunn (*Arch. of Int. Med.*, aprile 1936). Secondo gli studi degli AA. il lobo polmonare inferiore, sia destro che sinistro, sarebbe diviso in due parti distinte: una piccola divisione triangolare superiore ed una divisione più grande inferiore. Ognuna di queste due porzioni del lobo ha una propria distribuzione bronchiale ed un'origine embriologica da un abbozzo distinto. Anche nel polmone giunto a termine di sviluppo si può osservare una fessura che separa le due parti. Nei radiogrammi può notarsi la riflessione della pleura nella fessura, che è stata spesso erroneamente interpretata come un'aderenza pleurica.

Questa struttura anatomica definita rende ragione di numerosi processi morbosi limitati, la cui localizzazione non era prima compresa. Nei radiogrammi la divisione superiore, quando è colpita da un processo morboso (polmonite ecc.), appare alta nel torace o bassa dietro il diaframma, secondo la posizione del diaframma al momento della radiografia. La mancata valutazione dell'importanza della posizione del diaframma ha spesso condotto ad errori d'interpretazione. Quando il processo appare alto nel radiogramma, è spesso diagnosticato quale polmonite centrale, quando appare basso può essere preso per liquido incapsulato.

La divisione superiore del lobo inferiore è la più frequentemente colpita nel processo pneumonico; non conosciamo le ragioni di questo comportamento: i bronchi che si distribuiscono a questa parte del lobo sono i soli che sono diretti posteriormente; perciò l'azione della gravità sulle secrezioni di questi bronchi nel decubito orizzontale potrebbe avere qualche importanza. I segni fisici del processo in questo caso sono tutti posteriori, in una piccola area tra la colonna vertebrale e la scapola e fra la 4ª e l'8ª costola.

M. Nunberg.

MEDICINA SCIENTIFICA

Un nuovo elemento nel corpo umano, il titanio.

Oggi è ormai nozione corrente che per esercitare nell'organismo un'azione apprezzabile una sostanza non ha sempre bisogno di trovarvisi in grande quantità. Non è dunque senza interesse lo stabilire la presenza nel corpo umano, fosse anche in proporzione molto debole, di un nuovo elemento, che poteva già essere sospettato ma che non si era riusciti a mettere in evidenza. Senza dubbio sarebbe prematuro di voler assegnare fin d'ora al titanio una parte definita nella fisiologia e patologia umana, ma è utile che si sia sicuri della sua presenza nell'organismo. A tale scopo L. C. Maillard e G. Ettori (*Bullettin de l'Académie de la Médicine*, 5 maggio 1936), hanno praticato numerosissime ricerche, dall'insieme delle quali traggono le seguenti conclusioni.

Il titanio è presente in tutti gli organi dell'uomo: la proporzione di questo elemento in tutti i campioni esaminati sin'ora, va da 1,5 al millesimo di milligrammo per cento grammi di materia fresca. In uno stesso tessuto questa proporzione può mostrare delle irregolarità importanti, il che è corroborato anche dallo studio comparativo di altri mammiferi. Queste irregolarità impongono una grande prudenza nei tentativi di riconoscere al titanio qualche funzione definita nell'organismo. Nulla autorizza all'ora attuale a dire se il titanio deve essere considerato come elemento costituzionale della sostanza umana o accidentale. Gli AA. non si pronunciano, per il momento nè in un senso nè nell'altro, e per questo, presentando la loro comunicazione, hanno segnalato un nuovo elemento non *del* corpo umano ma *nel* corpo umano.

G. La Cava.

MEDICINA SOCIALE

Del pericolo della contaminazione tubercolosa attraverso il personale dei servizi pediatrici. Conseguenze pratiche.

B. Weill (*Bulletin de l'Ac. de Méd.*, 5 maggio 1936) è stato portato in occasione di alcuni fatti venuti a sua conoscenza a studiare la contaminazione eventuale dei neonati o dei bambini nel corso del loro soggiorno nei servizi di maternità o pediatrici. Questo problema offre un interesse particolare per il fatto della suscettibilità dei bambini di prima età all'infezione tubercolare e della gravità della prognosi

in seguito a queste contaminazioni precoci. Quanto ai bambini più grandi portati nelle sale d'ospedale per una qualsiasi malattia, la loro suscettibilità di fronte alla tubercolosi aumenta in proporzione della gravità del loro stato e della loro resistenza parallelamente diminuita. Queste considerazioni, unite all'osservazioni di alcuni bambini vaccinati col B. C. G. e di cui la contaminazione precoce con un bacillo umano non poteva spiegarsi con un contatto familiare, hanno condotto l'A. a una inchiesta portata soprattutto sul personale infermiere: da questa inchiesta risulta che la scoperta dei soggetti tubercolotici non è sempre nelle condizioni presenti così precoce come dovrebbe essere. Inoltre succede spesso che alcuni soggetti, considerati come guariti sono ripresi di nuovo in servizio nelle maternità o negli ospedali pediatrici. A conferma di questi fatti l'A. cita per esteso alcune osservazioni particolarmente dimostrative, in seguito alle quali egli è condotto a delle conclusioni precise, e cioè:

1) necessità di un controllo permanente del personale delle maternità e degli ospedali pediatrici per mezzo di un esame rinnovato ad intervalli relativamente brevi, completanti l'esame iniziale accuratissimo. Tale esame dovrà essere effettuato da un medico specializzato almeno ogni 6 mesi, e più spesso se necessario per ogni singolo caso.

2) Ogni soggetto sospetto o guarito dopo un incidente patologico anche dubbio e specialmente dopo bacilloscopia positiva, anche transitoria, dovrà essere definitivamente eliminato dai servizi pediatrici e dalle maternità.

Questa doppia sanzione è vantaggiosa sia per il personale che potrà essere curato più precocemente che per l'amministrazione stessa i cui interessi saranno meglio salvaguardati col trattamento immediato del personale sospetto o ammalato e infine per i fanciulli che vengono così sottratti a un pericolo incontestabile.

G. LA CAVA.

VARIA

Il comportamento psichico durante un breve soggiorno a 5000 m. di altezza.

H. Wespi (*Klin. Wschr.*, 16 maggio 1936) ha eseguito una serie di osservazioni sul comportamento psichico a grandi altezze, servendosi della camera a bassa pressione. Egli ha potuto differenziare due tipi diversi di reazione di fronte alla diminuita pressione barometrica (anossiemia).

Tipo A: dimostra notevole insufficienza delle funzioni psichiche differenziate (o diminuita capacità funzionale globale dell'organismo). In questo tipo di reazione rientrano i gravi difetti del potere di concentrazione, della memoria, l'allungamento del tempo medio di associazione, le alterazioni della qualità delle associazioni, simili a quelle delle psicosi organiche, i fenomeni di liberazione con forte aumento dei riflessi tendinei, i disturbi della scrittura, talvolta disturbi funzionali a carico del sistema piramidale, le modificazioni dell'umore.

Tipo B: in questo, in seguito alla precoce insorgenza di disturbi vegetativi, specialmente del vomito, non si giunge alla manifestazione dei disturbi del tipo A, che sono appena accennati. In conseguenza dei disturbi dominanti delle funzioni vegetative, agli individui del tipo B è posto un limite assoluto alla diminuzione della pressione barometrica, che per ragioni vitali non può essere superato.

M. NUNBERG.

Le virtù terapeutiche della salamandra.

La salamandra ha sempre attirata l'attenzione per le leggende che si sono costituite attorno ad essa, principalmente quella che non si consumi nel fuoco, ma viva anzi di esso. La fandonia è stata lanciata da Aristotele, il quale aveva anche raccontato che, fra le ardenti fiamme delle fornaci in cui si cava il rame, in Cipro, nascono animali volatili maggiori dei mosconi, i quali volano e saltano continuamente e non appena manchi loro il fuoco ardente, muoiono. Sull'autorità di Aristotile, tali fandonie sono state credute per secoli, ma il Matthioli non esita a chiamarle melensaggini, sia per l'esperienza propria, sia perchè « le ragioni naturali non lo consentono ».

Nella vecchia medicina, era naturale che questo animale magico si utilizzasse e così fu esso consigliato per le sue facoltà naturali di « mangiare, scaldare e ulcerare la carne » ed era pertanto ascritto fra le medicine ulcerative. Ma esso ha anche un'altra proprietà, che quando è disfatta nell'olio, o conservata nel miele dopo averne tagliata la testa, fa cascare i peli.

Anche la medicina odierna ne tenta l'utilizzazione, partendo non più dall'animale intero, ma da una sostanza che si ricava dal liquido vischioso che esce dal dorso dell'animale, quando lo si gratta con la costa di un coltello. È una sostanza che determina tremori, convulsioni, opistotono e morte.

Recentemente, O. Gessner e W. Esser (*Arch. f. exper. med. e Z. Blatt f. chirurgie*, 6 giugno 1936) hanno fatto delle prove con tale alcaloide riscontrandogli delle proprietà analettiche; nell'animale narcotizzato, l'introduzione di una dose che è la metà di quella normale determina un breve, ma completo risveglio.

La samandarina, tale è il nome di questo alcaloide, ha un forte effetto eccitante sulla respirazione, aumentando la frequenza ed il volume. Sul circolo, agisce aumentando la pressione, mediante un meccanismo di origine centrale.

La troppa vicinanza fra la dose eccitante e quella convulsiva e fra questa e quella letale ne impedisce però l'utilizzazione pratica.

A. FILIPPINI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Medici condotti in pensione.

Il trattamento di pensione e di collocamento a riposo dei medici condotti ha avuto varie fasi.

Legge 22 dicembre 1888, art. 16: « La nomina dei Medici e Chirurgi stipendiati dai Comuni, fatta dal Consiglio comunale, dopo tre anni di prova, *acquista carattere di stabilità* ».

Legge 25 febbraio 1904, n. 57, art. 57: « Il Medico chirurgo condotto *acquista diritto alla stabilità* dell'Ufficio e dello stipendio dopo due anni di prova di un medesimo Comune o Consorzio di Comuni ».

T. U. 1° agosto 1907, n. 636, art. 31: « Il Medico chirurgo condotto *acquista diritto alla stabilità* dell'Ufficio e dello stipendio dopo due anni di prova in un medesimo Comune o Consorzio di Comuni ».

R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, titolo 1, art. 41: « Il Medico, il Veterinario, il Farmacista e la levatrice condotti, che *siano* RICONOSCIUTI *inabili al servizio*, possono essere dispensati ».

Niente dunque limiti di età; per ben 35 anni — 1888-1923 — il Legislatore *non voluit* e *non dixit!* Ma qualche Podestà, nel modificare il Regolamento organico dei suoi dipendenti, fissa il limite di età — 65 anni — anche per il Medico condotto del paese.

Ed il Ministero dell'Interno interviene con la circolare n. 20400 del 13 novembre 1929 — Direzione Generale della Sanità Pubblica — ed avverte: « ... siffatta facoltà (di modificare, cioè, i capitolati sanitari, aggiungendo la facoltà di collocare a riposo i Medici condotti, pel solo fatto di avere compiuto i 65 anni di età) *esorbita dai limiti entro i quali l'art. 41 del citato decreto* (30-12-1923, n. 2889) ha inteso contenere il provvedimento della dispensa dal servizio dei sanitari per fisica inabilità ». E termina: « ... chiaro emerge, pertanto, che secondo il sistema giuridico sancito dalle disposizioni generali di diritto positivo che disciplinano lo stato giuridico dei sanitari condotti, ed alle quali deve uniformarsi la potestà regolamentare dei Comuni, questi non possono, nei loro regolamenti speciali, adottare disposizioni che *la fisica inabilità facciano* — in base ad una semplice presunzione — *coincidere con un limite di età prestabilito, che non trova riscontro nella legge* ». È evidente, evidentissimo, che il 13 novembre 1929 l'onorevole Ministero dell'Interno *voluit* e *dixit!* Niente paura, dunque, di essere mandati via con una pensione irrisoria; niente necessità di crearsi un altro qualsiasi reddito, ma sicurezza che finchè la salute non ci vien meno possiamo continuare nel nostro eminentemente umanitario lavoro!

Ma il « T. U. delle Leggi Sanitarie » approvato con R. D. 27 luglio 1934, n. 1265, con un forte scossone richiama alla realtà i sognanti gridando loro l'art. 76: « Il sanitario condotto è collocato a riposo quando ha compiuto 65 anni di età ». Dal 1888 al 1934, 46 anni di silenzio! Perchè questa disposizione dell'art. 76? Evidentemente per dar posto ai giovani; ed è giustissimo. Alcuni aggiungono: e per dar riposo agli anziani. Certamente; anche per dar riposo agli anziani! C'è però da osservare che in certi casi la pensione è tutt'altro che riposante.

Andiamo avanti, e passiamo all'art. 364, inserito nelle disposizioni transitorie.

« L'applicazione delle disposizioni relative al collocamento a riposo, al compimento dei 65 anni di età... avrà inizio col 1° luglio 1936, salvo il disposto del comma seguente ».

Fuori dubbio il Legislatore, preoccupato della misura assai misera delle pensioni, ha preso due anni di tempo per lo studio necessario per migliorarle.

Infatti il comma seguente dispone: « A partire dalla data di entrata in vigore del presente « Testo Unico » i Prefetti e le Amministrazioni interessate, secondo la rispettiva competenza, provvederanno al collocamento a riposo dei Sanitari che oltre ai 65 anni di età abbiano compiuto 40 anni di servizio, e di quelli che abbiano compiuto 70 anni di età e 35 di servizio ». E ciò perchè, aggiungo io, il Sanitario condotto che si trovi in una di queste due condizioni va a riposo con una discreta pensione.

C'è da osservare: che il diritto acquisito di rimanere in servizio sino alla inabilità non presunta ma riconosciuta, come diceva il R. D. del 30-12-1923, n. 2889, e la circolare del Ministero dell'Interno del 13-11-1929, n. 20400 va in fumo.

Ma ecco che viene per l'art. 277, ultimo comma del precitato T. U. 27-7-1934: « Al Direttore del Consorzio (antitubercolare) ed a quello del Dispensario provinciale, ove esiste, è inibito l'esercizio della professione di medico chirurgo ». E dopo soli 23 giorni dalla pubblicazione di questa disposizione, e cioè il il 20 agosto 1934, una circolare del Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità pubblica, n. 20173, avverte: « In attesa che il Regolamento determini le norme definitive per l'applicazione di tale disposizione (quella cioè contenuta nell'ultimo comma dell'art. 277, sopra riportato), resta inteso che quando i regolamenti o i capitolati dei Consorzi consentono ai predetti Sanitari l'esercizio della consulenza nella specialità, tale esercizio continuerà ad essere consentito ». Sicchè nel caso dei Direttori dei consorzi o dei dispensari antitubercolari, rispettato il diritto acquisito; per i sanitari condotti no.

Sicchè quando il prof. Morelli, a pag. 1586,

de « Le Forze Sanitarie », n. 25-26 del 10-20 settembre 1934, a proposito dell'art. 277, giustamente domanda: « Si può ora pretendere che il Direttore del Consorzio abbia uno stipendio di fame? » gli si deve far giusta eco chiedendo: « Si può ora pretendere che un sanitario condotto vada in casa con una pensione da farlo dolcemente morire d'inedia? ».

Come rimediare? Facilissimo! Rimandare cioè di due anni ancora l'applicazione delle disposizioni relative al collocamento a riposo al compimento dei 65 anni di età; fermo restando il contenuto dell'ultimo comma dell'articolo 364, per avere così il tempo di studiare e provvedere; oppure disporre che vadano pure in riposo i Medici condotti a 65 anni di età, ma considerandoli come in servizio da quaranta anni. Perchè davvero sarebbe un fare due pesi e due misure, aver ritenuto e ritenere, sino al 30 giugno, corrente anno, idonei al servizio i medici condotti di oltre 70 anni per non aver compiuto 35 anni di servizio, e dal 1° luglio prossimo ritenere non idonei, inabili allo stesso servizio, Medici condotti di 65 anni; avere avuto ed aver pietà, sino al 30 giugno corrente anno, dei medici condotti di oltre 70 anni con meno di 35 anni di servizio in considerazione della misera pensione con la quale sarebbero vissuti per il resto della loro vita, e dal 1° luglio prossimo non averne per nessuno! Non è possibile che ciò si avveri in regime Fascista, nel regime che ha sempre tenuto in alta considerazione il lavoro, e in alta considerazione anche i medici condotti che, più a contatto con le classi misere, han fatto sempre opera di santa umanità e di efficace propaganda.

Lecce, 3 giugno 1936-XIV.

Dott. FRANCESCO COTA
Fiduciario Provinciale Medici Condotti
della Provincia di Lecce.

Cronaca del movimento professionale.

Per i professionisti e gli artisti che aspirano ad ad essere utilizzati in A. O.

La Confederazione Fascista dei Professionisti e degli Artisti, per aderire a numerose richieste, rende noto che le domande degli iscritti che aspirano ad essere utilizzati nei territori dell'Impero, debbono essere presentate ai Sindacati Provinciali, i quali, dopo la necessaria selezione, le trasmetteranno a seconda delle categorie ai rispettivi Sindacati Nazionali.

Il riconoscimento dell'idoneità dovrà essere rigorosamente ispirato a criteri di competenza e di particolari attitudini acquisite, escludendo ogni considerazione di carattere assistenziale, allo scopo di ottenere il più utile impiego delle competenze e la più efficace valorizzazione dei territori dell'Impero.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

R. Prefetture.

Sono prorogati i concorsi alle condotte mediche per le seguenti Province: Alessandria, al 30 luglio; Bologna, Bolzano, Cagliari, Campobasso, Catania, Forlì, Genova, Pisa, Pistoia, Reggio Em., Salerno, Teramo, al 31 luglio.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alla R. Prefettura, Ufficio del Medico Provinciale).

ASCOLI PICENO. — L'Ospedale Civile « Umberto I » cerca assistente. Assegno Lire seimila annue oltre completo mantenimento. Rivolgersi alla Congregazione di Carità, via Trivio 25, Ascoli Piceno.

LITTORIA. *Ufficio di Igiene e Sanità.* — Direttore del Dispensario Anticeltico; 2ª proroga, al 15 luglio.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti.* — Il concorso a direttore generale sanitario è stato sospeso.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In applicazione della legge in data 28 aprile 1936-XIV, n. 1026, per la quale gli ufficiali della R Marina delle varie categorie in congedo possono essere promossi per meriti eccezionali per aver reso alla R. Marina servizi eminentissimi nel campo militare, civile o scientifico, o per ricoprire una delle alte cariche dello Stato, il « Foglio d'ordini della R. Marina » pubblica che i seguenti ufficiali delle categorie in congedo sono stati promossi:

a tenente generale medico: Aldo Castellani, senatore, Alto consulente sanitario per l'A. O.;

a maggiore generale medico: Marcello Minale, Consigliere di Stato;

a colonnello medico: Raffaele Paolucci, medaglia d'oro, Vice-Presidente della Camera dei Deputati; Nicolò Castellino, deputato.

Il prof. Vittorio Putti, invitato nel Cile dalle Università e dall'Istituto di cultura italiano a tenere un corso di conferenze, è stato nominato dottore *honoris causa* in una solenne seduta della Facoltà di medicina di Santiago. Durante la seduta è stata annunciata la fondazione di una borsa di studio per un laureato cileno presso l'Istituto Rizzoli di Bologna.

In occasione della celebrazione del 350° anniversario della Università Carlo Francesco di Graz, sono stati nominati dottori *honoris causa* i proff. Anton Eiselsberg e Hans Horst Meyer, emeriti rispettivamente di chirurgia e di farmacologia all'Università di Vienna.

L'Accademia delle Scienze di Parigi, al posto lasciato vacante da Richet, ha eletto Portier, che ne fu a lungo collaboratore; è professore onorario di fisiologia alla Sorbona.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto membri corrispondenti nella Sezione d'igiene il dott. Parisot, professore d'igiene alla Facoltà medica di Nancy, e il dott. Colombani, ex-direttore dei Servizi d'igiene al Marocco.

NOTIZIE DIVERSE

2. Congresso nazionale dei nuclei italiani di radiologia.

Nei giorni 20 e 21 settembre verrà tenuto a Modena sotto la presidenza del prof. Ruggero Balli, direttore dell'Istituto di Radiologia, il II Congresso Nazionale dei Nuclei Italiani di Radiobiologia.

Verranno trattati gli argomenti seguenti: « Radiogenetica » (conferenza dell'on. prof. Ghigi); « Comportamento del siero di sangue di fronte ai raggi ultra-violetti » (relatore: prof. Frontali); « Gli ultrasuoni in biologia » (relatore: prof. Ponzio); « Azione biologica a distanza dei metalli » (relatore: prof. Rivera).

I partecipanti al Congresso potranno presentare comunicazioni su argomenti attinenti o meno ai temi di relazione. La partecipazione al Congresso è libera a tutti i cultori di radiobiologia, intesa nel senso più lato del termine. Le quote di partecipazione vengono così fissate: membri effettivi L. 40 con diritto ai « Summarium » del Congresso (per gli abbonati agli « Scritti Italiani di Radiobiologia Medica », L. 30); membri aderenti (famigliari ecc.) L. 20 (senza diritto ai « Summarium »).

Per ogni chiarimento in merito al Congresso rivolgersi al segretario generale dott. Mario Lenzi, Istituto di Radiologia della R. Università di Modena.

I servizi sanitari in Addis Abeba.

Il problema sanitario di Addis Abeba esigeva una rapida organizzazione, che fu risolta attraverso l'immediato potenziamento dell'ospedale italiano che i saccheggiatori avevano completamente devastato. Quattro giorni dopo l'arrivo delle truppe l'ospedale era già in grado di funzionare e vi si eseguivano operazioni anche gravi. I saccheggiatori etiopici, rimasti feriti durante le giornate di vandalismo, furono i primi a beneficiare dell'opera sanitaria italiana di assistenza. Una settimana dopo funzionavano regolarmente altri 3 ospedali ed un convalescenziario. Attualmente funzionano 6 ambulatori rionali per indigeni, quotidianamente gremiti di uomini, donne e bambini che chiedono lenimento alle loro infermità e ferite.

Lebbrosario dell'Ordine di Malta nel Tigrai.

Il Duce ha accolto ed altamente approvato l'offerta di S. A. E.ma il Gran Maestro del Sovrano Ordine Militare di Malta, Principe D. Ludovico Chigi Albani e del Sovrano Consiglio, di istituire in Africa Orientale un lebbrosario. Esso sorgerà non lontano da Adua, raccoglierà i lebbrosi già identificati in Eritrea e quelli che verranno via via accertati nei territori dell'A. O. I. e sarà gestito dall'Ordine stesso.

Con tale iniziativa l'Ordine di Malta, riaffermando le sue antiche e gloriose tradizioni, intende dimostrare il suo fermo proposito di collaborare con la più consapevole solidarietà alla redenzione fisica e morale delle genti conquistate alla civiltà dal valore del soldato italiano e che vivranno finalmente come sudditi dell'Impero una vita meno dolorosa e più umana.

Il progetto, di massima, già compilato, avrà sollecita attuazione con l'appoggio del Governo dell'Eritrea e nel quadro delle attività disciplinate dal Ministero delle Colonie.

I Padiglioni della medicina e chirurgia all'Esposizione internazionale di Parigi del 1937.

Nel 1937 si terrà a Parigi, com'è noto, un'Esposizione Internazionale che si intitola « d'arti e tecniche nella vita moderna » e in essa la medicina e la chirurgia avranno degli speciali Padiglioni, alla cui organizzazione sono stati preposti per la medicina i proff. Gosset e Roussy e per la chirurgia i proff. Fredet, Monod e Tzanck.

I padiglioni della medicina saranno quattro, e cioè: Padiglione Claude Bernard, riservato alla nutrizione e all'endocrinologia; Padiglione Charlet Richet, per l'anafilassi e le malattie da sensibilizzazione; Padiglione Laënnec, per le grandi scoperte della clinica; un quarto Padiglione riguarderà le scoperte nel dominio dei grandi flagelli sociali.

Nella Mostra della chirurgia locali speciali saranno riservati all'asepsi e all'antisepsi, all'analgesia e all'anestesia; un reparto riguarderà la trasfusione del sangue, secondo un progetto del prof. Tzanck.

Un po' dovunque.

Ricordiamo che il prossimo Congresso internazionale di gastro-enterologia si terrà a Parigi dal 13 al 15 settembre. Temi: Fisiologia e patologia del digiuno e dell'ileo; Patologia del duodeno, eccettuata l'ulcera; Le pancreatiti croniche; Le pancreatiti acute; Diverticolosi e diverticoliti del colon; Le sigmoiditi.

La Società internazionale di urologia si adunerà dal 9 al 12 settembre in Vienna, subito dopo la Società austriaca di roentgenologia.

La 94ª riunione della Società dei naturalisti e medici tedeschi è indetta a Dresda dal 20 al 24 settembre; comporterà molte Sezioni.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 24 aprile, il 15 e il 22 maggio, sotto la presidenza del prof. M. Donati.

Nelle tre sedute sono state fatte ben 24 comunicazioni.

La Sezione Piemontese della Federazione Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi si è adunata il 20 e il 27 maggio sotto la presidenza del sen. prof. Micheli, assistito dal delegato regionale prof. Cramarossa, dai proff. Uffreduzzi, Gamna e G. Ferrando, segretario. Nella seduta del 20 furono fatte comunicazioni dai proff. Biancalana, Rabino (con proiezione cinematografica), Debenedetti (Asti), Segre (con cinematografia a cartoni animati), Mathieu e Debenedetti-Maggia (Ivrea). Nella seduta del 27 maggio ebbero luogo comunicazioni dei proff. Gamna, G. Malan, Verdina, G. Ferrando e dei dott. Losano, Bernabò-Maestri, Gabriel, Parberis e Massobrio-Demichelis.

Il 20 giugno presso il Sanatorio S. Luigi di Torino si è tenuta una riunione dei « Colloqui di Aesculapio » per la trattazione di indagini e studi di tisiologia sanatoriale. Alla riunione, a cui hanno partecipato numerosi tisiologi del sanatorio, sotto la presidenza del prof. G. Ferrando, furono svolte comunicazioni da: G. Malan, Griva, Mighetti, Rossi, Losano; alla discussione portarono contributi di esperienza personale: Scaglia, Rabino, Biey e altri.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata nei giorni: 3 e 17 aprile, 1, 22 e 29 maggio, sotto

la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. Sono state fatte comunicazioni da: E. Ferrari, I. Levi, C. Ravasini; Gemma Barzilai, G. Robba; L. Geyer, P. Iacchia; G. Mann, E. Rimini; R. De Porenta (due comunicazioni).

Il 5° Congresso medico panslavo si terrà a Sofia dal 12 al 17 settembre. Sarà diviso nelle sezioni: fisiologia, istologia, medicina interna, chirurgia, ginecologia, oftalmologia ecc.; in ogni sezione ciascun paese slavo avrà il proprio relatore. Temi generali: « Il servizio sanitario nei villaggi dei paesi slavi »; « La tubercolosi nei paesi slavi, i mezzi di lotta contro la malattia ecc. ».

La Società fisiologica cinese si adunerà a Tsingtao dal 3 al 9 agosto, sotto la presidenza di P. Chiang; celebrerà il suo 10° anniversario.

I lavori della 5ª Settimana medica padovana si sono svolti attivissimi, secondo il programma già annunziato. Tra gl'inscritti erano professionisti di quasi tutte le regioni d'Italia. Interesse speciale ha destato il corso d'infortunistica. È stata fatta una manifestazione di simpatia al prof. Robuschi, organizzatore della « Settimana ».

La 2ª Settimana medica internazionale svizzera si svolgerà a Lucerna dal 31 agosto al 5 settembre, sotto l'alto patrocinio del Consiglio Federale; dall'Italia è stato invitato a tenere una conferenza il prof. G. Frontali di Padova. Tassa d'iscrizione: 10 franchi svizzeri; dà diritto al volume degli atti. Rivolgersi alla segreteria: Klosterberg 27, Basilea.

Ad iniziativa della Sezione Napoletana dell'Istituto Coloniale Fascista, la Scuola Medica Ospedaliera di Napoli organizza un corso d'igiene e patologia coloniale, per medici, veterinari, studenti, infermieri, missionari, ingegneri, ufficiali, cultori di problemi coloniali. Le lezioni si terranno nelle ore serali, dalle 18 alle 20, e saranno integrate da visite ai principali centri profilattici. La direzione del corso è affidata al prof. Castronuovo. Per informazioni rivolgersi al segretario del corso, dott. Adolfo Cily, Istituto Coloniale Fascista, via Roma 289, Napoli.

Il Senato Accademico e il Consiglio d'Amministrazione dell'Università di Padova, convocati dal Rettore in speciale assemblea straordinaria, hanno stabilito, allo scopo di celebrare la conquista dell'impero, di istituire un fondo di annue L. 50.000, per « alti studi etiopici », da erogarsi onde promuovere e sovvenire missioni scientifiche in Etiopia; di allestire una Clinica delle malattie tropicali; di organizzare un Corso di cultura coloniale, per il rapido addestramento specializzato di coloro che si dispongono ad assumere uffici e funzioni nelle colonie.

Il 27 giugno si è inaugurato a Milano il primo Istituto di Medicina Industriale creato in seno alla Sezione Igienico-Sanitaria dell'Ente Nazionale di Propaganda per la Prevenzione degli Infortuni. Ne daremo ulteriori notizie.

L'Associazione medica panamericana ha progettato la costruzione di una serie di ospedali a carattere internazionale. Il primo Ospedale panamericano sorgerà a New York e sarà ultimato nel 1938; importerà 7 milioni di dollari (più di 80 milioni di lire it.); consterà di 20 piani. Servirà da scuola di perfezionamento e avrà professori ed allievi di tutte le nazioni americane.

L'Istituto di embriologia dell'Università di Vienna è stato aggregato all'Istituto di istologia.

Il Principe di Piemonte ha visitato, nel porto di Napoli, la nave ospedale Tevere, recante a bordo 485 malati e feriti e un gruppo di ufficiali reduci dall'A. O.

Il Ministro delle Finanze ha visitato a Torino gli ospedali delle Molinette.

Il ministro dell'igiene della Gran Bretagna, Sir Kingley Wood, ha dichiarato che è necessario ingrandire l'Istituto di psicologia medica di Londra, data l'importanza di tale istituto per la profilassi e il trattamento delle malattie mentali. Nel 1935 vi furono visitati 1206 soggetti, contro 1007 nel 1934.

Nella prima quindicina di settembre verrà celebrato il terzo centenario dell'Università Harvard di Boston. Alla celebrazione sono invitati molti studiosi di tutte le parti del mondo; per la medicina e la biologia: Landsteiner, Fischer, Lewis, Shiga ecc.; tra gl'italiani Gini (per la statistica).

Per onorare il prof. Giulio Alessandrini, che alla fine di quest'anno accademico lascerà la cattedra di parassitologia medica, tenuta all'Università di Roma, alcuni allievi, amici e colleghi dell'insigne studioso hanno preso l'iniziativa di fondare un premio di parassitologia a lui intitolato. All'uopo è sorto un Comitato, presieduto dal principe don Francesco Boncompagni Ludovisi e di cui fanno parte S. E. il prof. De Blasi, S. E. il prof. De Francisci, padre A. Gemelli e il prof. G. Penso, segretario, al quale saranno da inviare le offerte (indirizzo: Istituto di Sanità Pubblica, viale Regina Margherita 299, Roma).

Il Comitato permanente della Federazione della stampa medica latina, alla fine dell'ultima adunanza svoltasi a Parigi, ha tenuto un banchetto in onore del prof. Danielopolu di Bucarest.

I convenuti mandarono al presidente, prof. Giordano di Venezia, un telegramma così concepito: « Il Comitato della Federazione della stampa medica latina vi invia l'espressione unanime della sua ardente simpatia e della sua ammirazione illimitata, per la magnifica vittoria riportata nell'Africa dalla civiltà latina ».

La « Gazzetta Ufficiale » del 26 maggio pubblica il R. Decreto 7 maggio, n. 882, il quale stabilisce nuove tabelle, relative agli insegnamenti, alle lauree e ai diplomi rilasciati dalle Università e dagli Istituti superiori, in sostituzione di quelle allegate al R. Decreto 28 nov. 1935 n. 2044. Il provvedimento tende a coordinare maggiormente gl'insegnamenti universitari, sovratutto introducendone alcuni tra i complementari, che la recente esperienza ha dimostrato opportuni se non necessari.

Sono state costituite le Casse Mutue Malattie per tutti i lavoratori agricoli, esclusi i coloni e mezzadri, delle Province di Cagliari, Sassari, Nuoro e Littoria.

Nella recente formazione ministeriale del Belgio è stato creato il Ministero della Sanità Pubblica; è affidato ad Emile Vandervelde, il noto « leader » del socialismo.

Si è svolta nel Belgio, a partire dal 14 giugno, una settimana di propaganda sull'educazione fisica e gli sport. L'inaugurazione ebbe luogo solennemente al palazzo delle Accademie di Bruxelles, con l'intervento di numerose personalità della medicina, della politica e dello sport; parlarono i proff. Péchère, Gunzburg e Demoor.

Nel Belgio un decreto ministeriale ha stabilito le indennità per i donatori di sangue: partendo da un minimo di 100 franchi belgi per un quantitativo sino a 100 cc., esse aumentano gradatamente; ad es. per 400-500 cc. sono assegnati 400 fr. Per le trasfusioni notturne — fra le 22 e le 7 — è stabilito un supplemento fisso di fr. 50.

Il ministro della sanità dell'Irlanda ha fissato, con circolare, l'età limite di 65 anni per i sanitari; in qualche caso il limite è ridotto a 60 anni. I sanitari in disagiata situazione finanziaria saranno indennizzati dallo Stato.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha nominato una commissione per investigare le cause della riduzione dell'allattamento materno in Francia.

Il 26 giugno si è tenuto a Milano un convegno per gli studi inerenti allo sviluppo e allo sfruttamento delle piante medicinali, indetto dalla Confederazione Fascista dei lavoratori dell'agricoltura.

Gl'italiani del Brasile hanno inviato alla Croce Rossa Italiana cento sacchi di farina e numerose casse di cioccolata.

La Croce Rossa Britannica conta ora circa 14.000 soci istruiti nella difesa antiaerea.

Una mostra di lavori artistici di medici si tiene a Londra dal 2 al 14 luglio, nei locali della « Royal Society of Medicins » (Wimpole Street's London W).

L'« Encyclopédie Médico-Chirurgicale » consterà di 39 volumi concernenti ciascun apparato organico e le specialità. Ogni volume consterà di fascicoli separati, per ogni argomento; i fascicoli comporteranno delle aggiunte e potranno anche essere sostituiti, per aggiornarli: ne risulterà un *libro vivente*. Moltissimi studiosi coopereranno in questo « inventario permanente della scienza medica », fondato da A. Laffont e F. Durieux. Il formato dei volumi sarà di cm. 24 × 34. Redazione: rue Séguier 18, Paris 6e; vendite: place Dauphine 27, Paris 1er.

« Il Policlinico » già dette notizia della morte avvenuta in Genova del prof. ARTURO MORSELLI. Figlio dell'illustre psichiatra e pensatore prof. Enrico, continuò la tradizione paterna. Non soltanto fu un neuropsichiatra di valore, ma si affermò decisamente nel campo sociale, ove esplicò un'attività operosa e varia. Nazionalista, combattente, fascista fervente fin dal 1919, ebbe a coprire cariche di responsabilità e al momento della morte presiedeva il Comitato comunale dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia e l'Istituto Fascista di Cultura. Aveva ereditato dal padre una Clinica privata per ammalati nervosi e mentali, alla quale impresse un nuovo impulso col suo lavoro, con la sua intelligenza e col suo entusiasmo.

Arturo Morselli fu una personalità spiccata e seppe farsi generalmente apprezzare ed amare per la rettitudine e per la straordinaria bontà.

M. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 25 maggio al 31 maggio 1936: Morbillo 352 (2211); Scarlattina 128 (278); Pertosse 184 (699); Varicella 163 (383); Vaiuolo e vaiuoloide 1 (1); Febbre tifoidea 148 (261); Infezioni paratifiche 49 (58); Febbre ondulante 64 (96); Dissenteria 7 (9); Difterite e croup 194 (386); Meningite cerebro-spinale epidemica 16 (18); Poliomielite anteriore acuta 25 (36); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 14 (17); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 56 (81), dichiarata — (—); Pustola maligna 13 (13); Parotite epidemica 126 (434); Leishmaniosi 5 (13); Febbre puerperale 28 (28).

Le malattie infettive nelle colonie.

Come risulta dal Bollettino fornitoci dal Ministero delle Colonie, le principali malattie infettive verificitasi in Libia (L.), Eritrea (E.) e Somalia (S.) sono state le seguenti:

Febbraio 1936. — Varicella (17 in L., 5 in E., 90 in S.). Morbillo (143 in L., 6 in E., 44 in S.). Parotite epidemica (54 in L., 21 in E., 34 in S.). Tifoide e paratifi (4 in L., 28 in E.). Dissenteria (3 in L., 56 in S.). Anchilostomiasi (8 in E., 51 in S.). Framboesia (110 in S.). Blenorragia (55 in L.). Ulcera Venerea (4 in L.). Malaria (6 in L., 313 in E., 893 in S.). Tub. polm. (30 in L., 6 in E., 36 in S.). Dengue (67 in E.).

Marzo 1936. — Vaiuolo (2 in L., 15 in E., 1 in S.). Varicella (72 in L., 9 in E., 176 in S.). Morbillo (224 in L., 2 in E., 13 in S.). Febbre ricorrente (9 in L., 50 in E., 10 in S.). Parotite epidemica (61 in L., 17 in E., 98 in S.). Tifoide e paratifi (42 in E., 7 in S.). Febbre ondulante (10 in L., 3 in E.). Dissenteria (19 in L., 188 in S.). Anchilostomiasi (53 in S.). Framboesia (55 in S.). Blenorragia (56 in L., 55 in E.). Malaria (8 in L., 74 in E., 959 in S.). Tub. polm. (58 in L., 6 in E.). Dengue (34 in E.).

Nelle dette cifre sono compresi i nazionali (militari ed operai) e gli indigeni; questi ultimi sono in maggior numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Jl. A. M. A., 2 mag. — S. H. EPSTEIN. Diatermoterapia della demenza paralitica. — A. A. WERNER. Ormonoterapia del criptorchidismo.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mag. — Dermatol. e sifilografia.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 30 mag. — Pediatria.

Dermosifilografo, mag. — U. BONCINELLI. Sostanza P di Oriel.

Clinica Chirurg., mag. — U. LUCARELLI. Trombosi ed embolie trombotiche dell'a. polm. — P. FRASSINETI. Impiego del muscolo nella guernitura dei monconi di amputaz. della gamba.

Baglivi, mar.-apr. — G. MATTIROLO. Mieliti acute primitive disseminate. — R. DALLA VEDOVA. Morbo di Pott. — S. DE CANDIA. Alimentaz. acidificante e alcalinizzante. — P. RITOSSA. Diagnosi differ. degli itteri.

Riv. di Chir., mag. — N. A. MARTELLA. Danni delle sospensioni di carbone iniettate nelle vene.

Minerva Med., 26 mag. L. D'ANTONA. Nefrosi lipoidea e suoi rapporti con la gravid. — G. FERRARI. Pneumoperitoneo nella tbc. polm. bilater.

Wien. Klin. Woch., 29 mag. — BAUER. Fisiopatologia dell'ipofisi. — TELEKY. Avvelenam. da CO. — FRIEDLÄNDER e MOSES. Corioepitelioma dell'uomo. — MATRAS. Terapia gener. delle malattie cutanee.

Diagnostica e Tecn. di Lab., 28 feb. — V. DI BENEDETTO e M. STORNELLO. La sieroreaz. di Weltmann nella diagnosi clinica.

Gaz. d. Hôp., 30 mag. — H. ABOULKER. Le otiti.

Scalpel, 30 mag. — E. STIENON. Il cuore difterico.

Brux.-Méd., 31 mag. — VANDERZYPEN e C. VAN BOGAERT. Endometriosi primitiva dell'ombellico.

Journ. A. M. A., 16 mag. — J. T. MASON. Direttive moderne della chirurgia. — G. RANDALL. Composto insulina-protamina in clinica. — S. F. GILPIN. Glossodinia. — F. S. SEYMOUR. Vitabilità degli spermatozoi nel canale cervic.

Clinica Pediatr., mag. — G. ORLANDINI. Ricerche comparative sul comportamento del s. n. v. nei gemelli.

Revue de Chir., apr. — FIORI. Cisti congenite del cordone spermatico. — COURTY. Enfisema acutò traumatico del mediastino.

Riv. San. Sicil., 15 mag. — T. MALLONE. Anomalie delle vie biliari extra-epatiche.

Presse Méd., 27 mag. — C. CHAMPY e JACQUES-LOUVEL. La perivena.

Giorn. di Cl. Med., mag. — L. LEVI. In tema di febbricola. — F. ROMEO. Azotemia cloropenica.

Klin. Woch., 30 mag. — L. LENDLE e F. H. LU. Gli analettici nelle asfissie. — B. SCHULER e al. Determinazione della diastasi del sangue nella diagnosi di malattie interne.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII   Roma, 13 Luglio 1936 - XIV   Num. 28

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA
I PADIGLIONE - Primario: Prof. V. PUCCINELLI

Sull'andamento stagionale di alcune sindromi addominali

per il dott. G. LA CAVA, assistente.

La meteoropatologia, nome nuovo per conoscenze antiche, ha attirato, specialmente in questi ultimi anni, l'attenzione di molti ricercatori. Lo studio accurato e preciso, non più basato su dati empirici, ma dimostrato da ricerche moderne e complete, dei rapporti che intercorrono fra variazioni atmosferiche e incidenza e decorso di alcune malattie, come pure il riconoscimento di particolari sindromi morbose, aventi stretto rapporto etiologico con le variazioni meteoriche stesse, han fatto intravedere tutto un nuovo campo di studi e di ricerche, che si presenta fin da ora ricco di promesse.

Che le variazioni di clima, di temperatura, di stagione, potessero provocare sintomatologie varie e curiose, se pur non ben definite, come pure che alcune malattie subissero l'influenza del «tempo», e cioè dei fattori meteorici e stagionali, era cosa già nota sin dai più remoti tempi della medicina (Ippocrate) e patrimonio comune del popolo. Ma come di tutte le cose troppo semplici e troppo evidenti, la scienza ufficiale non se ne era, a torto, mai occupata. Eppure tali cognizioni non hanno, come si potrebbe credere a prima vista, il valore di semplice curiosità, ma valgono in quanto, ben studiate nella loro genesi e nel loro meccanismo di azione, possono servire a dare idee nuove sull'etiologia di alcune forme morbose, la cui vera essenza ancora ci sfugge, come anche a mettere in correlazione fra loro quadri morbosi differenti, o per lo meno a far riconoscere un identico fondamentale fattore etiologico a malattie che a prima vista possono sembrare del tutto diverse. Fortunatamente oggi, abbandonato il terreno della speculazione aprioristica e dato il valore che si merita alla tradizione popolare, la meteoropatologia si è messa sulla via dell'osservazione obbiettiva, basata sul metodo sperimentale: e questa via, per quanto irta di difficoltà,

porterà certamente a stabilire un complesso di cognizioni sicure ed utili anche dal punto di vista pratico.

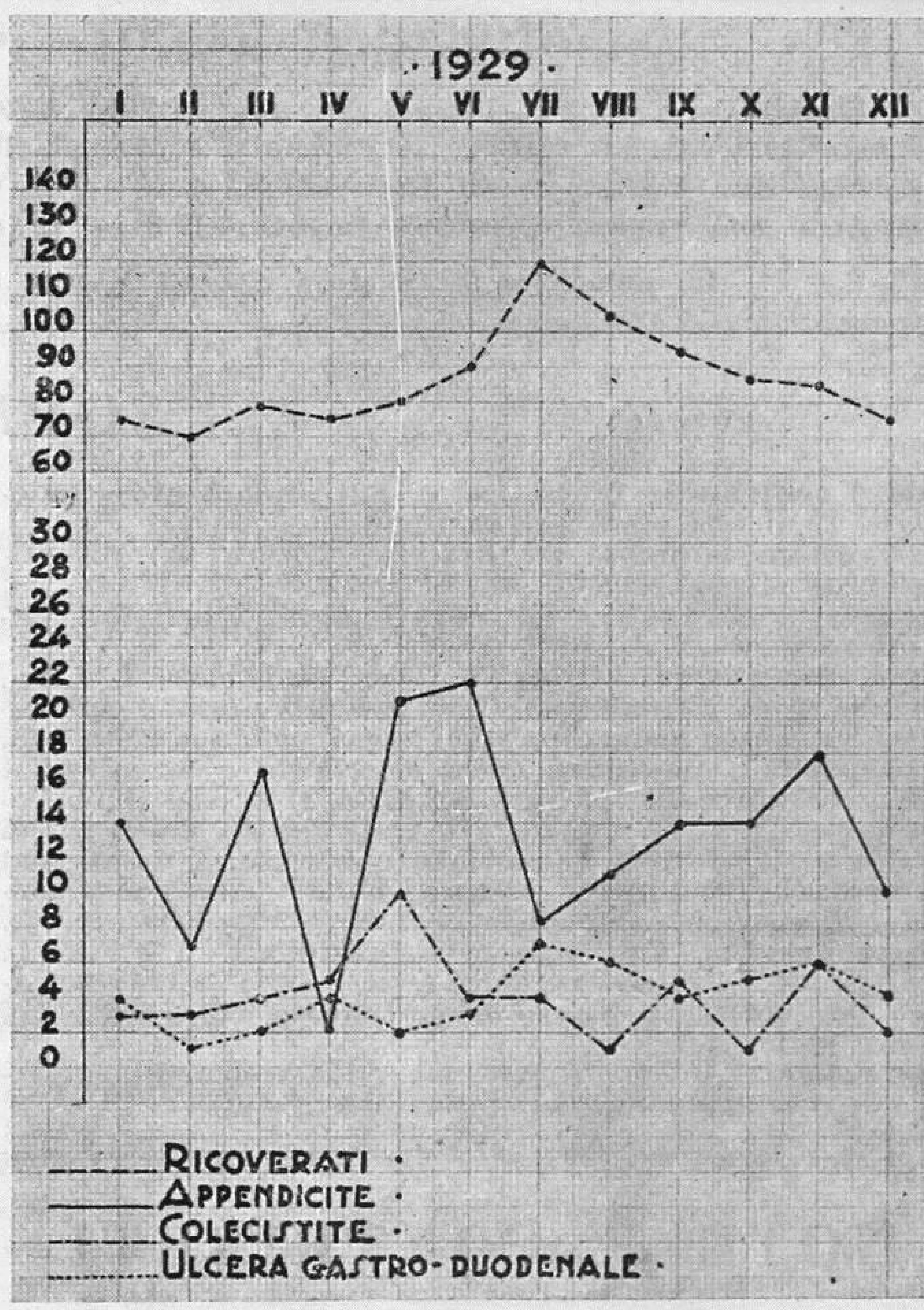
* * *

Il Pende giustamente divide le *meteoropatie vere autonome protopatiche* e cioè, « quelle reazioni morbose, per lo più localizzate, più raramente a forme di sindromi di tipo clinico ben definito, ma che si dimostrano in diretta correlazione cronologica e causale con le brusche variazioni del complesso meteorologico » da tutti gli altri stati morbosi, « in cui vi è una reazione meteorotropa in un organismo già malato da altro morbo, o in procinto di diventarlo, per altre cause morbose specifiche (infezioni, ecc.) ». A questo secondo gruppo appartengono notoriamente varie malattie, come malattie reumatiche, *croup* laringeo, eclampsia, glaucoma acuto, polmonite, influenza, nefriti *a frigore*, angina, cardiopatie, malattie respiratorie, malaria, tubercolosi, ecc.

Ora, mentre nel primo caso si tratta di entità nosografiche a sè stanti, ancora da smistare, individuare e raggruppare a seconda della loro etio-patogenesi e sintomatologia, nel secondo caso si tratta di « reazione speciale di organismi già malati o in procinto di diventarlo e particolarmente sensibili ai bruschi perturbamenti atmosferici ». Una maggiore precisione sarebbe desiderabile nella definizione di questo secondo gruppo, e cioè occorrerebbe dare una risposta ai seguenti quesiti: fino a quel punto ha valore nel determinismo della malattia, questa speciale sensibilità dell'organismo alla variazione atmosferica? È possibile che le variazioni atmosferiche siano capaci di provocare negli organismi delle condizioni tali, che rendono più facile l'insediarsi di una determinata malattia? Se sì, quali possono essere tali condizioni? La chiarificazione di questi problemi avrebbe valore pratico e teorico non trascurabile. Infatti, se le meteoropatie vere e proprie sono interessanti anche dal punto di vista pratico, perchè ben individuate e descritte potranno essere facilmente riconosciute e curate, lo studio dell'inflenza che le variazioni meteorologiche hanno sulle altre malattie a noi sembra d'importanza anche maggiore, in quanto potrà servire a riconoscere un fattore etiologico, per lo meno concomitante, di alcune malattie, la cui vera natura non è ancora nota.

È appunto con tale intento ed allo scopo di portare un modesto contributo a questo importante capitolo della patologia, che abbiamo creduto interessante ricercare, nei vari mesi dell'anno, il numero di malati affetti da appendicite, colecistite (per lo più calcolosa), ed ulcera gastro-duodenale, ricoverati nel nostro padiglione negli ultimi sei mesi.

Abbiamo creduto in tal modo di poter costruire delle grafiche che indicassero la maggiore o minore frequenza delle suddette malattie nei vari mesi dell'anno, e quindi le variazioni stagionali di esse: tale criterio, per quanto non di esattezza matematica, ci è sembrato abbastanza logico, in quanto è da pensare che, salvo casi speciali, i malati d'appendicite, colecistite calcolosa ed ulcera gastroduodenale vengano ricoverati in un reparto chirurgico, per essere operati, nel periodo acuto della malattia, quando i loro disturbi sono più accentuati, e non nei periodi di remissione della malattia.



GRAFICA 1.

Allo scopo di evitare, per quanto fosse possibile, ogni fattore di errore abbiamo calcolato contemporaneamente il numero totale dei ricoverati nel padiglione per ciascun mese, onde escludere la possibilità che il maggior numero di affetti dalle suddette malattie fosse dovuto alla maggior affluenza di malati nel reparto.

Nel primo gruppo di grafiche (1 a 6) sono rappresentati, per ciascun anno, i dati comparativi delle tre malattie. Nel secondo gruppo (7-8) invece, i dati relativi a ciascuna di queste malattie sono paragonati direttamente per i vari anni presi in esame.

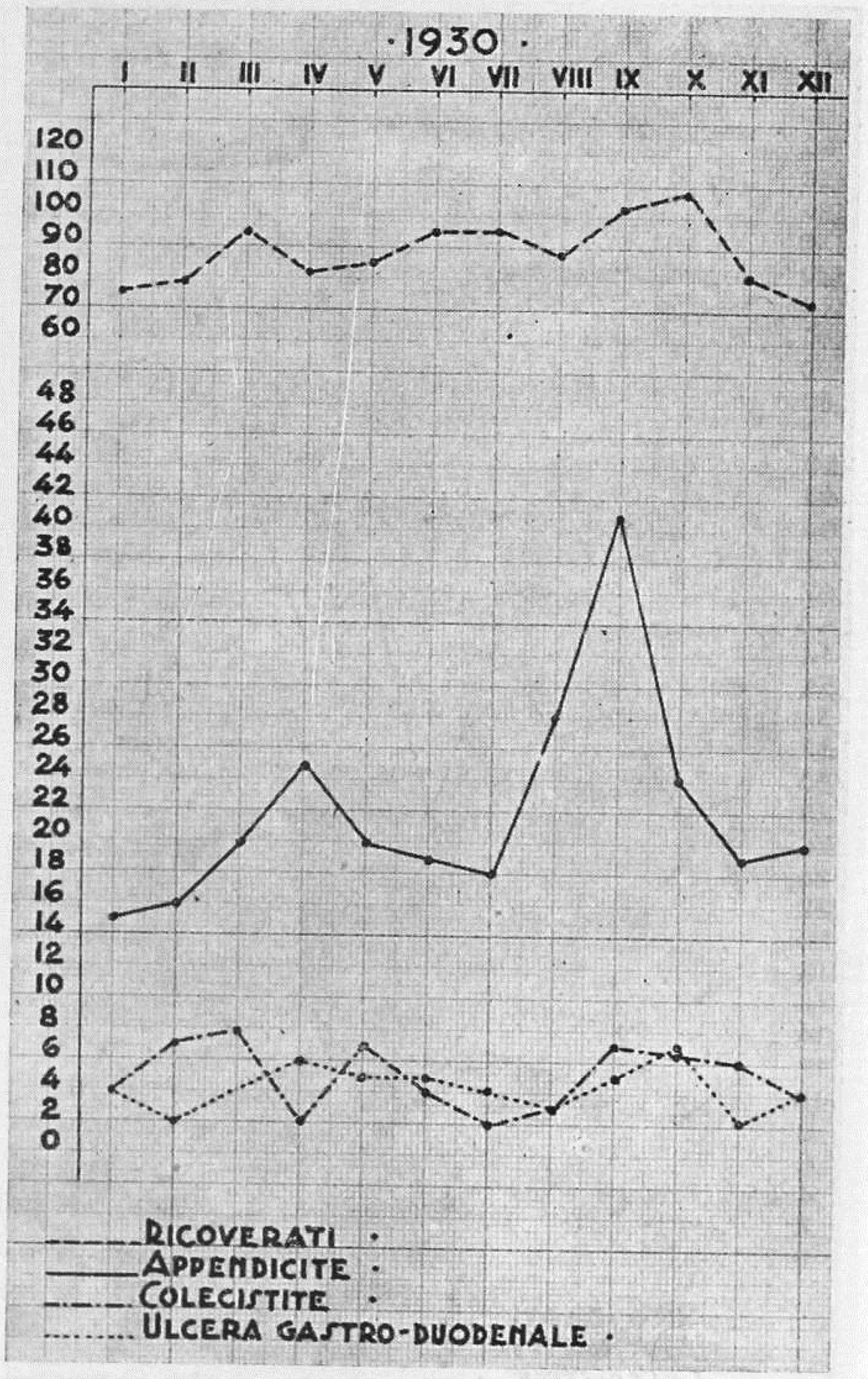
* * *

È sufficiente uno sguardo alle grafiche per constatare che le malattie da noi studiate hanno un netto andamento stagionale: grossolanamente tale andamento è rappresentato da

due ondate annue di maggior frequenza, corrispondenti per lo più alla stagione autunnale ed a quella primaverile.

Questo fenomeno della stagionabilità della maggior parte delle malattie è ormai da tutti ammesso; recentemente Wöringer ha pubblicato uno studio particolareggiato, in cui ha messo in rilievo come a parità di condizioni climatiche, la stessa malattia presenti stagionalmente una curva simile.

In particolar modo, salvo piccole oscillazioni, il massimo ed il minimo cadono sem-



GRAFICA 2.

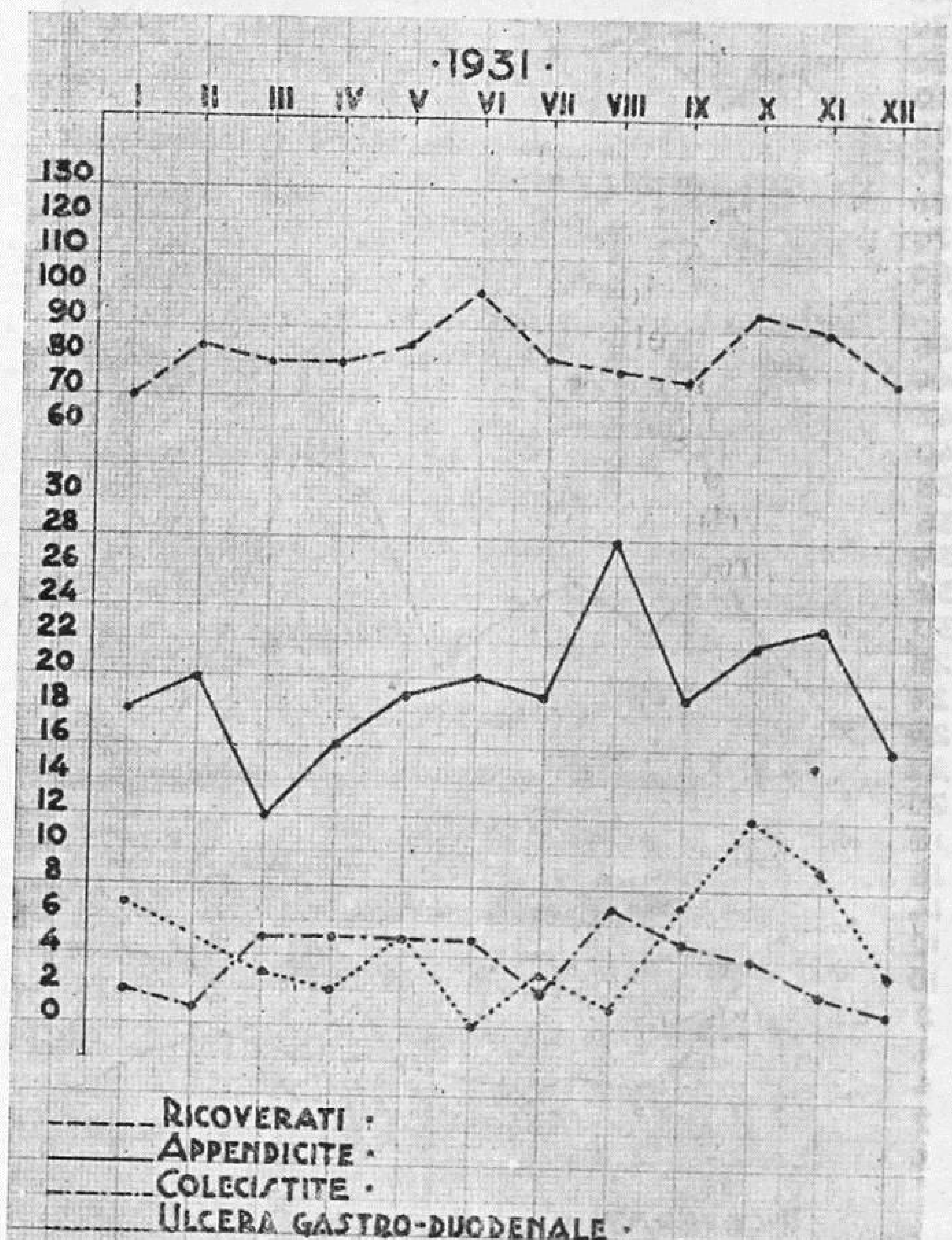
pre nello stesso mese. Questo A. ha diviso in quattro gruppi tali malattie e cioè quelle:

1) a tipo invernale primaverile;
2) a tipo estivo autunnale;
3) a tipo invernale;
4) a tipo estivo.

È di recentissima pubblicazione poi una monografia di Hornus (Masson ed. Parigi, 1935) sulla periodicità stagionale delle malattie epidemiche (con particolare riguardo alla polimielite) nella quale il problema è ampiamente trattato. Anche Rappert (*Deutsche Zeitschrift fur Chir.* 244-537; 7-8-1935) studiando i rapporti fra complicanze postoperative e tempo ha preso in esame il comportamento degli operati nella 2ª clinica chirurgica di Vienna diretta da Denk ed ha potuto osservare che molte delle complicanze postoperatorie subiscono in modo evidente l'influenza del tempo, sebbene non sia ancora chiaro quali fattori dei fenomeni atmosferici agiscono favorendo l'insorgere della malattia.

Ritornando poi alle malattie da noi studiate il fatto che le ulcere gastroduodenali abbiano netti caratteri di stagionalità è cosa notissima, ed anzi tale dato ha notevole importanza per la diagnosi della malattia

Alessandri (*Forze Sanitarie*, 10 gennaio 1935), parlando della periodicità della malattia, nota come è nella primavera ed alla fine dell'autunno che ordinariamente si ripresentano le



GRAFICA 3.

sofferenze con un ritmo di variazione stagionale che non è facile spiegare. La frequenza dei ricoverati nella Cl. Chir. di Roma sarebbe come segue:

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII.
14	14	10	11	16	6	8	3	3	3	9	6

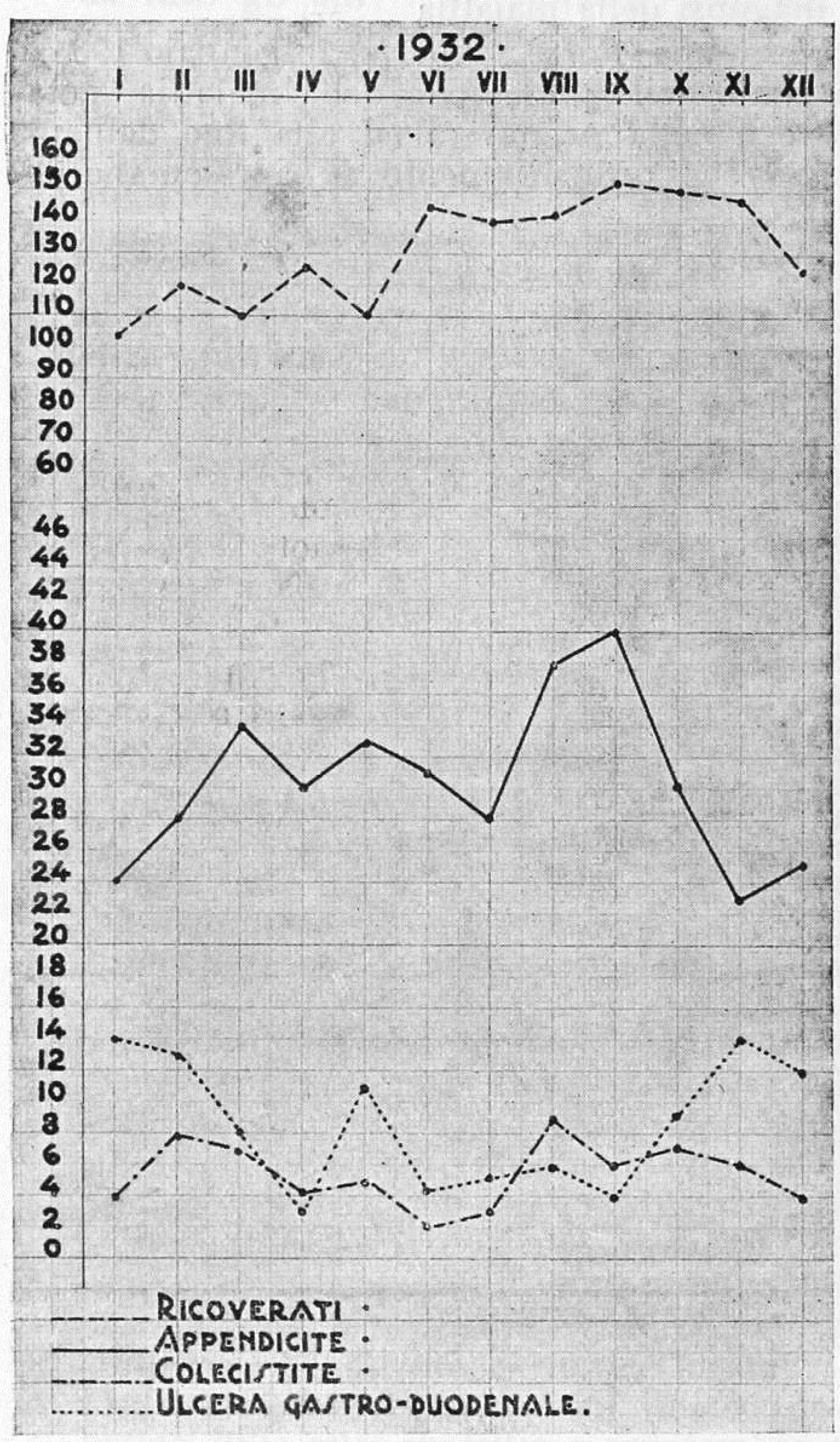
Anche Judine ha confermato l'esattezza di questo dato della stagionalità per quanto riguarda la maggiore frequenza delle perforazioni in determinati periodi dell'anno e M. G. Demole (*Rev. Med. Suisse Romande*, 25 settembre 1935) trova che uno dei caratteri essenziali nella diagnosi clinica di ulcera ga-

stroduodenale è appunto la periodicità stagionale dei dolori.

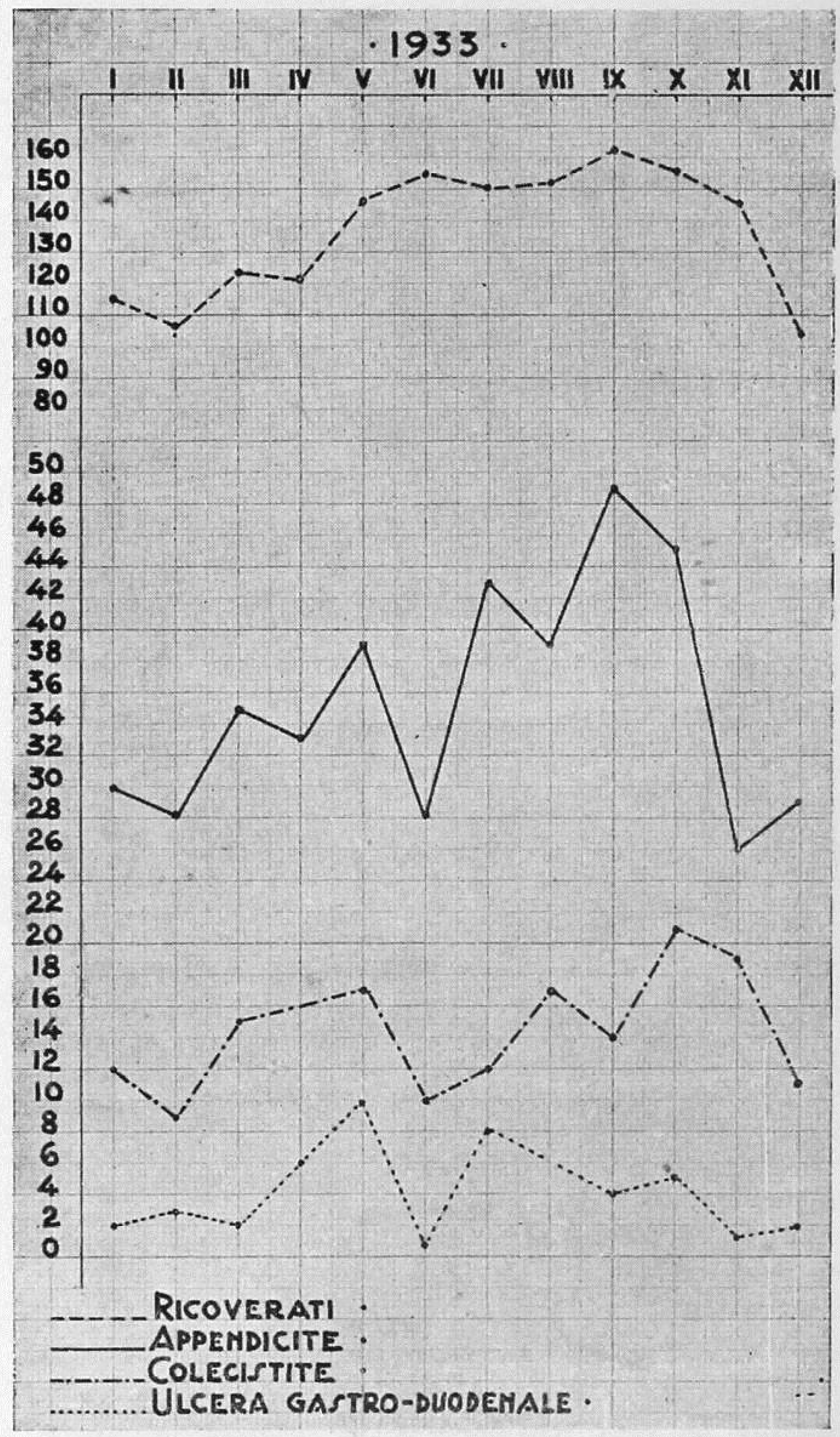
Altrettanto noto è il fatto che, specialmente nella sua forma acuta, l'appendicite è una malattia ad andamento epidemico, da alcuni fatto coincidere con l'andamento epidemico della tonsillite, per l'analogia di struttura dei due organi.

Tale fatto è notissimo ai chirurgi ospedalieri, i quali hanno spesso notato delle vere e proprie epidemie di appendiciti. Ma anche le

Ma ciò che a noi sembra più interessante desumere dal nostro studio statistico è il fatto che i periodi in cui le suddette malattie si presentano con maggior frequenza coincidono quasi perfettamente fra di loro e cioè che quando aumenta il numero e la gravità dell'appendiciti aumenta anche il numero delle colecistiti e delle ulcere gastro-duodenali. Ciò vuol significare chiaramente che se esiste realmente un fattore meteorologico, tendente a favorire l'esplosione o l'aggravarsi della ma-



GRAFICA 4.



GRAFICA 5.

colecistiti, per lo più calcolose, sono risultate, secondo la nostra statistica, come aventi un andamento tipicamente stagionale, e tale dato merita certamente attenzione. Del resto Parturier (*Bruxelles Médical*, 30 giugno 1935) ricorda come gli epato-biliari, più degli altri malati, subiscano l'influenza delle condizioni esterne, come purezza dell'aria, cambiamenti di stagione, clima di altitudine o prossimità del mare, depressione barometrica ecc. Sotto l'azione di questi agenti si possono produrre nei suddetti malati vari sintomi come emicrania, asma, coliche epatiche, ecc.

lattia, tale fattore è identico per tutte e tre le malattie studiate ed agisce probabilmente con lo stesso meccanismo: il che viene in certo qual modo a confermare indirettamente l'esattezza dei concetti espressi da Leotta quando parla di sindrome addominale destra (S.A.D.).

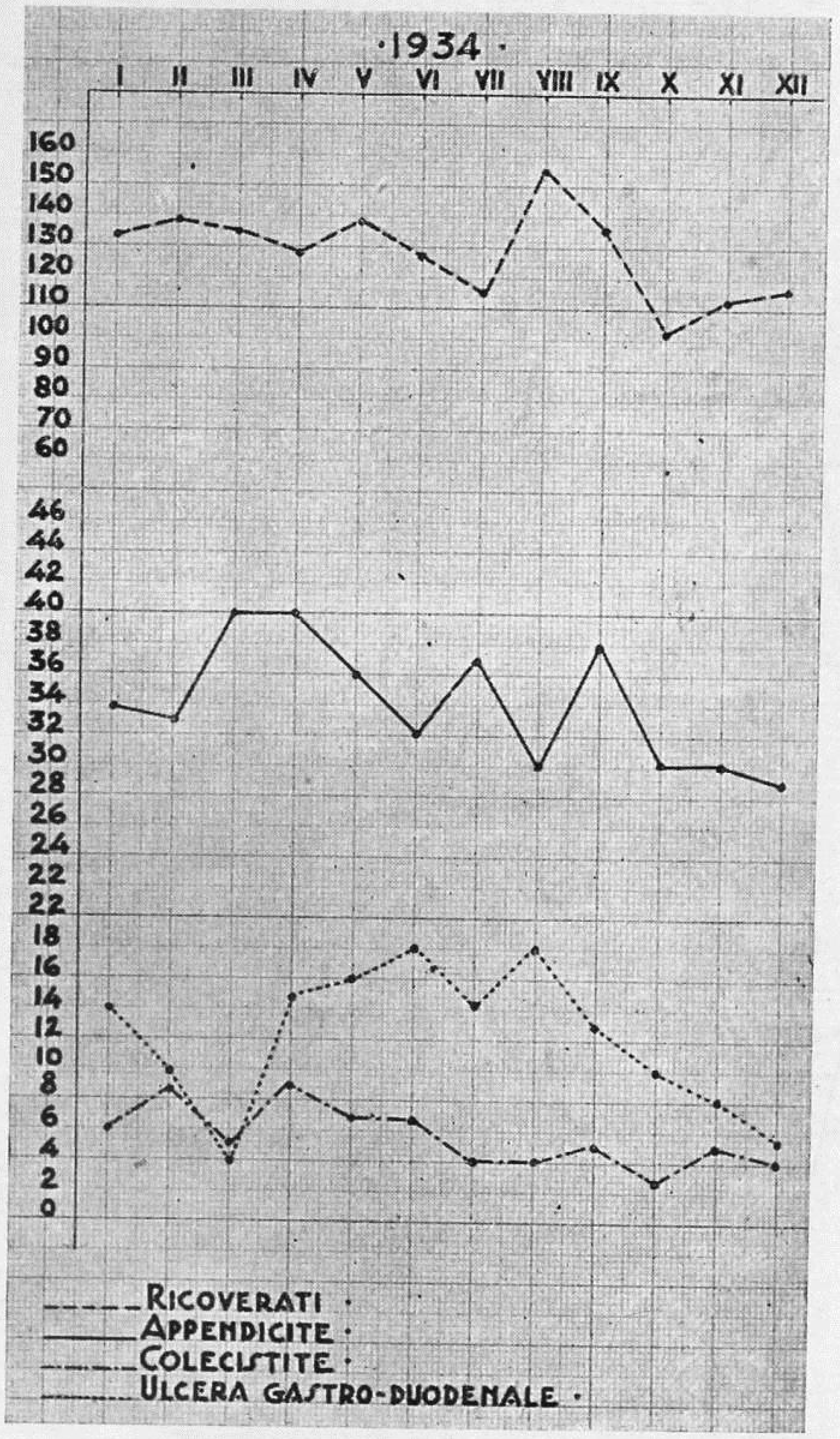
Qual'è questo fattore meteorologico? Qual'è il suo meccanismo d'azione?

Le ipotesi avanzate ed avanzabili sono molte, come sempre quando si tratta di problemi oscuri.

« Più sono le teorie, meno esse sono vere », ha detto uno studioso: certo l'insufficienza

delle nostre cognizioni in questo campo è dovuta alla mancanza di nozioni esatte sulla fisiopatologia dell'organismo in rapporto alle variazioni atmosferiche: è questo un fertile campo di studi al quale si sono recentemente dedicati numerosi ricercatori, il che fa prevedere una rapida chiarificazione di molti fra i problemi ad esso connessi.

Secondo Bufano (*Rel. XL Congresso Soc. Ital. Med. Int.* Ed. Pozzi - Roma 1934) una variazione meteorica o climatica non agisce



GRAFICA 6.

mai o quasi mai per azione di un solo coefficiente, ma sempre per la contemporanea variazione di più coefficienti. I principali coefficienti meteorici sono: l'irradiazione luminosa, i fenomeni elettrici dell'atmosfera, la pressione barometrica, la temperatura, l'umidità atmosferica.

Per quanto riguarda le *irradiazioni luminose* si può solo affermare che è la cute che quasi unicamente risente degli effetti dell'irradiazione solare. L'iperemia cutanea che ne deriva favorisce l'attivazione di alcune sostanze ad azione vitaminica, donde ricambio calcico positivo, aumento della calcemia, della fosforemia, del calcio negli organi.

I *fenomeni elettrici* dell'atmosfera contribuiscono alla patogenesi della meteoropatia non tanto per le brusche variazioni del potenziale, quanto per la concentrazione jonica dell'aria che respiriamo. Questi joni hanno azioni diversissime sul nostro organismo a seconda della loro grandezza e quindi della loro mobilità, sia a seconda della qualità della loro carica.

Ma sono soprattutto le variazioni della *pressione atmosferica* che hanno la più grande influenza su tutte le funzioni organiche. Gli effetti che la depressione atmosferica comporta possono essere così riassunti: aumento di globuli rossi, diminuzione del tempo di coagulazione, aumento delle proteine del plasma, aumento caratteristico dell'azotemia, della colesterinemia, della glicemia, della fosforemia, della cloremia, con diminuzione della potassiemia e della riserva alcalina. Un vero e proprio stato di acidosi: gli acidi organici infatti aumentano e così l'acido lattico. In genere lo stato di acidosi è compensato, ma talvolta si ha un acidosi scompensata con abbassamento del pH sanguigno, e poichè è noto come questo tenda a rimanere costante, è facile comprendere come lo stato di acidosi in tali casi debba essere necessariamente grave per poter intaccare persino il pH del sangue. Del resto lo stato di acidosi è annunziato dalle variazioni degli ettroliti del sangue e cioè dall'aumento del calcio e fosforo ematico, con diminuizione del potassio. Anche negli organi l'equilibrio Ca:K, per effetto della depressione barometrica si sposta nettamente in favore del calcio.

Per quanto riguarda la *temperatura*, l'influenza che hanno le brusche variazioni termiche, specialmente l'abbassamento della temperatura, sull'insorgere di alcune malattie è stato da molti attribuito alla diminuzione della capacità immunitaria della cute (?) sottoposta al fenomeno meteorico. Si ricordi la classica esperienza di Pasteur: il pollo è refrattario al carbonchio; immersa la zampa nell'acqua molto fredda, prende la malattia.

D'altra parte l'*umidità atmosferica* agirebbe rendendo più difficile l'eliminazione di vapore acqueo a livello dei polmoni e turbando marcatamente la perdita di calore per la cute.

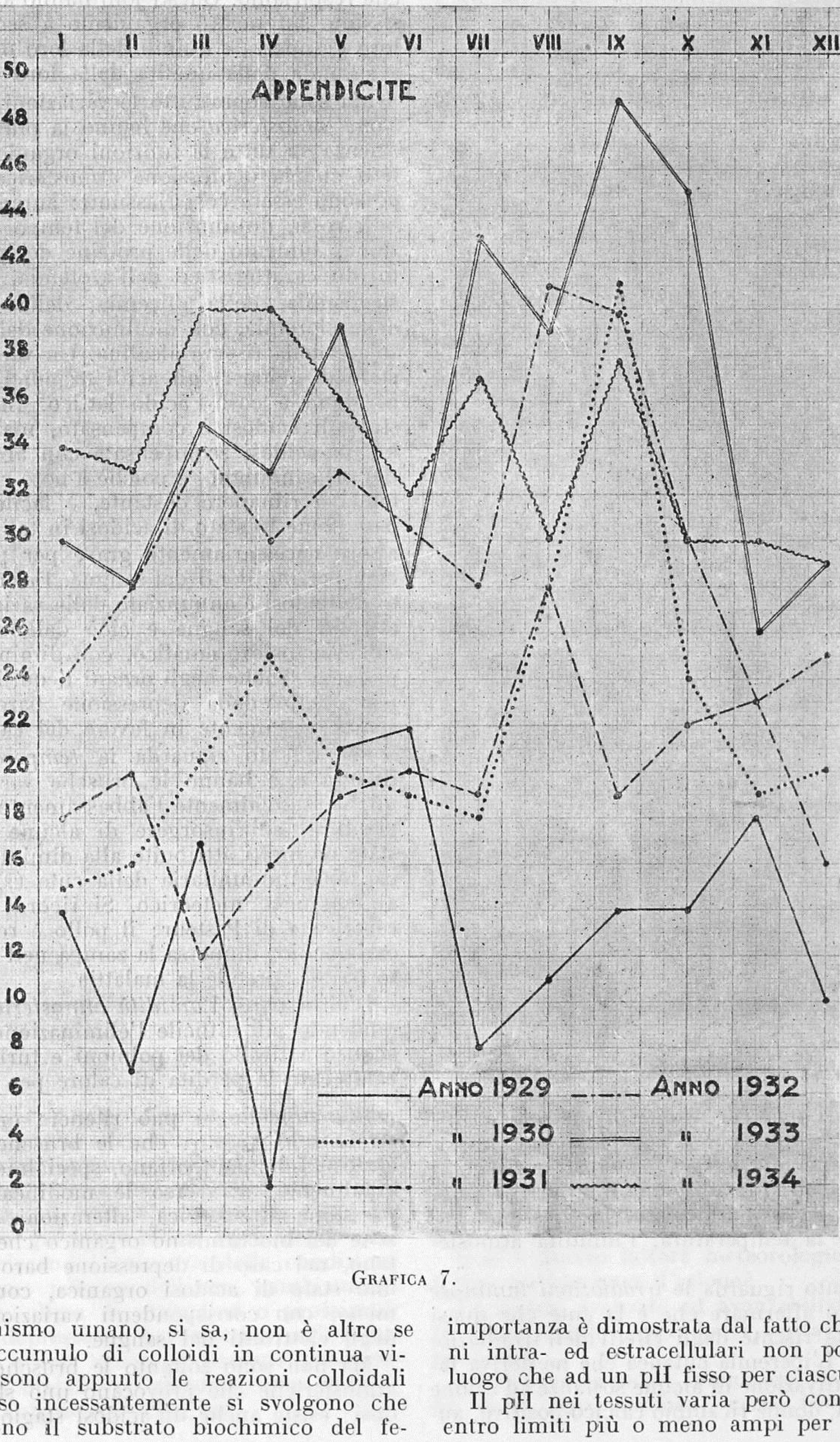
Riassumendo si può ritenere ormai dimostrato solo questo: che le brusche variazioni atmosferiche comportano, specialmente e principalmente attraverso le modificazioni della pressione atmosferica, alterazioni anche brusche del biochimismo organico che si concretano, nel caso di depressione barometrica, in uno stato di acidosi organica, compensata o meno, con corrispondenti variazioni notevoli degli elettroliti del sangue.

Ma non sono soltanto le brusche variazioni atmosferiche che provocano uno stato di acidosi: esiste anche un'acidosi stagionale, meno

nota perchè meno studiata, ma di importanza certamente non minore.

Attraverso quale meccanismo si produce questa acidosi stagionale? E quale importanza essa ha?

nomeno vitale. Importanza fondamentale per il normale svolgersi di tali reazioni ha il pH organico, e cioè il grado di acidità o di alcalinità dei vari tessuti organici: questi hanno infatti ciascuno un pH proprio, la cui



GRAFICA 7.

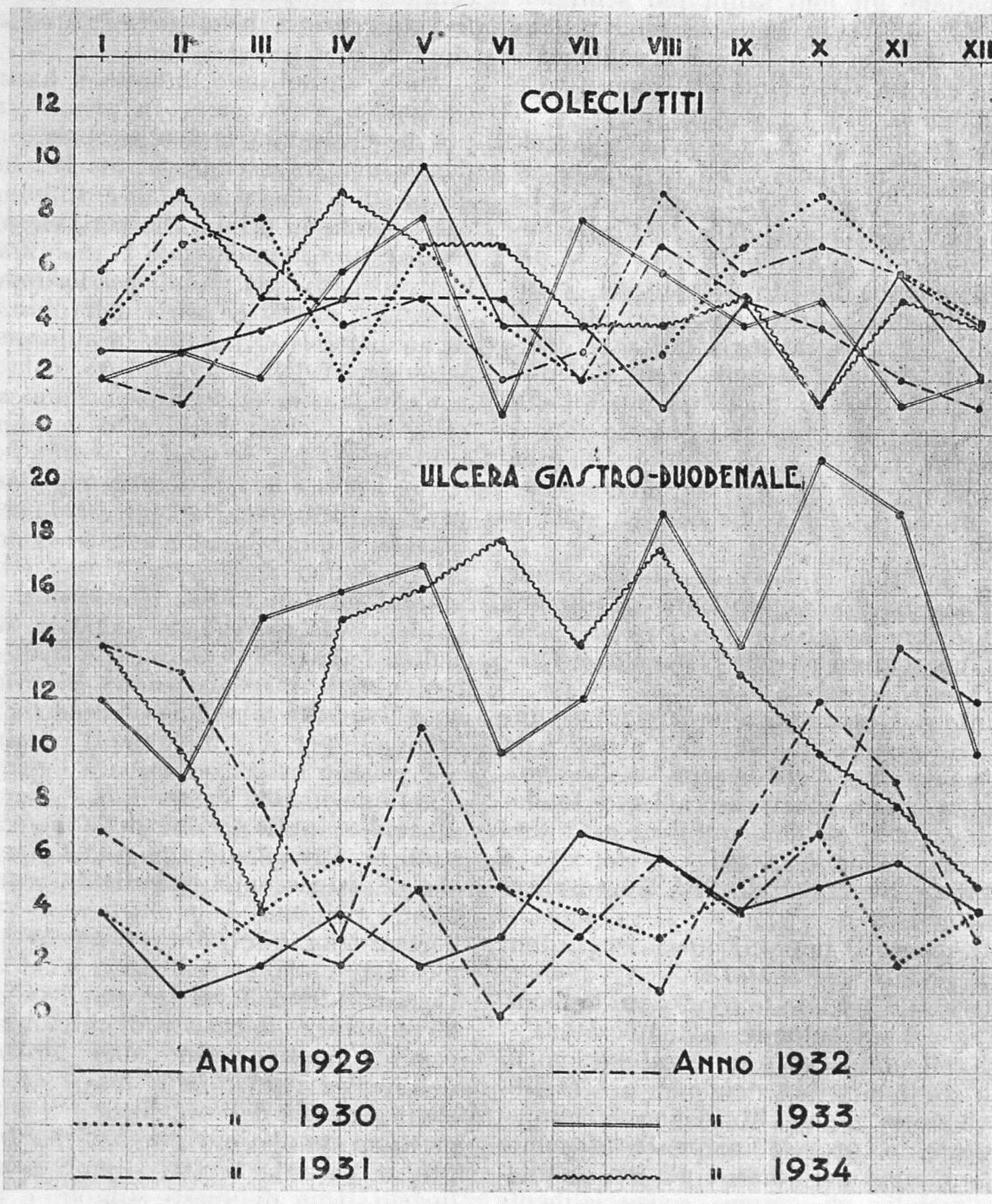
L'organismo umano, si sa, non è altro se non un accumulo di colloidi in continua vicenda, e sono appunto le reazioni colloidali che in esso incessantemente si svolgono che costituiscono il substrato biochimico del fe-

importanza è dimostrata dal fatto che i fenomeni intra- ed estracellulari non possono aver luogo che ad un pH fisso per ciascuno di essi.

Il pH nei tessuti varia però continuamente entro limiti più o meno ampi per gli scambi

di acidi e di basi che in detti tessuti avvengono, e che costituiscono il metabolismo organico. Quello che non varia notevolmente, se non in punto di morte, è il pH del sangue, che ha valore pressochè costante, espressione di quell'equilibrio fra i vari sistemi ed organi, che è necessario alla vita. Si tratta però di un equilibrio instabile, le cui oscillazioni, inerenti zione dei colloidi organici, e da considerare quindi come nettamente patologiche. Nell'un caso e nell'altro l'intimo meccanismo di produzione di tali stati acidi o alcalini è sempre funzione dei colloidi organici.

Secondo Scala (*Annali di Igiene*, 1921), la micella colloidale ha una costituzione molto simile a quella dell'atomo, ove però il nucleo è



GRAFICA 8.

al ritmo vitale, vanno ora verso il lato acido, per una prevalenza degli acidi (*stato acidosico*), ora verso il lato alcalino, per una prevalenza delle basi (*stato alcalosico*). Tali oscillazioni possono essere transitorie e di minima ampiezza, dovute agli scambi vitali fra tessuti, e da considerare quindi come necessarie e fisiologiche, oppure gravi e permanenti, causate da una lesione organica o da una congenita malforma- una particella minuscola di materia insolubile nell'acqua (invece di un addensamento di elettricità positiva) ed ove attorno alla particella si muovono joni dell'acqua e di sali diversi (invece di elettroni). Gli joni poi che attorniano la particella non sono disposti in modo disordinato e caotico, sebbene in calotte concentriche, in ognuna delle quali sono joni dello stesso segno elettrico, cosicchè le calotte di joni elet-

tropositivi si alternano con le calotte di joni elettronegativi; onde l'esistenza nei colloidi di un doppio segno elettrico, ed in ogni micella di un segno elettrico, dipendente dagli joni della calotta più esterna: è precisamente per questo segno che la micella, posta in un campo elettrico, si sposta in un senso o nell'altro, ed acquista qualità di jone onde entrare in combinazioni diverse, allo stesso modo che entrano in combinazione gli joni salini più semplici. Gli joni della calotta micellare più esterna hanno segno elettronegativo e sono acidogeni, quelli della calotta sottostante elettropositivo e sono alcalinogeni.

In alcune condizioni, quando la micella colloidale tende a semplificarsi, gli joni della calotta esterna (elettronegativi, acidogeni), che sono mobilissimi e distanti dalla particella nucleare, la quale debolmente li tiene a sè legati, si liberano facilmente per idrolisi, combinandosi all'acqua e provocando uno stato di acidosi. Gli joni della calotta sottostante (elettropositivi, alcalinogeni) essendo meno mobili e più vicini alla particella nucleare, più difficilmente si liberano della micella: quando ciò avviene si ha lo stato di alcalosi. È questa una delle ragioni per cui gli stati di acidosi sono più frequenti in patologia che non gli stati di alcalosi.

In altre condizioni, quando la micella tende alla complicazione, essa aumenta il numero delle calotte ioniche che la circondano e che si presentano sempre alternativamente elettropositive e elettronegative.

È appunto nel continuo alternarsi di assunzione e di liberazione di joni acidi o basici da parte della micella colloidale, che sta l'essenza degli scambi vitali ed il meccanismo fondamentale di regolazione dell'equilibrio acido-basico: l'energia acida è infatti energia viva e vitale, mentre l'energia alcalina è semplicemente moderatrice.

Come si spiega al lume di queste cognizioni lo stato di acidosi stagionale?

In primavera, variando le condizioni ambientali esterne ed aumentando la temperatura, i complessi colloidali, che sono combinazioni di colloidi e di joni salini, tendono a semplificarsi, mettendosi in equilibrio con la temperatura esterna: è proprio in questo momento che si libereranno per idrolisi gli joni combinati più mobili, gli anioni, e specialmente quelli delle calotte più esterne, acidificando l'ambiente organico e stimolando le funzioni vegetative sia negli animali che nei vegetali.

In autunno invece, e cioè con l'abbassarsi della temperatura, i complessi colloidali si mettono di nuovo in equilibrio con la temperatura stessa, quasi si preparassero per il susseguente periodo primaverile di sviluppo: essi passano infatti da uno stato più semplice ad uno più complesso, in maniera più o meno tumultosa, aumentando il numero delle calotte joniche che li circondano.

In tali condizioni facilmente avviene che una parte degli joni elettronegativi, data la loro estrema mobilità e la loro abbondanza, si liberi per idrolisi dando acidi liberi, che in questo caso non hanno però il significato di quelli che si liberano in primavera stimolando i fenomeni vegetativi.

Naturalmente la quantità di acidi liberi prodotti sta in relazione con il grado di complicanza dei complessi e con la temperatura, onde le acidificazioni fisiologiche e quelle patologiche e le malattie stagionali.

Anche in autunno dunque si ha una acidificazione organica come in primavera, sebbene più lieve, perchè la temperatura è in discendenza, non in ascendenza; ma la genesi intima di queste acidosi stagionali è differente nei due casi: perchè in primavera, per l'elevazione della temperatura, aumentando la mobilità degli joni elettronegativi già mobili per loro natura, la liberazione di essi da parte della micella avviene in maniera attiva, mentre in autunno, per l'abbassamento della temperatura, è la concentrazione o meglio la saturazione jonica della micella che facilita la idrolisi e quindi l'acidificazione.

Ne deriva che i periodi in cui l'organismo è per così dire maggiormente acido, sono la primavera principalmente e corrispondentemente allo sviluppo della vegetazione, ed in minor grado l'autunno, ove la temperatura degradante modera anche l'azione irritativa degli acidi. Tutti i fenomeni primaverili e stagionali hanno così una prima spiegazione biochimica cui è connesso tutto il cambiamento della biochimica organica, per il cambiato pH che la indirizza.

Passiamo ora ad esaminare l'altro lato della questione, e cioè l'importanza che ha lo stato di acidosi nella genesi delle malattie da noi studiate. Per quanto riguarda l'ulcera gastrica, che essa si riscontri in individui a fondo acidosico, è opinione da molti AA. accettata: il laboratorio ha infatti dimostrato come il pH degli ulcerosi tenda spesso verso l'acidosi, di cui l'ipercloridria è forse la principale espressione; le spontanee alternative di miglioramento e di peggioramento trovano una loro esplicazione nell'ipotesi che il fatto locale sia legato allo stato generale dell'organismo, il quale va soggetto ad oscillazioni più o meno forti del suo pH, in risposta ai vari stimoli esogeni ed endogeni. Uno di questi stimoli, e forse il più importante, è appunto la variazione di temperatura e di stagione, la quale variazione, come abbiamo visto, ha netta azione acidificante. Che l'ulcera gastro-duodenale non sia malattia locale ma generale, dell'organismo tutto, e che ha trovato nello stomaco o nel duodeno la sua sede di manifestazione non può riuscire evidente a chiunque s'interessi di quest'argomento.

I chirurgi stessi, che hanno dovuto in un primo momento abbandonare la gastroenterostomia, per il gran numero di recidive che essa

dava, e che oggi fanno, alcuni a malincuore, la resezione gastrica sono quelli che più si sono convinti della verità di questo asserto.

Puccinelli ad es. dice testualmente:

« Tutte le osservazioni, tutti i risultati ottenuti stanno a dimostrare che l'ulcera non è malattia locale, ma la conseguenza diretta di una malattia generale che spesso con la periodicità e con la stagionalità riporta la mente all'idea dell'anafilassi ». E ancora: « Noi oggi ci troviamo ad avere esteso alla malattia « ulcerogena » i metodi curativi adottati primieramente per « l'ulcera » e non dobbiamo meravigliarci se non otteniamo gli stessi risultati. Nel caso dell'ulcera gastrica e duodenale le osservazioni cliniche dimostrano nel modo più evidente che la cura del sintoma « ulcera » non è la cura della malattia ed anche il contrario, cioè che la cura del complesso somatico, non è la cura dell'ulcera ».

E parlando delle cause della malattia ulcerosa dice come « da una parte questa si colleghi con quel complesso che comunemente viene chiamato « dispepsia » mentre dall'altra parte s'aggancia ad anelli che talvolta vediamo e comprendiamo (appendicite, colecistite, flogosi addominale) talvolta vediamo e non comprendiamo (ritmicità, periodicità, stagionalità) ma che in ogni caso non sappiamo in che modo agiscono sulla insorgenza del complesso ».

È evidente dunque che esiste una « malattia ulcerosa », espressione di uno stato organico alterato; l'ammettere che si tratti in tal caso di uno stato di acidosi organica, di cui l'ulcera è una delle manifestazioni più evidenti, ci sembra ipotesi giustificata ed atta a chiarire molti dei punti oscuri, che rendono il problema dell'etiologia dell'ulcera cosi intricato e complesso. Si comprende così il perchè in individui a pH labile, quali sono gli ulcerosi, l'influenza della temperatura e della stagione sia notevole, poichè tutte le cause che di solito provocano un aumento della acidità umorale trovano in essi un terreno particolarmente sensibile.

Concludendo ci sembra logico l'ammettere che la particolare stagionalità delle ulcere gastriche sia probabilmente dovuta ad un aumento di quello stato di acidosi organica, che è fondamentale negli ulcerosi gastrici, e la cui importanza nell'etiologia di questa malattia è ancora poco riconosciuta e valutata.

Venendo poi alla colecistite e alla calcolosi biliare, che in genere la sostiene, ricordiamo che già Maclurj e Forbes, per non dire di altri che questi hanno preceduti, pensarono che la calcolosi biliare avesse origine dalla soverchia acidità gastrica, che a sua volta il riflesso dello stato acidosico generale, od avesse origine, secondo Thenard, dalla mancanza di soda e di alcali nella bile. Pensarono cioè che detta malattia avesse origine da un disturbo generale del ricambio, che ancor meglio è stato indicato e specificato da Frierischs nel suo trattato delle malattie del fegato del 1869. In questo trattato egli dice che la formazione dei calcoli biliari è favorita dalla distruzione del colato di sodio, la quale distruzione sarebbe a sua volta favorita dal muco della vescichetta e dal cambiamento della reazione della bile da alcalina ad acida. Secondo Buchard la colesterina è disciolta nella bile col favore dei sali biliari alcalini e dei saponi e in tale stato mantenuta da mezzo decisamente alcalino. Ne consegue che la precipitazione della colesterina non può avvenire se non per un aumentato apporto della colesterina stessa, con l'alimentazione principalmente e per il cambiamento della reazione della bile, che da alcalina diviene acida. Questa acidificazione della bile sarebbe a sua volta alla dipendenza di uno stato acido speciale di tutto l'organismo, del quale stato è causa un difettoso ricambio od un altro fattore che agisce alterando il ricambio stesso. Non è escluso però che l'acidità della bile possa provenire da un disturbo o da un'infiammazione della vescichetta biliare perchè il muco, quale prodotto flogistico, è veramente acido come già fu intravisto da Frierichs. Porges e Neubauer difatti hanno dimostrato che la colesterina, in soluzione colloidale precipita con gli acidi, non precipita affatto con gli alcali presenti a dosi deboli o forti.

Secondo Lichtwitz infine è nel meccanismo dei colloidi che risiede la genesi e lo sviluppo dei calcoli biliari e nella polarità dei colloidi stessi e nei facili cambiamenti di questa, la vera causa delle combinazioni che si rendono insolubili. Non trascurabile alfine è un probabile aumento della viscosità della bile, perchè ogni aumento di tale viscosità significa un aumendi quelle sostanze proteiche che sono i segni sicuri di un processo infiammatorio della vescichetta e che hanno dato un valido appoggio alla teoria di Naunyn.

È noto del resto che durante la concentrazione nella cistifellea della bile questa perde buona parte della sua alcalinità (Harding. *Guy's Hosp. Reports*, aprile 1934). È innegabile d'altronde che la bile cambi facilmente di composizione ed in essa cambi il pH, in conseguenza dei cambiamenti generali dell'organismo, indotti da una alimentazione inadatta, da cause psichiche, ecc. Ci sembra pertanto giustificato da quanto sopra l'ammettere la grande importanza che ha il pH biliare, tendente verso il lato acido, espressione di uno stato di acidosi organica, nella genesi delle colecistiti in genere, e più specificatamente di quelle calcolose. È logico pensare che la variazione stagionale agisca anche qui modificando l'equilibrio ionico dell'organismo e provocando o facilitando il manifestarsi della calcolosi o l'aggravarsi dei sintomi da essa dipendenti.

Per quanto riguarda l'appendicite la nozione dell'esistenza durante il suo decorso di uno stato di acidosi è ormai comunemente accettata e basata su accurate indagini cliniche (cfr. Labbè. *Acidose et Alcalose*, Masson). Sarebbe

interessante studiare l'importanza che lo stato di acidosi organica ha sulla incidenza sul decorso e sulla gravità di detta malattia: basta a tale proposito ricordare che il quadro della morte per peritonite è dal punto di vista biochimico, un quadro classico di acidosi scompensata.

RIASSUNTO.

In base ai dati statistici ed alle considerazioni teoriche esposte, noi riteniamo giustificata l'ipotesi che le variazioni stagionali sia della gravità che della frequenza delle appendiciti, delle colecistiti e delle ulceri gastriche debbano essere ascritte ad una alterazione, da cause fisiche meteoriche, dell'equilibrio acido-base nel senso di una acidosi organica, la quale favorirebbe l'insorgere o l'aggravarsi delle suddette malattie, il che sarebbe una conferma indiretta dell'importanza che ha lo stato acidosico nella genesi di esse.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
POLICLINICO UMBERTO I - 2° PADIGLIONE
Primario: Prof. S. MUZII.

Ulcera del diverticolo di Meckel.

Dott. ANGELO BRECCIA.

Le affezioni del diverticolo di Meckel passano per rare, è vero, data la scarsa percentuale (2 %) della presenza del diverticolo; meraviglia il fatto che la lesione ulcerosa del diverticolo sia restata la più misconosciuta, quando tra le affezioni di questo è l'unica che dà veramente un segno clinico essenziale: la enterorragia. A contributo di maggior conoscenza della importante forma morbosa ritengo opportuno illustrare il caso presente.

* * *

Il giorno 14 novembre 1935, alle ore 23, è ricoverato d'urgenza in ospedale un ragazzo di 16 anni, Quaglia U., proveniente da Colonna (Roma).

L'anamnesi famigliare e remota dell'infermo non mostra interesse particolare. Sei mesi fa accusò la prima volta dolori addominali per circa due giorni e osservò feci color cioccolato, più volte in una giornata, non febbre, non vomito, i dolori erano insorti dopo aver mangiato frutta in abbondanza. Indi scomparvero e non ha mai più osservato quale colore avessero le feci, è stato sempre bene sino a 3 giorni fa. La malattia attuale è cominciata alle ore 19 del giorno 12.

Il ragazzo è ritornato dal lavoro di campagna, dopo mezz'ora dal pasto insorgono bruscamente dolori addominali violenti, diffusi, tanto da far gridare e piegarsi comprimendo l'addome con ambo le mani, insorge vomito ed emette il recente pasto, dopo il vomito i dolori si attenuano e scompaiono gradatamente durante la notte. La mattina del giorno 13 è in pieno benessere, non ha più dolori, la madre gli somministra una purga salina, durante la giornata ha tre scariche liquide « come sangue nero che in totale riempie un vaso » così si esprime la madre.

Il ragazzo non accusa dolori, nè vomito, e in questo benessere trascorre la notte del 13 e del giorno 14; anche durante la giornata del 14 emette una discreta scarica di sangue nero. Alle ore 20 della sera, dopo un'ora dal pasto, insorgono nuovamente dolori addominali diffusi, più violenti dei precedenti, nausea, non vomito, i dolori non mostrano di calmarsi, e finalmente i parenti si decidono di portare il malato in Ospedale.

Mai ha avuto febbre.

Esame O.: Ottimo stato di nutrizione, colorito delle mucose roseo. Temperatura 36°,6. Polso 86, ritmico, di media ampiezza e pressione. Lingua umida, nulla al torace, cuore, fegato, milza, reni. S. N., apparato scheletrico.

Addome: Pianeggiante, poco mobile negli atti respiratori, specialmente nei quadranti inferiori. Dolenti tutti i quadranti addominali alla palpazione. Contrattura della parete addominale nella metà sottombelicale e maggiormente apprezzabile a carattere ligneo in una piccola zona sul retto inferiore destro, 2 cm. al disotto dell'ombelico. Segno di Blümberg vivissimo. Non si rende evidente liquido endo-addominale.

L'esame O. dell'addome è dell'addome acuto, decido l'intervento operativo d'urgenza. Nel raccogliere l'anamnesi non mi soffermo all'interrogatorio della madre sul colorito delle feci, e con la mano sulla pancia del malato e i dati dolorosi della storia, ritengo sufficiente porre la diagnosi di appendicite acuta tra le centinaia delle solite appendiciti acute.

Operazione (dott. A. Breccia). Narcosi eterea regolare.

Taglio di M. B.: *Reperto*: scarso liquido sieroso chiaro nel cavo peritoneale. Iperemia delle anse intestinali e del peritoneo parietale. Cieco basso, mobile, appendice lunga 10 cm. sottile, libera, di stato sanissimo. Asporto l'appendice. Ben convinto dell'innocuità dell'appendice vado alla ricerca della causa, che possa spiegarmi la sindrome addominale acuta e la presenza del liquido sieroso e dell'iperemia delle anse e del peritoneo. Inizio l'esplorazione del tenue, il mesentere non presenta gangli ipertrofici, nello svolgere le ultime anse del tenue le osservo ripiene di una sostanza che a trasparenza è nera come inchiostro, penso che sia sangue; a 50 cm. dal ciero rinvengo l'ansa del tenue portatrice, sul suo margine libero, del diverticolo di Meckel, il quale si presenta grosso come un pollice, lungo circa 8 cm., conico, a base di impianto larga, con sottile meso sulla faccia laterale, libero, senza essudati, iperemico, la superficie non mostra perforazioni. L'ansa afferente del tenue si presenta con lume più ristretto dell'ansa efferente.

Rinvenuta la causa, sufficiente a spiegare la sindrome, pratico la resezione del diverticolo alla base e sutura trasversale dell'occhiello del tenue.

Chiusura totale della parete addominale. Esame del pezzo asportato: Le dimensioni si sono ridotte dopo la sezione, sulla faccia interna è rivestito di mucosa vellutata, arrossata, e sulla faccia interna, verso la base, appare una perdita della mucosa, circolare, della grandezza di una lenticchia. I margini sono perpendicolari, il fondo

della ulcerazione a trasparenza fa vedere che è rappresentato dalla sierosa.

L'esame istologico del diverticolo mostra una struttura che richiama il tipo duodenale, e presenta alcune ghiandole che hanno l'aspetto delle ghiandole di Brunner.

Il decorso post-operatorio è semplice, il paziente esce guarito in decima giornata.

Il caso esposto è un quadro tipico dell'ulcera del diverticolo di Meckel, io non so perdonarmi di non aver raccolto l'anamnesi nei suoi dettagli prima dell'intervento, perchè avrei avuto tutti i dati per una diagnosi precisa. Sarebbe stato però più grave se l'intervento operatorio non fosse stato sufficiente, ma questo non avvenne perchè noi allorchè interveniamo per una appendice incriminata che non spiega la sintomatologia, andiamo sistematicamente alla ricerca del diverticolo di Meckel, tanto che così abbiamo potuto trovare, in un anno, affezioni del diverticolo in sette casi.

Tra i quadri della patologia del diverticolo di Meckel, la meno nota è l'ulcerazione diverticolare. Il più recente trattato Italiano di patologia chirurgica (Alessandri) la cita appena. Osservazioni sporadiche appaiono nella letteratura negli ultimi quindici anni, ed ogni autore ignora l'altro. Finchè negli ultimi tre anni sono apparsi i lavori di Schaaf (che raccoglie 40 casi) e di Mondor, il quale dallo studio accurato di 100 storie cliniche riesumate attraverso la sparsa letteratura ne trae un capitolo nuovo alla patologia.

Si tratta di ulcera con tutti i caratteri delle ulceri gastriche e duodenali, o delle ulceri peptiche. Il diverticolo di Meckel è qualche volta rivestito di una mucosa di tipo gastrico, onde per la analogia ulcerosa con quella dello stomaco, giustamente è stato chiamato da Guibal uno stomaco in miniatura. Queste ulcere dice Lecène « risiedono frequentemente a livello di un punto della parete del diverticolo ove la mucosa intestinale del tenue si continua bruscamente senza alcuna transizione con una mucosa gastrica. Sotto quale influenza si provochi l'autodigestione della mucosa diverticolare e la sua ulcerazione è una questione completamente buia.

Sintomatologia dell'ulcera diverticolare: Le affezioni del diverticolo di Meckel si riscontrano con massima frequenza in giovani, infanzia, adolescenza, e quasi sempre di sesso maschile.

Emorragia intestinale. È il sintomo essenziale, è il sintomo che può dare la diagnosi con certezza, e il provvedimento terapeutico importante prima della perforazione. Raramente può mancare questo sintomo, nelle 100 osservazioni di Mondor, c'è 3 volte su quattro. L'insorgenza dell'emorragia può essere senza causa apprezzabile, sia dopo un copioso pasto. L'entità dell'emorragia è variabile, talora è grave da richiedere la trasfusione d'urgenza, talora lieve, può continuare per più giorni, con intervalli di mesi, di anni. All'emorragia possono associarsi o no dolori addominali.

Dolore: Il dolore addominale nell'ulcera diverticolare è più o meno acuto.

Talora si presenta con crisi violente da far torcere il paziente, altre volte è modico. Il carattere del dolore è transitorio, continuo, in rapporto o non con i pasti.

Sintomi accessori: Il vomito può associarsi al dolore. L'ematemesi è stata riscontrata raramente. Talora si ha diarrea, talora costipazione ostinata. L'apiressia è la regola malgrado la violenza delle crisi. La febbre si ha quando è insorta la peritonite.

Esame dell'addome: Al di fuori delle gravi complicazioni della perforazione, l'esame dell'addome non fa rilevare un quadro di precisione assoluta. Io nella mia breve pratica ospitaliera ho avuto occasione di esaminare sette casi di affezioni acute del diverticolo, tra cui il caso che riporto, e costantemente ho potuto rilevare un segno comune: dolore e contrattura sul retto di destra a due cm. sotto l'ombelico. Questo segno ci ha dato in soggetti giovani, il sospetto del diverticolo incriminato, e di proposito l'aiuto del reparto, il Dott. Giupponi, ha operato più volte ed ha trovato il diverticolo.

Complicazioni: Sono l'emorragia grave, la perforazione e la peritonite diffusa o circostritta. La perforazione può essere preceduta da crisi di dolore, intense, pseudo-perforative, come nel caso mio.

Forme cliniche: Si possono stabilire due tipi:

1) Il quadro più tipico è quello, ove, emorragie e dolori precedono la perforazione;

2) Può sopravvenire sindrome addominale acuta da perforazione senza emorragie anteriori.

Diagnosi: La diagnosi diverticolare è possibile farla prima dell'insorgenza delle sue complicazioni mortali, ed è la storia che illumina.

« È un giovane, bambino, adolescente, accusa dolori addominali da più o meno tempo, a tipo vario, intenso, modico, continuo, con intervalli, talora con vomito, a sede periombelicale, mai febbre e il fatto essenziale, ha avuto feci miste a sangue, scariche di sangue dal retto, o intense, o scarse, frequenti o a lunghi intervalli ».

Dolori addominali, emorragie intestinali, sindrome di perforazione, tali sono i tre ordini di sintomi che segnalano l'ulcera del divertivo di Meckel.

Diagnosi differenziale: Molte volte non si pensa ad una malattia perchè si presenta raramente, ma il concetto della rarità di certe malattie è una nozione fragilissima. Io ho veduto quattro affezioni acute del diverticolo di Meckel in un mese, e due nella stessa giornata.

La medesima triade sintomatica dell'ulcera Meckeliana: « Dolori, sindrome addome acuto, scariche sanguinanti » possono presentarla frequentemente in bambini ed adolescenti, la porpora e l'invaginazione.

Porpora di Henoch: In giovani, bambini, adolescenti, un'eruzione cutanea e tumefazioni articolari della porpora possono comparire prima dei fenomeni addominali. D'altra parte i fenomeni addominali possono precedere l'eruzione cutanea. In quest'ultimo caso la diagnosi è difficile. La laparatomia esplorativa è giustificata, non aggrava la situazione ed è sempre meglio che lasciare una invaginazione, un diverticolo, un appendice mortale. Inoltre anche il malato di porpora ha sempre bisogno di osservazioni chirurgica perchè nella evoluzione della malattia può presentarsi la necessità di un intervento per possibili complicazioni: meccanica (invaginazione) infettiva (peritonite).

Invaginazione: Nella invaginazione le crisi dolorose, i vomiti precedono le scariche sanguigne. Nell'ulcera diverticolare le emorragie, nella sua forma tipica, precedono i dolori, e i vomiti la perforazione. L'esame dell'addome il più delle volte fa scoprire il cilindro. L'esplorazione rettale può dare il riscontro del budino intrarettale. L'esame delle feci non mostra bile. Quando l'ulcera diverticolare si manifesta nella sindrome di perforazione brutale con vomiti, dolori addominali acuti, febbre elevata, contrattura generalizzata dell'addome, si pensa piuttosto ad una perforazione appendicolare, ad una peritonite da pneumococco. Solo una anamnesi precisa da cui risulti enterorragia antecedente fa riconoscere la causa di una ulcera diverticolare.

Ulcera gastrica o duodenale: Dal punto di vista pratico bisogna spesso ritenere la possibilità nei bambini di queste sindromi anche in manifestazione perforativa. Mondor in 399 osservazioni riporta 4 casi prima di 10 anni. Anche la loro bassa percentuale giustifica una laparatomia mediana sopra ombelicale, quando tutti i segni di perforazione sono localizzati in questa regione. Bisogna però ricordare con quanta frequenza le appendiciti presentano un dolore gastrico spontaneo e talora provocato. L'inizio della laparatomia con un taglio di M. B. sarà sempre migliore.

Non voglio dilungare una diagnosi differenziale perdendo di vista il senso pratico. Ricorderò solo i dolori e le scariche di sangue della tubercolosi ileo-cecale, delle enteriti ulcerose, dei polipi intestinali.

Un polipo rettale si scopre facilmente con il dito, perchè tutti i malati con enterorragia vanno esplorati al retto.

L'emofilia non dà crisi dolorose violente, il sangue è abbondante, altre manifestazioni sottocutanee o articolari sono già state riconosciute.

Voglio ricordare il parassitismo intestinale (ascaridi) il quale può dare sindromi addominali acute (occlusioni, peritoniti) e può provocare enterorragie minime ed anche discrete.

Solo un esame estemporaneo delle feci potrebbe indirizzare la diagnosi. Un giorno portammo al tavolo operatorio una giovane donna la quale presentava sindrome addominale acuta e enterorragia discreta. Aveva riportato due giorni prima una contusione addominale cadendo da una scala, sospettammo la lesione di un'ansa e stavamo per intervenire. Ci sovvenne sul tavolo operatorio stesso di praticare la esplorazione rettale, estraemmo dall'ampolla un groviglio di trenta grossi ascaridi. L'operazione si limitò al dito nel retto.

Trattamento: Il trattamento consiste nella ablazione del diverticolo. Il diverticolo di Meckel può presentare due aspetti: l'uno cilindrico come una appendice, l'altro conico a larga base d'impianto intestinale. Il primo sarà trattato come un appendice, legato alla sua base e resecato, indi affondamento del moncone. Il secondo si reseca alla sua base d'impianto con una piccola resezione intestinale a losanga, seguita da sutura trasversale.

Quando il diverticolo è impiantato su ansa alterata la resezione dell'ansa alterata si impone con il suo diverticolo.

Per il chirurgo è utile sapere il punto ove può rinvenire il diverticolo di Meckel, lo si trova quasi sempre ad una distanza dal cieco, compresa tra dieci-sessanta cm. Si può rinvenire anche più in alto, è bene esplorare fino ad un metro.

Operando per una diagnosi che ad addome aperto non è giustificata dall'organo incriminato, il chirurgo deve ricercare la causa e l'indentificazione precisa, e il diverticolo di Meckel non deve essere dimenticato perchè, anche con

la sua bassa percentuale di presenza, determina disastri irrimediabili.

Solo così può rendersi efficace e completo l'atto chirurgico.

RIASSUNTO.

L'A. illustra, a contributo della patologia del diverticolo di Meckel, un caso di ulcera diverticolare da lui operato. Questa singolarità patologica del diverticolo di Meckel è illustrata nel suo quadro clinico, mettendo in evidenza:

1) Come si possa fare la diagnosi precoce e quanto importante sia decidere un intervento prima dell'insorgere delle complicazioni;

2) Allorchè si interviene, per lo più per una appendicite acuta (e la sindrome non è spiegata dal reperto dell'appendice) nei bambini e nei giovani, non dimenticare che la causa può essere ritrovata nel diverticolo di Meckel.

BIBLIOGRAFIA.

Aschner et Karelitz. *Ulcera peptica del diverticolo di Meckel e dell'ileon.* Annals of Surgery, aprile 1930, n. 4, p. 573.

Blanc. *Contributo alla patologia del diverticolo di Meckel.* Thèse de Paris, 1898-1899.

Brasser. *Ulcera peptica perforante del diverticolo di Meckel.* Centralb. f. Chir., 1924, t. LI, pag. 2423.

Brentano. *Infiammazione e perforazione d'un diverticolo di Meckel con peritonite.* An. in Centralb. f. Chir., 1904, pag. 569.

F. Buchner. *Un caso d'ulcera perforante del diverticolo di Meckel.* Ziegles Pathol. Anatom., 1924,-1925, t. LXXII.

Callender. *Ghiandole gastriche nel diverticolo di Meckel.* Am. J. Med. Sc., 1915, p. 69.

Cantelmo. *Diverticolo di Meckel.* Policlinico, Sez. Pratica, 16 giugno 1930, pag. 869.

Chiarello. *Studi recenti sull'ulcera peptica del diverticolo di Meckel e sull'ulcera gastro-duodenale.* Annali italiani di chirurgia, 29 febbraio 1932 pag. 203.

D. B. Cobb. *Ulcera peptica perforata del diverticolo di Meckel.* Annals of Surg., agosto 1931, n. 2, pag. 256.

R. Debrè, Boppe et Semelaigne. *Ulcera peptica del diverticolo di Meckel, perforazione e fistola diverticolo-colica evoluzione subacuta.* Bollettino della Società di Pediatria, Paris, luglio 1931, p. 402 e Archivio di medicina dei bambini, Paris, maggio 1932.

Etchegorry. *Perforazione di un'ulcera semplice del diverticolo di Meckel.* Annali della facoltà di Medicina di Monteviduo, settembre 1926, p. 621.

Fèvre. *Manifestazioni cliniche del diverticolo di Meckel.* Gaz. Medica di Francia, 1° aprile 1932.

Fraisse. *Emorragie della regione ombelicale per diverticolo di Meckel aperto all'ombelico.* Thèse, Paris, 1931.

Franke. *Ulcera peptica del diverticolo di Meckel.* LIII Congresso Tedesco di Chir. Arch. f. Chir., 1929, vol. CLVII.

Fuss. *Ulcera intestinale nel diverticolo di Meckel.* Deutsche Zeits. f. Chir., 1926, t. 299, p. 236.

Guibal. *Ulcera peptica di un diverticolo di Meckel provocante emorragie intestinali profuse.* Soc. Nat. de Chirurg., Paris, 1924, p. 349.

Hess et Rosenblum. *Diverticolo di Meckel sanguinante. Emorragie gastro-intestinali nei bambini.* Med. Clin. North. America, 1926, t. LX, p. 1585.

Humbert. *L'ulcera peptica del diverticolo di Meckel.* Thèse Paris, 1924, e Ann. d'Anat. Pathol., 1924, p. 521.

J. Hutinel, Fevre et Fraisse. *Ulcerazioni ed emorragie ombelicali dovute a un diverticolo di Meckel.* Soc. de Pédiatrie, dèc. 1930.

Mc. Galla. *Un caso di ulcera peptica del diverticolo di Meckel.* Canada Med. Ass. J., 1927, t. XVII, p. 79.

H. Mondor. *Ulcera del diverticolo di Meckel.* Studio Clinico. Journal de Chirurgie, 1933. — Diagnostics urgents. Abdomen, 1930.

Pascale. *Patogenesi dell'ulcera peptica del diverticolo di Meckel.* Annali Italiani di Chirurgia, 1925, t. 4, pag. 1190. Congresso di Roma.

Id. *Patogenesi dell'ulcera peptica del diverticolo di Meckel.* Riforma Medica, 1925.

Id. *Ulcera peptica del diverticolo di Meckel.* Annali Ital. di Chir., 31 gennaio 1931.

Sènèque. *Ulcera peptica del diverticolo di Meckel.* Presse Médicale, febbraio 1925.

Treplin. *Isolotti di mucosa gastrica nel diverticolo di Meckel, con ulcera peptica.*

Wulff. *Ulcera peptica del diverticolo di Meckel.* Hihyea, 1932.

RIVISTE

La cura della poliomielite anteriore acuta.

La poliemielite anteriore acuta, paralisi infantile o morbo di Heine-Medin, è una delle malattie più temute più che per i suoi pericoli di morte, per i suoi esiti invalidanti e deformanti, che spesso segnano fin dall'infanzia il destino dei pazienti.

Parallelamente al diffondersi ed all'aggravarsi del neurotropismo di altre infezioni, la poliomielite anteriore acuta negli ultimi decenni è diventata più frequente assumendo forme epidemiche specie nei paesi Scandinavi, in Danimarca, nella Germania del Nord, nei Paesi Bassi, in Inghilterra e nel Nord-America. Attualmente alcuni focolai di epidemia si verificano nel bacino del Mediterraneo, dove del resto, come dovunque, i casi sporadici non sono mai mancati.

Data la gravità e la diffusione del male non è a meravigliare come i tentativi terapeutici si siano moltiplicati straordinariamente, e purtroppo non sempre con risultati fortunati.

Il genere della lesione (distruzione delle cellule nervose delle corna anteriori del midollo, quando non sono alterate parti più alte del nevrasse) rende probabile il successo di ogni genere di terapia solo quando s'interven-

ga precocemente e precisamente prima dello stabilirsi della paralisi. Quando questa si sia clinicamente manifestata si può ancora sperare di ridurla nella sua intensità ed estensione, ma mai di eliminarla. D'altra parte gli esiti paralitici consolidati possono essere corretti solo dalla chirurgia ortopedica.

Prima d'indicare quali sono, secondo le vedute più recenti, i mezzi di cura più adatti nelle varie fasi della malattia, va rilevato che dalla profilassi c'è poco da attendere. La poliomielite anteriore acuta colpisce tutti gli strati sociali; ne ammalano i bambini più trascurati, come quelli che sono più accuditi e vigilati, i poveri come i ricchi. Non vi sono elementi per ammettere una particolare suscettibilità individuale. Anzi, come nota Valagussa, la poliomielite colpisce di preferenza bambini sani e floridi.

L'agente infettivo è un virus non ancora identificato, ma di cui si conoscono abbastanza bene, anche sperimentalmente, gli effetti patogeni. Sembra che esso invada l'organismo dal naso e dalla retrobocca e che raggiunga il sistema nervoso centrale attraverso le fibre del nervo olfattorio. Non è escluso, però, che l'infezione segua la via del sangue.

Le constatazioni fatte nelle ultime epidemie tenderebbero a dimostrare che l'infezione si propaga per contatto diretto. I trasmettitori sarebbero i portatori sani, gli individui che hanno in atto forme miti, ambulatorie della malattia, o dei malati nelle fasi preparalitiche. Una volta manifestatasi la paralisi, il malato acquista l'immunità e contemporaneamente la sua capacità d'infettare si attenua rapidamente fino a cessare del tutto. Talvolta il virus persiste a lungo (ne è stata riscontrata la presenza nella secrezione nasale fino a 7 mesi dopo il periodo acuto) ma si tratta di un virus attenuato, incapace di riprodurre la malattia.

Pertanto l'isolamento del malato a malattia clinicamente conclamata ha un'efficacia dubbia.

Tali rilievi, tuttavia, convalidano la importanza della diagnosi precoce non solo ai fini della terapia ma anche a quelli della profilassi, in quanto consente l'isolamento dell'infermo quando questi è ancora una possibile causa di contagio.

Durante l'epidemia verificatasi recentemente in Danimarca, è stata largamente sperimentata, come mezzo di profilassi, l'iniezione preventiva di siero di cavalli immunizzati contro il virus poliomielitico. Il siero fu iniettato per via intramuscolare nella dose di 10 cmc. a tutti i ragazzi delle scuole e dei collegi, nei quali si ebbero casi di poliomielite. Sembra che il risultato sia stato soddisfacente.

Comunque, data l'incertezza sul modo di diffusione del contagio le provvidenze profilattiche devono essere molto rigorose. È perciò che in molti paesi, compresa l'Italia, la denunzia della poliomielite anteriore acuta è obbligatoria.

* * *

Ritornando alla necessità della diagnosi precoce, conviene tener presente che la malattia ha quattro fasi: 1) costituzionale; 2) preparalitica o meningea; 3) paralitica iniziale; 4) paralitica atrofica di stato.

Al periodo d'incubazione, che dura da 3 a 14 giorni, segue la prima fase che non ha nulla di clinicamente caratteristico. Si tratta di sintomi vaghi, banali, insignificanti: un po' di febbre, malessere, qualche disturbo gastro-intestinale, qualche dolore vagante, corizza leggera, angina.

Nulla quindi che possa mettere sull'avviso, a meno che non si sia in un periodo epidemico.

Di solito la febbre continua con la stessa intensità anche quando, dopo breve tempo, si entra nella seconda fase della malattia. Ma non di rado alla prima accensione segue un periodo di apiressia che dura 24-48 ore. Dopo di che insieme con il ritorno della febbre si presentano sintomi che consentono un migliore orientamento clinico.

La seconda fase, detta preparalitica da alcuni e meningea da altri a causa della presenza di sintomi meningei, è caratterizzata da un aggravamento dei fatti del periodo precedente e dalla comparsa di altri disturbi.

La tachicardia e l'abbattimento del paziente sono molto accentuati e sproporzionati al grado della febbre. Possono aversi nausee, vomiti, stitichezza e talvolta anche esantemi discreti ed iperidrosi.

La cefalea diventa più forte e compaiono dolori alla nuca, al dorso ed agli arti. Il ragazzo è apatico e prova una certa sofferenza nell'eseguire qualsiasi movimento attivo o passivo. Sembra che abbia un'iperestesia generalizzata.

Esiste una certa contrattura dei muscoli spinali, che si rileva con l'incapacità di flettere lateralmente il capo.

Segni caratteristici di questo periodo sono quelli del tripode e del mento.

Il segno del tripode si ricerca invitando il paziente a sedere sul letto ed a mantenersi dritto in questa posizione. Nell'eseguire questo movimento e nel conservare questa posizione egli mette il dorso in leggera ipertensione, porta le braccia indietro e poggia le mani sul letto.

Il segno del mento si rileva invitando il paziente a toccarsi lo sterno con il mento: egli, sempre per la leggera rigidità dorso-nucale, cercherà di raggiungere lo sterno spalancando la bocca invece di flettere il capo.

Tutto sommato non mancano i sintomi che possano far sorgere il sospetto di trovarsi di fronte ad un caso di poliomielite anterio-

re acuta. È ovvio che in periodo epidemico la ricerca di tali segni è obbligatoria sempre quando si tratti di piccoli pazienti, e la loro positività nel periodo stesso deve assumere sempre il valore di certezza.

Le ulteriori fasi di paralisi iniziali e di paralisi atrofiche di stato non offrono serie difficoltà diagnostiche.

* * *

La cura della poliomielite anteriore acuta ha fatto negli ultimi tempi notevoli progressi.

Un'esposizione dettagliata e perfettamente aggiornata dei metodi di cura che sono stati largamente sperimentati nelle recenti epidemie dell'Europa Settentrionale e centrale, nell'America del Nord, nell'Australia, in Francia ed in Italia si trova nel pregevole trattato di terapia delle malattie nervose e mentali dei proff. G. Fumarola e G. Mòglie pubblicato il mese scorso (1).

La cura del periodo acuto, febbrile della malattia, sia nella fase preparalitica che nei primi giorni della paralisi — scrive il Fumarola — è essenzialmente basata sulle iniezioni di siero antipoliomielitico.

Tale metodo s'informa ai comuni princìpi della terapia immunitaria, e poggia sulla constatazione che l'infezione conferisce all'organismo un'immunità specifica duratura. Questo dato clinico è stato largamente confermato dall'esperimento. L'inoculazione di virus umano determina nella scimmia una sindrome poliomielitica, e l'animale, superata la malattia, diventa refrattario.

La immunità acquisita da parte dell'uomo o dell'animale è dovuta alla presenza nel sangue di anticorpi capaci di neutralizzare *in vitro* ed *in vivo* il virus poliomielitico.

Netter nel 1910 tentò la prima volta la cura della poliomielite con il siero di convalescente; il risultato fu soddisfacente.

Successivamente il siero di convalescente è stato largamente adoperato, sopra tutto in America ed in Australia, con effetti quasi sempre favorevoli, specie se *iniettato tempestivamente.*

In Italia, come già da alcuni anni in America, la Direzione Generale di Sanità sta provvedendo con norme legislative alla raccolta di sieri di convalescenti.

La difficoltà di avere a disposizione tale siero ha spronato ad ulteriori tentativi. È stato adoperato il siero di individui che avevano sofferto da molto tempo poliomielite o che erano stati a contatto con poliomielitici, ed anche di individui la cui anamnesi era, al riguardo, del tutto negativa.

I risultati incerti ottenuti in tal modo hanno indotto alla produzione di sieri più efficaci e in ogni momento alla portata dei medici.

Durante le epidemie, per ovvie ragioni, non è difficile procurarsi siero di convalescenti, sia direttamente sia attraverso impianti precostituiti.

In commercio trovasi anche il siero di Pettit, che è siero di cavalli immunizzati con iniezioni endovenose successive di midollo spinale di scimmia poliomielitica. Questo siero è certo meno attivo di quello umano, ma se adoperato precocemente ed in dosi sufficienti, si mostra abbastanza efficace sia nelle forme acute che in quelle subacute. Nei bambini riesce quasi sempre inutile se iniettato dopo il decimo giorno, negli adulti invece risulta efficace anche se adoperato tardivamente.

Il siero si può iniettare per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa ed endorachidea.

La via endorachidea è la più efficiente. Se il processo è schiettamente midollare si pratica la puntura lombare, o, se vi sono complicazioni cerebrali, quella sotto-occipitale. Si fa defluire una quantità di liquor eguale a quella del siero che s'intende iniettare, e quindi s'iniettano, se si tratta di bambini, 5-10 cmc. di siero riscaldato alla temperatura del corpo. Le iniezioni si ripetono per 4-6 giorni successivi.

Se la via endorachidea offre il vantaggio di portare il siero in immediato contatto con il virus e contemporaneamente di procurare una evacuazione di liquor, che è stata dimostrata benefica, non è però scevra di inconvenienti, come quello di poter provocare la meningite da siero.

Gli americani preferiscono la via endovenosa specie nelle forme ascendenti con minaccia di fenomeni bulbari.

Nella pratica corrente è conveniente attenersi alla via endo-muscolare, praticando le iniezioni nella massa sacro-lombare. Si possono ripetere ogni giorno 3-4 iniezioni di 10-20 cmc. opportunamente distanziate per mantenere l'organismo sotto l'azione dell'antivirus. Per rendere più rapido l'assorbimento è stato consigliato di fare seguire immediatamente all'iniezione del siero una iniezione di soluzione ipertonica.

Va notato, infine, che alcuni autori consigliano di alternare le iniezioni intramuscolari con quelle endovenose o endorachidee.

Oltre alla sieroterapia nel periodo acuto della malattia sono da adoperarsi l'urotropina e l'adrenalina.

L'urotropina, di cui è noto il potere battericida, dovrebbe essere somministrata per via endovenosa o meglio per via endorachidea a dosi relativamente alte e soltanto durante la prima settimana. L'efficacia di questo medicamento è ancora incerta. Valagussa osserva che il trattamento della paralisi infantile con l'urotropina è tuttora allo studio sperimentale.

---

(1) G. FUMAROLA e G. MÒGLIE. *La terapia delle malattie nervose e mentali.* Editore L. Pozzi, Roma. 1936. Prezzo L. 75

Lo stesso Valagussa (2) ha avuto risultati più incoraggianti dall'adrenalina. Questa iniettata nel rachide per la sua azione antiflogistica ridurrebbe il processo infiammatorio e ne impedirebbe la diffusione. Nelle scimmie gli effetti sarebbero stati meravigliosi.

Melzer suggerisce la seguente tecnica: appena stabilita la diagnosi si iniettano nel rachide 2 cmc. di soluzione di adrenalina al millesimo mescolati con 2 cmc. o più di soluzione fisiologica e si ripetono le iniezioni ogni 4-6 ore. La prima iniezione deve essere preceduta dalla sottrazione di una quantità di liquor proporzionalmente alla pressione di questo.

Come cura sintomatica dell'iperestesia e dei dolori sono adoperati i bromuri, l'aspirina ed eventualmente gli oppiacei.

* * *

Manifestatasi la paralisi la sieroterapia deve essere integrata dalla roentgenterapia.

Questo metodo di cura è ampiamente trattato dal prof. Enderle nel già citato libro di Fumarola e Mòglie, ed al quale rimandiamo per i dettagli d'indicazione e precisazione di tecnica.

Convenientemente adoperata la roentgenterapia costituisce uno dei mezzi più efficaci, se non il più efficace, per limitare i danni della poliomielite.

I primi tentativi al riguardo furono fatti da Lereboullet e Beaujard. Bordier nel 1921 ne fece larga applicazione con un metodo misto Roentgen-galvano-diatermico. In Italia fu dapprima adoperato da Ghilarducci e Turano e successivamente da Bergamini, Sighinol, Attili, D'Istria, Chizzola, Sabatucci, Castello, Camelo e Serena.

I risultati finora denunziati sono in genere ottimi.

Il meccanismo di azione non appare chiaro. Secondo Bordier e Bergonié le applicazioni di raggi Roentgen favorirebbero la risoluzione della flogosi e affretterebbero la riparazione degli elementi nervosi attivando la circolazione.

Anche Busi e Turano ritengono che l'effetto curativo dipenda dall'intensa azione antiflogistica, che determina la rapida scomparsa degli elementi neoformati e degli essudati la cui presenza riesce nociva alle cellule nervose.

Bergamini invece ritiene che l'azione sia prevalentemente stimolante.

I dati sperimentali non convalidano i fatti clinici in quanto non si è mai rilevata una modificazione istologica delle lesioni poliomielitiche di animali sottoposti alle irradiazioni.

Sta di fatto, comunque, che i risultati clinici finora ottenuti incoraggiano ad applicare sempre più la roentgenterapia.

(2) F. VALAGUSSA. *Consullazioni di Clinica, Dietetica e Terapia Infantile.* Editore L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 75.

Nei primi due mesi dall'inizio della malattia è raccomandabile la diatermia, che incontestabilmente rappresenta il mezzo migliore per combattere i fenomeni vasomotori (cianosi, raffreddamento degli arti paralizzati ecc.) dovuti alla paralisi del simpatico, leso nel suo centro autonomo spinale.

Viene quindi il turno del massaggio, della ginnastica medica, dell'elettricità galvanica.

Quando dopo due o tre anni di cure la paralisi atrofica non si mostra più suscettibile di miglioramenti e provoca, a seconda della sua sede ed estensione, deformità e deficienze funzionali più o meno gravi, non resta che ricorrere all'opera dell'ortopedia e della chirurgia, che anche in questo campo, ha fatto notevoli progressi.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

CUORE E VASI SANGUIGNI.

Osservazioni cliniche sul restringimento congenito dell'istmo dell'aorta.

(C. LIAN, ABAZA e P. FRUMASAN. *Bull. et Mém. des Hôpitaux de Paris*, 25 maggio 1936).

Si sa che è eccezionale vedere nella stenosi congenita dell'istmo dell'aorta la circolazione collaterale arteriosa intercostale rappresentata da grossi cordoni arteriosi serpeggianti sotto i tegumenti; ma è possibile riscontrare con grande frequenza delle piccole dilatazioni arteriose pulsanti, a condizione di ricercarle accuratamente e metodicamente mediante la palpazione e l'ispezione a luce incidente degli spazi intercostali: i principali focolai di pulsazione si trovano nel 4°, 5°, 6° spazio nella regione interscapolo-vertebrale, sotto l'angolo della scapola e sull'ascellare posteriore. Nei casi osservati dagli AA. alla constatazione clinica della dilatazione e pulsatilità delle arterie intercostali si associava il dato radiologico delle erosioni intercostali. Sembra che l'insufficienza aortica spesso concomitante abbia notevole importanza nel favorire l'apparizione della pulsatilità intercostale e delle erosioni costali.

L'insufficienza aortica coesiste frequentemente con la stenosi dell'istmo; tuttavia già qualche sfumatura del reperto ascoltatorio può orientare verso la scoperta dell'affezione congenita: un massimo d'intensità del soffio sistolico alla base a sinistra della linea mediana non è comune nell'insufficienza aortica banale; posteriormente la percezione di un soffio sistolico di intensità maggiore di quello anteriore costituisce un argomento ancora più valido. La constatazione della circolazione collaterale intercostale, fatta con una ricerca clinica metodica, costituisce un altro sintoma importante. Infine la dissociazione dei regimi della pressione arteriosa agli arti superiori ed a

quelli inferiori resta il sintoma fondamentale. A questo proposito gli AA. notano che non bisogna limitarsi all'esplorazione oscillometrica degli arti inferiori, ma determinare la pressione anche co i il metodo ascoltatorio. Anche l'esplorazione sfigmografica può rivelare qualche sfumatura più o meno significativa. Non esiste secondo gli AA. ritardo del polso femorale. L'ipertensione arteriosa e l'ipertrofia ventricolare sinistra sono frequenti.

Si è molto discusso sulla natura dell'insufficienza aortica spesso concomitante, che secondo alcuni sarebbe congenita, secondo altri funzionale e secondo altri infine di natura infettiva.

Concludendo la tetrade sintomatologica, su cui ci si appoggerà per riconoscere la stenosi congenita dell'istmo dell'aorta in presenza di un'affezione in apparenza banale, è costituita dal soffio sistolico latero-sternale sinistro e dorsale, dalla caduta della pressione agli arti inferiori, dalla dilatazione e pulsatilità delle arterie intercostali, dalle erosioni costali, traduzione radiologica del circolo collaterale arterioso.

M NUNBERG.

Il trattamento delle varici degli arti inferiori.

(R. T. PAYNE. *British Medical Journal*, 2 maggio 1936).

L'A. ha trattato mille casi di varicosità delle vene degli arti inferiori con metodi diversi. La larga esperienza ha dimostrato che la scelta della cura deve essere fatta con criterio tenendo conto di elementi varî.

Molti fatti tendono a dimostrare che le varici siano in rapporto di causalità con disordini endocrinî. In effetti esse si manifestano prevalentemente durante la pubertà, la gravidanza e il climaterio. Sono molto più frequenti nelle donne che negli uomini. In una buona metà di casi è dimostrabile l'ereditarietà dell'affezione.

Le varici tendono ad aggravarsi progressivamente. Di rado si arrestano nel loro sviluppo e quasi mai regrediscono spontaneamente.

Possono essere primarie o idiopatiche, secondarie o compensatorie.

Le primarie possono assumere tre tipi:

1) La varicosità può colpire tutta o parte della safena interna o breve, oppure una porzione delle vene dell'arto inferiore.

2) Il secondo tipo, detto ectasia venosa, si sviluppa per lo più all'età di 18-20 anni specie negli atleti: le vene sono prominenti, dilatate e spesso hanno le pareti inspessite.

3) Il terzo tipo è costituito da piccole varici, o varicule, interessanti solo le vene della cute: le vene non sono sporgenti ma appaiono come un reticolo azzurro nello spessore della pelle.

Le secondarie si sviluppano come compenso circolatorio in seguito all'occlusione di vene profonde da trombosi durante il puerperio, dopo operazioni, nel corso di infezioni acute, ecc. Clinicamente sono caratterizzate dal dolore e dall'edema iniziale e dalla manifestazione se non improvvisa per lo meno rapida. Spesso le varici si estendono al basso ventre ed al tronco.

Il trattamento più efficace è quello di iniettare nell'interno della vena alterata una soluzione di sostanza chimica capace di provocare una modificazione dell'endotelio che determina la trombosi delle vene ed eventualmente la sua trasformazione in un cordone fibroso quasi impercettibile. La sostanza medicamentosa deve avere i seguenti requisiti: non essere tossica, non provocare dolore durante l'iniezione, non causare disturbi generali o locali. Molte sostanze sono state tentate, ma la più conveniente si è dimostrata la soluzione di chinino e uretano all'uno per cento.

La iniezione deve essere praticata con cautela allo scopo di evitare la diffusione della soluzione nei tessuti circostanti alla vena, fatto che provocherebbe dolore e quel che più importa determinerebbe una necrosi locale. Occorre quindi sospendere l'iniezione al minimo segno di dolore.

Si comincia con il praticare le iniezioni nelle vene distali per arrivare successivamente a quelle prossimali. Per aumentare il lume delle vene e rendere più agevole l'iniezione si applica preventivamente un laccio di Esmarck nella parte prossimale.

La quantità di soluzione di chinina e di uretano da iniettare (in genere da 1 a 2 cmc.) deve essere proporzionata al volume ed al tipo della vena da curare. L'intervallo tra un'iniezione e l'altra anche esso è variabile in rapporto all'effetto trombizzante ottenuto con la precedente, e in relazione anche alla grandezza della vena, tenendo conto che più la varice è grossa più tale intervallo deve essere lungo. In media le iniezioni si possono praticare a distanza di una settimana.

Le controindicazioni per tale metodo curativo possono essere relative o assolute, temporanee o permanenti. Le insufficienze cardiache e renali costituiscono controindicazioni assolute. Le lesioni della pelle acute o croniche della zona varicosa costituiscono una controindicazione temporanea. Se esiste flebite la cura non può essere intrapresa prima di sei mesi dall'avvenuta guarigione. Durante la gravidanza non è consigliabile intraprendere la cura, anche perchè con la fine della gestazione le condizioni delle vene migliorano sensibilmente. Nel caso che lo stato delle varici fosse tale da rendere indispensabile il trattamento, non si dovrebbe adoperare il chinino, che può provocare l'aborto, ma il salicilato di sodio.

Le ulceri varicose costituiscono una complicazione meccanica della stasi venosa. Qualunqne ne sia la causa iniziale la loro cronicità dipende dal difetto circolatorio. Il riposo a letto ed il bendaggio adatto possono determinare un certo miglioramento, ma la guarigione non

si può ottenere se non con l'occlusione temporanea o definitiva della circolazione varicosa mediante le iniezioni trombizzanti o l'escissione delle vene dilatate.

Le ulceri piccole e recenti guariscono rapidamente con l'iniezione di chinino nella vena e l'applicazione di polveri astringenti sulla lesione. Le ulceri larghe ed inveterate con edema ed infiltrazione circostante reagiscono anche esse alla cura sclerosante ed all'applicazione di elastoplast. Le iniezioni di chinino devono essere praticate ogni quindici giorni; contemporaneamente viene rinnovato l'elastoplast. Il tipo di ulcera più resistente alle cure è quello associato alla trombosi di vene profonde.

Le flebiti delle vene varicose possono assumere vari gradi, da quelle con fatti locali e generali trascurabili a quelle con caratteri settici spiccati con notevole infiammazione locale e gravi disturbi generali eventualmente con fatti embolici. Tra questi estremi vi sono forme medie nelle quali l'infiammazione locale non è accentuata, la febbre non è alta, ed i disturbi costituzionali non gravi. Le forme appena abbozzate guariscono generalmente con la fasciatura dell'arto con elastoplast ed un riposo relativo. Le forme medie richiedono il riposo assoluto a letto e la fasciatura con l'elastoplast. Nei casi nei quali in conseguenza del processo flebitico si verifica la trombosi di una buona parte delle vene varicose occorre procedere alla loro escissione, sempre dopo qualche tempo che l'infiammazione è spenta. Quando i fatti locali, la curva della temperatura, la presenza di complicazioni a carico dei pulmoni o di altri organi dimostrano che si tratta di un processo settico conviene procedere alla legatura della safena nel punto della sua congiunzione con la femorale ed eliminare il coagulo dalle vene trombosate.

Talvolta il processo flebitico passa allo stato subacuto o cronico con riacutizzazioni recidivanti. Il riposo a letto può fare migliorare la condizione, ma solo l'intervento chirurgico ne può avere ragione radicalmente.

Talvolta nelle donne si ha una flebite cronica nella quale le vene delle gambe formano una massa dura, non ben definita, mentre tutta la parte appare ingrossata e indurita. In questi casi l'unico metodo di trattamento è la fasciatura con l'elastoplast prolungata per molto tempo.

Ordinariamente si dà il nome di trombosi profonda a quegli stati di flegmasia degli arti inferiori che si sviluppano improvvisamente nel corso del puerperio, di infezioni acute, a seguito d'operazioni chirurgiche, ecc. Clinicamente si hanno i segni dell'occlusione linfatica con trombosi delle vene profonde. A seguito della stazione in piedi o del cammino anche non prolungato si ha edema che scompare con la posizione sdraiata, e che provoca un senso di fastidio o di peso alle estremità. Contemporaneamente, se esiste trombosi delle vene profonde, si ha sviluppo del circolo collaterale nel basso ventre, negli spazi intercostali e alle ascelle. I linfatici e le vene occluse sono particolarmente soggette alle infezioni, e le ulcerazioni, che si sviluppano sulla parte lesa sono refrattarie a qualsiasi cura. L'embolia pulmonare è una complicazione non rara. Nella fase acuta è prescritto il riposo assoluto per lo meno per sei settimane. Quando l'edema è accentuato occorre la fasciatura con elastoplast. Le varici esterne che eventualmente si producono come conseguenza di questa condizione non possono essere curate con le iniezioni sclerosanti. In tali casi la cura deve limitarsi all'applicazione di calze elastiche, di massaggi e di bagni elettrici.

Data la grande varietà di forme e d'intensità, nonchè di complicazioni, delle affezioni varicose degli arti inferiori non si possono fissare presunzioni prognostiche precise. La tendenza familiare, la rapidità con la quale si formano le varici costituiscono elementi sfavorevoli circa l'efficacia duratura del trattamento. Sta di fatto che le iniezioni sclerosanti curano le dilatazioni in atto, ritardano lo sviluppo delle varicosità in altre vene, ma non impediscono la formazione di nuove varici.

Un elemento importante per la prognosi è dato dallo stadio dell'affezione nelle quali si pratica la cura, nonchè dall'età del paziente. Quando le varici si manifestano in occasione di perturbamenti endocrini (gravidanza, climaterio) si può fondatamente sperare che esse tenderanno a regredire con la cessazione di tali condizioni.

Un altro criterio rilevante per la prognosi è costituito dalla rapidità di occlusione delle varici ottenuto con le iniezioni di chinino e uretano. Come massima si può precisare che nel periodo di tre mesi tutte le varicosità dovrebbero essere trombizzate con le iniezioni.

La possibilità di ricanalizzazione di vene trombosate non è da escludere, ma si tratta di un'evenienza rara.

Dal punto di vista estetico è a rilevare che i migliori risultati delle iniezioni sclerosanti si ottengono quando i tessuti che coprono la vena non presentano marcate alterazioni atrofiche. Se la parete della vena è assottigliata ed è ricoperta da un sottile strato di epidermide è certo che nella parte corrispondente all'occlusione si ha una pigmentazione o una decolorazione permanente. Ma se la cute sovrastante è normale la trombizzazione della vena non provoca alterazioni locali persistenti. Dr.

Condizioni necessarie, risultati e tecnica dell'arteriectomia nelle obliterazioni arteriose.

(Leriche e Fontaine. *La Presse Médicale*, n. 97, pag. 1953, 1935).

Gli AA., in base a 80 nuove arteriectomie eseguite dal gennaio '25 al maggio '35, espongono le loro recenti ricerche sulle basi fisiologi-

che dell'arteriectomia, i princìpi tecnici, le indicazioni e i risultati di questa operazione.

Sperimentalmente producendo nei cani da un lato un'obliterazione arteriosa parziale, dall'altro una resezione dell'arteria, gli AA. hanno potuto a distanza di tempo constatare con l'arteriografia una circolazione più povera dal lato trombosato rispetto a quello arteriectomizzato.

Inoltre una vasocostrizione periferica prodotta da un'obliterazione arteriosa parziale produce col tempo una arterite a valle del punto trombosato e a distanza da questo. La resezione del segmento arterioso trombosato fa scomparire il vasospasmo e facilita l'instaurarsi del circolo collaterale.

Le indicazioni dell'arteriectomia poggiata su queste basi sono molteplici, ma è necessario, perchè possa interamente esplicare il suo effetto, che la resezione arteriosa sorpassi in alto e in basso il segmento trombosato; che il lume arterioso sia completamente occluso, essendo l'arteriectomia un'operazione che agisce sul sistema nervoso e non dovendo affatto modificare le condizioni meccaniche della circolazione; sia in alto come in basso, la resezione arteriosa deve sempre rispettare l'origine della prima collaterale permeabile, giacchè quella superiore devia una gran parte del sangue che urta contro l'ostacolo principale, quella inferiore è ancora più utile perchè porta contro corrente il sangue nel tronco principale.

Le 80 arteriectomie sono state eseguite dagli AA. nelle più diverse condizioni: obliterazioni traumatiche [contusioni dirette delle arterie o dopo fratture (sindrome di Volkmann) per lesioni dei vasi dovute ai frammenti ossei], obliterazioni emboliche (allorchè l'embolectomia non è o non è più possibile: malato visto dopo la 12ª ora, arteria malata, sede di difficile intervento), obliterazioni da arterite (sifilitiche, da Buerger, arteriosclerotiche).

Infine gli AA. descrivono la tecnica dell'arteriectomia della femorale, la più frequente in pratica. G. GENTILE.

RENI E VIE URINARIE.

Sull'oliguria "funzionale".

(H. KURSCHMANN. *Mediz. Welt*, 18 apr. 1936).

Il fatto di un'oliguria permanente o periodica non dipendente da lesioni renali o circolatorie e non condizionata da aumentata sudorazione è noto a molti medici; tale fenomeno però è di solito poco accentuato e solo raramente assurge alla dignità di una malattia vera o propria. Non mancano però osservazioni più o meno recenti dei casi del genere, da molti messi in rapporto a fattori centrali (nervosi) o periferici (tissulari). L'A. che vorrebbe definire tali oligurie come funzionali, rievoca la classificazione di esse proposta da Bauer e ne cita qualche caso di osservazione propria.

Secondo Bauer l'oliguria potrebbe essere costituzionale e quindi primitiva (oliguria renale primaria), caratterizzata da alto peso specifico dell'urina di cui la quantità oscilla tra 300-800 cc. *pro die;* il rene è normale anatomicamente e funzionalmente; le prove di concentrazione e di diluizione danno risultati abituali. Tali forme del resto difficilmente si lascierebbero disgiungere dalla seconda categoria delle oligurie che sarebbe dipendente dalla diminuzione del senso di sete. Accanto a queste il Bauer distingue l'oliguria da maggiore idrofilia dei tessuti (negli obesi, malati di fegato, nel periodo mestruale) senza che vi sia ritenzione di NaCl; in un altro gruppo, invece, la ritenzione dell'acqua sarebbe causata da maggiore avidità di tessuti verso il NaCl dimostrabile anche colle prove da carico; in questi casi talvolta subentra la poliuria compensativa.

Per quel che riguarda la patogenesi delle oligurie funzionali, le opinioni sono discordi: secondo alcuni, l'importanza protopatica spetterebbe alle ghiandole endocrine (Zondek, Eppinger ecc.), specie all'ipofisi o alla tiroide; secondo altri, si tratterebbe di un'alterazione del centro del ricambio salino nel terzo ventricolo, oppure di una modificata costituzione del tessuto adiposo. Dal punto di vista terapeutico sono state raccomandate piccole dosi di iodio (1/4 mgr. *pro die*), calcio, diuretici mercuriali, tiroidina, estratti di timo, ecc.

L'A. stesso ritiene che l'oliguria funzionale può essere causata da fattori molteplici; egli inoltre si sofferma su due forme di essa, ancora non abbastanza note e cioè sulla forma ipoovarica e preipofisaria.

Nell'illustrazione dell'oliguria ipoovarica l'A. cita i cosidetti edemi da climaterio, nei quali la ritenzione idrica si manifesta nella menopausa e non è preceduta nè accompagnata da lesioni renali o cardiache; il metabolismo basale si mantiene normale, l'azione dinamico-specifica degli alimenti può essere diminuita. I comuni diuretici, come pure la digitale e la tiroidina rimangono inefficaci: invece un notevole successo terapeutico è stato ottenuto dall'A. nei casi del genere con somministrazione di grandi dosi di follicolina.

Tali casi vanno disgiunti dalle oligurie nelle cosidette ipotireosi climateriche (o non climateriche) dove la diminuita funzionalità della tiroide viene documentata dall'abbassamento del metabolismo basale, rimanendo normale l'azione dinamico-specifica, e dove i soli preparati tiroidei riescono a far ritornare la diuresi normale.

La possibilità di origine preipofisaria dell'oliguria trova la sua conferma nell'osservazione clinica dell'oliguria e diminuita sete degli individui affetti da morbo di Simmonds (non costante, secondo Falta); sta di fatto che nella cachessia ipofisaria si ha talvolta l'im-

magine a specchio del diabete insipido e cioè — concentrazione aumentata dell'urina accanto alla scarsa quantità di essa; la secrezione di NaCl appare ritardata e diminuita. Sebbene l'attività diuretica del lobo anteriore dell'ipofisi non è stata finora dimostrata sperimentalmente in modo inequivocabile, alcune osservazioni e fatti clinici deporrebbero per la esistenza di un ormone diuretico preipofisario che verrebbe quasi a contrapporsi all'ormone antidiuretico del lobo posteriore della ghiandola pituitaria.

Interessanti e istruttivi appaiono due casi di oliguria osservati dall'A. in due donne con stigmate di neurosi psichica o vegetativa; in nessuna delle due p. esistevano lesioni renali che potessero giustificare l'oliguria; la prova di diluizione-concentrazione non ha dato risultati costanti essendo a volte normale, a volte non; nessun segno deponeva per alterazioni endocrine (in una delle p. però l'oliguria datava dalla menopausa fisiologica, l'altra presentava frigidità sessuale con ciclo mestruale normale). La sensazione di sete era normale. È degno di nota che in questi casi bastava un'emozione violenta (piacevole o sgradevole) per aumentare notevolmente la diuresi. La secrezione di NaCl appariva normale.

Benchè non v'era nessun sintoma clinico nè radiologico di alterazione ipofisaria l'A. ha tentato la terapia con estratti di pituitaria anteriore; il risultato è stato ottimo in ambedue i casi; la quantità di urina si è raddoppiata e si è mantenuta press'a poco normale, per tutta la durata del trattamento.

L'A. prudentemente osserva che il criterio « ex iuvantibus » non autorizza senz'altro a concludere sull'origine preipofisaria della oliguria nei casi osservati, se anche in uno di essi la reazione interferometrica avrebbe indicato una disfunzione ipofisaria e ovarica. Egli tenderebbe a classificare i due casi nella categoria dell'oliguria funzionale primaria, condizionata anche da fattori psichici. Comunque, rimane stabilita la favorevole influenza della somministrazione di preipofisi nei casi del genere, i quali, più che essere contrapposti al diabete insipido, debbono essere considerati affini alla cosidetta poliuria spastica che in alcuni soggetti segue a stimoli psichici più o meno intensi. S. MINZ.

Uretere ectopico con sbocco extra vescicale.

(J. L. CRENSHAW. *The Journal of Urology*, febbr. 1936).

L'A. passate in rapida rivista le varie anomalie dell'apparato urinario si ferma a considerare la loro frequenza prendendo in esame, massimamente le ectopie ureterali.

Riporta sei casi che ha avuto occasione di studiare e di seguire nella Clinica Mayo. Cinque di essi, riguardano donne che si erano presentate a visita per incontinenza d'urina diurna e notturna. Gli esami cistoscopici e pielografici sono stati quelli che hanno svelato le anomalie ureterali.

Il metodo di cura è sempre quello chirurgico; la tecnica operatoria cambia da caso a caso a seconda dell'impianto dell'orifizio ureterale ectopico; se l'anomalia è unica o associata ad altre; a seconda dello stato e della funzione dei vari tratti renali, e a seconda della distribuzione vasale.

A seconda dei casi si praticheranno:

1) La legatura dell'uretere ectopico dalla vagina, o a livello superiore della vescica.

2) Trapianto dell'uretere aberrante nella vescica per la via vaginale o per quella addominale.

3) L'eminefrectomia (processo difficile ma che dà dei buoni risultati).

4) La nefrectomia completa quando i due segmenti renali sono malati, o quando è fallita un'altra tecnica, (sempre che l'altro rene sia normale).

L'A. rileva che non è sempre facile arrivare a diagnosticare la forma di malformazione ma occorre in tutti i casi d'incontinenza pensare per prima all'eventualità anomalie ureterali.

A seconda dello sviluppo, dello stato e della posizione del tratto renale corrispondente all'uretere anomalo l'incontinenza può assumere forme ed intensità diversa. Dai casi osservati finora si può concludere che le donne vanno più soggette degli uomini.

Per riconoscere l'origine dell'incontinenza vi sono varii metodi d'esplorazione con sostanze coloranti; ma quali mezzi più chiari e più sicuri rimangono sempre la cistoscopia e la pielografia sia strumentale che endovenosa.

5) Le anastomosi tra i due bacinetti, o tra i due ureteri, o tra l'uretere e il bacinetto.

6) Le *operazioni di plastica*: che stabiliscono una comunicazione tra l'uretere e la vescica, sia attraverso la via perineale o con la cistotomia, o ben più raro per cauterizzazione cistoscopica. L'A. conclude insistendo molto sull'importanza d'un completo esame urologico in tutti i casi d'incontinenza vescicale con tutti i mezzi d'osservazione che gli urologi hanno oggi a loro disposizione.

SCANDURRA.

Nuovo procedimento chirurgico nei reni policistici.

(GOLDSTEIN. *The Journ. of Urology*, dic. 1935).

Nonostante siano stati citati alcuni casi di rene policistico unilaterale, Goldstein è del parere che la malattia sia sempre bilaterale e se non è tale al momento dell'operazione lo diverrà in seguito. Considerato che la regola medica della degenerazione incompleta dei reni non abbia dato un beneficio considerevole al paziente l'autore ritiene che nella maggior parte dei casi siano indicati i metodi di cura radicale; e aggiunge che in alcuni di essi

se la chirurgia agisse prima del sopraggiungere le complicazioni, la vita potrebbe essere prolungata e molti dolori potrebbero essere evitati. Quando si usa la via addominale si fa una incisione pararettale alta (Gibson) fino al peritoneo, questo viene respinto medialmente e il rene viene a presentarsi con la sua capsula grassosa. Liberato il rene tutto intorno dalla sua capsula grassosa si incide orizzontalmente quella propria. La maggior parte delle cisti che appaiono vengono aperte e se ne asciuga accuratamente il contenuto. Dopo questo procedimento si spacca la corticale da un polo all'altro. L'incisione non deve interessare i calici e massimamente le pelvi. Quando il rene è squartato si asciugano altre cisti aspirandone il contenuto con una siringa. La metà centrale della parte longitudinale del rene viene suturata a tutto spessore dalla superficie verso l'interno. Il peritoneo viene respinto in basso e all'interno. Alla fine dell'operazione si immobilizza il rene, accostando la parte suturata di esso ai due bordi della cute da cui viene coperto. Si sa che il peritoneo medialmente sta al di sotto dei muscoli addominali e rimane in stretta vicinanza all'ilo. La stessa posizione esiste lateralmente, solo che il rene non sta in rapporto con il peritoneo.

Tale condizione anatomica permette che dopo la guarigione attraverso la cute si possano pungere le cisti con un ago senza timore di interessare il peritoneo.

Quando si accede per la via lombare si usa lo stesso procedimento tranne che la fissazione del rene viene fatta nella regione lombare anzichè in quella addominale. In entrambi i casi l'intiera incisione del rene viene lasciata aperta e suturata alla pelle. La ferita viene zaffata con garza e si lascia aperta finchè non si sono prodotte le granulazioni che in genere si hanno verso la 4ª settimana; dopodichè si lascia guarire la ferita. Per la guarigione completa occorrono circa dieci settimane.

SCANDURRA.

DIVAGAZIONI

L'aeroneurosi, psiconeurosi funzionale dei piloti d'aviazione.

Da vario tempo, si è rilevata nei piloti d'aviazione una particolare forma nervosa funzionale, per cui già nella grande guerra molti di essi vennero eliminati. Vari nomi sono stati dati a questa sindrome, per cui H. G. Armstrong (*Journ. amer. med. ass.*, 18 aprile 1936) propone la denominazione di aeroneurosi. Trattasi di disturbi nervosi funzionali, caratterizzati da malessere gastrico, irritabilità nervosa, stanchezza dei centri mentali superiori volontari, insonnia, instabilità emozionale ed aumento di attività motrice.

L'A., su 165 piloti dai 22 ai 50 anni, con 1-18 anni di lavoro e 400-5680 ore di volo, ne ha trovati 18 affetti dalla malattia, con una percentuale che arriva al 50 % dai 30 ai 40 anni ed al 57 dai 40 ai 50.

Svariate possono esserne le cause, fra cui vanno annoverati gli infortuni, varî agenti fisici (intossicazione da CO, deficienza di ossigeno, inalazione di ossigeno puro, forze centripete e centrifughe), fattori emozionali, un certo stato di non sicurezza economica o sociale ed anche probabilmente la distruzione nervosa (consecutiva ad alcuni dei citati agenti fisici).

Difficile è lo stabilirne la data dell'inizio. Il paziente è inquieto ed irritabile, con tendenza a resistere all'idea di essere malato, nonostante egli si lagni di superlavoro. Quasi costante è l'insonnia od un sonno leggero o con incubi di disastri aviatori. In qualche caso si arriva ad una personalità lievemente paranoide. Caratteristica è la continua attività motoria nonostante la mancanza di riposo e la stanchezza mentale; i movimenti sono quasi continui ed ogni sorta di attività è desiderata, senza che il paziente si lamenti di stanchezza muscolare, crampi o spasmi. Scarsi e minimi i segni obbiettivi.

Fra i sintomi riferibili al sistema nervoso autonomo, sono da menzionarsi anzitutto i disturbi gastrici, che hanno fatto dare alla malattia anche il nome di « stomaco d'aviatore ». Si tratta di un dolore rodente all'epigastrio non molto dissimile da quello da fame o da ulcera; in seguito si possono avere ipermotilità gastrica con gorgoglii, un po' di diarrea acquosa. Per quanto riguarda il sistema cardio-vascolare, il paziente si lagna di avvertire il battito cardiaco o le pulsazioni carotidee; obbiettivamente, in qualche caso avanzato, si notano: aumento di frequenza del polso, diminuzione della pressione e della tolleranza all'esercizio con tendenza all'astenia neurocircolatoria.

La diagnosi nei casi avanzati non è difficile, quando in un pilota con varî anni di esercizio, si manifestino i disturbi gastrici funzio-

nali uniti con irritabilità generale ed aumento di attività motrice, insonnia e stanchezza mentale. Si dovranno escludere le malattie organiche e quelle nervose funzionali, (isterismo, neurastenia, psicastenia, talora demenza precoce e ciclotimia).

Sul principio, la diagnosi è difficile, anche perchè il pilota tende a dissimulare i suoi disturbi.

Scarsa utilità ha la consueta terapia (dieta, riposo, idroterapia, psico-analisi); anche l'allontanamento dal servizio ha efficacia limitata. Importante è la profilassi, nel senso di un'adeguata selezione. Molto utile è il lato morale, nel senso di dare al pilota la sicurezza economica e sociale, con adeguati compensi e miglioramenti amministrativi.

Nella patogenesi, sono da considerare gli sforzi emozionali continuati a lungo che producono un'iperattività ed una deplezione dei centri nervosi più alti. Per molti, specialmente piloti di guerra, ha avuto grande importanza il fatto che l'aviazione è passata dal periodo di eroismo a quello che si potrebbe dire « di consueta amministrazione », con conseguente deflazione dell'Io. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

H. BERGSTRAND, H. OLIVECRONA E W. TÖNNIS. *Gefässemildungen und Gefässgeschwülste des Gehirns*. Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo M. 24.

È uno studio ampio, esauriente sulle anomalie vasali e sugli emangiomi del cervello. Sono successivamente studiati gli angiomi cavernosi, gli angiomiracemosi, gli angioreticulomi e gli angioglìomi.

Il materiale anatomo-patologico e clinico è abbondante e illustrato da numerose figure.

DR.

PAUL DITTRICH. *Der Kindesmord in der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit*. Vol. in-8° di pag. 118 con 50 figure nel testo. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1935. Prezzo R.M. 10.

In questa pregevole monografia di Dittrich, Professore di medicina legale a Praga, il perito medico-legale trova esposto con molta competenza e chiarezza tutto quanto riguarda uno dei più tristi delitti, l'infanticidio.

Oltre ad una guida pratica nella tecnica di autopsia, corredata da molti dati sulla fisiologia e patologia del neonato, l'A. tratta delle disposizioni legislative (tedesche e cecoslovacche) sull'infanticidio e fornisce numerosi esempi di pareri medico-legali. Molto utile non solo al perito, ma anche al medico pratico, che può da un momento all'altro trovarsi di fronte a quesiti di grave responsabilità, è la trattazione dei difetti congeniti della pelle e delle ossa del neonato e delle lesioni spontanee conseguenti al parto. Numerose illustrazioni completano la interessante monografia.

COLARIZI.

P. COSSA. *Physiopathologie du système nerveux*. Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. 75.

Il Cossa, già noto per il suo libro sull'anatomia del sistema nervoso centrale, presenta ora un'opera che consolida la sua fama di neurologo.

La fisiopatologia del sistema nervoso costituisce un'eccellente opera didattica e di consultazione. In modo sistematico è esposto tutto quanto di assodato si conosce sulla fisiologia e sulla patologia nervosa, e solo l'essenziale agli effetti clinici.

L'A. insiste sopratutto sul meccanismo delle funzioni nervose e delle rispettive perturbazioni in modo da agevolare l'indagine semeiologica e l'orientamento diagnostico

Numerose figure agevolano l'intelligenza del testo. DR.

M. LEVI. *Elementi per uno studio clinico dell'intersessualità*. Editore L. Cappelli, Bologna. Prezzo L. 12.

È una monografia che fa parte della *Collezione medica di attualità scientifiche* che si va pubblicando sotto la direzione del professor G. Viola.

È in parte una esposizione della dottrina di Marañon sull'intersessualità, una dottrina che legittimamente ha destato grande interesse, e che costituisce il corrispettivo organico della concezione di Freud sulla bisessualità psicologica.

Alla parte espositiva segue l'apporto di fatti e di considerazioni originali. DR.

I. CERVELLATI. *Rigenerazione*. Editore L. Cappelli. Bologna. Prezzo L. 70.

Il volume della prof.ssa Iolanda Cervellati vuole essere una guida di pedagogia scientifico-emendativa per la rieducazione dei deficienti. Il compito è pienamente assolto.

L'A. affronta tutti i problemi psicologici, patologici e sociali dell'educazione di minorati psichici, e li risolve con una tecnica medico-psichiatrica che attesta la ricchezza della sua cultura, la larghezza della sua esperienza, l'acume del suo intuito.

Il compianto Prof. Sante de Sanctis che lesse le bozze di questo libro e ne redasse la prefazione non poteva meglio rilevare i pregi di questa opera affermando che: « Maestri, medici, pediatrici, psichiatri, ufficiali sanitari hanno bisogno di libri come questo sia per acquistare un'orientamento in tutte le quistioni riflettenti l'assistenza degli anormali-psichici, sia per impadronirsi del tema, per affinare la critica e per prepararsi, infine, alle opere nuove, che non possono tardare ad organizzarsi, considerato lo spirito alacre realizzatore degli italiani nuovi ». DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 6 febbraio 1936.

Presidente: Prof. G. DI GUGLIELMO.

Sopra il quadro ematologico dell'angio-endotelioma di Kaposi.

Prof. F. FLARER. — L'O. espone i reperti di un caso di questa malattia studiato assai particolarmente dal punto di vista ematologico con reperti di esami sulla cute, sul sangue circolante (mediante l'arricchimento), sul midollo osseo e sulle glandole linfatiche. Descrive particolari elementi di tipo monocitoide e linfoide a nucleo abnorme di probabile derivazione reticolo-endoteliale particolarmente abbondanti in circolo.

Sulla patogenesi della purpura annularis teleangiectodes di Majocchi.

Proff. F. FLARER e G. B. COTTINI. — Gli OO. hanno studiato accuratamente le prove funzionali periferiche dell'apparato circolatorio e hanno eseguito lo studio istologico della cute delle lesioni e normale in questo caso. Concludono per l'esistenza di una alterazione connettivale diffusa e generale e per un evidente disturbo nel meccanismo dell'emorragia da stasi e pensano che queste due condizioni siano le basi patogenetiche di questa forma.

Su di un caso di psorospermosi follicolare vegetante. (Malattia di Darier).

Prof. GIAN BATTISTA COTTINI. — Dopo una rapida rassegna della letteratura italiana sull'argomento, l'O. riferisce il caso osservato: si tratta di un uomo di 33 anni il quale, accanto a delle classiche lesioni iniziali papulo-follicolari, presenta delle vaste chiazze vegetanti e rammollite alle ascelle, alle regioni inguino-crurali, alla regione lombo-sacrale, e delle cicatrici varie per aspetto ed estensione al viso, al dorso, agli arti inferiori. Le varie ricerche di laboratorio (istologiche, sierologiche, culturali, biologiche) hanno confermato la diagnosi clinica di psorospermosi follicolare vegetante, ed hanno messo in evidenza una reazione Wassermann positiva e dei bacilli acido-resistenti nel pus di focolai rammolliti e chiusi.

L'O. discute il valore di tali reperti e la loro importanza nell'etiopatogenesi della forma morbosa.

Sulla linfogranulomatosi benigna di Schaumann.

Dott. V. GRILLO. — L'O. illustra il concetto clinico ed istologico della cosidetta *Linfogranulomatosi benigna* di Schaumann.

Riporta un caso di osservazione personale caratterizzato clinicamente da manifestazioni cutanee a partecipazione ghiandolare imponente.

All'esame istologico fu riscontrato un tessuto granulomatoso rappresentato prevalentemente da cellule epitelioidi e cellule giganti del tipo di Langhans disposte in focolai circoscritti presenti nella pelle, nelle ghiandole linfatiche, nelle tonsille.

L'O. mentre ritiene che per i caratteri clinici ed istologici il caso descritto rientra nel quadro della *Linfogranulomatosi benigna* di Schaumann, non trova nelle prove eseguite criteri sufficienti per potersi pronunciare sull'etiologia della forma.

Contributo al problema della psoriasi artropatica.

Dott. M. CARUSO. — L'O. a proposito dell'osservazione in due casi di psoriasi di concomitanti alterazioni articolari, riporta allo studio il problema delle cosidette « artropatie psoriatiche » differenziandone il quadro clinico da quello simigliante delle artropatie croniche primarie anchilosanti e facendo delle considerazioni circa il reperto radiografico.

Considerazioni cliniche su tre casi di dermatosi bollose tipo pemfigo.

Dott. M. CARUSO. — L'O. descrive tre casi di dermatosi bollose, di cui uno del tipo di pemfigo foliaceo, il secondo di pemfigo acuto febbrile grave, il terzo di pemfigo vegetante di Neumann.

Tutti i tre casi, iniziati con le caratteristiche cliniche di dermatite del Duhring, hanno successivamente assunto la fisionomia tipica delle tre varietà di pemfigo, e cioè bollosa, foliaceo e vegetante.

In base a rilievi clinici e di laboratorio ritiene giustificata e ben documentata la concezione unitaria del pemfigo, secondo le vedute del Radaeli, e crede di poter spiegare la diversità dei quadri morbosi, pur ammettendo un'unica causa, in rapporto al diverso grado di reazione allergica.

Su due casi di Jalinosi cutanea.

Dott. M. NIGRISOLI. — L'O. riferisce su due casi di Jalinosi cutanea osservati: l'uno in un luetico di 26 anni e che era stato curato con iniezioni di Calomelano sciolto in vaselina; il secondo, di 58 anni, con tubercolosi familiare e personale, che aveva ricevuto delle iniezioni, in varie sedi, di olio canforato. Riferisce dei vari esami praticati e discute sulla patogenesi di dette manifestazioni.

In tema di oleomi e di vaselinomi.

Dott. M. NIGRISOLI. — L'O., a proposito dell'osservazione fatta in numerosi luetici curati ambulatoriamente di masse o di nodosità alle regioni glutee, riferisce degli esami istologici e delle varie ricerche eseguite in molti di questi e che hanno confermato il concetto clinico di oleomi e di vaselinomi.

Discute del valore che, nei suddetti malati, possono aver avuto l'infezione, il medicamento, il veicolo solvente, e la particolare costituzione individuale nel determinismo di tali forme.

L'O. presenta i casi corredati da numerose microfotografie. *Il Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le forme idropiche dell'ittero catarrale.

J. Caroli, R. Cachera e Deparis (*Paris Médical*, 16 maggio 1936) riferiscono due casi di ittero catarrale che hanno presentato durante il corso della loro evoluzione una poussée acuta di anasarca senza nefrite. I due soggetti si sono ammalati con tutti i segni di quello che si suole chiamare ittero catarrale. Le sole peculiarità che presentava il quadro clinico erano l'intensità dei segni cutanei di ritenzione biliare e l'importanza eccezionale della galattosuria provocata. Nessun altro segno di insufficienza epatica grave permetteva tuttavia di prevedere una evoluzione anormale. In queste condizioni si sviluppò con estrema rapidità un anasarca che raggiunse in pochi giorni delle proporzioni notevoli. Questa complicazione inopinata non ha d'altronde affatto modificato il prognostico benigno della malattia: gli edemi si sono riassorbiti e la guarigione dell'ittero ha seguito a breve distanza la loro scomparsa.

I fatti suddescritti non si possono fare rientrare nella sindrome descritta da Fiessinger e Brodin sotto il nome di sindrome ittero-ascitica delle epatiti sclerose: nei due casi in oggetto si tratta di soggetti giovani senza precedenti di lues ed alcoolismo, l'ascite non si è accompagnata a segni di ipertensione portale, l'evoluzione è stata benigna. L'anasarca rappresenta piuttosto un equivalente delle asciti che con relativa frequenza si presentano nell'atrofia subacuta del fegato: è verosimile che sotto la maschera dell'ittero catarrale evolvesse una lesione epatica comportante dei focolai di necrosi, ciò che potrebbe essere confermato dall'intensità della galattosuria provocata. Questa ritenzione idrica senza lesione renale non è che una esagerazione della sindrome di ritenzione idrica che nelle epatiti itterigene evolve parallelamente alla sindrome di ritenzione biliare. Quanto al fattore che scatena l'apparizione degli edemi, i due malati presentavano in pieno anasarca una ipoproteinemia con inversione del rapporto $\frac{\text{albumine}}{\text{globuline}}$ la scomparsa dell'edema ha coinciso con il ritorno alla norma dell'equilibrio proteico. Non bisogna poi meravigliarsi che la crisi urinaria porti contemporaneamente alla scomparsa della ritenzione biliare e degli edemi; infatti ricerche istologiche hanno dimostrato che l'epatite dell'ittero catarrale consiste anzitutto in una specie di rigonfiamento edematoso delle cellule trabecolari specie al centro del lobulo, che prepara il terreno alle necrosi cellulari ed alle rotture canalicolo-interstiziali di Fiessinger. La crisi urinaria sbloccherebbe quest'edema tissulare e ristabilirebbe la funzione normale della cellula epatica. Secondo gli autori si potrebbe anzi considerare l'ittero catarrale vero come una malattia generale a tendenza edematosa ed a localizzazione epatica (vedi le manifestazioni articolari e gli edemi orticarici preitterici ed il caso di Gaté in cui l'anasarca ha preceduto l'ittero).

M. NUNBERG.

Setticemia intermittente ed artrite infettiva cronica.

Nyfeldt (*R. Soc. Biol.*, n. 12 T. CXXI, 1936, p. 1247), praticando l'emocoltura in 36 pazienti affetti da artrite infettiva cronica l'ha ottenuta positiva in 21 casi, isolando 16 volte un diplostreptococco, 3 un batterio difteroide gram positivo, 2 volte culture pure di un grosso diplococco, che ricorda lo pneumococco. Le colture vanno tenute in incubazione 2-3 settimane. Tutti gli stipiti di diplo-streptococco agglutinarono specificamente il siero dei rispettivi pazienti.

Questi germi furono iniettati in coltura di 48 ore in 10 conigli, i quali dopo 3 settimane non presentavano alcun segno di infezione generale o localizzata. Avendo reiniettati dopo tale lasso di tempo, gli stessi germi a 4 conigli, si determinarono in essi violenti processi articolari, specialmente a carico delle articolazioni delle vertebre cervicali e con interessamento dei tessuti periarticolari. Le emocolture furono positive; il liquido articolare risultò sterile e gli animali morirono dopo 3-4 settimane, presentando segni di endocardite verrucosa delle mitrali e caratteristiche lesioni articolari.

JURA.

Echinococco della regione glutea da morso di cane.

Due anni dopo un morso profondo di cane nella regione glutea, si presentò nello stesso posto un echinococco che suppurò e che richiese vari interventi chirurgici.

H. Toole (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 184, pagine 183, 1936) discute le possibità patogenetiche che così elenca: 1) semplice coincidenza; 2) il morso del cane ha prodotto la localizzazione di uno scolice dal circolo; 3) il cane che ha morsicato aveva i denti imbrattati con scolici provenienti da una cisti da echinococco che aveva mangiato; 4) il cane aveva delle uova d'echinococco in bocca, da queste si è sviluppata la cisti senza il ciclo intermedio ma direttamente come gli esperimenti di Dévé hanno dimostrato, e cioè che le uova iniettate sotto cute nel coniglio danno direttamente origine a cisti.

L'A. propende per quest'ultima ipotesi.

VALDONI.

Sarcoma osseo consecutivo ad irradiazione Roentgen.

M. Lüdin (*Acta Rad.*, Vol. XV, f. 4-5, 1934), nel corso di sue ricerche sperimentali sui conigli dirette a stabilire eventuali alterazioni ossee consecutive ad irradiazioni di lunga durata, notò la comparsa sull'estremità superiore tibiale, di una tumefazione progressivamente crescente, globosa, che, all'esame radiografico, anatomico macro- e microscopico, venne diagnosticata come condrosarcoma.

Il tumore si manifestò e si sviluppò durante il periodo dell'irradiazione, della durata di sei mesi e mezzo, durante i quali venne somministrata una dose di 8000 r., diluiti in 40 applicazioni ad intervalli di cinque giorni l'una dall'altra. L. BIANCHINI.

Il tetracloruro di carbonio contro la tenia.

Secondo le prove fatte da R. V. Talice (*Arch. de l'app. digestif et des malad. de la nutrition*, maggio 1936), il tetracloruro di carbonio costituisce un medicamento che, al costo poco elevato, unisce il pregio di non essere affatto dannoso, quando lo si adopera a dovere, di uso facile e d'azione costante contro il verme solitario dell'adulto.

L'A. lo ha somministrato a 67 adulti (con *Taenia saginata* e *T. solium*) ed ha ottenuto una guarigione stabile in 65. Egli consiglia il metodo seguente.

1) Sottoporre il paziente, una settimana prima, ad un regime di idrati di carbonio e latte, senza alcoolici. Somministrare durante lo stesso periodo una dose quotidiana di una buona soluzione di cloruro di calcio (per opporsi alla decalcificazione prodotta dal tetracloruro).

2) Somministrare, a digiuno, una dose di 3-4 cmc. di tetracloruro puro, soprattutto senza zolfo, con aggiunta di un po' di acqua per aumentarne il volume; la somministrazione in capsule è meno efficace. Subito dopo, far prendere 35-40 grammi di solfato di magnesio o di sodio. Obbligare il paziente al riposo.

3) Permettere l'ingestione di infusi caldi zuccherati, di tè, di caffè. Se l'evacuazione non si produce entro 3 ore, far prendere dei lassativi salini e fare un clistere evacuante acquoso. Raccogliere la tenia come di consueto.

4) I giorni seguenti, ripresa progressiva dell'alimentazione, incominciando con un regime semplice piuttosto idrocarbonato. *fil.*

Fistola chilifera postoperatoria.

Melchior (*Zbl. Chir.*, 62, 2402, 1935) riporta il caso di una donna di 54 anni sofferente da 6 mesi di stomaco. I disturbi consistevano in vomito, sangue occulto, si palpava una massa in corr. dell'ipocondrio D. Data l'estensione del tumore e data d'altra parte l'assenza di ghiandole metastatiche e dato che il mesocolon e il colon erano liberi si pratica una gastrectomia totale. Liberando la faccia posteriore del cardias si nota la avvenuta sezione di una vescichetta a parete sottilissima da cui fuoriesce liquido lattescente.

Sutura termino-terminale fra cardias ed esofago. Drenaggio. Per un lungo periodo il drenaggio diede luogo a fuoriuscita di abbondante chilo (fino a 800 cmc. al giorno). La p. era in condizioni gravissime. Per evitare un affamamento del paziente si somministrò una dieta ricchissima in calorie (5000 al giorno) e in enzimi. Dopo varie settimane la secrezione diminuì fino a cessare completamente. Durante tutto questo periodo la p. fu trattata con dieta esuberante. Dopo un anno la p. stava bene.

I casi di fistola chilifera da lesione dei grossi bronchi linfatici o del dotto toracico nel corso di operazione sul collo sono noti; invece non esistono casi nella letteratura di rottura operatoria della cisterna di Pirquet. L'A. ammette per spiegarla una anomalia di posizione, una varietà preaortica della cisterna.

ALDO CALÒ.

SEMEIOTICA

Ricerche sul comportamento del riflesso naso-retinico.

A traverso una serie di adatte ricerche G. B. Bielti e G. Lugli (*Rivista oto-neuro-oftalmologica*, gennaio-febbraio 1936), si sono convinti che accanto alle correlazioni riflesse naso-oculari di vario genere, esiste un vero e proprio riflesso naso-retinico a punto di partenza nasale e riferiscono estesamente sulle caratteristiche fisiologiche di esso.

Essi hanno adoperato la stimolazione della mucosa nasale mediante un sottile portacotone montato o portante all'estremità una scaglietta di nitrato d'argento od anche mediante altri mezzi. Per misurare le variazioni della circolazione retinica hanno usato l'oftalmodinamometro di Baillart ed in alcuni casi l'endoottoscopio di Scherer.

Dall'esame delle tabelle che riportano i dati ricavati dalle osservazioni, risulta chiaramente che il riflesso naso-retinico, da stimolazione endonasale, è presente nell'85 % dei casi negli individui normali; su 48 esperienze praticate su 30 individui normali, 34 volte vi fu elevazione della pressione arteriosa retinica e 6 volte diminuzione di essa. Le modificazioni di detta pressione sono state talora immediate, talvolta invece sono comparse dopo un minuto dalla applicazione dello stimolo. Dopo 5-10 minuti la pressione arteriosa retinica tornava normale. In altre 12 esperienze fatte su individui portatori di affezioni nasali varie, è stata notata una frequenza maggiore dell'abbassamento della pressione arteriosa retinica, pur prevalendo sempre l'innalzamento. Gli AA. ritengono che queste modificazioni della pressione arteriosa retinica siano da riportarsi ad una influenza della stimolazione nasale sulla circolazione locale.

Concordanti con i dati della pressione retinica sono stati quelli rilevati per mezzo del-

l'endoottoscopio. In otto soggetti su dieci fu costatato un rallentamento della velocità dei globuli rossi, conseguente alla vasocostrizione nelle arterie e nei capillari e quindi alla resistenza che il sangue trova al suo progredire. Gli AA. sono di avviso che per quello che riguarda il decorso dell'arco riflesso naso-retinico, si tratta di un riflesso trigemino-simpatico, determinato da eccitamenti che partendo dalle terminazioni endonasali del trigemino, agiscono direttamente sul simpatico destinato ai vasi retinici.

Viene così ammessa la possibilità che stimoli abnormi partenti dalla mucosa nasale possano avere conseguenze patologiche sulla circolazione retinica e la probabilità di poter ottenere qualche modificazione della circolazione della retina e del n. ottico a traverso la mucosa nasale. VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sulla patogenesi dell'emorragia cerebrale.

In uno degli ultimi numeri abbiamo riassunto un interessante lavoro di E. Tarro su questo argomento, nel quale le dottrine antiche e moderne vengono ampiamente svolte e commentate.

Un nuovo contributo allo studio fisio-patologico dell'emorragia cerebrale portano ora D. Paulian a L. Bistriceano (*Presse Méd.*, 20 giugno 1936), descrivendo le lesioni che si possono riscontrare a carico delle vene in un focolaio emorragico.

Queste lesioni possono essere primitive (di natura tubercolare, luetica) e rappresentare allora la causa prima dell'emorragia. Ciò avviene per lo più nei giovani, ma assai raramente, data la debole pressione del sangue che vi circola. Più spesso lo stesso agente causale che provoca le lesioni arteriose secondarie (angio-necrosi fermentativa di Rosenblath) e la compressione esercitata dallo stravaso sanguigno determinano delle alterazioni a carico della parete delle vene.

L'anatomia patologica dell'emorragia cerebrale considerata sotto i suoi vari aspetti acquista attraverso questa serie di ricerche, alle quali partecipano attivamente studiosi italiani, una completezza tale da far sperare che si giunga presto ad una più precisa conoscenza anche del suo meccanismo fisiopatologico. Quest'ultima non può derivare che da una concezione equilibrata che attribuisca il giusto valore ai fattori vasali e ai fattori tissulari.

Lo studio dettagliato di quest'ultimi fattori ha portato fin dal 1929 G. Daddi (i cui lavori non sono citati dal Tarro) ad affermare che le alterazioni vasali « sono probabilmente da riferire ad un'azione di rigonfiamento, di imbibizione dei tessuti vasali e specialmente dell'avventizia reticolare, consecutiva all'accumularsi all'intorno del vaso, causa il deficiente ricambio circolatorio, di prodotti catabolici, che, da un lato distruggono il tessuto, e si traducono nella clasmadendrosi astrocitaria, nel rigonfiamento acuto dell'oligodendroglia e nelle aree di rarefazione, dall'altro agiscono sui vasi disintegradandone la compattezza della parete ».

Nella patogenesi dell'emorragia cerebrale scriveva ancora il Daddi (Riv. di Patol. nerv. e mentale, luglio 1929), si devono quindi considerare due ordini di fattori: gli uni banali, vasculigeni che precedono in ordine di tempo, e che pur agendo su un infinità di individui non sempre si accompagnano a fenomeni emorragici; gli altri tissuligeni, specifici, individuali ». E. CARLINFANTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'Abb. C. T. da T. s. A., n. 4022 - I:

Non è possibile, nei limiti della rubrica, dare dati esaurienti sulla malattia di Paget del capezzolo. Le consigliamo di consultare il capitolo svolto nel « Manuale di Chirurgia », di R. Alessandri, vol. II, parte II, editore Luigi Pozzi, Roma. P. V.

Al dott. M. N. di Or. abb. n. 10587:

Non ancora è stata fissata la data d'inizio delle prove d'esame per il concorso a tenente medico in servizio permanente effettivo, nè è stata nominata la Commissione esaminatrice. Comunque, il candidato riceverà tempestivamente, a norma dell'art. 5 del bando di concorso, l'invito personale per presentarsi agli esami. DE B.

VARIA

La deliquenza come malattia.

La concezione lombrosiana del delitto si fa strada in Inghilterra: alla Corte di polizia del sud-ovest di Londra il magistrato metropolitano C. Mullins ha rimandato di un mese un giudizio, affinchè l'accusato fosse preso in esame dall'Istituto per il trattamento scientifico della delinquenza. Si era già avuto un precedente del genere, vari anni or sono, nel giudice C. Hall, che aveva sfidato il ridicolo per applicare le nuove concezioni. Ma i tempi divengono sempre più maturi.

Nel caso specifico si trattava di un uomo 34enne, che la Polizia giudicava un soggetto abbominevole, accusato di molte offese al pudore. Egli aveva avuto encefalite letargica nel 1919, meningite cerebrale nel 1922 e una grave ferita al capo nel 1927. Secondo la criminologia corrente, avrebbe dovuto essere punito per pochi mesi e poi rimesso in circolazione; secondo la scuola positiva del delitto, invece, dovrebbe essere sequestrato indefinitamente, a difesa della società, ma non punito. — Notizie ne sono date in *Lancet* del 9 maggio 1936 (Da *L'Attualità Med.*, n. 5).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I servizi sanitari nel nuovo impero e la preparazione dei medici.

Da Addis Abeba dove era entrato con le truppe vittoriose, S. E. Lessona, Sottosegretario alle Colonie, tornando in Italia a ricevere dal Duce la elevazione a Ministro, prendeva imbarco sull'*Aquileia*, una delle nostre belle « navi ospedale », che nella impresa africana hanno rappresentato il più perfetto ed utile apprestamento sanitario a servizio degli uomini operanti in zone tropicali.

E forse la scelta non fu casuale, perchè su quel grande ospedale galleggiante egli potè rendersi conto di alcuni problemi che si prospettano all'avvenire della nostra colonia, iniziando a contatto dei medici dirigenti lo studio di quella organizzazione sanitaria nel nuovo Impero, che oggi sta in « primissimo piano ».

In attesa del « ruolo dei medici coloniali », che sarà certo di prossima attuazione, e che darà loro una posizione ben definita e una garanzia sicura nella carriera, è necessaria da parte dei sanitari aspiranti a venire in A. O. una severa preparazione e una esatta comprensione dei compiti importantissimi che rivestirà la funzione del medico nella nuova grande colonia.

Mentre dovrà essere prontamente organizzata la loro preparazione tecnica nelle Cliniche italiane, e completata poi in alcune località dell'Impero, è opportuna anzitutto da parte dei medici stessi una coscienziosa autovalutazione delle proprie capacità, della resistenza fisica ai disagi del clima e al lavoro non lieve della colonia, delle possibilità di adattamento alla lontananza per alcuni anni dalla madre Patria e della resistenza alle nostalgie della famiglia, della casa lontana e del paese nativo.

Se la selezione dei sanitari destinati in colonia dovrà essere oculata e rigorosa, è opportuno che i medici stessi concorrano a tale selezione, ponderando bene tutte queste circostanze, prima di accettare l'onore di imbarcarsi per l'Africa Orientale Italiana a continuare l'opera mirabile dei colleghi dell'Esercito, della Marina e dei Servizi Civili che nel ritmo intenso di preparazione e di rapida attuazione della grande vittoria hanno dato tutta l'opera loro indefessa e sapiente, concorrendo a quel risultato meraviglioso che ha stupito il mondo, di contenere la morbosità in proporzioni ridottissime e limitare prontamente ogni focolaio epidemico, pur nel vasto movimento di uomini, e nelle condizioni di clima e di ambiente così particolarmente infidi.

La preparazione tecnica delle molte centinaia di medici che necessitano al nuovo Impero importerà certo l'istituzione di cattedre per l'insegnamento della Patologia e della Clinica delle malattie tropicali da annettersi alle principali Università Italiane, a completamento della Scuola di Roma diretta dal più illustre dei Clinici tropicalisti viventi, che ha esercitato l'alta sorveglianza sanitaria nella nostra impresa coloniale, e a cui spetta in prima linea il merito degli accennati meravigliosi risultati.

Ma contemporaneamente si prospetta l'opportunità di creare in Etiopia, ad Addis Abeba, e forse anche ad Asmara, un Istituto Clinico dove i giovani medici, prima di accingersi all'esercizio professionale in Colonia, completino con l'osservazione clinica dei malati quelle nozioni, in gran parte forzatamente teoriche, che appresero in Italia.

Poichè non è fuori luogo ricordare che l'osservazione clinica delle malattie che si verificano in queste regioni tropicali non contempla che in piccola parte le affezioni rare o sconosciute nei nostri climi e proprie di queste zone, ma riguarda invece nella grandissima maggioranza dei casi quella particolare fisonomia e lo speciale andamento clinico che assumono in queste regioni dei tropici le comuni malattie.

E ciò in rapporto all'influenza che il clima dei tropici, cioè la temperatura, l'altitudine, lo stato igrometrico dell'aria, il regime dei venti, delle piogge, ecc., esercitano sull'organismo umano, modificando il ritmo e i rapporti fisiologici tra le diverse funzioni organiche, e turbando naturalmente in grado maggiore tali funzioni, quando intervenga uno stato di malattia.

Nei trattati di Patologia Tropicale viene generalmente identificato come clima dei tropici quello delle zone torride, cioè il caldo umido, sul tipo di quello di Massaua o della Somalia, mentre poco noti sono gli effetti del clima di altitudine in zone tropicali. E in Etiopia, come in Eritrea, i centri abitati più importanti sono sugli altipiani, ad altitudini di 2000 e più metri sul livello del mare.

Numerosi ed interessanti problemi di fisiopatologia riguardano quindi gli effetti dell'altitudine sull'organismo umano in queste regioni tropicali dove la temperatura è mite, e l'umidità atmosferica ha limiti bassissimi, come ad Asmara dove essa raggiunge talvolta i 20 gradi a confronto dei 90-100 della sottostante Massaua, mentre la pressione barometrica è di 170-180 mm. inferiore a quella del livello del mare.

A queste altitudini si verificano profonde modificazioni nella funzione e nel ricambio degli organi, ed esse sono diverse da quelle che si hanno ad eguali altezze nelle nostre latitudini: la respirazione si accelera, il ritmo

cardiaco si fa più frequente, mentre diminuisce la traspirazione cutanea e l'eliminazione urinaria; e ciò che è più frequente a verificarsi è il turbamento delle funzioni digestive, per le diminuite secrezioni salivare e gastrica, e fors'anche per altre anomalie dei secreti che affluiscono nell'intestino, con conseguenti disordini delle funzioni intestinali. Quei soggetti poi che, nuovi in colonia, per lo stimolo dovuto alla secchezza dell'aria non sanno moderarsi nel vitto e specie nelle bevande alcooliche, vanno incontro a frequenti congestioni del fegato (il così detto fegato tropicale), con relative conseguenze sul sistema nervoso, a tipo di depressione psichica, di nevrastenia grave e di stati ipocondriaci.

Sono queste turbe funzionali interessanti diversi organi e apparati, provocate dal clima tropicale di altitudine, che imprimono una particolare fisonomia e un andamento grave a molte delle comuni malattie, e forse contribuiscono, specie per l'accennata disfunzione epatica, a dare un frequente carattere di perniciosità alla malattia più diffusa nei tropici, la malaria.

Bisogna infine considerare che la nostra colonizzazione non si effettuerà alla stessa stregua di quella di altre nazioni, ricche di colonie ma povere di uomini; limitatamente cioè all'invio di presidii militari e di pochi dirigenti le aziende.

In questo immenso Impero che il valore dei nostri soldati ha conquistato alla Patria, il compito non è solo la redenzione dalla schiavitù e la civilizzazione romana delle razze etiopiche, ma qui dovranno trovare alimento e vita i lavoratori italiani, che lasciando i confini della Patria non dovranno ormai più fecondare con le loro braccia delle terre straniere.

E l'opera dei medici, che potrà essere anche di penetrazione politica fra le diverse razze, non dovrà limitarsi alla profilassi e alla cura delle forme morbose tra gli indigeni, ma anzitutto rappresenterà il presidio e la salvaguardia della salute dei nostri colonizzatori.

Per questi lavoratori italiani, lontani migliaia di chilometri dalla madre Patria, il medico rappresenta la garanzia più sicura di quella che è sopratutto valutata in queste terre lontane, la salute!

Bisogna aver veduto con quanta dedizione qui i malati si affidano al medico; bisogna aver letto nei loro occhi imploranti quanta speranza e quanta fiducia ripongono in noi e nell'opera nostra!

È necessario che il medico coloniale, compreso della sua alta missione, sia pienamente degno di questa fiducia.

Asmara, giugno 1936-XIV.

Prof. Francesco Giugni
Primario dell'Ospedale « Regina Elena »

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Progetti di opere antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica - Divisione VI C. - Sezione II) ha diramato ai sigg. Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare n. 87 in data 23 giugno 1936-XIV:

Le norme impartite con Circolare del 25 marzo scorso n. 20179 circa le notizie da comunicare a questo Ministero sui progetti di costruzione delle opere igieniche, contemplate nell'art. 228 del T. U. delle Leggi Sanitarie, da talune prefetture furono interpretate con criteri ristrettivi, in quanto dalle suddette opere vennero escluse alcune, pur rivestendo preminente carattere igienico-sanitario, quali i preventori, le colonie permanenti, gli Istituti post-sanatoriali ecc.

Specialmente per tali istituzioni si richiede anzi il diretto intervento del Ministero perchè il medesimo possa esercitare l'azione di direttiva tecnica e di coordinamento di tutti i servizi di profilassi e di assistenza contro la tubercolosi ai sensi dell'art. 268 del Testo Unico succitato.

Epperciò devesi chiarire che, fermi restando i concetti espressi nella sudetta Circolare per i progetti delle opere igieniche in genere, tutti quelli che riguardano istituzioni antitubercolari e quindi ivi compresi i preventori, le colonie permanenti, gli Istituti post-sanatoriali e simili, qualunque sia l'ammontare delle spese relative, debbono ottenere il preventivo benestare di questo Ministero e quindi essere inviati al medesimo, analogamente a quanto già avviene in confronto dei Sanatori e dei Dispensari antitubercolari.

Si pregano le EE. LL. di impartire alle Provincie, ai Comuni, ai Consorzi provinciali antitubercolari, alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza le opportune disposizioni, ecc.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. Prefetture.

Foggia. — È bandito il concorso alle condotte mediche per Candela e S. Ferdinando di Puglia, scadenza 31 agosto.

Sono prorogati i concorsi alle condotte mediche per le seguenti Province: Alessandria, al 30 luglio; Bologna, Bolzano, Campobasso, Pistoia, Potenza, Reggio Em., Salerno, Teramo, al 31 luglio.

È revocato il concorso per la condotta medica nel comune di Niella Bello, prov. di Cuneo.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alla R. Prefettura, Ufficio del Medico Provinciale).

Ascoli Piceno. — L'Ospedale Civile « Umberto I » cerca assistente. Assegno Lire seimila annue oltre completo mantenimento. Rivolgersi alla Congregazione di Carità, via Trivio 25, Ascoli Piceno.

Milano. *Amministraz. Provinc.* — Medico primario o di Sezione presso l'Ospedale Psichiatrico di Mombello; proroga al 31 luglio. Rivolgersi alla Segreteria Gener. della Provincia, via Monforte, 31.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'on. prof. Amedeo Perna, direttore della R. Clinica odontoiatrica e dell'Istituto Eastman di Roma, è promosso tenente generale medico.

Il prof. Carlo Colucci, dopo aver occupato per un anno — in esito a concorso, nel quale risultò 1° classificato — il posto di primario chirurgo nell'Ospedale di Pescara, ha ripreso la direzione dell'Ospedale Civile di Tivoli, avendo rinunziato al primariato di Pescara, dove è stato nominato il prof. Luigi Di Natale, come già ne demmo l'annunzio.

Sono nominati emeriti dell'Università di Pavia i proff.: Umberto Mantegazza, di clinica dermosifilopatica e Achille Monti, di patologia generale.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Francesco Speciale, in anatomia umana normale; Giacomo Serra, in clinica dermosifilopatica; Gastone Canziali e Carmelo Maltese, in clinica delle malattie delle vie urinarie; Gemma Barzilai, Francesco Gasparri, Antonino Merlino, Luigi Molinengo, Giuseppe Morra, Ettore Ponzi, Silvestro Roberto, Giuseppe Valle, Pietro Quinto, Baldassare Savona, in clinica ostetrica ginecologica; Alessandro Fiano, Paolo Sciapparelli, in clinica pediatrica; Alessandro Bich, Giuseppe Zampa, Francesco Pescatori, in patologia chirurgica; Angelo Baserga, Augusto Jona, Nicola Sanguigno, Saverio Signorelli, in patologia speciale medica; Romano Vercesi, in tisiologia.

Il prof. Carlos Monje è stato eletto presidente dell'Accademia di Medicina del Perù; il prof. Avedaño è stato nominato, per acclamazione, presidente onorario della stessa Accademia.

NOTIZIE DIVERSE

Le condizioni di Anna Maria Mussolini.

Tutta l'Italia ha seguito con ansioso interessamento le sorti della piccola inferma. È con vivo senso di sollievo che si è appreso come la preoccupante malattia volga verso un graduale e sempre più accentuato miglioramento.

I nostri voti più fervidi sono per la piena e sollecita guarigione. L'assistenza di sanitari valorosi, quali Valagussa, Ronchi e Salaroli ci dà la confortante certezza che le più efficaci risorse della terapia vengono attuate ed utilizzate.

Conferenza del prof. Frugoni sulle infezioni focali.

Alla Società lombarda di medicina, presente un foltissimo pubblico, il prof. Cesare Frugoni, direttore della Clinica medica della R. Università di Roma, ha chiuso il ciclo di conferenze sulle attualità di terapia parlando della: *Terapia delle infezioni focali.*

L'oratore, presentato dal vicepresidente, professore Marcora, ha affermato anzitutto l'esistenza e la realtà clinica, non già di una malattia focale, a sè ben definita, ma di sindromi multiple a genesi focale o infezioni focali, e cioè forme morbose spesso croniche con intermittenza di riacutizzazioni provocate da focolai infettivi anche piccoli e lontani e silenti detti « foci » (tonsillite cronica, affezioni della bocca, dei seni facciali, dei denti, prostatiti, ecc.). Ha insistito poi sul concetto che il problema è essenzialmente clinico e esiste indipendentemente dai dati di laboratorio sulle infezioni focali e dalle tante controverse ricerche di Rosenow. Si è soffermato quindi sul quadro clinico, sulla patogenesi e meccanismo delle riaccensioni di sintomatologia che ricorrono parallelamente nel « focus » e a carico per ogni ammalato dell'organo o tessuto in lui compromesso e ciò sia spontaneamente che sperimentalmente, ad esempio test tonsillare per spremitura o per ventosazione. L'oratore ha concluso infine con dettami di terapia consistente nella correzione medico-chirurgica dei foci ritenuti responsabili, nella farmaco e vaccinoterapia e terapia autogena; e infine ha affermato che quando il trattamento ha esatte indicazioni e misurate applicazioni i risultati curativi possono essere pronti e brillanti.

2° Congresso internazionale di gastroenterologia.

Ricordiamo che la Società Internazionale di gastro-enterologia ha organizzato il suo secondo congresso. Questo terrà le sue sedute a Parigi durante l'Esposizione Universale, il 13, 14 e 15 settembre 1937, sotto la presidenza del prof. Pierre Duval di Parigi.

Questioni messe all'ordine del giorno: 1° « La diagnosi precoce del cancro dello stomaco »; 2° « L'occlusione acuta e cronica dell'intestino tenue ».

La prima sarà trattata assieme da relatori tedeschi e da relatori francesi.

La relazione complessiva degli autori francesi sarà presentata dai proff. P. Duval e Gosset con la collaborazione del prof. Carnot (diagnosi clinica e sierologica), del dott. Gutmann (radiologia), del dott. Moutier (gastroscopia), del dott. Garrin (gastroscopie fotografiche), del prof. Labbé (diagnostica chimica), del dott. Ivan Bertrand (istologia patologica), dei dottori Gatellier e Charrier (diagnostica operatoria).

Il prof. Konjetzny presenterà la relazione complessiva degli autori tedeschi con la collaborazione dei proff. Bergmann (medicina), Sauerbruch (chirurgia), Buerger (diagnostica chimica), Berg (radiologia), Henning (gastroscopia e gastrofotografia), Staemmlen (anatomia patologica).

La seconda questione messa allo studio sarà trattata dai seguenti autori: Mogena (Spagna) per la parte medica; Bottini (Belgio) per la fisiopatologia; Krynski (Polonia) per la radiologia; Wilkie (Inghilterra) per la chirurgia; Bindo De Vecchi (Italia) per l'anatomia patologica; N. N. (Stati Uniti d'A.) per la biochimica.

Le Giornate mediche di Bruxelles.

La 15ª Sessione delle Giornate mediche di Bruxelles si è svolta secondo il ricco programma prestabilito dagli infaticabili organizzatori, dottori Mayer, Beckers e Bernard. Due elementi perturbatori non previsti — gli scioperi e il caldo estivo anticipato — non hanno menomato la grandiosa e cordiale manifestazione.

La seduta inaugurale ebbe luogo nella grande sala del Palazzo delle Accademie, presenti alte autorità, tra cui l'ambasciatore d'Italia.

Il nuovo ministro della sanità pubblica, Vandervelde, dopo aver ricordato il lutto da cui il Belgio è stato recentemente colpito nella sua famiglia reale, tracciò il programma che egli in-

tende di attuare nell'interesse del Paese. Il professore Nicolas recò il saluto dei Governi stranieri. Il dott. Beckers, dopo aver chiesto che l'assemblea, in raccoglimento, si associasse al lutto del Belgio, rilevò i progressi costanti della Giornate mediche e prospettò alcuni problemi professionali che interessano i medici belgi. Il prof. Danis, presidente del Congresso, tenne poi il discorso inaugurale. Infine il dott. Bedel pronunziò una scintillante conferenza in cui, dimenticando di essere medico, si pose dal punto di vista del paziente.

Sui lavori del congresso riferiremo prossimamente.

Il 3° Congresso nazionale di studi coloniali.

Il Centro di studi coloniali, che ha sede in Firenze, ha indetto, col consenso del Duce, il terzo Congresso nazionale di studi coloniali. Questo Congresso, che dovrà svolgersi nel prossimo autunno a Firenze, assume uno speciale significato, in quanto chiama a raccolta tutti gli studiosi di problemi coloniali, mentre nuove terre si aprono alla colonizzazione italiana.

Come abbiamo annunziato, la Società Italiana di medicina e igiene coloniale si è associata all'Ente fiorentino, cosicchè il 3° Congresso nazionale di studi coloniali diverrà anche, automaticamente, il 6° Congresso della Società predetta. Prossimamente verrà comunicata la data precisa del Congresso e verranno indicati gli argomenti che formeranno materia delle relazioni e i nomi dei relatori. La Società, presieduta dal sen. Castellani, ha sede nella Clinica delle malattie tropicali e subtropicali diretta dal Castellani (Policlinico Umberto I, Roma).

Comitato antimalarico della provincia di Milano.

Sotto la presidenza del preside della provincia di Milano ing. Belloni, si è riunito il Comitato antimalarico.

Il presidente ha illustrato il conto consuntivo per l'anno 1935; ha ricordato la complessa e notevole attività svolta anche col concorso del Comune di Milano; ha rilevato che i casi di malaria sono in notevole diminuzione, onde fra breve questa malattia sociale sarà sradicata dalla provincia.

Il medico provinciale prof. Piccininni ha riferito sul programma di attività in corso di attuazione, comprendente, tra l'altro, il funzionamento di 26 dispensari antimalarici, valendosi dell'opera dei medici condotti.

Si è dato conto dei lavori di risanamento del suolo, compiuti da Enti e privati sulle direttive del Comitato.

Società per gli studi della malaria.

Il Consiglio d'amministrazione della Società per gli studi della malaria si è riunito il 25 giugno a Roma nella sede sociale, presso l'Istituto di Malariologia, sotto la presidenza del sen. Prampolini.

In principio di seduta venne dedicato un minuto di raccoglimento alla memoria del sen. Marchiafava, principe dei malariologi, che il Consiglio si onorava di annoverare tra i suoi membri.

Il Consiglio ha posto in rilievo come l'Italia si avvii alla redenzione definitiva dalla malaria, in virtù della grandiosa legge Mussolini sulla bonifica integrale. Il problema della malaria si pone ora in tutta la sua gravità per i territori dell'Impero.

Il Consiglio ha stabilito d'istituire due premi, del valore di L. 4000 ciascuno, da assegnare a studiosi che nel corso di un biennio compiranno le ricerche sulla malaria giudicate più pregevoli dal punto di vista scientifico o più utili dal punto di vista pratico.

Ha deciso di elevare la quota sociale da L. 30 a L. 40 annue, con diritto, da parte dei soci, di ricevere la « Rivista di Malariologia », organo ufficiale della Società.

Ha deliberato di assegnare una sovvenzione a questo periodico.

Ad unanimità ha nominato consigliere il dott. Gioacchino Escalar, che è a capo dei Servizi antimalarici del Governatorato di Roma.

L'Istituto di medicina industriale a Milano.

Il 27 giugno l'on. Ferruccio Lantini, ministro delle Corporazioni, ha inaugurato, in forma semplice ed austera, il nuovo Istituto di medicina industriale, realizzato a Milano per iniziativa dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni.

Alla cerimonia assistevano le autorità cittadine, senatori, deputati, personalità dell'industria, della scienza medica, rappresentanti di tutti gli istituti di assistenza, il Consiglio direttivo dell'Ente nazionale per la prevenzione infortuni con il suo presidente sen. De Michelis, i vice-presidenti on. Olivetti e Cianetti e il segretario generale prof. Balella.

L'istituto consta di sale di visita medica, di numerosi gabinetti scientifici: di biotipologia, di radiologia, per il ricambio basale, per gli esami sensoriali, per lo studio della forza e dei movimenti, un locale per gli apparecchi di elettrocardiografia, cronassia ed elettroanalisi, un grande salone pel servizio amministrativo-statistico, un Museo permanente per la sicurezza e l'igiene del lavoro (occupa tutto il pianterreno ed è destinato alla propaganda) ecc.

L'Istituto si propone di svolgere ed attuare un programma le cui linee principali sono: visite mediche di assunzione al lavoro della mano d'opera industriale, allo scopo precipuo di escludere i non idonei da quei lavori che possano pregiudicare la salute fisica del lavoratore e, di conseguenza, il rendimento dello stesso; visite mediche periodiche agli operai addetti alle lavorazioni pericolose e tossiche, allo scopo di ridurre al minimo il rischio di intossicazione professionale e di offrire agli operai un'efficace protezione, sia con la temporanea sospensione del lavoro, sia con un tempestivo cambiamento di lavorazione.

Centro per la lotta contro il cancro a Cremona.

Il 27 giugno, presenti l'on. Farinacci, presidente del Consiglio degli Istituti Ospedalieri di Cremona, il prefetto Carini, il federale Montanari e il vescovo mons. Cazzani, è stato inaugurato il Centro istituito dal Consorzio provinciale per la lotta contro il cancro. Il nuovo Istituto, che è il primo di carattere provinciale sorto in Italia, è stato allestito in uno dei riordinati padiglioni dell'Ospedale Maggiore. Dopo la benedizione impartita da mons. Cazzani, hanno parlato il presidente del Consorzio gr. uff. Francesco Rossi e il prefetto.

Il nuovo Ente pone Cremona alla avanguardia anche nella lotta contro i tumori maligni, lotta voluta dal Regime per la sanità della razza.

Al Sanatorio Ramazzini.

Il 2 luglio nell'Ospedale sanatoriale Bernardino Ramazzini in Roma si è tenuta una significativa cerimonia. Con l'intervento delle LL. Ec. Buffarini-Guidi, De Blasi, Selva, Ferrari, Bontempelli, Petragnani, dei sen. Cremonesi e Nomis de' Cosilla, degli on. Biagi, Morelli, Perna, dei gen. Franchi, Falso, De Plato, Mariotti-Bianchi, dei proff. Alessandri, Giannini, Meldolaghi e di altre autorità, in un'atmosfera di letizia, furono inaugurate alcune opere eseguite dai ricoverati: una fabbrica di ceramiche, un'azienda floreale, una di coniglicoltura, un'uccelliera, chioschi, fontane, giardini, l'« esedra imperiale » che sarà il luogo generale di adunata. Il direttore del sanatorio, prof. Bocchetti, in un efficacissimo discorso illustrò il contenuto modernamente scientifico e profondamente umano delle cure di lavoro, che affrancano dall'ozio e che tendono al recupero sociale. Un ricoverato espresse poi sensi di riconoscenza e di fede. La simpatica cerimonia si concluse col saluto al Duce.

La presidenza della C. R. I. al Comitato internazionale di Ginevra.

Il Governo italiano ha inviato alla Società delle Nazioni, per comunicazione a tutti i membri, una lettera in data 15 giugno diretta dal Presidente della Croce Rossa Italiana al Comitato internazionale della Croce Rossa in Ginevra, relativamente all'inchiesta aperta dal Comitato stesso sulle violazioni delle leggi di guerra. La lettera dice che data la nuova situazione formatasi in Etiopia, la Croce Rossa Italiana ritiene di non aver più da risponderne alla nota della Croce Rossa etiopica del 2 marzo 1936, e che cercava di fuorviare la pubblica opinione.

Tuttavia per cortesia verso il Comitato Internazionale e per informare le altre Società della Croce Rossa sulla situazione reale che esisteva in Etiopia prima dello stato di cose attuali, l'Associazione italiana ha ritenuto opportuno di rivolgere al Comitato un memoriale contenente alcune considerazioni sulle affermazioni della Croce Rossa etiopica. Il memoriale si divide in varie parti; la prima parte contiene delle osservazioni generali sulla inesistenza di fatto della Croce Rossa etiopica, sulla sua incomprensione delle convenzioni di Ginevra ecc.; la seconda contiene delle osservazioni e giustificazioni formulate dalla ex Croce Rossa etiopica per quanto riguarda l'impiego dei proiettili dum-dum; la terza concerne le accuse etiopiche sui pretesi bombardamenti italiani di formazioni sanitarie, di città aperte e sul preteso impiego dei gas aggressivi.

Azioni giudiziarie.

È stata pubblicata la sentenza della Cassazione civile sulla controversia concernente le conseguenze di una iniezione fatta da un medico condotto, e per la quale derivò la lesione del nervo sciatico. Il paziente convenne il medico avanti il Tribunale di Torino, chiedendo il risarcimento dei danni. Il Tribunale accolse la domanda, ma su appello del medico la Corte di Torino, premesso che il medico può rispondere solo di colpa contrattuale in conseguenza della locazione di opera e quindi, se il paziente si rivolge ad un sanitario modesto, non può pretendere la stessa prestazione di un medico provetto, riformò la sentenza del Tribunale.

Avverso questa sentenza propose ricorso in Cassazione il paziente, sostenendo che il medico deve usare sempre prudenza e diligenza per evitare conseguenze dannose alla salute del paziente.

La Cassazione ha accolto il ricorso, ritenendo che la negligenza ed imperizia del medico costituiscono sempre delitto colposo, e quindi esso deve rispondere appunto anche di colpa acquiliana. La sentenza della Corte di Torino è stata pertanto annullata e la causa è stata rinviata a nuovo esame alla Corte di Appello di Genova.

Respingendo il ricorso inoltrato da un veterinario di Tripoli, la V Sezione del Consiglio di Stato ha emesso una notevole decisione, secondo cui i medici veterinari iscritti alla Cassa di Previdenza Nazionale, pur avendo prestato servizio presso un Comune avente apposito regolamento di pensione, non possono avere due pensioni, ma una sola, ripartita per quota parte fra la Cassa Nazionale, il Comune o gli Enti interessati.

Abbiamo già dato notizia della condanna del dott. Brun, da parte del Tribunale correzionale di Béthune. Ora egli è stato assolto dalla Corte d'appello di Douai.

Il Tribunale pel Contenzioso di Guipúzcoa (Spagna) ha annullato le deliberazioni della Giunta municipale di San Sebastián e un decreto del Municipio che riducevano i compensi ai medici ausiliari e aggiunti del Corpo Sanitario di questa città, ed ha ordinato di corrispondere gli arretrati.

Un po' dovunque.

Ad una recente riunione della R. Accademia d'Italia è stato scelto, come argomento per il Convegno Internazionale Volta da tenersi nell'autunno 1937, il tema: « La nutrizione ».

Il Comitato d'igiene della Società delle Nazioni ha tenuto la sua 23ª sessione a Ginevra dal 27 aprile al 2 maggio, sotto la presidenza del dottor Madsen. Nel Comitato l'Italia è rappresentata dal prof. G. Bastianelli e dal dott. A. Lutrario.

Dal 3 al 6 giugno si sono tenute le Giornate mediche di Embridge Wells, organizzate dalla « Medical Association of the International Clinic ». In omaggio alla scienza francese, la manifestazione venne presieduta dalla sig.ra Joliot-Curie, che tuttavia non potè assistere alla cerimonia di chiusura, perchè richiamata dal presidente al Consiglio francese, per la presentazione del Ministero, del quale ella fa parte, alle Camere.

L'Associazione per la documentazione fotografica e cinematografica nelle scienze terrà un congresso dal 9 al 15 ottobre, a Parigi, nei locali del Museo pedagogico dello Stato; vi sarà annessa un'Esposizione. La corrispondenza va indirizzata al Dr. Claoué, rue Scheffer 39, Paris 16e; gli apparecchi, i documenti e le pellicole vanno spediti al: Musée Pédagogique de l'État, rue d'Ulm 29, Paris 9e.

La Società tedesca per la medicina legale e sociale terrà la 25ª riunione dal 17 al 19 settembre a Dresda. Segretario: Dr. Schrader, Lalustr. 9, Marburg a. L.

Il 1° Congresso brasiliano di ortopedia e traumatologia si è adunato dall'1 al 3 giugno in San Paulo. Ospite d'onore ne è stato il prof. Vittorio Putti di Bologna.

La 6ª settimana medica ungherese si è svolta a Budapest dal 2 al 6 giugno. Temi trattati: Le vedute attuali sull'insufficienza circolatoria; Fisiologia e patologia del ricambio del calcio; Malattie interne di natura traumatica.

Il 9° Congresso dei medici e biologi di lingua catalana e occitana si è adunato a Perpignano dal 24 al 27 giugno, sotto la presidenza del dott. Joan Puig i Sureda. Temi discussi: Il reumatismo, Le cisti idatidee, La diagnosi d'inizio dei tumori vertebrali.

Il prof. L. Soresi, direttore del Centro Medico Italiano a New York, chiede che gli s'inviino pubblicazioni, apparecchi e strumenti da italiani desiderosi di far conoscere la loro produzione: Indirizzo: A. L. Soresi, M. D., Italian Medical Center, 135 East 55th Street, New York, S. U. d'A.

Incaricato di compilare una monografia relativa alla « Chirurgia in Italia nel XX secolo » (patologia, clinica ed elettroterapia), il sen. prof. D. Giordano (S. Leonardo 1574, Venezia 16) sarà grato ai colleghi che vorranno inviargli le loro pubblicazioni, dal 1900 ad oggi, ad evitare rincrescevoli dimenticanze ed eventuali recriminazioni.

Il « Giornale di Clinica Medica » del 10 giugno è pubblicato in omaggio alla medicina ungherese, traendone occasione del 70° compleanno di A. von Koranyi; il fascicolo reca una breve biografia del grande clinico e quattro lavori di studiosi ungheresi, nonchè il resoconto della 6ª settimana medica ungherese.

È uscito il programma dei Corsi di Medicina, Chirurgia e Ostetricia che la Scuola Medica Ospitaliera di Roma terrà nei mesi di agosto, settembre e ottobre per i laureandi e laureati in Medicina in attesa degli esami di Stato. Per informazioni e iscrizioni, rivolgersi alla Segreteria della Scuola, Policlinico Umberto I.

Si è spento a Parigi, in età di 68 anni, il dott. T.-J. Legry, « agrégé » in quella Facoltà medica, eminente anatomo-patologo e clinico; con Chantemesse e Widal gettò le basi della nosografia delle colibacillosi; studiò l'acondroplasia; compì altri studî pregevoli.

Il prof. Hugo Schottmüller, che ha insegnato a lungo medicina interna all'Università di Amburgo, ha legato il suo nome a varie scoperte: i paratifi ed i loro agenti specifici, l'endocardite lenta, il compito che spetta agli anaerobi nella genesi delle sepsi tromboflebitiche ecc. Nel campo terapeutico ricordiamo il trattamento dell'asma con l'iperpiressia, il lavaggio della pelvi renale con antisettici ecc. Alcune sue monografie sono divenute classiche: così quella sul tifo addominale e quella sulla meningite cerebro-spinale.

Si è spento il dott. J. Tate Mason, da poco eletto presidente dell'Associazione Medica Americana.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 1° giugno al 7 giugno 1936: Morbillo 354 (2174); Scarlattina 126 (274); Pertosse 215 (838); Varicella 139 (312); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 152 (248); Infezioni paratifiche 48 (66); Febbre ondulante 71 (110); Dissenteria 3 (3); Difterite e croup 226 (388); Meningite cerebro spinale epidemica 22 (23); Poliomielite anteriore acuta 40 (57); Encefalite letargica 2 (3); Anchilostomiasi 13 (22); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 59 (98), dichiarata — (—); Pustola maligna 16 (16); Parotite epidemica 110 (368); Leishmaniosi 3 (3); Febbre puerperale 22 (25).

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 20 Luglio 1936 - XIV — Num. 29

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE
E DIVISIONE DI NEUROPATOLOGIA
DELL'ARCISPEDALE DI SANT'ANNA IN FERRARA

La fenolsulfonftaleina endorachidea nella cura delle artriti croniche endogene (*)

Prof. G. BOSCHI, direttore.

Or son circa tre anni prospettai in questa Accademia la probabilità che iniezioni endorachidee di fenolsulfonftaleina potessero influenzare favorevolmente certe affezioni croniche del nevrasse.

Alla iniezione endorachidea di fenolsulfonftaleina segue una reazione fugace a tipo meningite asettica. Coll'espediente curativo di cui si tratta si viene quindi ad applicare una specie di *revulsione* diretta sul sistema nervoso, ben più spiccata che non con la semplice puntura lombare, col vantaggio di provocare una attivazione di quello che io ho chiamato il « drenaggio neuro-meningeo », vale a dire si incrementa quella parte di produzione di l.c.r. che viene dalla compagine stessa della massa nervosa e che ottempera, nel prodursi e nel trascorrere attraverso la massa nervosa, ad una specie di lavaggio dei prodotti tossinici infinitesimali che inquinano la massa stessa. Qui debbo richiamarmi alla dottrina sulla produzione e la circolazone del l.c.r. da me enunciata in base a gran serie di fatti di varia indole, dottrina che va ricevendo ognor più largo suffragio da clinici e ricercatori: e citerò segnatamente i nomi di Kubie (1), di

(*) Comunicazione all'Accademia delle Scienze di Ferrara, seduta del 9 aprile 1936-XIV.

(1) KUBIE. The Journal of nervous and mental disease, 1933, pag. 56.

Riser (2), di Alajouanine (3), di André Thomas (4), di Schaltenbrand (5).

Sulla azione che in particolare eserciti la immissione di fenolsulfonftaleina mi intrattenni nella mia prima monografia (6). Veniva quindi fatto di sperimentare il metodo curativo in forme svariate del nevrasse presunte di avere una base tossica, specialmente endogena. Contro le forme a base tossinfettiva enunciai tutt'altre direttive terapeutiche (6).

Ricerche di Montemezzo e Telatin (7), di Cabitto (8), e mie (9) deposero favorevolmente circa l'efficacia terapeutica in casi di psiconevrosi e psicosi diverse. Il Cabitto così chiude un suo diligentissimo lavoro: « Così il metodo Boschi dovrebbe essere generalizzato nella sua applicazione perchè per la sua azione piroterapica unita a quella specifica della fenolsulfonftaleina può mettere in mano del medico avveduto una nuova e potente arma di difesa contro una malattia così socialmente dannosa quale è la schizofrenia ».

Montemezzo e Telatin, fra i vari risultati, ne registrarono uno — il loro caso 13° — assai considerevole (e la P. fu da loro presentata in questa stessa Accademia) ove una emiparesi ipertonica encefalitica che datava da anni scomparve pochi giorni dopo l'iniezione endorachidea di fenolsulfonflaleina; ma delle applicazioni in casi di alterazioni organiche delle vie di moto si occuperà in particolare il dr. Campailla prossimamente.

Oggi dirò qualche cosa delle applicazioni in casi di poliartriti croniche endogene.

Potrebbe chiedersi: donde l'idea di una cura elettiva sul sistema nervoso in affezioni che mostrano di interessare il sistema articolare?

È noto come oggi ognor più numerosi si scorgano e si suppongano centri destinati a regolare una ciascuno delle svariatissime modalità della vita vegetativa in quell'ambito del sistema nervoso, anatomicamente un po' indefinito, che può chiamarsi « cervello vegetativo », e si chiama, seguendo Gley ed i fisiologi, « mesocefalo » (da non confondersi col mesencefalo). Corrispettivamente, a questa sede si va addebitando il punto di partenza di malattie che altra volta si addebitarono, a corto circuito, a patologia del viscere o del tessuto che presentava la manifestazione. Valga ad esempio la distrofia muscolare progressiva che si propende per considerare oggi come dovuta a patologia del centro regolatore del ricambio muscolare a quel modo che la acromegalia è dovuta a patologia del centro mesocefalico del ricambio osseo, che però pare non riveli la sua eventuale deficenza patologica in pieno se non quando la sua funzionalità sia richiesta ad oltranza in quanto nel contempo una ipertrofia acidofila del lobo anteriore ipofisario aizzi in modo diretto e con accentuazione abnorme la crescenza del tessuto osseo. Regolazione della crasi sanguigna, e perfino la funzione immunitaria contro le malattie infettive si han ragioni per credere siano anch'esse — sia detto per esemplificare — regolate da centri mesocefalici. Per le artriti endogene — o *artrosi* come anche si tende oggi a chiamarle — il Lhermitte ha in particolare indicato i nuclei subcorticali quale base anatomo-fisio-patologica.

È di vecchia data la concezione che l'artrite deformante sia una espressione di patologia del simpatico, e molti almeno dei fatti relativi alle ghiandole a secrezione interna osservate nelle artriti croniche è probabile si svolgano attraverso l'intermediario del sistema nervoso simpatico. C'erano dunque basi logiche sufficienti per provare nella cura delle artriti croniche endogene un metodo al quale si attribuisce la possibilità di un'azione disintossicante, tonificatrice, risanatrice dei centri nervosi.

***

La fenolsulfonftaleina si inietta a circa le dosi a cui suol venir iniettata o endovena o intramuscolare nella diagnostica della funzionalità renale, ovvero endorachidea per la diagnostica nella pervietà degli spazi cefalorachidiani: da 3 a 7 ed anche a 9 mmg., sciolti in 1 cc. di acqua bidistillata ma, nel caso nostro, assai debolmente, alcalinizzata. Talvolta si diluisce il detto quantitativo con un altro cc. di acqua bidistillata e, durante la pratica della iniezione endorachidea, con l.c.r. che lentamente si aspira e riaspira mediante la siringa (*brassage* di Riser). In precedenza si saranno estratti alcuni cmc. di *liquor*.

---

(2) RISER. L'Encéphale, n. 5, dicembre 1935.

(3) ALAJOUANINE, HORNET, THUREL et ANDRÉ. Revue Neurologique, n. 1, II, 1935, pag. 91; Ibid., giugno 1935 e dicembre 1935; Ibid., n. 2, II, 1936, pag. 266.

(4) ANDRÉ THOMAS, RAEDERER, J. GUILLAUME et J. O. TRELLES. Ibid., feb 1935, pag. 235.

(5) SCHALTENBRAND. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, B. 140, 1 und 2 Heft, 1936.

(6) BOSCHI. Giorn. di Psichiatria e Neuropatologia, fasc. III, 1933; ID. Revue Neurol., 1935, II, pagg. 951-5.

(7) MONTEMEZZO e TELATIN. Giorn. di Psich. e Neuropat., fasc. IV, 1933.

(8) CABITTO. Ibid., fasc. II, 1935.

(9) BOSCHI. *Thérapeutique organique de l'hystérie*. Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes, Bruxelles, 1935.

Una sola di tali iniezioni, da eventualmente ripetersi indi a 2 o 3 settimane.

***

Ed ora riferirò su qualche caso clinico in cui ho avuto la netta impressione che il metodo curativo di cui sto dicendo siasi rivelato come un potente mezzo terapeutico contro tali forme di artrite. Di contro potrei riferire degli insuccessi. A mio parere, questi ultimi non debbono dissuadere dal prendere il metodo in pratica considerazione. Anzitutto, l'individualità dei P. è tale che non vi è nessuna malattia, si può dire, che presenti uniformità di comportamento dei vari casi di fronte allo stesso metodo. Come in semeiotica, così in terapeutica occorre avere a disposizione molteplicità di mezzi, sia per surrogarli l'uno all'altro in caso di fallanza del primo; e sia, tale altra volta, per farli convergere poliedricamente sopra lo stesso caso realizzando quello che io chiamo il « mosaico terapeutico ». Ho visto ad esempio che talvolta la sulforpiretoterapia susseguita alla fenolsulfonftaleina endorachidea realizza risultati che ragioni comparative mi fan ritenere non si sarebbero ottenuti dalla sulforpiretoterapia isolata.

Devesi anche considerare che altrimenti va giudicato un espediente terapeutico nei casi di malattie che per loro natura sono atte a risolversi anche spontaneamente, rispetto ai casi di quelle altre malattie che l'esperienza clinica insegna essere spontaneamente irresolvibili e per di più refrattarie ai vari mezzi di cui l'arsenale terapeutico prima di quell'espediente disponeva. Anche casi isolati e magari rari che si riesca a ricuperare valgono, a parer mio, a conferire a quell'espediente terapeutico il valore di una conquista umana più o meno cospicua, più o meno modesta, a seconda della frequenza del risultato, a seconda del grado di completezza e stabilità del ricupero.

F. Antonio. di anni 70. Individuo macrosplancnico, di conformazione tarchiata, di costituzione robusta, poliartritico da anni, con esacerbazioni subacute. Andatura dondolante e claudicante per dolorabilità articolari e subanchilosi. Svariatissime cure medicinali e terapia fisica varia danno piccole remissioni di qualche grado in primo tempo, poi si mostrano del tutto inefficaci ad arrestare la progressività del male che a un certo punto assume quasi carattere di vera acuzie. Ginocchi enormemente tumefatti e deformati, un po' caldi, spiccatamente dolenti e dolorabili così da man mano costringere il p. al letto.

Alla iniezione endorachidea di fenolsulfonftaleina segue una elevazione termica che supera i 39° e dura qualche giorno. Ma già in piena reazione la tumefazione si riduce grandemente, il dolore si attenua via via, motilità e scioltezza ritornano così che il p. riprende poi la sua vita ordinaria coll'impressione di esser guarito, toltane qualche dolorabilità lieve e l'antica deformità dell'andatura.

L'esame radiografico (dott. Ballarin) ha dato il seguente reperto: « Discreto grado di irregolare decalcificazione delle ossa delle ginocchia. I contorni dei condili femorali appaiono irregolari e frastagliati. Dalle superfici articolari di essi e da quelle tibiali si vedono sporgere dei grossi speroni ossei irregolari (osteofiti), che fanno prominenza nelle cavità articolari ».

B. F. Maria, di anni 40. Soffre da molto tempo di cefalea e di poliartrite così detta reumatica. Deve tenere il braccio addotto; neanche con sforzo riesce a portarlo all'indietro; cosa che fa brillantemente fin dal 3° giorno dopo l'applicazione endorachidea di fenolsulfonftaleina.

S. S. Rosa, di anni 56. In seguito ad una febbre durata 3 giorni con dolori ad ogni movimento insorse la malattia sei anni innanzi la cura di cui si tratta. Dopo un anno dovette servirsi di due bastoni, e due anni appresso le occorsero le stampelle. Le articolazioni sono tumefatte, deformate, subanchilotiche.

Due o tre giorni dopo l'iniezione di fenolsulfonftaleina, che dette spiccatissima reazione, si avverte un netto miglioramento: grande diminuzione del dolore, miglioramento nell'incesso, cosicchè la p. può lasciare agevolmente una delle due stampelle.

S. Francesco, di anni 59. Aspetto acromegaloide. Poliartrite cronica diatesica, prevalentemente spiccata localizzata alla spalla S. e ginocchio D. È impedito in certi atti, come in quello di alzarsi i pantaloni con l'arto superiore D. Dopo l'iniezione endorachidea di fenolsulfonftaleina, che dà una reazione molto spiccata, durata però soltanto poco più di sette ore, si ha un miglioramento spiccatissimo delle condizioni articolari quale nessuna cura era riuscita a dargli.

Il ballottamento rotuleo è assai ridotto e l'uso dell'arto superiore è quasi normalizzato.

Penso che in questi casi una ripetizione della iniezione endorachidea indi a 2 o 3 settimane, che non fu fatta, avrebbe probabilmente accentuato e consolidato il risultato terapeutico, come in altra affezione mi accadde di osservare. Comunque, e appunto perchè ottenuti dopo una sola puntura e in casi tanto inveterati, questi risultati, che furono incomparabilmente superiori a quelli verificatisi in seguito ai comuni metodi di cura, ci sembra utile segnalarli ancorchè non costituiscano la maggioranza in una casistica numerosa.

RIASSUNTO.

Cura di poliartriti croniche diatesiche, o costituzionali, o endogene, o poliartrosi, mediante l'iniezione endorachidea di fenolsulfonftaleina. Possibilità di ottenersi un grande e pronto vantaggio curativo in casi mostratisi refrattari di fronte ai comuni mezzi terapeutici.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA
LABORATORIO DI MICROGRAFIA E BATTERIOLOGIA
diretto dal Prof. R. MAGGIORA-VERGANO

Influenza stagionale e particolarmente del fattore " temperatura „ sulla tolleranza degli animali da esperimento per l'ictioveleno.

Prof. M. PERGOLA
Ispettore generale Batteriologo.

Avendo avuto occasione di praticare in conigli, nei diversi periodi dell'anno, esperimenti con ictioveleno (1) somministrato per via endovenosa, ho rilevato una certa influenza stagionale — meglio apprezzabile naturalmente nelle stagioni estreme — sulla sensibilità degli animali a detto principio patogeno e conseguentemente sul valore della sua *Dose minima letale* (D. m. l.) (2).

Ecco in breve le osservazioni che hanno richiamato in proposito la mia attenzione:

I) Da una partita-madre di ictioveleno, concentrata a bagno-maria bollente (3) e conservata — previa sterilizzazione — in fiale saldate alla fiamma, prelevo 20 cmc. che unisco con 100 cmc. di acqua distillata (4). La D.m.l. di questa prima diluizione di ictioveleno, determinata in primavera corrisponde all'1 per mille. Una seconda diluizione identica alla precedente, allestita ed usata in pieno estate presenta invece una D.m.l. di non oltre il 0,55 per mille.

Quantunque fossi sicuro che la differenza tra le D.m.l. delle due diluizioni non dipendesse da errata misurazione dei loro componenti, o da inquinamenti, o da eventuale concentrazione, per evaporazione, della partita-madre o delle diluizioni stesse, perchè l'una e le altre — come ho notato — erano state sterilizzate e conservate in fiale ermeticamente chiuse alla fiamma, tuttavia, per escludere anche più sicuramente l'intervento delle dette possibili cause di errore e per avere nel tempo stesso la conferma dell'osservata variazione della D.m.l., preparo una terza diluizione identica alle precedenti ed usatala ancora nel periodo estivo ne trovo la D.m.l. di non oltre il 0,57 per mille. Vi è dunque una differenza colla D.m.l. della seconda diluizione, ma così lieve, da potersi benissimo far rientrare fra le oscillazioni ammissibili, per varie circostanze, nella valutazione matematica di fenômeni biologici, come quello di cui si tratta.

II) Le osservazioni del secondo gruppo si riferiscono ad una medesima diluizione di ictioveleno, usata in epoche diverse dell'anno. È la seconda diluizione precedentemente citata, la cui D.m.l., risultata di non oltre il 0,55 per mille nel periodo estivo, raggiunge invece l'1 per mille nell'autunno avanzato.

III) Le osservazioni finora riferite dimostrano che la D.m.l. dell'ictioveleno è suscettibile di variare in rapporto alla stagione, ma non dicono se ciò dipenda da variazioni nella ricettività degli animali all'ictioveleno, o nell'attività di quest'ultimo, o da ambedue le cause. Per fare qualche accertamento in proposito e specialmente sull'influenza di uno dei fattori stagionali più sensibili — *la temperatura* — procedo ai seguenti esperimenti:

Visto che gli animali risentono l'azione nociva dell'ictioveleno più nella stagione calda che nella fredda, scelgo conigli non albini e ne tengo per qualche tempo (4-28 ore) alcuni in una camera-termostato a 37° C., altri in una cella frigorifera a 5° C.

Agli animali tenuti al caldo inoculo poi l'ictioveleno in dosi minori di quella che nel frattempo mi risulta la minima letale per conigli di controllo, lasciati cioè alla temperatura naturale dell'ambiente (circa 18° C.) ed agli animali tenuti al freddo inoculo lo stesso ictioveleno, ma alla detta D.m.l. ed a dosi anche maggiori. Si rileva così che:

— i primi soccombono nella proporzione di

---

(1) Come ho reso noto in varie occasioni ed anche di recente (*Giornale di Batteriologia ed Immunologia*, vol. XVI, N. 1, 1936) da tonno e sardine sott'olio, guasti per invasione microbica subìta prima, durante, o dopo la lavorazione, ho ricavato spesso un particolare principio patogeno per gli animali da esperimento, nonchè specie batteriche capaci di riprodurlo in substrati culturali a base di tonno, di sardine e di altri pesci freschi o conservati. A detto principio ho dato appunto il nome di « ictioveleno »:

a) perchè, quantunque la sua origine microbica ed il trovarsi libero nel mezzo in cui è stato elaborato potessero indurre ad ascriverlo alle esotossine del tipo della tossina difterica e della tetanica, tuttavia le sue proprietà, ben diverse da quelle delle esotossine, più che a queste lo ravvicinano ai veleni chimici;

b) per indicarne l'azione nociva e nel tempo stesso la provenienza da pesci.

(2) Come D. m. l. delle soluzioni brute di ictioveleno — dico brute, perchè non contengono l'ictioveleno allo stato di purezza — ho considerato la più piccola quantità di esse, per chilogrammo di peso corporeo, che inoculata per via endovenosa a conigli non albini — preciso espressamente tale caratteristica, perchè i conigli albini sono, non di rado, un po' più resistenti degli altri all'ictioveleno — li uccide in pochi minuti.

(3) A tale operazione l'ictioveleno si presta, perchè è termoresistente.

(4) Questa e le altre diluizioni di ictioveleno, che ricorderò in seguito, sono state sempre conservate — previa sterilizzazione — in fiale saldate alla fiamma.

circa il 100 %; con i consueti gravi o gravissimi disturbi, purchè non si scenda al di sotto di certi limiti;

— i secondi, invece, sopravvivono nella proporzione di circa il 100 %, senza alcun disturbo o con disturbi piuttosto lievi, non solo alla dose che è già la minima letale per i conigli di controllo, bensì anche a dosi alquanto superiori, purchè non si oltrepassino certi limiti.

Si può dunque concludere che la tolleranza degli animali per l'ictioveleno e conseguentemente la D.m.l. di quest'ultimo variano in rapporto inverso alla temperatura ambiente, per la quale almeno — tra i molteplici fattori stagionali — è pertanto innegabile una sicura influenza in proposito.

Nella mia precedente nota (l.c.) esprimevo il concetto che il complesso fenomenologico provocato dall'inoculazione endovenosa di ictioveleno ricordasse lo shock anafilattico: ciò apparirebbe ora confermato dal fatto — risultante dalle osservazioni qui riferite — che il freddo protegge in una certa misura dall'azione deleteria dell'ictioveleno, in conformità, appunto, dell'analogo effetto protettivo che al freddo si attribuisce contro shocks proteici.

Inoltre se — come non è da escludersi — la temperatura esterna agisce sull'uomo nello stesso modo che sugli animali nei riguardi della sua sensibilità ai veleni alimentari di origine microbica, si avrebbe un altro motivo da aggiungere a quello della favorita attività microbica da parte delle temperature ambienti piuttosto elevate, per spiegarci la maggior frequenza delle intossicazioni alimentari nel periodo più caldo dell'anno, cioè nella stagione estiva.

* * *

Sono già note nella letteratura osservazioni che — al pari di quelle sopra esposte — depongono e per un'influenza stagionale sulla ricettività degli animali a principi tossici di origine microbica e per un'influenza proprio della temperatura ambiente sulla ricettività a veleni chimici, ai quali — come ho accennato — più che alle tossine batteriche propriamente dette od esotossine, riterremmo da riferirsi l'ictioveleno.

Tra le osservazioni del genere ricordo, per esempio, quella di O'Brien (5) per la tossina dissenterica somministrata ai topolini: la sopravvivenza di essi raggiunge il massimo di 100 % nel luglio e scende al minimo di 54 % nel gennaio; negli altri mesi la sopravvivenza degli animali va gradatamente crescendo dal gennaio al luglio e gradatamente diminuendo dal luglio al gennaio.

(5) Riferito nell'opuscolo: Memorandum sur la Standardisation Internationale des Sérums et des Produits Bactériens, par C. Prausnitz. — Société des Nations — Organisation d'Hygiène (C. H., 832).

A proposito poi dell'influenza della temperatura esterna sulla sensibilità degli animali a veleni chimici, cito le osservazioni di Lifschtz (6) su gatti, cani e ratti esposti ai vapori di benzina: aumentando di 3° C. — da 17° C. a 20° C. — la temperatura dell'ambiente, la mortalità degli animali diviene doppia, ed aumentando la temperatura di 7° C. — da 17° C. a 24° C. — la mortalità diviene tripla.

RIASSUNTO.

La tolleranza degli animali da esperimento per l'ictioveleno — principio patogeno che l'A. ha ricavato da pesci conservati (tonno e sardine sott'olio) guasti per avvenuta invasione batterica — subisce variazioni stagionali in rapporto inverso alle variazioni della temperatura ambiente.

(6) Riferito in « Rassegna di Medicina applicata al lavoro industriale », N. 4, 1935.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. C. FRUGONI

Cisti di echinococco con degenerazione neoplastica.

Dott. FAUSTO AMANTEA.

La diagnosi delle tumefazioni della cavità addominale è sempre difficile; la più scabrosa e piena d'incognite fra tutte è sempre quella però, che si può riportare all'ipocondrio destro.

Crediamo pertanto utile, per le difficoltà incontrate e per la rarità del reperto, riferire il presente caso clinico.

D. Giuseppe, anni 55, commerciante in ovini, celibe, fumatore, forte etilista. Nulla di rilevante nei collaterali. Nell'infanzia, sviluppo psichico normale, somatico ritardato per rachitismo.

Nella A. P. R. si aveva: a 18 anni Neisser, dopo qualche tempo ulcera unica, dura, diagnosticata per luetica, che non curò in nessun modo. A 19 anni nuova ulcera diagnosticata da streptobacillo di Ducrey. A 25 asma bronchiale recidivante.

Negli ultimi anni cefalea frontale periodica, in relazione a cause perfrigeranti e dovuta con molta probabilità a lieve sinusite.

Nell'A. P. P. si aveva: da due mesi aumento di volume dell'addome, specie del quadrante superiore di destra; a volte impellenti scariche alvine, senza caratteri particolari (3-4), subito dopo

i pasti, non accompagnate da peso all'epigastrio, da dolori, acidità, vomito, meteorismo, ittero.

Dieci giorni prima dell'ingresso in Clinica il P. presentò improvvisamente al mattino dolore alla regione ipocondriaca destra, sordo, tenace, non a tipo colico, con scarsa irradiazione alla spalla destra e più frequentemente con diffusione a cintura, dalla regione dorso lombare alla regione periombelicale.

Per quanto riguarda l'obbiettività, al momento dell'ingresso in Clinica, tenendo presente solo i dati patologici, si aveva: soggetto brachitipo, polisarcico. Polso, respiro normali per ritmo e frequenza; afebbrile. Tonsille criptiche, carie dentarie. Nulla al capo e al collo. Torace ampio, svasato alle basi, con spazi intercostali spianati, asimmetrico, la metà inferiore destra essendo nettamente sporgente. Basi polmonari mobili. Suono polmonare iperfonetico, qualche rantolino, qualche sibilo, espirazione prolungata. In corrispondenza dell'ascellare anteriore, lungo il margine costale, si ascoltavano rari sfregamenti. Cuore: punta al VI spazio leggermente all'esterno dell'emiclaveare. Primo tono normale, secondo tono alla base leggermente soffiante. Fascio cardiovascolare: aorta ectasica.

Addome espanso, con cicatrice ombelicale spianata, senza reticolo venoso appariscente, senza versamento, senza masse profonde apprezzabili. Per quanto aumentato di volume, trattabile, indolente. In corrispondenza dell'ipocondrio destro, si notava una massa ad ampio raggio di curvatura, latero-mediana, della grandezza della testa di un feto, estrinsecantesi lateralmente all'esterno, sollevante l'arcata costale. In basso occupava quasi tutto il quadrante superiore di destra. Per quanto spostabile cogli atti respiratori dall'alto in basso e leggermente ballottabile tra le mani in senso postero-anteriore e viceversa, non si riusciva ad uncinarla e trattenerla in basso. Essa si presentava a margini arrotondati, a superficie quasi liscia, anche nella parte superiore più convessa, con consistenza duro-elastica, poco dolente. Non si evidenziava l'incisura epatica, nè appariva ingrandito il lobo sinistro del fegato. Fremito idatideo assente. La milza in alto all'ottavo spazio, in basso non si riusciva a palparla. Arti inferiori ipotrofici, con ginocchia vara, tibie leggermente appiattite e recurvate. Riflessi superficiali e profondi normali. Psiche integra.

Le ricerche di laboratorio davano: emometria: G. R. 4.100.000; Hb. 0,79; Vg. 0,91; G. b. 7400; granulociti: N. 71, E. 5, M. 2, L. 12; modica quindi eosinofilia 5 %.

Reazione alla tubercolina di Koch negativa. Pressione arteriosa: Mx. 160, Mn. 93. L'esame delle urine dava solo albumina in tracce ed indacano: nel sedimento il reperto di qualche rarissimo cilindro ialino. Reazione Ghedini-Weinberg negativa; Casoni negativa; Wassermann, Meinicke, Kahn positive complete.

La radiografia del torace dava: disegno polmonare rinforzato, con ili ingranditi, opacizzati e molto vascolarizzati.

Cupole diaframmatiche regolari per forma e mobilità, seni costo-diaframmatici liberi, con speciale riguardo a quello di destra, che non mostrava deformazioni di sorta. Cuore un po' adagiato, aorta opacata.

È fuori dubbio, che nessun dato anamnestico faceva orientare direttamente verso una precisa diagnosi; tuttavia i fattori eziologici fondamentali da dover prendere in considerazione, erano: l'età, l'abitudine di vita, che lo conducevano a praticare ovini e cani, l'etilismo e la lues non curata, mentre i dati obiettivi facevano rivolgere la nostra attenzione verso la regione addominale e in particolare al quadrante destro.

Stante ciò, non ci indurremo a considerare tutte le forme patologiche della base toracica; come pleuriti essudative saccate, ascessi subfrenici, empiemi, tumori della pleura, ed echinococco polmonare della base, e così via.

Stabilito invece che l'apparato patologicamente interessato era l'addome, nostro primo compito era di decifrare a quale organo appartenesse la tumefazione e solo dopo ricercarne la natura.

È risaputo quante difficoltà si possono incontrare nella diagnosi dei tumori dell'ipocondrio destro e come maestri insigni della medicina siano caduti in errore nel farlo. Conveniva quindi da parte nostra essere molto cauti nel vagliare ogni sintomo rilevato, a fine di poter giudicare, se la tumefazione fosse pertinente al fegato o ad altro organo vicino: rene, stomaco, ecc.

Se ci si poneva a considerare l'addome in toto, noi osservavamo, che esso era grande, disteso, disforme, poichè la regione destra era più svasata della sinistra e l'ipocondrio si presentava prominente, con gli archi costali spianati, sì che l'angolo epigastrico risultava ottuso.

Non v'era reticolo venoso, manifestamente visibile, dato questo che induceva ad escludere quasi sicuramente un ostacolo del circolo portale. Non vi erano masse prominenti, che ne alterassero la forma, non movimenti vermicolari, attestanti un antiperistaltismo gastro enterico, per briglie retraenti, stenosanti.

La regione ombelicale era spianata, ma non protundente, il che indicava un aumento di pressione intra-addominale.

La percussione dava forse dei dati più orientativi: a destra si aveva una risuonanza ottusa, dalla quinta costa fino alla cresta iliaca e medialmente fino al prolungamento della linea emisternale; a sinistra suono di percussione timpanica su tutto il quadrante; in basso sulla regione epigastrica, suono di percussione normale. Per tali reperti si poteva escludere la presenza di liquido libero nella cavità stessa e ritenere invece che l'ottusità, rilevata al quadrante destro, confondendosi con quella dell'aja epatica, era presumibilmente da riferirsi ad una tumefazione pertinente a questa

La palpazione meglio ci serviva a differen-

ziare tale dato di fatto, mostrandoci una massa dalla superficie quasi uguale, liscia, non molto dolente, a margini arrotondati, che si riusciva a delimitare da ogni lato, tranne che superiormente. E questo dato, assieme alla spostabilità della tumefazione cogli atti respiratori, alla uniformità dell'ottusità è il più probativo, secondo quasi tutti gli AA., a farci ritenere, che la tumefazione fosse dovuta al fegato.

È noto, che nei grossi tumori renali (i piccoli è più agevole differenziarli) il dato più saliente, che li fa riconoscere, è la presenza nel campo dell'ottusità di una zona obliqua a risonanza timpanica, riferibile al colon ascendente, sopratutto quanto questo è privo di scibale.

La spostabilità con gli atti respiratori e la ballottabilità, essendo meno costante e potendo a volte anche mancare, sono dati meno preziosi alla diagnosi differenziale fra tumori epatici e renali.

Orientati così verso la diagnosi generica di tumore del fegato, rimaneva tuttavia da risolvere il quesito della sua natura.

A tale scopo conveniva ricordare i dati più salienti della storia del paziente, e cioè tener presente la sua professione di commerciante in ovini, l'infezione luetica sofferta, l'abuso di alcool, infine anche la sua età. Oltre a ciò conveniva stabilire se la tumefazione in parola fosse senz'altro il fegato, aumentato di volume in toto o parzialmente, per la sovrapposizione di un corpo infiltrante.

Il paziente riferiva, che da circa due mesi soltanto aveva notato un aumento di volume del suo addome, specie a carico dell'ipocondrio destro, cui però non aveva dato alcun peso, sia perchè, essendo un polisarcico, riteneva essere ciò dovuto ad aumento di peso generale, sia perchè tale fenomeno non si era accompagnato ad alcun particolare disturbo; come dolori, dispepsia, vomito, epistassi, prurito, ma solo a modica dispnea, attribuita anche essa alla sua costituzione pletorica.

Dieci giorni prima del suo ingresso in clinica però aveva incominciato ad avvertire, anche senza cause apprezzabili, dolori sordi e tenaci alla regione ipocondriaca destra, accompagnati a qualche impellente scarica alvina subito dopo i pasti.

Sapendo, che il paziente era affetto da lieve aortite e da polisarcia, si poteva supporre, che per condizioni dinamiche, fosse andato incontro a qualche fatto di iposistolia e presentare un fegato da stasi, cronicamente aumentato di volume; ma l'assenza di altri segni, che potessero in qualche modo parlarci di insufficienza del cuore destro e quindi stasi della cava inferiore, escludeva a priori tale ipotesi. Così era da escludersi, per la diversa consistenza, un fegato grasso, per quanto tale poteva sospettarsi a causa della grande disposizione, che il paziente sembrava presentare, alla adiposi generale ed allo abuso, che aveva fatto dell'alcool, causa rimarchevole per la diminuizione di combustione dei grassi, e per la lesione della cellula epatica.

Conveniva piuttosto vagliare l'ipotesi di una colecisti idropica, abnormemente ed acutamente distesa, in ragione litiasica, per incuneamento di calcolo nel cistico, e da dieci giorni non più quiescente, o per torsione del peduncolo. Tale interpretazione poteva essere molto seducente, poichè essendo noto che la idrope della cistifellea, può comportare un notevole aumento di volume, con relativo benessere, se se ne eccettui una modica dolenzia, si aveva in ciò una spiegazione della sintomatologia presentata dal paziente.

La superficie però della tumefazione, per quanto liscia, non era certo quella di una colecisti iperdistesa e così pure la consistenza, ch era piuttosto duro-elastica e disuguale e non teso-elastica. Inoltre mancava qualsiasi segno di ittero, di decolorazioni delle feci, di pigmentazioni delle urine e su tutto la intensità del dolore, che suole accompagnarsi nelle colecistostasi.

Escluse le ipotesi, che più facilmente avrebbero potuto spiegarci la conservazione dello stato generale, ci si doveva rivolgere a quelle forme morbose, che più frequentemente compromettono l'economia globalmente.

Per quanto fattori tossici ed infettivi (etilismo e lues) ricorressero nella sua anamnesi, la mancanza di ittero e di splenomegalia non ci consentivano di prendere in considerazione una cirrosi ipertrofica, tipo Hanot o una epatite ipertrofica per stasi biliare.

Era da escludersi a priori una cirrosi pigmentaria, così come un fegato grosso per morbo di Banti, per leucemia, per amiloidosi, per ascesso unico e multiplo, per ragioni intuitive, mancando ogni dato eziologico, sintomatologico ed obbiettivo.

Tra le possibilità invece da prendersi in considerazione era la lues, contratta da vecchia data, non curata e di cui si poteva affermare ancora la presenza, per la lieve aortite e per la positività delle prove biologiche della deviazione del complemento e della flocculazione.

È noto che la sifilide epatica acquisita degli

adulti può presentarsi sotto due aspetti diversi o come una epatite interstiziale diffusa, per abbondante proliferazione di tessuto connettivale, da costituire spesso dei larghi sepimenti che, irradiandosi dall'esterno all'interno, e sclerotizzandosi, originano poi il così detto fegato lobato; o dando luogo a neo-formazioni infiammatorie circoscritte, che costituiscono la forma gommosa. Ma noi non potevamo prendere in considerazione nè l'una nè l'altra, così come era da abbandonare la forma ipertrofica diffusa, che pur dando un quadro molto simile all'epatite del paziente presentata, è più frequente nell'infanzia, in soggetti affetti da lues ereditaria.

Si poteva tutt'al più prendere in considerazione la forma mista, la sclero-gommosa, che d'altra parte è la più frequente nella lues acquisita. In tale forma il fegato è ingrandito, con delle gibbosità più o meno prominenti, divise da solchi a volte appena rilevabili, ma tali però da dare alla superficie un'aspetto ineguale e una consistenza diversa, essendo le gomme di consistenza molle-elastica in confronto al tessuto sclerosante duro. Inoltre vi è sempre o quasi una infiammazione della capsula di Glisson, avendosi così una periepatite molto manifesta, donde la presenza di chiari sfregamenti, e tumore di milza ben evidente, che in genere non manca mai, mentre l'ittero e la ascite esistono solo negli stadi più avanzati.

Senza dubbio, da un lato la contemporanea manifestazione luetica vasale, ossia l'aortite; dall'altro l'anamnesi e le reazioni sierologiche: Wassermann, Kahn, Meinicke completamente positive conferivano a questa ipotesi una certa fondatezza, nè l'escluderla poteva l'episodio doloroso degli ultimi giorni, potendosi anche in fegato luetico avere delle epatalgie.

Ma abbiamo detto che nel nostro caso la superficie del fegato si dimostrava se non assolutamente liscia, non certo grossolamente irregolare, dato importante che unito alla mancanza di febbre, con cui spesso la sifilide epatica suole accompagnarsi, e all'assenza di una benchè modica tumefazione splenica e di una periepatite ci inducevano a farcela escludere. Dovevamo così ritenere di trovarsi soltanto in presenza di una epatite in luetico, in cui la lues non era da chiamarsi in causa.

Rimaneva allora da prendere in considerazione l'ipotesi di un carcinoma, tanto più che, com'è noto, esso può decorrere silente per lungo periodo, con scarsa compromissione generale.

L'età del soggetto, il decorso, il volume del fegato, la consistenza potevano a priori avvalorare tale ipotesi.

Tuttavia bisognava, prima di ogni altra cosa indagarne la natura. Era un tumore benigno, un adenoma, un cisto-adenoma, un fegato policistico o un tumore mali moris?

I tumori benigni a carico di quest'organo sono molto rari e difficili a diagnosticarsi: inoltre presentano un decorso molto più protratto di quello presentato dal nostro paziente.

Il fegato policistico può assumere grandezza veramente colossali; ma la sua superficie è ineguale e la sua consistenza è diversa, a causa delle molteplici cisti, che, comprimendo il parenchima epatico e determinando una iperplasia connettivale, lo divide in tante concamerazioni. Forma e consistenza quindi diverse da quelle presentate dal fegato del nostro paziente.

Inoltre l'assenza di una concomitante degenerazione policistica dei reni, di tumore di milza e di tutti i fenomeni indotti dalla stasi portale, in tali casi sempre presente, bastavano a farlo escludere.

L'ipotesi di un tumor mali moris forse era più seducente; bisognava però indagare quale ne fosse l'origine, stabilire cioè se fosse primitivamente epatico o secondario dell'apparato digerente o con punto di partenza da altri organi vicini, come la pelvi.

Nelle forme secondarie, non sempre è facile trovare il nucleo primitivo ed anzi vi sono casi in cui può mancare qualsiasi segno sia clinico, che radiologico; ma nel nostro caso anche tale ipotesi si poteva escludere, oltre che per il silenzio di qualsiasi dato anamnestico e sintomo clinico, anche per il fatto, che il fegato del nostro paziente non presentava la superficie irregolare, dovuta ai vari noduli neoplastici di disseminazione e di infiltrazione (epiteliomi, e sarcomi più raramente), nè la compromissione delle vie portali o biliari, come facilmente in tali forme si produce. Più plausibile quindi era la forma primitiva, ma non l'infiltrazione nodulare, che fa assumere al fegato un carattere cirrotico, donde spesso si parla di cancro-cirrosi, caratterizzata da dolori terebranti, da ascite, ittero, decadimento, ma bensì la forma primitiva del cancro massivo dei francesi, il così detto cancro a mandorla, per la forma che esso assume, insorgendo centralmente con sviluppo centrifugo e rispettando la parte superficiale del fegato.

Questo avrebbe potuto darci ragione della superficie piuttosto liscia ed omogenea, a contorni arrotondati, spiegarci la mancanza del-

l'ittero, che come è noto, non si ha quasi mai nel primo periodo, cioè quando ancora non si hanno metastesi nei dotti biliari o nelle glandole dell'ilo portale e così pure l'assenza della tumefazione splenica e dell'ascite, che, si sa può essere assente o di modicissimo grado. Tale quadro, che ben si sarebbe potuto adattare al nostro, doveva tuttavia da noi essere accettato con riserva, per il fatto che lo stato generale del paziente non era molto compromesso e il dolore, che nelle forme neoplastiche è sempre molto pronunziato, nel nostro caso era stato modico, fino a poco tempo prima dell'ingresso in Clinica.

È pur vero, che sono stati descritti rarissimi casi di neoplasia epatica, in cui tale prezioso sintomo mancava completamente; tuttavia noi non ci sentivamo in animo di asserirlo.

E a ribadire tale opinione stava anche il decorso, che per quanto lento possa essere nelle neoplasie è sempre più rapido di quanto non fosse stato nel nostro caso; a meno che non si fosse supposto di trovarsi innanzi ad un fegato, affetto primitivamente da adenoma o da una qualsiasi iperplasia quiescente, che, ad un certo momento, subendo una trasformazione maligna, avesse acquistato una rapida evoluzione.

Stabilito che l'organo addominale patologicamente ingrandito era il fegato, rimaneva tuttavia ancora da pensare ad un'altra ipotesi diagnostica, e forse l'unica da ritenere come più probativa, ossia quella dell'echinococco: non l'echinococco alveolare del fegato; bensì l'uniloculare, cioè la cisti di echinococco.

Era da escludersi il primo perchè, pur essendo in quel caso il fegato grosso, poco dolente e con consistenza duro-elastica, la superficie appare bernoccoluta, e l'ittero è evidente e tali dati, come abbiamo visto, nel nostro paziente erano assenti; mentre, data la deformità della base toracica, era più logico supporre una grossa cisti di echinococco, della grandezza all'incirca di una testa di feto, con estrinsecazione laterale.

Diamo per ultimo tale ipotesi, non perchè tale fosse sorta nella nostra mente, ma perche poteva solo ammettersi dopo le discriminazioni diagnostiche fatte.

Per essa parlava un cumulo di circostanze: fattori anamnestici, eziologici, decorso del male e dati obiettivi.

Il paziente era un commerciante in ovini ed è risaputo che a causa di ciò e anche perchè ne era stato possessore, aveva avuto intimo contatto con cani, ospiti, come è noto, primi del cisticerco esacanto. Nulla di più facile quindi supporre che il contatto diretto con essi, o attraverso i cibi da questi inquinati, avesse potuto costituire la fonte della sua infezione.

Il decorso del male era poi simile a quello, che vien da tutti segnalato: essere cioè l'echinococco capace di vivere per lunghi anni, e secondo alcuni financo 25 anni, con decorso subdolo, lento, difficile in un primo periodo a diagnosticarsi e solo possibile e facile a volte in un secondo periodo, quando cioè per il grande sviluppo assunto si ha la deformazione dell'ipocondrio destro, a volte come unico sintomo.

Lo stato generale poco compromesso era un'altra riprova e su ciò Paget fin dal 1842 richiamava l'attenzione e Cardarelli nelle sue lezioni ammoniva, che « allorchè ci si trova in presenza di un tumore dell'ipocondrio destro e lo stato generale è buono, bisogna subito pensare all'echinococco, essendo l'unico che non compromette tutto il parenchima epatico e di conseguenza la sua funzione », essendo sufficiente parte di essa a sopperire a tutti i processi di proteopessi, di glicogenesi, di biligenesi, ecc.

Tali dati di così gran rilievo: anamnesi e stato generale, potevano quindi darci una spiegazione adeguata e precisa dell'insorgere e del decorso del male, e d'altra parte anche l'obiettività epatica poteva darne conferma: volume, consistenza, superficie, mancanza di milza, di ittero, di ascite, di febbre attestavano infatti di poterci trovare di fronte ad un echinococco del fegato non suppurato.

Il maggior volume da esso assunto in corrispondenza della regione ipocondriaca, sì da svasare l'emitorace destro nella sua sezione inferiore, attestavano l'estrinsecarsi della cisti superiormente verso l'esterno e ci dava anche la spiegazione della presenza dei sfregamenti, trovati lungo il margine costale destro, fenomeni d'irritazione pleurica, sulla cui presenza vari AA. hanno richiamato l'attenzione.

L'episodio ultimo doloroso, improvviso, e le crisi successive potevano trovare spiegazione in una rottura spontanea della cisti, e nella immissione di cisti figlie nei dotti biliari o in un'emorragia intracistica o, come dai più oggi è ritenuto, in spasmi riflessi delle vie biliari.

Tuttavia anche questa ipotesi, pur essendo verosimilmente la più esatta, presentava qualche lato debole, che conveniva considerare: se se ne eccettui la presenza di una modica eosinofilia 5 %, parlava contro la consistenza del fegato, in special modo al disopra del punto più prominente, sferoidale, non del tutto elastica,

come è proprio delle cisti, e la mancanza del fremito idatideo e dei fenomeni allergici, sintomi, che, pur non essendo sempre costanti, tuttavia se si trovano sono di gran valore diagnostico.

È noto che il fremito idatideo, ritenuto ormai non più specifico, essendo stato riscontrato in cisti ovariche e in rene idro-nefrotico (Cardarelli) può mancare anche nelle cisti di echinococco e per la piccolezza della cisti e per la tensione di essa o per lo spessore del tessuto pericistico, che può divenire duro fino ad assumere l'aspetto calloso e così il prurito, l'epistassi, l'orticaria, come tutte le altre reazioni biologiche: la precipito-reazione di Puntoni, la deviazione del complemento di Ghedini-Weinberg, la intradermo-reazione di Casoni, ch'erano state le sole prove biologiche da noi espletate.

Non era stata praticata la sotto-cutaneo reazione di Pontano, nè la intradermo-reazione proposta da Devé, con l'anatossina idatidea di Imaz-Apphatie, cioè a dire con liquido idatideo addizionato ad una piccola quantità di formolo e riscaldato a 39° per un mese, che è ritenuta la reazione più fortemente positiva e duratura e che per tale ragione avrebbe potuto infirmare o meno la negatività delle altre reazioni.

Per quanto oggi da diverse parti si affermi che tali reazioni biologiche non siano del tutto specifiche, trattandosi anzi di reazioni di gruppo tra tenie di differenti specie e financo fra tenie e parassiti intestinali.

Del resto anche il meccanismo di tale produzione non è ancora del tutto chiarito. E benchè, la parete cistica finchè è normale e sana sia ritenuta impermeabile ai colloidi e quindi alla diffusione delle proprie sostanze tossiche, elaborate dal parassita, capaci di agire da antigene anafilatizzante, è noto come, con pareti apparentemente integre e con lievi alterazioni della membrana per fatti infiammatori e di invecchiamento, si ha la trasudazione di esse e la sensibilizzazione dell'organismo.

Una prova sperimentale ne è stata data da Bastai, il quale ha potuto dimostrare, che, mentre per via parenterale tutti i soggetti trattati con liquido idatideo, divengono ipersensibili, solo una parte dei portatori si trova in stato anafilattico.

Avremmo così potuto ammettere di trovarci innanzi ad uno di questi ultimi casi, oppure innanzi ad una cisti morta per inquinamento o per suppurazione, cosa poco probabile per le ragione esposte, parlando dell'ascesso epatico.

Nonostante tutte queste considerazioni l'ipotesi più probativa e seducente rimaneva però sempre quella di echinococco, costituito da una grossa cisti, estrinsecantesi lateralmente in alto e circondato da una gran quantità di tessuto fibroso reattivo.

In tal modo infatti si poteva avere una giusta spiegazione del decorso, del volume, della consistenza, della superficie del fegato; mentre ammettendo una integrità completa della membrana ci potevamo rendere ragione sia della negatività delle reazioni biologiche e della mancanza di tutti gli altri sintomi, dovuti alla presenza in circolo degli anti-corpi specifici all'antigene allergizzante echinococcico.

Fu posto quindi la diagnosi di echinococco del fegato nonostante l'obitus improvviso ci avesse impedito di fare ulteriori ricerche: come la colecistografia, l'indagine radiografica dell'apparato digerente e di tutti l'altre concernenti la funzionalità epatica: colesterinemia, bilirubinemia, ecc.

Come si è accennato, dopo sei giorni di degenza il paziente fu colto da improvvisa enterorragia, accompagnata da dolori spasmodici, profusa sudorazione, profonda astenia, ambascia non al punto però che egli non trovasse la forza di recarsi al gabinetto a ponzare e di far ritorno al letto.

Superfluo è dire però che ogni pronto soccorso fu vano; il paziente rapidamente decesse quasi in collasso.

L'esito finale, improvviso, rapido, aumentò la nostra perplessità, dovendo a noi stessi porre il quesito, se egli era deceduto per skoch anafilattico, a causa di spontanea rottura della cisti ed enterorragia o per enterorragia da varici delle meseraiche o da ulcera perforante misconosciuta.

Difficilissimo era risolvere in pieno questo quesito, tutt'al più si potevano emettere delle ipotesi.

Si poteva ad esempio pensare ad improvvisa enterorragia e per la tendenza degli epatopazienti alla emorragia e per la presenza di qualche plesso venoso, fortemente ingorgato, a causa della stasi, indotta nei vasi addominali dall'enorme volume del fegato, stasi ancora non resa manifesta da altri sintomi, come emorroidi, ascite, ecc. A ciò avrebbe dovuto di certo concorrere la labilità vasale, cui gli epatici vanno incontro, per quanto nessuna prova ci aveva permesso di metterla in evidenza, come la prova del laccio di Frugoni, la prova di Koch, la prova del martello, ecc.

Non ci sembrava verosimile l'obitus per skoch, non rivestendo la sintomatologia finale

la sindrome dello shock anafilattico, rapidamente mortale, che si accompagna a vomito, singhiozzo, collasso e che, essendo dato per rottura improvvisa o spontanea della cisti, provoca dolore violento in regione epatica, nausea, urticaria.

Mancava il trauma capace di spiegarci la improvvisa rottura, mentre ritenendo che la rottura fosse avvenuta piuttosto silenziosamente il che, come è noto può a volte verificarsi, specie per rottura parziale, mancavano i fenomeni anafilattici, i quali non avrebbero dovuto mai mancare in caso di rottura parziale e silente, appunto perchè, avvenendo questa in modo lento e quindi capace di sensibilizzare l'organismo, l'improvviso riassorbimento del liquido cistico avrebbe potuto dar luogo allo skoch mortale.

Non potevamo ritenere probativa l'ipotesi di un'ulcera perforante, sia perchè avremmo dovuto trovarci in presenza in tal caso di una ulcera silente, che non è poi tra le forme più frequenti, sia perchè la sindrome dal paziente presentata non era quella di un peritonismo acuto, sia perchè infine contrastava con la nostra abitudine mentale di porre due diagnosi contemporaneamente alla spiegazione di un fatto, che ci sarebbe stato agevole spiegare con un solo concetto diagnostico.

Tutto ciò premesso, si doveva porre la diagnosi di obitus per enterorragia da varici in soggetto luetico, affetto da cisti di echinococco del fegato e da lieve aortite.

Il reperto necroscopico ha confermato tale supposizione diagnostica, riservandoci però una sorpresa.

Reperto anatomo-patologico eseguito dal prof. Sotti.

Aperta la cavità peritoneale si nota, che le anse intestinali sono distese e intensamente arrossate. L'epiploon è retratto. Non esiste liquido nella cavità del piccolo bacino. Fegato notevolmente abbassato tre dita sotto l'arco e così anche il lobo sinistro.

Pleure asciutte. Diaframma mobile, non aderenze tra fegato e diaframma. Poco liquido nel sacco pericardico. Cuore di volume aumentato in modico grado. Sul decorso delle coronarie placche di arterio-sclerosi. Aorta rigida, deformata, di forma allungata. Aperto il ventricolo sinistro, l'ispezione dell'aorta dimostra la caratteristica aortite luetica. Milza di volume normale con capsula grinza. Nella parte destra dell'addome, contigua al fegato, con cui contrae aderenze tenaci, esiste grossissima massa di colorito vario, bernoccoluta, con ispessimenti circoscritti di colore biancastro. Il lobo destro del fegato è atrofico e spinto verso sinistra. Il rene destro appare aderente alla massa descritta, da cui è facilmente rimovibile. Alla superficie di taglio si dimostra, come la massa precedentemente descritta sia costituita in gran parte da tessuto di aspetto neoplastico, piuttosto molle, di aspetto encefaloide in qualche parte degenerato in degenerazione colloide, in altri tratti in degenerazione cistica. In qualche punto presenza di fatti emorragici.

Dall'apertura di queste grandi cisti fuoriesce liquido limpido, non emorragico, non corpuscolato, e si mette in evidenza una membrana chitinosa di colorito giallastro.

Aperto l'intestino si trova sangue travasato di colorito piceo e dei coaguli.

Il reperto istologico dava la conferma dei dati necroscopici, trattarsi cioè di una cisti di echinococco con degenerazione cangerigna (prof. Sotti).

Come si vede i dati biopsici confermavano nelle sue grandi linee la nostra supposizione diagnostica: ma ci dava però delle grandi sorprese, l'una per quanto concerneva la capsula fibrosa intorno al pericistio, che noi supponevamo solo enormemente ingrandita, l'altra per quanto concerne il volume del fegato.

Si era pensato infatti che il fegato fosse enormemente aumentato di volume, che portasse nel suo grembo la cisti estrinsecantesi in alto, all'esterno sì da costituire quasi una grossa bozza sovrapposta ad esso, ed al contrario all'esame diretto, come si è detto, l'ala destra del fegato risultava atrofica e spostata a sinistra e quanto si palpava era data dalla tumefazione neo-cistica, intimamente aderente ad essa.

Interpretando quindi quello che era di pertinenza dell'uno come pertinente dell'altro, si era commesso l'errore di aver escluso l'ipotesi di un concomitante neoplasma, mentre rimaneva invece esatta la diagnosi di echinococco e l'obitus per enterorragia da noi supposto.

Da tutto ciò può desumersi l'interesse del caso e le difficoltà diagnostiche incontrate, e le anomalie di decorso da esso presentate; sì che mentre, come si è visto alcune deduzioni ci lasciavano pienamente in forse sul neoplasma, inducendoci a porre diagnosi di echinococco, altre sembravano scuotere tale ipotesi.

Non ripeterò qui le ragioni che ci indussero a simile ipotesi, avendolo fatto di già nella discussione diagnostica.

Pertanto la concomitante presenza della cisti e del neoplasma non era da attribuirsi ad una mera causalità, bensì, data l'intima adesione tra le due formazioni, ad un rapporto di vera interdipendenza.

Si doveva infatti ritenere che la cisti, data

la sua grandezza dovesse giudicarsi preformata da più tempo all'insorgenza del neoplasma e che solo in un secondo periodo avesse subito la degenerazione del tessuto pericistico in neoplastico; donde il decorso silente e lo stato di relativo benessere generale compatibile con cisti di vecchia data e l'ulteriore decorso, rapido e travolgente da riferirsi al neoplasma.

È da ritenersi infine, che se l'obitus non fosse intervenuto così bruscamente per l'enterorragia, la neoplasia si sarebbe forse evidenziata in tutta la sua sintomatologia e allora non è da escludersi, che si sarebbe cambiato concetto diagnostico, ammettendo cioè il neoplasma del fegato e disconoscendo forse la cisti idatidea.

Certo se l'idea dell'echinococco non ci avesse completamente sedotto, noi avremmo potuto, tenendo presente i dati anamnestici, ritenere giusta la supposizione, fatta e subito esclusa, di trovarci cioè innanzi ad un fegato primitivamente affetto da un adenoma, che avesse subito susseguentemente una evoluzione maligna.

Tuttavia spiegabile è il nostro errore d'interpretazione diagnostica, quando si pensi alla rarità di simile evenienza.

Scarsi infatti sono, a mia conoscenza, i casi segnalati nella letteratura: W. Loehlein nel 1907 cita un caso di cancro del fegato da cistocercosi con diffusione al diaframma e ne rammenta altri due, uno di Dibbet, l'altro di Bamberg, che parla di iperplasia adenomatosa intorno a due cisti nel fegato; Costantini nel 1910 segnala un caso di sarcoma e Modena 1914 un adeno-carcinoma, mentre nel 1927 Elly Ziegler, un caso di carcinoma biliare, uno di scirro e uno di cancro gastrico, tutti insorgenti dal tessuto di reazione pericistico. Infine nel 1930 A. Fabbris descrive un mesotelioma da echinococco epatico e nel 1933 L. Plazy e P. Damany un caso di cancro primitivo del fegato in un negro portatore di cisti di echinococco, per quanto tali AA. non parlino di alcun nesso di dipendenza tra i due processi morbosi.

Qual'è l'insegnamento che dal tal caso se ne può detrarre?

Che i tumori della regione ipocondriaca destra son veramente tra i più difficili a diagnosticarsi, che bisogna nel porre la diagnosi essere più che possibile unicisti, ma non sempre però, quando tutti i dati clinici non hanno una piena spiegazione dei fenomeni riscontrati e che infine non bisogna essere corrivi ad ammettere la presenza di un tumore, anche quando le condizioni generali sono buone.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di cisti di echinococco del fegato di difficile interpretazione diagnostica e che il reperto biopsico confermò mettendo però in rilievo la singolarità di una degenerazione del pericistio in neoplastica.

BIBLIOGRAFIA.

FRUGONI. Relazioni Congresso delle Scienze, 1932.
MELLI. Policlinico, Sezione Medica, 1933.
BRULÉ. Archives des Maladies de la nutrition, 1934.
DEVÉ. La Normandie Médicale, aprile 1934.
D'AMATO. *Trattato Italiano di Medicina Interna*, 1931.
CARDARELLI. *Lezioni Cliniche*, 1920.
LEUBET. *Diagnostiche delle malattie interne*, 1915.
ZERI. *Appunti di Patologia Medica*, 1930.
ACHARD. *Anatomia Patologica*, 1909.
KAUFMANN. *Anatomia Patologica Speciale*, 1906.
BASTAI. Riv. Sud-Amer. de Endocr., Inm., & C. n. 11, 1926.
PUNTONI. Bollett. Scienze Med. Bol., 1910.
PONTANO. Policlinico, Sezione Medica, 1920, p. 405.
CASONI. Folia Clinica-Chirurg. e Micr., 1912.
CIONNI. Minerva Medica, n. 48, 1932.
ZIEGLER. Centrbl. All. Path., n. 41, 1927.
MODENA. Pathaologica, 1915.
LOEHLEIN. Ziegl. Beitr., n. 62, 1927. Citato da A. FABBRIS. Tumori, fasc. III, 1930.
PLAZY e DAMANY. (Cong. Patol. Esotic.). Presse Médic., ottobre 1933.
FABBRIS. Tumori, fasc. III, pag. 239, 1930.

PROBLEMI PRATICI

Eliofisiologia ed elioterapia clinica.

(FR. HECKEL. *Journal méd. franç.*, apr. 1936).

La cura solare, la pratica mondana del soleggiamento e del nudismo sulle spiagge e sulle montagne ha provocato dei ditirambi come anche delle accuse infondate anche da parte di medici di discutibile competenza. Non è quindi male fissare in proposito le idee allo scopo di impedire esagerazioni da un lato e dell'altro.

Noi dobbiamo al sole il calore, la luce e gli effetti biotici ed istochimici. Per quanto riguarda l'uomo, l'azione solare diretta od indiretta (alimenti irradiati) è indispensabile al suo equilibrio fisiologico. Gli erbivori producono, dai vegetali soleggiati creatori dei carboidrati e delle albumine vegetali, la propria carne che i carnivori consumano ed assimilano. Per mezzo di diverse evoluzioni, dal sole al vegetale, da questo all'erbivoro e da quest'ultimo al carnivoro, si hanno vari adattamenti dell'energia solare ai tessuti chimicamente complessi degli animali superiori e dell'uomo. Per questo, le questioni sulla dietetica vegetale od animale sono assai meno semplici di quanto si ritiene generalmente; varî pigmentî (clorofilla, ficoeritrina, melanina) hanno la parte di catalizzatori in tutte queste trasformazioni complesse animali e vegetali.

Gli effetti del *bagno solare* sull'uomo nudo esposto ai raggi in tutte le sue parti sono vari secondo che esso è adattato, cioè pigmentato, od inadatto.

1) *Sistema nervoso.* La prima impressione è quella di benessere, di euforia, anche per temperature che sembrano quasi insopportabili per l'individuo vestito. Nei non adattati, si hanno invece stanchezza e depressione psichica. Tutto questo è dovuto alla sensibilità dell'estesa rete nervosa cutanea, cha la rende impressionabile come una tastiera ultrasensibile; se ne hanno, come conseguenza, vari riflessi, sia locali (sudazione, secrezione sebacea, desquamazione, pigmentazione) e generali (circolatorie, respiratorie, metaboliche, secretorie, endocrine, ecc.).

2) *Funzione pigmentosa.* Una delle più importanti modificazioni cutanee è la formazione del pigmento melanico, che compare più o meno rapidamente secondo che l'individuo è bruno o biondo; con i bagni quotidiani di 2-3 ore in 2 sedute, esso raggiunge il suo completo sviluppo in 2-4 settimane. La sua funzione ricorda quella delle vitamine, fermenti catalizzatori; esso assorbe l'energia dei raggi solari e l'accumula, potendo poi restituirla mediante gli steroli, che esso attiva ed ha inoltre un'azione protettiva contro un'irradiazione eccessiva.

Dopo l'adattamento, il pigmento rappresenta una riserva di energia per lottare contro le infezioni e le intossicazioni. È ripreso dal sangue e distribuito nell'organismo per i suoi bisogni di difesa e le sue necessità in steròli attivati e vitamine. Quando è esaurito, una nuova esposizione solare riproduce le riserve; donde l'utilità di cure solari interrotte e riprese.

La rapida pigmentazione costituisce un indice di vitalità, come si osserva nei bambini e nei giovani; però, nei vecchi indeboliti e nei deboli, la pigmentazione rapida ha un significato opposto, spiegato da una modificazione funzionale dei surreni.

La pigmentogenesi è una funzione generale importantissima e l'eliosi (bagno solare igienico) praticata costantemente sarebbe assai utile, facendo forse scomparire molte malattie banali della vita moderna, dovute a carenza solare. Tale pratica renderebbe inutile l'elioterapia.

3) *Reazioni cutanee indirette.* Si hanno vari fenomeni circolatori (congestione, eritema, gonfiore) e delle reazioni contradditorie: cheratosi negli abituati alla luce solare, in cui però la pelle è, nel suo insieme, assottigliata per diminuzione dello strato adiposo dell'ipoderma. Nel suo insieme, la cute in tali individui è cedevole al tatto, brillante e lucente.

4) *Reazioni circolatorie.* Eccitazione della circolazione periferica, aumento e poi abbassamento della tensione arteriosa. Negli inadatti, in seguito ad eccessivo soleggiamento, si hanno palpitazioni, angoscia cardiaca, aritmia, dispnea e talora anche minacce sincopali (un abbozzo del colpo di calore).

5) *Reazioni respiratorie.* Quelle polmonari sono poco notevoli, salvo negli inadatti e negli anafilatizzati. Importanti sono quelle respiratorie interne, nel senso di esaltamento degli scambi, dovuti in parte alla eccitazione della tiroide, ad altre cause e soprattutto alla azione energetica del pigmento.

6) *Reazioni sull'apparato digerente.* La digestione è abbreviata e diventa più facile; negli adattati, le sedute di un'ora determinano un appetito imperioso, mentre gli eccessi si accompagnano ad anoressia, sete estrema, atonia delle ghiandole digestive.

7) *Reazioni secretorie ed escretorie.* Sul principio, i cittadini e le donne sudano poco, ma in seguito, la pelle si bagna abbondantemente di sudore, il che evita l'ansietà, gli stiracchiamenti, il bisogno di muoversi e di alzare gli arti inferiori, che costituiscono il primo segno d'intolleranza e di radio-intossicazione. La ripetizione quotidiana del soleggiamento diminuisce la sudazione, che è maggiore al mattino che la sera. Il peso del sudore liminato varia da 200 a 1200 cmc. all'ora; il suo massimo è, per gli adattati, verso la fine della prima ora, salvo il caso di ingestione di piccole quantità di bevande ghiacciate, che determina l'eliminazione di una quantità 2-3 volte superiore di quella del liquido introdotto.

L'eliminazione del sudore è benefica specialmente negli artritici, reumatizzanti, gottosi, ecc.

Sul principio, si osserva aumento nella minzione, che in seguito tende a diminuire.

La pelle va considerata come un agente di grande importanza per la modificazione della soglia renale e viceversa, avendosi una vera soglia cutanea. Esistono delle oligurie e delle poliurie connesse con l'elevazione o l'abbassamento della soglia cutanea, in molte malattie della nutrizione del circolo ecc. Ora, le sinergie morbose con il rene sono notevolmente modificate e migliorate sotto l'azione della luce, la quale diventa così un mezzo terapeutico di grande importanza in molti stati autotossici.

9) *Reazioni locomotrici.* Anche senza esercizio fisico, la esposizione alla luce provoca uno sviluppo del sistema muscolare, che è più evidente nei giovani, specialmente alla pubertà e durante la crescenza. Anche le altre parti dell'apparato locomotore se ne giovano.

10) *Effetti sul peso e sul volume del corpo.* Oltre che alla sudazione, sono dovuti all'evaporazione polmonare, all'acceleramento circolatorio cutaneo, all'esaltazione del metabolismo generale, all'eccitazione funzionale delle ghiandole endocrine (specialmente la tiroide ed i testicoli più direttamente sottopo-

sti all'azione della luce), nonchè agli effetti sull'apparecchio urinario.

L'A. fa anche menzione dell'azione battericida.

L'ELIOTERAPIA ED I SUOI RISULTATI.

L'elioterapia è stata dapprima applicata a delle manifestazioni chirurgiche o dermatologiche, mentre le applicazioni mediche sono più recenti; la esperienza di guerra ci ha poi insegnato l'influenza cicatriziale del sole sulle ferite e quella battericida nelle infezioni banali.

a) *Obesità ed ingrassamento.* A detta dell'A., l'elioterapia sostituisce l'infedele medicazione ghiandolare ed agisce sul drenaggio linfo-lacunare e sanguigno della pelle; combatte, quindi, due degli elementi costitutivi essenziali della cellulite, che quasi sempre è connessa con gli stati adiposi. Il ritmo della caduta del peso è di 8 Kg. al mese, senza elioterapia mentre, con questa, arriva ad una media di 12 Kg. e fino a 15-18.

b) *Diabete grasso.* L'aggiunta della cura solare costituisce un progresso notevole nel diabete; essa accresce la secrezione d'insulina, combatte la cellulite ed aiuta ad iniziare la fase degli esercizi, in modo da aumentare la tolleranza agli idrati di carbonio.

c) *Gotta.* È ovvio che la cura solare va intrapresa soltanto quando non vi sono crisi acute. La cura elio-marina è soprattutto utile nei gottosi magri, nevropatici, cellulitici, che le nevralgie e le lombo-sciatiche fanno soffrire più che gli attacchi articolari. Sono specialmente utili per essi i raggi calorifici e infrarossi; quando si stabilisce la sudazione, essi ne risentono un benessere ed una detensione proporzionali alla sudazione stessa. La balneazione fredda non è affatto controindicata nei gottosi, mentre i loro disturbi nervosi e vaso-motori se ne trovano bene.

La renella e la litiasi, l'ipertensione pletorica o renale, la cellulite costituiscono altre indicazioni. Le radiazioni solari aumentano la diuresi, abbassano la tensione arteriosa, modificano gli scambi nel ciclo organico degli idrati di carbonio e dell'azoto, come in quello dell'eccitazione. Si deve però stare attenti a dosare accuratamente la cura, per evitare l'aumento dell'irritabilità, dell'emotività, dell'ansietà, tanto frequenti nei gottosi.

d) *Reumatismi cronici* (artrosi, artriti). L'elioterapia provoca un rinnovamento circolatorio, un drenaggio cellulitico, favorisce l'azione nutritiva del pigmento e dell'ergosterol, la ricalcificazione e la depurazione generale. Si dovrà interrompere la cura negli attacchi infiammatori. Favorire la sudorazione mediante sedute lunghe (2 ore) aiutate da ingestione di aspirina, di sali ammoniacali, di bevande ghiacciate; somministrare una dieta che non favorisca la pletora e consigliare la ginnastica medica nelle artrosi.

e) *Nevralgie e nevriti.* Particolarmente utile nelle sciatiche e nelle nevralgie cervicobrachiali; l'elioterapia agisce per rivulsione e derivazione circolatoria. Essa è utile altresì nelle varie algie di origine traumatica e professionale.

Risultati notevoli si ottengono nella *psoriasi* che spesso scompare in un mese alla dose di 2 sedute giornaliere di 2 ore e guarisce in 3 mesi. Vantaggi notevoli si hanno nella cellulite, che spesso scompare dopo 2-3 anni di stagioni solari di un paio di mesi, specialmente se accompagnate da massaggio delicato.

L'elioterapia è altresì utilizzabile nell'asma, nel morbo di Addison, nell'ascite, nell'insufficienza idrurica del rene, nonchè in casi di arteriosclerosi, di aortiti, ecc.

Controindicazioni. Si andrà molto cauti o non la si applicherà affatto quando si tratti di notevoli disturbi circolatori, mentre sarà utile se questi sono lievi, per la tendenza che ha l'elioterapia nell'equilibrare e regolare la pressione e la circolazione.

Controindicata è altresì nella fase precancerosa, nella congestione degli organi digerenti, specialmente del fegato, nelle emorroidi, metriti emorragiche, nella tubercolosi polmonare evolutiva. Negli individui con varici, si dovrà dapprima ridurre la pletora venosa e poi esporre le gambe, stando in posizione sdraiata, con i piedi in alto e facendo il bagno freddo consecutivo.

Tecnica del bagno di sole. È necessaria l'esposizione del corpo in stato di *assoluto nudismo*, curando che siano coperti la tiroide e gli organi genitali. È indispensabile un adattamento progressivo: 1) per la durata: sedute dapprima 3 volte la settimana, controllando sempre la temperatura e la frequenza del polso; l'adattamento esige generalmente 12 sedute; se è fatto bene, non si noteranno eritemi, desquamazioni importanti, nè malessere, ma soltanto euforia; la diuresi regolerà la quantità di bevande. 2) Per l'intensità, tenendo presente che il massimo di azione dei raggi è fra le 12 e le 13; l'adattamento si inizierà nelle ore del mattino e man mano si procede si sposterà la seduta verso il mezzogiorno di 10-15 minuti al giorno. La durata massima delle sedute è di 4 ore a Leysin; ma sul mare e nei nostri climi si andrà molto più guardinghi. Si tenga presente che ogni paziente che dopo un periodo di immobilità si agita, sposta gli arti inferiori ed accusa dell'angoscia cardiaca, deve abbandonare il solarium.

All'inizio, coprirsi la testa e mettere degli occhiali scuri. La posizione migliore è il decubito successivamente dorsale, ventrale, laterale; sul mare, verso le 15, è efficace la posizione verticale.

La pigmentazione, una volta sopravvenuta, può mantenersi mediante sedute discontinue o farla scomparire distanziandole.

Necessaria è l'applicazione idriatica successiva, con immersione di 20-30 minuti a temperatura fra 17° e 22°; la doccia, aggiunge l'A., è insufficiente.

L'esposizione al sole sarà più prolungata per le parti più affette. Non si deve però scordare che, nella cellulite, l'eccesso di radiazioni può richiamare localmente dell'acqua, aggravando il processo d'infiltrazione.

La pigmentazione può essere agevolata dall'uso di una miscela di olio di cocco e di olio di paraffina, che però disturba l'escrezione cutanea. *fil.*

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI RESPIRATORI.

La roentgenografia a strati (tomografia) nella diagnostica polmonare.

(J. W. SOPP. *Zeitschr. f. Tuberkulose*, vol. 75, f. 3, giugno 1936).

Recentemente e per merito di Bocages, Grossmann e Chaoul è stato elaborato un nuovo metodo radiologico che permette la rappresentazione radiografica di singoli strati dell'organo o corpo esaminato. Tale metodo, cui viene assegnato il nome di *tomografia* (e che potrebbe essere chiamato « sezione radiologica » N. d. Red.), è stato realizzato imprimendo un movimento di ravvicinamento al tubo ed alla lastra durante l'esecuzione della radiografia; in tal modo sulla lastra vengono impressi in modo netto solo i punti compresi nello spessore di un determinato strato mentre le ombre radiologiche dei tessuti posti anteriormente o posteriormente al dato piano appaiono appena accennate.

Il nuovo metodo è stato applicato dall'A. nello studio radiologico di alcuni casi complessi di diagnostica polmonare. Nella maggior parte di essi dopo l'indicazione fornita dalla comune radiografia venivano eseguiti due o tre tomogrammi di diversa « profondità ». L'A. presenta una serie di tali tomogrammi messi a confronto dei radiogrammi abituali e dai quali risultano in modo evidente i vantaggi del nuovo procedimento.

Esso è stato adoperato: *a*) quale mezzo di controllo della toracoplastica; *b*) nei casi di sospetto di esistenza di cavità celata da coltroni o ispessimenti pleurici; *c*) per avere una chiara immagine di processi apicali nelle zone abituali di infiltrazione; *d*) per accertamento su esistenza o meno di bronchiectasie.

I dati presentati dall'A. appaiono molto dimostrativi; i vantaggi della tomografia risultano chiari quando si pensa che con essa vengono eliminati o quasi dall'immagine le ombre costali dietro le quali (specie nei distretti superiori dove le parti ossee sono più ravvicinate) possono celarsi processi infiltrativi, cavitari ecc. Lo stesso dicasi dell'ostacolo rappresentato dai processi cicatriziali, ispessimenti, coltroni della pleura o i versamenti pleurici di varia natura; l'indagine diventa ancora più interessante quando tali processi sono consecutivi al trattamento pneumotoracico. Difatti nei tomogrammi presentati sono spesso evidenti chiari segni di un processo infiltrativo o cavitario che non appaiono nei radiogrammi di confronto.

L'indagine tomografica si è presentata specialmente dimostrativa per non dire brillante in alcuni casi di bronchiectasie nei quali l'alterazione era localizzata nel lobo polmonare inferiore di sinistra (una delle sedi più frequenti delle bronchiectasie) e completamente nascosta dall'ombra cardiaca nel comune radiogramma. La tomografia permetterebbe quasi sempre di evitare la broncografia con mezzo di contrasto che di solito riesce molto fastidiosa al paziente. Finalmente l'A. presenta l'esame radiografico di un caso dove mediante la tomografia è stata messa in evidenza la causa di permanenti disturbi cardiaci costituita da aderenze pericardio-toraciche rimaste invisibili in tutti gli esami precedenti.

L'applicazione della radiografia a strati (sezione radiologica) rappresenterebbe quindi un contributo notevole alle nostre possibilità diagnostiche. L'A. però fa notare che la tomografia non può essere eseguita quale esame isolato e tanto meno sostituire l'esame radiografico abituale, il quale, oltre al suo significato fondamentale, costituisce un punto di partenza e fornisce l'indicazione esatta per la necessità e il modo d'esecuzione della tomografia. S. MINZ.

La pleurite essudativa ed il suo trattamento.

(A. SYLLA. *Ergebnisse der ges. Mediz.*, volume XX, n. 2).

Nel lungo studio, l'A. viene alle conclusioni seguenti. La pleurite essudativa non va considerata come una malattia a sè, ma come la conseguenza di un processo che si svolge nei polmoni. Con poche eccezioni, la malattia causale è la tubercolosi. In generale, si ammette che nell'età giovanile il processo infiammatorio della pleura è tubercolo-tossico, mentre nell'età matura, si hanno soltanto forme tubercolo-bacillari. Si deve intendere, cioè, che anche nelle forme tubercolo-tossiche (che, secondo la divisione di Ranke, appartengono allo studio secondario precoce) i focolai tubercolari attivi situati nel polmone in vicinanza della pleura, possano — in conseguenza di allergia locale o generale — circondarsi di un alone infiammatorio perifocale, che si estende alla pleura e porta all'essudato infiammatorio. Non è necessario che si abbia-

no nella pleura stessa delle formazioni tubercolari.

Nelle forme tubercolo-bacillari, si tratta (come dimostrano senza eccezione le scarse autopsie fatte) di una tubercolosi della pleura, che ha origine da un focolaio polmonare ed è trasmessa per via linfatica. In tali casi, si deve arrivare ad una disseminazione non soltanto nella pleura, ma anche nel polmone.

La frequenza relativa delle forme tubercolotossiche e tubercolo-bacillari va calcolata secondo l'età. Poichè sui 15-25 anni, la pleurite costituisce la metà circa di tutte le malattie (*sic*), si deve ammettere che le pleuriti perifocali tubercolo-tossiche rappresentino oltre il 50 %; sono inoltre da aggiungervi i casi un po' più rari delle pleuriti umide infantili.

Favoriscono l'insorgenza della pleurite le malattie infettive di ogni sorta: influenza, angine, artriti, processi suppurativi, che possono avere per conseguenza la riattivazione del focolaio quiescente. Sono inoltre da aggiungersi anche delle cause esterne, come raffreddamenti, traumi, abuso di alcool, iponutrizione, ecc. Tali cause possono spiegare l'accumularsi di pleuriti in determinate stagioni e nel sesso maschile.

I reperti anatomo-patologici e radiologici dimostrano che la localizzazione del focolaio tubercolare nelle radici polmonari è particolarmente importante per la genesi della pleurite essudativa, il che potrebbe forse essere riferito alla particolare disposizione delle vie linfatiche.

Specialmente importante per bene comprendere la pleurite sierosa è l'ammettere una particolare forma di reazione prevalentemente dovuta a condizioni locali. Uno o più focolai tubercolari (in rari casi anche non specifici) dà origine ad una zona allergica circostante. Tale allergia può diffondersi a tutto il polmone od a tutto l'organismo.

Come dimostrano le ricerche con le iniezioni intracutanee di tubercolina ed anche con allergeni aspecifici, attorno al punto dove si era formato il pomfo, permane una certa ipersensibilità, anche dopo la scomparsa della reazione cutanea. Dopo un certo tempo, gli stimoli applicati in lontananza, anche se non specifici, possono riattivare l'antico focolaio. Applicando questi dati alla pleurite, se ne conclude che, in seguito ad uno stimolo anche aspecifico (influenza, infiammazioni, malattie articolari, traumi, ecc.) un antico focolaio tubercolare quiescente, e le parti allergiche ad esso circostanti, può risvegliarsi. Lo stadio in cui si trova la tubercolosi ha un significato soltanto nel senso che da quello secondario si ha la pleurite sierosa tubercolo-tossica e, da quello terziario, la pleurite tubercolo-bacillare.

Il risultato negativo della prova intracutanea alla vecchia tubercolina indica soltanto che in quel momento non si ha allergia cutanea, il che può significare una anergia positiva, in senso favorevole; nella pleurite essudativa acuta, però, non va considerata come anergia negativa, in quanto che nel punto dell'infiammazione si ha tuttora una forte capacità locale di reazione. L'allergia locale può, in corso di malattia, portare ad un'allergia generale ed anche cutanea; si sviluppa così, gradatamente, anche una reattività cutanea positiva.

Il versamento pleurico, fatta astrazione di pochi casi in cui esso è eccessivo, può essere considerato come un processo utile. Mediante la formazione di sostanze antitossiche e battericide, si creano da un lato delle condizioni favorevoli per la guarigione immunbiologica della malattia fondamentale e, dall'altro, si ha l'azione favorevole meccanica della pressione, che agisce mettendo in riposo il polmone.

Dal punto di vista radiologico, si ammette che nell'84 % dei casi si abbia a che fare con una tubercolosi polmonare. I focolai attivanti si trovano molto spesso nella regione dell'ilo ed anche nei campi inferiori. Una compressione del lobo inferiore, che agisce anche mettendo in riposo la regione dell'ilo, non può che essere favorevole per la malattia fondamentale.

Tenuto conto di quanto sopra si è esposto, si arriva alla conclusione pratica che *il trattamento deve essere quasi senza eccezione conservativo*, una permanenza anche lunga dell'essudato non può portare alcun danno, ma è invece utile. Naturalmente, molto dipende dalla guarigione della malattia fondamentale — la tubercolosi — per cui la migliore terapia è sempre quella conservativa.

Ne viene che le indicazioni fornite da Trousseau per l'evacuazione del versamento vanno assai ristrette, nel senso che essa va considerata più che altro quando vi siano delle indicazioni vitali e — molto limitatamente — in caso di assorbimento assai ritardato. I versamenti molto alti vanno svuotati soltanto quando vi siano notevoli fatti di compressione e spostamenti.

In tal modo, la prognosi va considerata molto più favorevole; anche per quanto riguarda le aderenze, l'A. rileva che esse sono molto più rare nel trattamento conservativo che dopo ripetute punture. *fil.*

INFEZIONI.

L'evoluzione clinica della melitococcia.

(L. RIMBAUD. *Journal Médical*, marzo 1936).

L'infezione melitococcica ha subito nel corso degli ultimi decenni modificazioni delle sue denominazioni: febbre di Malta, febbre mediterranea, febbricola, febbre ondulante, brucellosi. Questa instabilità della sua designazione sembra un riflesso della varietà ed irregolarità

delle sue manifestazioni cliniche. Ma la malattia non è soltanto sintomatologicamente varia e multiforme, essa è anche mutevole nelle varie epoche.

Gli aspetti clinici della malattia hanno subito profonde modificazioni.

La forma ondulante, quasi esclusivamente setticemica, che una volta era la più comune, è oggi molto più rara. Da una diecina di anni l'infezione tende a localizzarsi di più: il sistema nervoso, il fegato, i pulmoni, la pleura, le articolazioni hanno una patologia melitococcica che si arricchisce ogni giorno di fatti nuovi.

Le malattie infettive, dice Nicolle, come tutti i fenomeni viventi, non sono oggi quelle che erano ieri, non saranno domani quelle che sono oggi. Il reumatismo acuto tende meno a localizzarsi alle articolazioni per colpire talvolta anche primitivamente il cuore, la pleura, la tiroide, le vene; la pulmonite perde i suoi caratteri di pneumopatia lobare con evoluzione ciclica per diventare più irregolare e più piogena.

Così la febbre ondulante tende a diventare una malattia viscerale. La localizzazione viscerale non è un semplice episodio nel corso del processo setticemico, ma costituisce l'elemento principale, tutta la malattia.

L'affezione non può essere identificata dalla curva termica; questa perde le sue ondulazioni caratteristiche e segue le crisi evolutive viscerali. La febbre non è più il sintoma essenziale della malattia, che può decorrere con una curva subfebbrile ed anche apirettica.

D'altra parte ovunque si localizzi la Brucella determina quadri clinici caratteristici. Non si tratta di sintomi comuni con altre malattie infettive: la melitococcia determina una patologia viscerale che le è propria, ed i cui elementi sintomatici consentono talvolta da soli di fare la diagnosi etiologica.

La neuromelitococcia è la forma viscerale prima isolata. Nervi, midollo, encefalo, meningi possono essere colpiti. Il neurotropismo delle Brucelle è stato ben definito: esso provoca manifestazioni abbondanti e caratteristiche.

La sindrome meningo-mielo-radicolare ha per sintoma clinico essenziale la paraplegia flaccida. Il reperto del liquor è caratteristico: forte iperalbuminosi e forte iperleucocitosi. A queste formule corrisponde una sintomatologia generale molto discreta: non febbre, non dolori, non contratture. Spesso i pazienti continuano ad attendere alle loro occupazioni.

La sindrome encefalo-meningea è caratterizzata da disturbi parestesici dovuti verisimilmente a spasmi vasali, da sordità labirintica, da disturbi psichici (astenia, indifferenza, euforia, smemoratezza) e da una impressionante reazione meningea.

Di solito le manifestazioni nervose non sono contemporanee al periodo febbrile della malattia. Sopravvengono tardivamente, tre-sei mesi e anche dopo qualche anno dalla fase setticemica. Per rilevare la loro natura bisogna conoscere i caratteri sintomatici di questa manifestazione e rintracciare nell'anamnesi il contagio e la fase acuta della febbre ondulante.

Tuttavia la localizzazione nervosa può essere primitiva e per riconoscerne l'etiologia bisogna ricorrere alla siero-agglutinazione ed alla reazione della melitina di Burnet.

Le forme epatiche sono anche esse numerose. Sono caratterizzate dall'epatomegalia molle e dolente e dall'importanza del processo emogenico con emorragie talvolta drammatiche.

Le forme articolari sono state largamente osservate e perfettamente identificate: artralgie, artriti e sopratutto spondiliti. Tutte queste forme articolari hanno abitualmente una netta tendenza alla guarigione.

Le forme pleuro-pulmonari assumono il tipo di una pneumopatia acuta o il quadro di una tubercolosi evolutiva. Queste forme non hanno una sintomatologia specifica e per riconoscerle bisogna ricorrere alle indagini radiologiche, umorali e batteriologiche.

Le manifestazioni digestive, circolatorie, renali, endocrine non meritano ancora di essere classificate tra le forme viscerali della melitococcia.

A parte queste modificazioni cliniche che ha subita la malattia va notato che anche l'etiologia si arricchisce di elementi nuovi. Oramai è assodato che il germe patogeno non è unico. Al micrococcus melitensis si sono aggiunti altri microrganismi che formano un tipo microbico unico al quale è stato dato il nome di Brucella (da Bruce il nome del primo scopritore): *Brucella melitensis* di Bruce, il cui ospite abituale è la capra; *Brucella abortus bovis* di Bang, il cui ospite abituale è la vacca; *Brucella abortus suis* di Traum, il cui ospite abituale è il maiale.

Tutti e tre questi germi determinano la malattia nell'uomo. Il contagio che prima si credeva avvenisse prevalentemene per la via dell'apparato digerente, sopra tutto con l'ingestione del latte dell'animale infetto, avviene in effetti per lo più per contatto diretto dall'animale all'uomo. Questo modo di propagazione dà ragione dell'enorme aumento della morbilità per melitococcia in America ed in Francia. È questo un nuovo aspetto della trasformazione della malattia.

Non è quindi solo la clinica che ha subita un'evoluzione. Corrispondentemente anche la prognosi si è modificata. Quasi sempre curabile nella sua forma di setticemia ondulante, la cui mortalità non sorpassa l'1 %, la prognosi si aggrava nelle forme viscerali la cui mortalità raggiunge perfino il 20 %. Senza parlare dei postumi invalidanti della melitococcia nervosa.

Le cause di questa evoluzione clinica della

melitense ci sfuggono. La frequenza delle forme nervose sembra indicare che questa malattia segue la tendenza manifesta di tutte le altre infezioni verso il neurotropismo. Di più non si può dire.

DR.

La chemioterapia con i sali alcalini degli acidi biliari, un mezzo sicuro di guarigione delle infezioni streptococciche.

(R. HILGERMANN. *Dtsch. med. Wschr.*, 29 maggio 1936).

Sia la siero- che la vaccino- e la chemioterapia non hanno corrisposto alle speranze in esse riposte. Per la chemioterapia delle infezioni batteriche si era creduto di poter applicare le teorie di Ehrlich sulla sterilizzazione dell'organismo a mezzo di sostanze chimiche parassitotrope. R. Hilgermann invece è venuto nella convinzione che la chemioterapia delle infezioni batteriche non può consistere in una sterilizzazione dell'organismo nel senso della dose sterilizzante massima, ma deve basarsi su di una immunizzazione attiva dell'organismo da parte degli agenti della malattia uccisi per mezzo della sostanza chimica: a questo scopo è necessario usare dosi minime della sostanza chimica. La chemioterapia rientra così nel campo dell'immunoterapia.

L'A. ha dimostrato la giustezza di questa teoria studiando l'azione dei sali alcalini degli acidi biliari sui topolini bianchi infettati con pneumococchi: gli animali infettati e trattati con dosi minime di sali alcalini degli acidi biliari guarirono, i controlli vennero a morte. Gli stessi risultati si sono ottenuti nei topolini bianchi infettati mediante streptococchi: anzi l'A. è riuscito ad ottenere dei sali biliari ad azione parassitotropa in senso biologico rispetto agli streptococchi: il taurocolato di sodio è il sale più adatto. Dopo essere riuscito a superare la massima difficoltà, consistente nel mantenere costante la reazione alcalina ottimale, l'A. ha potuto applicare nella terapia clinica questo metodo, che rappresenta un sicuro mezzo di guarigione delle infezioni streptococciche. Brillanti risultati si sono ottenuti in casi di febbre puerperale, angine settiche e ferite suppurate.

G. Schäfer ha studiato le possibilità di questo nuovo mezzo chemioterapico trovato da Hilgermann nel campo dell'ostetricia e della ginecologia. Si iniettano 5 cmc. del preparato, preferibilmente per via intramuscolare, una volta al giorno. Per perdere tempo si inizierà la terapia prima dell'accertamento batteriologico della natura streptococcica dell'infezione. Se si tratta di infezioni miste si intraprenderà parallelamente il trattamento specifico corrispondente. I risultati dell'esperienza clinica dimostrano che con il nuovo mezzo chemioterapico antistreptococcico di Hilgermann si è fatto un importante progresso nella difficile terapia delle infezioni puerperali streptococciche: non è un caso che nella clinica ostetrica di Berlino nel 1935 nessuna donna è stata perduta per sepsi o piemia nel puerperio. Suppurazioni diffuse o circoscritte non sono invece influenzate dalla terapia specifica; processi fistolosi sono stati favorevolmente influenzati. Questa nuova chemioterapia può essere utilmente usata anche nel campo della profilassi.

M. NUNBERG.

STORIA DELLA MEDICINA

Ciò che lo studio della rabbia deve alla scienza italiana.

(P. REMLINGER. *Annali d'Igiene*, maggio 1936).

L'Italia fu uno dei primi paesi a far beneficiare i suoi abitanti della scoperta di Pasteur e notevole è il contributo recato dopo tale epoca dagli studiosi italiani alle ricerche sulla rabbia.

Nel 1887 Di Vestea e Zagari dimostrarono con esperienze precise che il trasporto del virus si effettua per i nervi, fino a raggiungere i centri nervosi; poi passando dal lato opposto, per via centrifuga esso invade tutto il sistema nervoso periferico.

Un'interessante esperienza di Bertarelli dimostrò come il virus rabbico si propaghi dai centri nervosi alle ghiandole salivari per la via dei nervi periferici.

Di Vestea nel 1903 comunicò all'Accademia Medica di Pisa la di lui scoperta che il virus rabbico attraversava le candele filtranti. Analoga comunicazione aveva fatto poco prima, quasi contemporaneamente, il Remliger, alla Società di Biologia di Parigi. La filtrabilità di detto virus fu confermata subito dopo da Schüder, Bertarelli e Volpino, Celli e D. De Blasi.

Quasi nello stesso tempo si fece strada un'altra scoperta: quella dei corpi del Negri. Nel 1903 Adelchi Negri attirò l'attenzione degli studiosi sopra i corpuscoli protoplasmatici da lui messi in evidenza nel sistema nervoso dell'uomo e degli animali colpiti da rabbia. Tali corpuscoli si riscontravano nelle cellule piramidali del corno di Ammone e nelle cellule di Pürkinje del cervelletto: rotondi od ovali, si trovavano presso al nucleo o nella massa del protoplasma o nei prolungamenti ed erano colorabili col metodo di Mann, in rosso vivo; dimensioni: 4-10 μ di diametro ma anche molto meno.

Dal punto di vista della pratica, la scoperta del Negri è importantissima in quanto permette di porre in qualche ora ed anche più celeremente, la diagnosi di rabbia nell'animale morsicatore. Putroppo, nonostante le numerosissime comunicazioni e memorie fatte sull'argomento, l'esatto significato dei corpi del Negri è tuttora molto controverso. L'A. cita al riguardo gl'importantissimi studi della signora Negri-Luzzani durati 10 anni, e nei quali i corpuscoli sono considerati come formazioni

rappresentanti gli stadi evolutivi di un protozoario.

Gli scienziati italiani hanno attirato l'attenzione sopra l'importante nozione del virus naturalmente rinforzato e del virus naturalmente attenuato. Mentre generalmente i conigli inoculati sotto dura soccombono verso il 14° giorno, esistono dei virus naturalmente esaltati i quali possono determinare la rabbia dopo una iniezione di 6-7 giorni (Bordoni-Uffreduzzi, 1889). D'altro canto Abba e Bordoni-Uffreduzzi hanno notato che talvolta i conigli debitamente inoculati sotto dura, soccombono dopo un periodo oscillante da 20 fino a circa 200 giorni. Si tratta di virus naturalmente attenuati.

Non meno importante è la quistione sulla unicità o pluralità del virus rabbico, posta dal prof. Puntoni, il quale si è dichiarato per la pluralità.

Lo stesso Puntoni ha studiato le lesioni gastro-intestinali nella rabbia ed ha dimostrato che durante questa malattia il virus rabbico tende ad uscire dall'organismo da tutta la superficie digestiva e da tutte le ghiandole dell'apparato digerente. Ha descritto inoltre una forma gastro-enterica nel cane rabbioso, confermata in seguito in Italia ed altrove.

Celli ha studiato l'azione del calore, della luce e dell'aria compressa sul virus rabbico, Calabrese quella dei raggi Röntgen, Tizzoni e Bongiovanni quella del radium.

L'azione degli agenti chimici è stata presa in considerazione da Tizzoni e Centanni (azione del succo gastrico), da Celli, da L. De Blasi, ecc. Particolarmente importanti sono le ricerche di Fermi, svolte sull'azione dell'acido fenico. In seguito ad esse egli è giunto ad un nuovo metodo di vaccinazione antirabbica (vaccini fenicati) che è stato rapidamente adottato da un gran numero di Istituti Antirabbici, con successo sempre crescente.

I vaccini fenicati hanno il grande pregio di poter essere usati anche dopo qualche mese dalla loro preparazione. Essi si prestano ad essere portati a grandi distanze e permettono così una grande diffusione della vaccinazione.

A questo punto del suo lavoro l'A. si sofferma ad illustrare le grandi benemerenze dell'Istituto antirabico di Sassari, sia per quello che riguarda la produzione scientifica, sia per le applicazioni pratiche che ne sono derivate.

I lavori di Fermi — egli dice — hanno fatto dell'Istituto Antirabbico di Sassari uno dei centri più conosciuti per lo studio della rabbia. Se Parigi è stata la Medina della rabbia, Sassari ne è stata la Mecca.

Dopo aver passato in rapida rassegna tutta una serie di studi di vari AA. italiani sulla rabbia nella serie animale e sulle vie di infezione per l'uomo, il nostro A. mette in rilievo che i medici italiani: Novi, Poppi, Bordoni-Uffreduzzi, Calabrese, Daddi, Zaccaria, sono stati i primi, che avendo osservato l'insorgenza di fenomeni paralitici durante la cura antirabbica, hanno avuto il coraggio di pubblicarli. Queste paralisi sono state poi variamente interpretate dal punto di vista della loro patogenesi: oggi però si è generalmente d'accordo nel riferirle al virus fisso.

L'Italia si è inoltre affrettata a fare beneficiare anche gli animali, della scoperta di Pasteur, vaccinando gli erbivori morsi e vaccinando preventivamente i cani: Finzi.

Puntoni ha eseguito su animali morsi da cani rabbiosi, l'autovaccinazione mediante un vaccino fenicato preparato col cervello del cane morsicatore.

L'A. che è Direttore dell'Istituto Pasteur di Tangeri conclude la sua interessante memoria dicendo che ben pochi sono i problemi relativi alla rabbia, che non siano stati affrontati e fatti progredire dagli scienziati italiani. Sono i nomi di Negri, di Di Vestea, di Fermi, di Puntoni, di Bertarelli che debbono essere segnalati in prima linea. Auspica che la seconda Conferenza Internazionale sulla rabbia venga tenuta a Roma, tanto più che la prima quistione che sarà trattata sarà quella dei vaccini fenicati e della loro applicazione, quistione che è essenzialmente italiana. F. VICENTINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

P. Cignolini. *Marconiterapia.* Trattato delle onde corte nella biologia e nelle applicazioni terapeutiche. Vol. in-8°. U. Hoepli, Milano 1936. L. 50.

Si sentiva il bisogno di un manuale Italiano di Marconiterapia perchè le onde corte (questo corollario terapeutico della meravigliosa scoperta del nostro grande Marconi), superato lo stretto periodo sperimentale, sono ormai entrate nella pratica medica per offrire al terapista nuove possibilità per il suo difficile compito. E l'aspettativa è ora appagata, perchè, sotto una veste piana il prof. Cignolini lumeggia ampiamente tutti i problemi connessi alla biologia e alla terapia delle onde corte perchè il trattato non solo è completo nell'esposizione della parte fisica e dottrinale, ma è tutto animato da finalità scientifico-pratiche e ricco d'un ampio contributo personale e di lunga esperienza.

Sopratutto è incomparabile merito l'equilibrato spirito critico che anima il libro, perchè ad ogni nuovo mezzo terapeutico, che abbia virtù di attirare l'attenzione generale, possono nuocere più che le aprioristiche diffidenze l'eccessivo entusiasmo dei neofiti e le non giustificate promesse o premesse o applicazioni.

Cignolini per tanto nell'accesa discussione che da molto tempo si trascina fra i cultori più valorosi della elettrologia, sull'intimo meccanismo dell'azione biologica delle onde corte, si schiera decisamente per la teoria più piana, più positiva, più accettabile al medico: azione di puro calore. Calore diverso per meccanismo di produzione da quello dell'aria calda, del fango, dei raggi infrarossi, della diatermia perchè a produzione intracellulare, e questo basta a spiegare perchè le onde ultracorte abbiano indicazioni loro proprie e in parte diverse da quelle degli altri mezzi termoterapici, a nostra disposizione. Ma pur sempre calore. Ora, il fatto che l'A. abbia ripudiato le complicate illazioni di teorie basate su rigorose selettività d'onda, se può contribuire a ridurre alcune speranze verso più ampie e brillanti applicazioni terapeutiche, rende più facile e più sicura la dimostrazione e la comprensione dei risultati che fin qui si sono raggiunti. Un altro pregio del lavoro è la cura con la quale il prof. Cignolini espone i dettagli di tecnica e mette in guardia dalla facilità con la quale si può incorrere in tanti piccoli errori che hanno una enorme importanza sul risultato finale della terapia. Se infatti la diatermia per fornire risultato concreto richiede un complesso di particolari conoscenze e un notevole grado di esperienza, più difficile ancora è la tecnica d'applicazione delle onde ultracorte (mentre a prima vista sembrerebbe il contrario), non tanto perchè sia facile provocare danni al paziente ma perchè, fors'anche per l'attuale deficienza d'un rigoroso mezzo di misura, occorre un particolare rigorismo di osservazione per ottenere i risultati voluti.

L'esposizione clinica, seguendo queste premesse non poteva essere che equilibrata, pur nella sua completezza. Per quanto riguarda la Marconi-terapia nelle sue applicazioni ampie e localizzate, si potrà forse non del tutto e sempre convenire sull'indicazione per questa o quella forma, ma dobbiamo tener presente che l'esperienza clinica sugli effetti delle onde ultracorte è recente e non può non risentire di questa estrema giovinezza dell'argomento. Il bel libro di Cignolini riuscirà molto utile, anche al medico pratico e sarà necessariamente consultato da chiunque si occupa di questa interessante branca di studi e di applicazioni terapeutiche.

C. Frugoni.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

F. Schmidt e Al. Kairies. *Neue Studien zum Problem der Influenza dei Mensch und Tier.* Un vol. in-8 di 71 pag. F. Enke, Stuttgart, 1936. Prezzo RM. 6,80 col 25 % di riduzione per l'estero.

Interessante studio sul complesso problema dell'influenza, basato su un ricco materiale bibliografico e su ricerche personali degli AA. stessi, fatte sia sulla influenza umana, sia su quella tanto simile del furetto.

Il lavoro è diviso in 3 parti; nella prima, sono esposte le considerazioni storiche e generali; la seconda è dedicata allo studio del bacillo influenzale e del virus ultrafiltrabile; la terza a quella della malattie simili-influenzali degli animali ed alla loro importanza per spiegare quella dell'uomo.

In complesso, gli AA. riconoscono l'importanza del bacillo di Pfeiffer, sia puro, sia associato — per proprie necessità biologiche — ad altri germi, specialmente allo streptococco. Esprimono molti dubbi sul *Bac. pneumosintes*, e non ritengono dimostrato che l'agente patogeno sia un virus filtrabile, tanto più che il bacillo di Pfeiffer può passare attraverso i filtri.

Nella bibliografia, non è nemmeno citato il lavoro di Gosio che pure portò a suo tempo un importante contributo affermante l'importanza del bacillo di Pfeiffer.

fil.

A. Guarino. *Le colibacillosi.* Un vol. in-8° di 88 pag. E. Zannoni ed. Padova. Prezzo L. 14.

Le colibacillosi sono venute assumendo larga importanza soprattutto nella letteratura medica francese. I numerosi lavori citati dall'A. nella bibliografia, che comprende circa 30 pa-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

gine, dimostrano l'interesse che tale malattia ha destato.

L'A. ce ne fa qui la storia, studiandone poi la batteriologia, l'eziologia e patogenesi e l'anatomia patologica. Segue la sintomatologia delle diverse forme, intestinale, epato-biliari, uro-genitali, psichiche, cutanee, osteo-articolari, ecc. talora associate ad altre condizioni (ossalemia, gravidanza, ecc.). Da ultimo, la diagnosi, prognosi e terapia.

Credo che sia questo finora l'unico lavoro italiano riassuntivo su tale argomento. *fil.*

Klinische Fortbildung. Diretta da G. Klemperer. Vol. III. Un vol. in-8° di 802 pag. con 117 fig. e 3 tav. a col. Urban e Schwarzenberg, Berlin. Prezzo RM 30 (rilegato 35). Riduzione di prezzo per l'estero.

L'eccellente opera « Neue deutsche Klinik » (di cui vi è una traduzione italiana sotto il nome di « Clinica moderna ») viene annualmente aggiornata con questa « Klinische Fortbildung », che tratta con ampie monografie le questioni più vitali che si agitano nel mondo medico.

Questo III volume comprende i seguenti lavori: *Gozzo* (R. Breitner); *La sterilità maschile* (R. Fetscher); *L'oxiuriasi nell'uomo* (E. Nathorff); *I Capillari nell'uomo* (C. Ernst); *La terapia con raggi* (R. du Mesnil de Rochemont). *Intossicazioni* (Starkenstein e H. Langecker); *Le ipertireosi* (H. W. Bansi); *Lo stato attuale delle ricerche sui gruppi sanguigni* (H. Hirschfeld); *La chirurgia traumatica* (K. Vogeler); *La trombosi delle coronarie* (W. H. Weil); *La tetania* (H. Wendt); *Le neurosi dell'età infantile* (W. Cimbal); *La stenosi pilorica ipertrofica* (E. Schiff); *Progressi nel trattamento dell'asma bronchiale* (F. Klewitz); *Progressi nella diagnosi e terapia delle pollinosi* (Idem); *Malattie del sangue e costituzione* (H. Hirschfeld); *La sonda duodenale* (K. Gutzeit e G. W. Parade); *Progressi delle nostre conoscenze sulla tubercolosi* (G. Liebermeister); *Batteriofagia e Fagoterapia* (R. Otto); *La terapia con raggi in ginecologia* (W. Bickenbach); *Stato attuale della terapia dietetico-insulinica nel diabete mellito* (E. Grafe); *Il sistema nervoso autonomo ed il suo significato clinico* (K. Hansen); *Ascesso e gangrena polmonare* (G. Klemperer).

Con questo volume, G. Klemperer lascia la direzione di questa importante opera a cui per dieci anni aveva dedicata la sua attività.

fil.

J. GATELLIER e FR. MOUTIER. *Thérapeutique de l'Ulcère gastro-duodénal*. Un vol. in 16° di 240 pag. G. Doin, Paris, Prezzo 22 fr.

Vexata quaestio quella della terapia dell'ulcera gastro-duodenale, che ha veduto sorgere (ed anche tramontare) negli ultimi tempi i più svariati mezzi, per combattere questa malattia ormai tanto diffusa.

Gli AA. si basano soprattutto sull'esperienza personale di circa 1200 casi, per tratteggiare, dopo una breve introduzione anatomo-clinica-patogenetica la terapia medica dell'ulcera non complicata e quella delle complicazioni, fra cui principalmente le emorragie.

Vengono poi le indicazioni per l'intervento chirurgico, con la preparazione e la condotta dell'operazione ed il trattamento postoperatorio.

Il libro si indirizza essenzialmente al medico pratico, per cui riuscirà assai utile. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 22 aprile 1936.

Presidenza: Prof. PIO BASTAI.

Sopra un caso di poliartrite acuta secondaria da prima infezione malarica contratta vicino a Firenze.

Prof. A. TERZANI e Dott.a L. TORELLI. — Gli OO. passano brevemente in rassegna la scarsa bibliografia sul reumatismo articolare secondario a infezione malarica, reumatismo articolare riscontrato, sebbene in percentuale bassissima, in alcuni casi di malaria di guerra in Macedonia e in India, e da nessun A. descritto un po' dettagliatamente e completamente. Descrivono poi un caso da loro osservato di poliartrite acuta secondaria che ha complicato sin dall'inizio una malaria, di tipo quartanario, contratta in zona non malarica. La cura chininica ha troncato gli accessi febbrili e i fatti poliarticolari, mentre la terapia salicilica, precedentemente istituita, non aveva recato alcun giovamento. Concludono delineando il quadro dello pseudo-reumatismo malarico.

Della presenza degli stafilococchi piogeni sulla pelle sana dei vitelli in relazione alla produzione della linfa vaccinica.

Dott. I. GORRIERI. — L'O., studiando la microflora propria della pelle di bovini atti alla produzione di linfa vaccinica, ne ha messo in evidenza, in percentuali piuttosto elevate (il 20 % circa), con prove biologiche e immunologiche, il carattere patogeno. Ritiene perciò necessario l'uso purificatore e disintossicante della glicerina, e, in caso di vaccini freschi, l'obbligo, prima dell'uso, di ricerche atte a metterne in evidenza la completa innocuità.

Una manifestazione non conosciuta della osteogenesi imperfetta. La "anosteogenesi".

Prof. G. C. PARENTI. — L'osservazione concerne un feto di 7 mesi venuto alla luce morto per cause imprecisate, ma fra le quali erano da escludersi la lue e le altre malattie infettive. L'alterazione riguardava specialmente gli arti, che si presentavano fortemente raccorciati e senza alcuna distinzione nei vari frammenti costituenti lo scheletro normale.

Tale raccorciamento degli arti ricordava in maniera suggestiva la discondroplasia. Ma gli esami

istologici dimostrarono invece uno scheletro puramente cartilagineo e nel quale non esisteva nessuna traccia di normale ossificazione, ma solo fenomeni di deposizione di sostanza fosfocalcarea (nuclei fosfocalcarei) mentre assenti completamente erano gli altri componenti minerali dell'osso.

In base a tali reperti l'O. non crede di dover elencare il presente caso neppure come Osteogenesi Imperfetta, in quanto nessuna traccia di osso esisteva, ma invece come *Anosteogenesi*. Con tale espressione infatti si devono intendere quelle particolari alterazioni dello scheletro, nella sua fase embrionale, per la quale in luogo della normale formazione di tessuto osseo, si ha il permanere dello scheletro nella fase cartilaginea.

La patogenesi di questa malattia, in vista della completa integrità di tutte le ghiandole a secrezione interna, s'impernia su di una turba umorale, in virtù della quale si ha un insufficiente o addirittura mancante apporto di minerali allo scheletro in via di sviluppo. A differenza della Osteogenesi Imperfetta e della Discondroplasia la Anosteogenesi è una malattia che si istituisce nelle primissime fasi della vita intrauterina.

I Segretari: Proff. L. PICCHI e A. GIANNONI.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 5 marzo 1936.

Presidente: Prof. G. DI GUGLIELMO.

Sulla frequenza del linfogranuloma a Catania.

G. DI GUGLIELMO. — Nella Sicilia orientale, e forse in tutta la Sicilia, il linfogranuloma maligno è meno frequente che nelle altre regioni d'Italia.

Quest'affermazione potrà forse in parte essere modificata in seguito a una più larga diffusione in pratica dell'uso della biopsia linfoghiandolare.

Rilievi su di un caso di poliartrite reumatica cronicizzata guarito con l'auroterapia.

Dott. SALVATORE URSO. — L'O. presenta un caso di poliartrite reumatica primitivamente acuta che malcurata dall'inizio si era cronicizzata presentando il quadro di una poliartrite cronica a tipo fibroso che rimase per un anno circa ribelle a qualsiasi cura.

Istituito un trattamento auroterapico con Solganal B. in sospensione oleosa si è avuto un progressivo miglioramento che si è rapidamente avviato verso una completa guarigione clinica da ritenersi definitiva in quanto persistente da più di un anno. E l'O. ritiene che l'auroterapia condotta con preparati a lento assorbimento sia scevra da pericoli purchè condotta sotto vigilanza medica, e possa riuscire efficace nelle forme reumatiche croniche anche se per lungo tempo ribelli ad altre terapie.

Quattro casi di ulcera fagedenica dei paesi caldi.

Dott. SALVATORE CARUSO. — L'O. offrendoglisi la rara occasione di osservare dei casi tipici di ulcere fagedeniche dei paesi caldi, contratte da operai di Catania, reduci dall'Africa Orientale, ne ha fatto una esauriente descrizione clinica differenziandole da altre entità morbose che avessero potuto contrastare il giudizio diagnostico.

Ha completato le sue osservazioni con ricerche microscopiche ed istologiche confermando i reperti di altri osservatori.

Il trattamento neosalvarsanico, praticato per via venosa e con applicazioni locali, ha dato all'O. dei brillanti risultati curativi. *Il Segretario.*

Società Medico-Chirurgica di Pisa e Sezione Pisana della Società di Biologia.

Seduta del 14 marzo 1936.

Per la Società Medico-Chirurgica:

I sali di tetrametilammonio in farmacologia ed in terapia

I. SIMON. — L'O. fa una rassegna dei sali di tetrametilammonio usati in terapia e dimostra che tutti, in seguito ai risultati delle ricerche eseguite nel suo laboratorio, uccidono l'animale superiore con un edema polmonare acutissimo. Avverte perciò che questi sali non possono essere adoperati in terapia se non con particolari cautele e limitazioni.

Per la Società Italiana di Biologia:

I. SIMON. — *Ricerche farmacologiche sul sale di stronzio dell'acido*: 1) *metil*, 2) *metil-ciclopentan*, 1-3, *dicarbonico*.

La dose minima letale lontana del lattato, del gluconato e del piruvato di calcio.

U. BALDACCI. — L'O. dimostra che le dosi minime letali lontane dei sali di calcio studiati sono le seguenti: lattato di calcio gr. eq. 0,0070 per Kg.; gluconato di calcio gr. eq. 0,130 per K.; piruvato di calcio gr. eq. 0,180 per Kg.

Confrontando questi dati con quelli ottenuti in esperienze precedenti comunicati alla Società di Biologia il 12 gennaio u. s. la scala di tossicità dei sali di calcio finora studiati risulta la seguente: lattato, cloruro, gluconato, piruvato.

L'azione dei sali di calcio sulla temperatura corporea.

U. BALDACCI. — L'O. ha riferito sopra l'azione antitermica del lattato, cloruro, gluconato, piruvato di calcio. Dalle ricerche eseguite risulta fra l'altro che il gluconato tra i quattro sali studiati è quello che maggiormente abbassa la temperatura del corpo.

Specificità ed aspecificità delle reazioni locali nella tubercolosi.

S. DE RENZI. — L'O. ricorda le varie controversie esistenti sulla specificità ed aspecificità delle reazioni locali nella tubercolosi, e basandosi su osservazioni personali di superinfezione tubercolare e di reazioni in animali tubercolotici e sani alla inoculazione di una streptotricea, di uno stafilococco e di una stafilotossina, conclude che la specificità delle reazioni sia legata non alla presenza di queste, ma al loro grado di intensità.

P. PERUZZI. — *Correlazioni ormoniche e respirazione in vitro di alcuni tessuti.*

P. PERUZZI. — *Ricerche sul ricambio respiratorio del tessuto reticolo-istiocitario in condizioni normali e sotto l'azione di agenti carioclasici.*

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La pleurodinia epidemica.

M. E. Welborn (*Amer. journ. med. sciences*, maggio 1936) riferisce su 11 casi di P. E. osservati all'Ospedale di Cincinnati dal giugno al settembre. Con o senza prodromi, si manifesta (improvvisamente o gradatamente) un dolore tormentoso (la malattia è chiamata la stretta del diavolo, *devil's grip*) all'epigastrio e lungo il margine costale. È questo il sintoma principale. Il dolore inspiratorio a tipo di crampo è il più frequente, ma può aversi anche al tronco, da un lato del torace, all'ipocondrio; può essere più o meno continuo, oppure verificarsi a parossismi. Costante, la dolorabilità locale.

La febbre è sempre associata con il dolore; varia da 37°,3 a 40°. In nessun caso si ebbe tosse, nè storia recente di malattia respiratoria. Fra i sintomi vari, sono da menzionare; cefalea, dolorabilità muscolare generale, debolezza perdita di appetito. All'esame, dolorabilità locale; in un solo caso, fini rantoli all'ascella. Negativi i reperti di laboratorio, ivi compresa anche la biopsia dei muscoli interessati.

Il numero degli attacchi dolorosi varia; in 3 pazienti, si ebbero recidive.

Nello stesso periodo, F. K. Harder, riferisce sul complesso dei casi osservati nello stato di Ohio (a cui appartiene Cincinnati). Si tratta di 282 casi, di cui una buona parte (138) sotto i dieci anni.

La diagnosi si basa unicamente sui fatti clinici e specialmente sul tipo del dolore. In qualche caso, si può avere l'impressione di trombosi delle coronarie, di polmonite, pericardite. Gli errori più gravi si hanno quando il dolore è prevalentemente addominale. Un buon chirurgo locale ha asportato 3 appendici sane in individui, nei quali il decorso della malattia dimostrò trattarsi di pleurodinia epidemica. Quando si presentò il terzo caso, egli sapeva già che vi era tale epidemia, ma i sintomi mentivano tanto quelli dell'appendicite, che egli non esitò ad operare; l'appendice fu trovata normale, ma il peritoneo aveva un colorito violaceo.

Eziologia e modo di trasmissione ignoti. La terapia si limita a calmare il dolore; talvolta, sono necessari forti dosi di morfina. *fil.*

Encefalo-mielite consecutiva alla rosolia.

H. Hoston Merrit e Y. D. Koskoff (*Amer. journ. med. sciences*, maggio 1936) riferiscono 4 casi di tale complicazione della rosolìa, riportando altri 7 casi della letteratura. Si sviluppa 2-6 giorni dopo l'eruzione, con segni e sintomi neurologici, quali cefalea, rigidità del collo e Kernig, accessi di incoscienza con confusione mentale, ritenzione urinaria, Babinski, perdita dei riflessi profondi; meno frequenti sono; deviazione coniugata della testa e degli occhi, diplopia, emiplegia, paraplegia, segni cerebellari, paralisi bulbare.

Liquor sterile con aumento nel contenuto cellulare (10-200 per mmc.) e predominanza dei linfociti; lieve aumento delle proteine.

La frequenza sarebbe probabilmente analoga a quella dell'encefalite da morbillo (0,4 %); analoga anche la mortalità (del 10 % circa). Nell'encefalite da morbillo, sono riportate delle sequele nel 65 % dei casi (debolezza generale, atassia, difetti mentali, epilessia); i casi di encefalo-mielite da rosolìa non sono stati seguiti abbastanza a lungo per escludere che ne residuino difetti mentali, forme epilettiche e simili. *fil.*

Anemia acuta febbrile da sepsi di origine dentaria.

P. G. Gibson (*Lancet*, 2 maggio 1936) studia un caso di anemia febbrile insorta in una donna di 23 anni, da lungo tempo sofferente di affezioni dentarie. La malattia incominciò con deperimento, dolori ischiatici, febbre ed anemia. L'estrazione di 4 molari dopo alcuni mesi di queste sofferenze, aggravarono le condizioni della paziente: insorse febbre elevata continua e l'anemia si fece più intensa, con reazione megaloblastica: non si ebbe alcun beneficio dalla epatoterapia e da 2 trasfusioni di sangue.

Si ricorse allora alla ventricolina per via orale, e si ebbe un rapido miglioramento: dopo 1 mese di cura i globuli rossi salirono da 1.250.000 a 3 milioni.

Per 9 settimane stette bene, poi di nuovo si presentarono dolori ischiatici, febbre ed anemia. Una radiografia dentaria scoprì un ascesso apicale in un molare, fu estratto, e da esso si coltivò lo streptococco viridans. Migliorò un poco: ma dopo 7 giorni insorse il quadro di una sepsi, che condusse la paziente a morte.

L'A. crede che questo caso sia simile a quelli già descritti da Hunter, sotto il nome di *anemia settica*, e più recentemente da Tidy e da Lederer.

I casi di quest'ultimo, però, hanno di particolare un componente emolitico, che nella malata dell'A. non era mai stato presente.

Si crede che queste anemie siano causate da tossine assorbite da focolai di infezione focale, le quali ledono il sistema ematopoietico. Un gran numero di casi sono stati osservati in malati con denti guasti e spece dopo estrazione di questi, onde è prudente di astenersi da questa operazione in ammalati defedati e cercare prima di migliorarne le condizioni generali; e di praticare delle iniezioni di autocino per prevenire il pericolo di una sepsi.

ZITO.

Iniezioni antisettiche endoarteriose nelle infezioni degli arti.

Arnulf e Ph. Frieh di Lione (*Presse Méd.*, n. 31, 15 aprile 1936) dietro consiglio del Leriche hanno praticato iniezioni endoarteriose di mercurocromo e di violetto di genziana per combattere diverse affezioni infettive degli arti: i risultati sono stati incoraggianti.

Essi avvertono però che se in pochi giorni non sopravviene un evidente beneficio, non si deve perdere del tempo prezioso, ma si deve subito tornare ai metodi di cura classici.

È certo che l'iniezione endoarteriosa è il cammino più corto e più sicuro per impegnare i tessuti infetti con una soluzione microbicida.

Tecnica: occorre un ago fino da puntura lombare, lungo otto cm. circa, a punta corta e molto tagliente; la ordinaria siringa da 10-20 cc.; è necessario innestare l'ago a un breve tubo di gomma onde evitare che una volta messo in sito si sposti.

Il liquido da iniettare: è consigliabile una soluzione acquosa di mercurocromo al 2 %, sebbene si possa anche usare il violetto di genziana, ma è più necrotizzante se esce dall'arteria. Si devono iniettare da 8 a 10 cc., l'ago deve essere introdotto nel senso della corrente sanguigna. Come prova che l'iniezione è riuscita si ha la colorazione dei tegumenti dell'arto.

Le indicazioni sono varie: sono indicate per la cura tutte le infezioni gravi degli arti. I migliori successi si sono avuti nelle linfangiti. L'azione sarebbe in parte microbicida e in parte dovuta alla vasodilatazione che si produce.

L. TONELLI.

Le controindicazioni per l'etero-proteino-terapia endovenosa.

Secondo R. L. Cecil (*Journ. amer. med. ass.* 7 dicembre 1935) sono le seguenti:

1) malattie arteriose, renali o cardiache avanzate, scompenso cardiaco; invece, può farsi nell'endocardite reumatica ben compensata;

2) stati allergici o condizioni di notevole sensibilità alle proteine, come edema angioneurotico, urticaria gigante, ecc.;

3) stati di grande esaurimento seguenti malattie prolungate;

4) tubercolosi polmonare attiva o quiescente;

5) condizioni emorragiche, come emofilia, ulceri sanguinanti, ecc.;

6) alcoolismo cronico, per timore del delirium tremens;

7) Notevole sensibilità nervosa, quale si ha nell'ipertiroidismo.

Le controindicazioni per tale terapia sottocutanea od endomuscolare sono meno nette; vi sono però alcuni rari pazienti che non tollerano affatto delle piccole dosi di vaccini batterici, di latte bollito o di siero, nemmeno per via sottocutanea.

Nei tubercolosi, la proteino-terapia può destare delle reazioni focali, anche se usata sottocute; le opinioni sono però divise a tale riguardo, il che non toglie che anche i sostenitori della innocuità abbiano osservato delle attivazioni focali come, p. es., Brown e collaboratori, che le hanno notate in 2 su 124 tubercolosi sottoposti a vaccinazione antitifica profilattica.

fil.

Meccanismo di azione ed efficacia dei gargarismi.

Sull'efficacia dei gargarismi, si è molto discusso e mentre alcuni ritengono utile tale mezzo terapeutico, altri lo dichiara del tutto inefficace. Uno studio interessante sull'argomento ha fatto V. Zimànyi (*Il Valsalva*, marzo 1936), basandosi su esperimenti propri, non soltanto con sostanze coloranti, ma con una tecnica propria per cui è possibile osservare *in situ* il liquido e radiografarlo. Sui fini particolari della tecnica, rimandiamo al lavoro originale, accontentandoci di riportare qui le conclusioni più salienti.

Mediante il metodo delle sostanze coloranti, l'A. dimostra che il liquido non raggiunge le tonsille negli individui adulti che sanno bene gargarizzare; ancora minor calcolo, si può fare di questo mezzo per i bambini.

Con il secondo metodo röntgenologico, l'A. studia bene il fenomeno della deglutizione e del gargarismo. Con quest'ultimo, come avviene per il bolo alimentare che passa dalla cavità orale a quella faringea, l'istmo delle fauci si chiude automaticamente per un fatto riflesso, dovuto al contatto del liquido con il territorio di passaggio fra dorso e base linguale. In circostanze normali, il liquido gargarizzante non può oltrepassare detti limiti; perchè se ciò facesse, subentrerebbe l'influenza involontaria dei movimenti riflessi del canale digerente, che porterebbe il liquido fino allo stomaco, come ogni altra sostanza ingerita. È perciò possibile che degli individui, dai riflessi faringei un po' attutiti, arrivino a far superare al liquido il livello dei pilastri anteriori. Ciò è stato possibile soltanto per un individuo (su 4000 d'ambulatorio e 1500 degenti).

Si può pertanto concludere che il raggio di azione dei gargarismi non oltrepassa i pilastri anteriori; l'eventuale disinfezione da eseguirsi nel cavo faringeo potrà ottenersi soltanto mediante irrigazioni o toccamenti.

fil.

Le necrosi adrenaliniche.

A. Patroni e Gijarto (*Il Valsalva*, aprile 1936) riferiscono una propria osservazione di un individuo di 30 anni, con setticemia, in cui la ipodermoclisi con siero glucosato adrenalizzato diede luogo ripetutamente a necrosi con ca-

ratteri asettici. Invece, l'ipodermoclisi praticata precedentemente con soluzione fisiologica, con o senza adrenalina, non aveva dato fenomeni di sorta.

I casi di necrosi settiche od asettiche da adrenalina non sono rari nella letteratura. In linea generale, l'adrenalina non dovrebbe provocare necrosi di per sè stessa, in quanto che essa si riassorbe con notevole rapidità. Ma, date le condizioni transitorie di ischemia, la presenza accidentale di germi patogeni può dar luogo a focolai settici anche in individui normali.

L'associazione del glucosio con adrenalina sembra esaltare l'azione dannosa di quest'ultima, anche senza il concorso di germi patogeni nella soluzione. *fil.*

Alterazioni locali da iniezioni di insulina.

G. Dinkler (*Münch. med. Wochens.*, 21 febbraio 1936) rileva che, mentre alcuni autori hanno riferito casi di atrofia del tessuto sottocutaneo consecutiva ad iniezioni di insulina, i casi di aumento del tessuto adiposo sono meno frequenti. L'A. ha osservato una forma mista di lipodistrofia, cioè atrofia ed iperplasia riunite. Una donna diabetica si faceva da sè giornalmente delle iniezioni di insulina alle cosce. Nel corso del trattamento, si formò alla parte superiore della coscia una depressione profonda, indicante l'atrofia del sottocutaneo ed, immediatamente al disotto, un'area di ipertrofia simile ad un cuscinetto.

Entrambe le forme di lipodistrofia possono essere evitate cambiando spesso il punto di iniezione e, forse anche, il tipo d'insulina.

MEDICINA SCIENTIFICA

Esperienza di estrazione e isolamento del principio antianemico del fegato.

P. Laland, A. Klem, B. Strandell, L. Peulsson, H. Schartum (*Acta med. Scandin.*, volume LXXXVIII, f. 5-6, 1936) pubblicano in proposito un lavoro in collaborazione: ai primi due autori spetta la parte chimica della ricerca, mentre gli altri saggiavano gli effetti clinici delle sostanze isolate.

I migliori risultati sono stati ottenuti con il seguente procedimento:

Il fegato fresco e sminuzzato viene estratto coll'acqua cui si aggiungono 50 % (di volume) di acetone. L'estratto si filtra e si concentra; quindi si pratica la sproteinizzazione con sali di metalli o con lieve calore previa acidificazione. Il filtrato essicato dà 3-4 gr. di sostanza per 100 gr. di fegato, di pari attività antianemica.

L'ulteriore estrazione si pratica scuotendo la sostanza secca con soluzione di fenolo cui si aggiunge dell'acqua e dell'etere. L'estratto attivo passa nello strato dell'acqua nel quale poi dopo l'essicamento si ritrova in quantità di 0,27 gr. (saggiato clinicamente con buoni risultati).

La parte attiva di tale estratto viene adsorbita dal carbone: trattato questo di nuovo con fenolo, acqua ed etere, si ottengono 0,028 gr. di sostanza attiva corrispondente sempre a 100 gr. di fegato fresco. Mercè ripetuti ed alternati trattamenti con carbone e fenolo, acqua ed etere si è arrivato a concentrare il principio attivo di 100 gr. di fegato in un mgr. di sostanza secca. Quest'ultima frazione sciolta in ac. acetico glaciale e precipitata con eccesso di etere si è dimostrata solubile in alcool metilico, dal quale poteva essere di nuovo precipitata coll'etere in eccesso.

La salificazione dell'ultimo estratto con solfuro di ammonio secondo la tecnica di Dakin e West ha permesso finalmente di ridurre la quantità di sostanza essicata corrispondente a 100 gr. di fegato fresco a mgr. 0,35.

Secondo le esperienze cliniche di cui vengono riportati i protocolli bastano 0,7 mgr. di quest'ultima sostanza, somministrati giornalmente (sottocute in 2 cc. di soluzione idrica) per produrre il desiderato effetto antianemico, documentato dall'aumento delle emazie, dalla reticolocitosi, emoglobinometria e anche dalla normalizzazione del quadro istologico del midollo osseo (osservato mediante la puntura sternale).

S. MINZ.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'Abbonato N. 6339:

Colorazione rosea opalescente nell'urina trattata con il reattivo di Nylander, a freddo e che scompare a caldo. Non ha un significato noto. Forse è dovuta a qualche sostanza (pigmenti o medicamenti) che, in presenza dell'alcali del reattivo, si colora in tal modo.

Significato dell'acidità molto elevata dell'urina. È in rapporto con l'equilibrio acido-base dell'organismo. Trattasi di una questione molto complessa dovendosi anzitutto prendere in esame le varie acidità (pH, acidità di titolazione o libera, acidi neutralizzati dall'ammoniaca, acidi organici), nonchè altri elementi, quali p. es. la quantità di urea.

Fra le condizioni che producono acidosi, sono da menzionarsi: il diabete, la cirrosi epatica, l'alimentazione iperazotata, l'ipoalimentazione, ecc.

fil.

Al Dott. G. Biagini, da Firenze:

Consulti: L. FERRANNINI. *La terapia clinica nella medicina interna*, L. Pozzi ed., Roma. P. MARFORI. *Trattato di Farmacologia e Terapia*, Idelson, Napoli.

fil.

VARIA

Piccoli espedienti pratici di laboratorio.

Lipp (*Münch. med. Wochens.*) indica i seguenti.

Per il *riconoscimento delle uova di parassiti nelle feci*, può servire bene l'olio di cedro. Si fa uno striscio spesso di feci sul portaoggetti, lo si lascia seccare all'aria e vi si mettono sopra dell'olio di cedro ed un coprioggetti, usando poi un ingrandimento medio. Il preparato si mantiene a lungo e, così rischiarato con l'olio di cedro, permette la ricerca in uno strato relativamente grosso di feci.

Per la ricerca delle uova di ossiuri, serve bene un cucchiaino che, a natiche aperte, si striscia sui margini del retto (non all'interno), depositando poi il contenuto dei margini del cucchiaino su un portaoggetti ed aggiungendovi l'olio di cedro. Nel campo giallo scuro o bruno, si vedono facilmente e chiaramente le uova.

Nell'osservazione microscopica, si può *sostituire l'olio di cedro* con olio di ricino o con glicerina purissima, che costano molto meno ed hanno anche il vantaggio di insudiciare meno l'obbiettivo.

Per la *ricerca dell'albumina nell'urina*, al letto del malato, in mancanza di meglio, si può aggiungere all'urina nella provetta qualche goccia di aceto e qualche cristallino di sale da cucina, che si trovano in qualunque casa; in presenza di albumina, si ha un netto intorbidamento (*Probatum est*, aggiunge l'A.).

Una *semplice prova urinaria per la diagnosi di rene grinzo*, quando si sia in presenza di un'urina a basso peso specifico e scarsa albumina, consiste nel riscaldare l'urina stessa con un acido minerale. Se l'urina riprende il colore giallo normale, si tratta di rene grinzo. La stessa conclusione può trarsi se, mescolata l'urina con del caolino sino a farne quasi una pappa, la si filtra ed il filtrato ha intenso colore giallo.

Per riconoscere se le sostanze mucose dell'urina provengono dalle vie superiori od inferiori, si aggiunge ad alcune gocce di urina una piccola goccia di una soluzione alcoolica all'1 % di alizarinsolfonato di sodio, si mescola bene e si osserva al microscopio. Se si tratta di urina normale (cioè senza affezioni renali), quasi tutto il campo microscopico è occupato da piastre poligonali, rosso-chiaro, omogenee ed a margini netti, che sono sostanze mucose delle basse vie.

Invece, nelle affezioni renali, si trovano dei filamenti mucoidi, fioccoso-nebulosi, per lo più colorati in giallo, male delimitati, che si trovano soltanto nelle affezioni del rene o del bacinetto, in processi infiammatori o di stasi.

Per la *ricerca del sangue con la benzidina*, che talora è turbata dalla presenza di acido urico o di sali dei metalli alcalini, l'A. consiglia di usare una striscia di carta da filtro su cui si mettono 1-2 gocce di urina e poi la benzidina e l'acqua ossigenata; se la reazione è positiva, si ha la nota colorazione blu intensa. L'A. ha anche allestito un reagente in forma di polvere che si mantiene inalterata ed è una sorta di leucobase, a cui basta aggiungere una goccia di aceto ed il liquido in esame (urina od estratto di feci) sopra un pezzetto di carta da filtro; il colore blu che si forma si mantiene inalterato per qualche ora. *fil.*

Il ciclo mestruale e la data di nascita.

Poichè è difficile conoscere l'esatta data del concepimento, il calcolo della data del parto è generalmente basato sul primo giorno dell'ultima mestruazione, calcolando circa 280 giorni da tale data. Osserva però F. A. Wahl (*Münch. med. Wochens.*, 21 febbr. 1936) che raramente in questo modo ci si indovina e che il periodo di 280 giorni è generalmente troppo breve. Egli ha l'impressione che la data della nascita sia in rapporto con il ciclo mestruale ed ha fatto uno studio su 5000 casi ostetrici, ricercando: 1) la frequenza con cui il bambino maturo è partorito 280 giorni dopo il primo giorno dell'ultima mestruazione; 2) se vi è un rapporto fra la data della nascita ed i cicli mestruali.

Risulta, in complesso, che un bambino maturo viene partorito dopo 280 giorni, nel 65 % delle donne con un ciclo mestruale di 28 giorni. In quelle in cui tale ciclo è più lungo, il parto si ha ad una data più lunga nel 75 %, mentre nelle donne con un ciclo più breve i 280 giorni non vengono raggiunti nell'80 %.

Se ne conclude, pertanto, che nelle donne con un ciclo di 28 giorni e più, i provvedimenti per la provocazione eventuale del parto possono essere posposti per un certo tempo, mentre per quelle con un periodo più breve, devono calcolarsi in anticipo. Di questi reperti si dovrà tener conto anche nella pratica medicolegale. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

M. CURIEL. *Contributo allo studio dell'elettrocardiografia nella tubercolosi polmonare.* — Tip. Fortuna, Trieste, 1935.

G. DOMENICHINI. *Intorno a spunti di perizie d'infortunistica.* — Ist. Naz. Fasc. Ass. Infortuni, Roma, 1935.

D. ACQUARONE e V. DIOLAITI. *Osservazioni sulla febbre maltese e sua cura intensiva e rapida.* — Tip. Ed. Franchini, Torino, 1935.

M. RODINÒ. *Cenni di profilassi immunitaria delle nostre truppe in Africa Orientale.* — Tip. Studium, Napoli, 1935.

F. DE NICOLÒ. *Proteine e lipoidi nella terapia aspecifica delle malattie infettive dell'infanzia.* — Fratelli Merlani, Bologna, 1935.

A. SEGA. *Bernardino Ramazzini e le malattie dei lavoratori.* — Stab. Tip. Europa, Roma, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Nuova disciplina giuridica per l'esercizio delle professioni sanitarie.

In un recente Consiglio dei Ministri è stato approvato uno schema di R. D. recante norme integrative ed esecutive del R. D. L. 5 marzo 1935-XIII n. 184 sulla nuova disciplina giuridica dell'esercizio delle professioni sanitarie.

Con precedente provvedimento fu disposta la soppressione degli Ordini Provinciali Sanitari, attribuendosi ai rispettivi Sindacati di categoria la custodia degli albi e la disciplina degli iscritti. In tale occasione fu anche costituito l'albo delle levatrici. Col provvedimento ora approvato si stabiliscono le modalità per l'iscrizione in detti albi, per il trasferimento da un albo ad un altro, e per lo svolgimento dei procedimenti disciplinari, sia dinanzi ai Direttorî dei Sindacati provinciali, sia dinanzi alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, con sede presso il Ministero dell'Interno.

Retribuzione ai medici interini e "servizio a scavalco".

Il Ministero dell'Interno, Direzione Gen. della Sanità Pubblica, ha diramato in data 28 maggio 1936-XIV la seguente circolare ai Prefetti del Regno e Autorità assimilate:

Il Sindacato Nazionale dei Medici ha segnalato le esigue retribuzioni corrisposte in talune provincie ai sanitari che prestano servizio interinale nelle condotte mediche; soggiungendo che i compensi sono talvolta così bassi, che solo possono accettarli i medici dei comuni più vicini a quello, nel quale è richiesta l'opera dell'interino.

Al riguardo è da notare che già con circolare 1° marzo 1934, n. 20400, I. A. G. 15791 questo Ministero ha, in linea di massima, sancito il divieto del così detto « servizio a scavalco », il quale non consente al sanitario che ne sia incaricato di corrispondere a tutte le esigenze del servizio, nel comune nel quale è condotto e nell'altro dove dovrebbe recarsi provvisoriamente, per la supplenza di altro medico.

L'anzidetto divieto è opportuno confermare, soggiungendo che, nell'attuale periodo di esuberante numero di sanitari in rapporto alle esigenze generali dell'assistenza sanitaria, si deve evitare che gli interinati delle condotte siano conferiti a medici provvisti di altri incarichi retribuiti, conformemente alle direttive impartite con altra circolare 10 giugno 1935, n. 20400, I. A. G. 97/21424.

Questo Ministero trova, inoltre, approvabile l'indirizzo, già in pratica affermatosi, che i podestà richiedano al Sindacato provinciale i nominativi di due o più medici, allorquando debbano provvedere all'assunzione di sanitari interini.

Va osservato poi che lo stipendio base del medico condotto non può costituire, in taluni casi, un equo compenso per l'interino; perchè evidentemente diversa è la condizione di un sanitario che risieda stabilmente in un Comune e di altro che vi si rechi a prestar servizio per breve periodo di tempo.

Allo scopo di stabilire criteri equitativi ed uniformi si reputa opportuno disporre:

1) che l'interinato non abbia durata superiore a sei mesi, salvo conferma dell'incarico in casi di necessità e previa autorizzazione del Ministero dell'Interno;

2) che la retribuzione dei medici interini sia fissata in linea di massima in L. 40 giornaliere, a lordo di R. M. e d'imposta complementare, salvo speciali casi in cui non possa prescindersi dal corrispondere un compenso lievemente maggiore, per le condizioni particolarmente disagiate del luogo e per gli oneri inerenti al servizio;

3) qualora l'interino non debba muoversi da altra sede, ma già risieda nel Comune, in tal caso la retribuzione giornaliera potrà essere stabilita in misura inferiore alle lire 40;

4) nel caso infine che — nonostante la richiesta fattane al Sindacato provinciale — non si possa avere un medico interino, per mancanza di sanitari disponibili, e in via del tutto eccezionale occorra avvalersi dell'opera di un sanitario condotto di un Comune limitrofo, anche in tal caso potrà essere convenuta una retribuzione giornaliera inferiore alle lire 40.

Si prega di volere impartire conformi istruzioni ai dipendenti Podestà assicurando l'adempimento.

Collocamento a riposo dei sanitari condotti. Servizi d'interino.

Il Ministero dell'Interno, Direzione Gen. della Sanità Pubblica, ha diramato ai Prefetti del Regno e Autorità assimilate la seguente circolare in data 3 giugno 1936-XIV:

Vengono frequentemente segnalate a questo Ministero le gravi condizioni di disagio economico, nelle quali verranno a trovarsi i sanitari condotti che, per effetto del 1° comma dell'art. 364 del Testo Unico delle leggi sanitarie, dovranno essere collocati a riposo, a decorrere dal 1° luglio p. v. per raggiunti limiti di età, indipendentemente dal numero degli anni di servizio necessari per la liquidazione della pensione.

Nell'intento, pertanto, di alleviare, in qualche modo, la situazione, in alcuni casi assai penosi di siffatta categoria di sanitari, si pregano le EE. LL. di disporre che, analogamente a quanto venne stabilito con circolare 21 gennaio 1935, n. 20400-20063, i podestà dei Comuni dipendenti esaminino con la maggiore benevolenza la possibilità di trattenere provvisoriamente in servizio, nella qualità d'interini, i sanitari da collocare in riposo, fino all'espletamento del concorso per il conferimento dei posti che, per tal cagione, rimarranno vacanti.

Si pregano, nell'occasione, le EE. LL. di far

noto ai sanitari interessati che, all'atto del loro collocamento in quiescenza, sono tenuti a presentare domanda alla Cassa dei Depositi e Prestiti e degli istituti di previdenza perchè sia loro riconosciuto utile il servizio che presteranno come interini, agli effetti della liquidazione, secondo i casi, della maggior pensione o della indennità una volta tanto.

I concorsi ai pubblici impieghi riprendono il corso normale.

Cessati i motivi che ne determinarono la sospensione, il Capo del Governo ha disposto che i concorsi per l'ammissione ai pubblici impieghi riprendano il loro corso normale.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri ha impartito le necessarie istruzioni a tutti i Ministeri perchè i manifesti dei pubblici concorsi per gli anni 1935-1936 possano essere pubblicati il 15 ottobre p. v.

In tema di concorsi a medico condotto.

La Commissione per il concorso al posto di medico condotto del Consorzio sanitario Licenza-Percile, procedeva alla graduatoria dei concorrenti giudicando uno di essi, il dott. Calabrò, sul semplice elenco dei titoli prodotto ai sensi dell'art. 96 del Regolamento 12 febbraio 1911, perchè i titoli originali si trovavano allegati ad altra domanda per il concorso di Monterotondo.

Ricorreva il dott. Calabrò al Consiglio di Stato, assistito dall'avv. comm. Crisostomo Sciacca.

La V Sezione ha accolto in pieno il ricorso, considerando che non possa essere completo ed esauriente il giudizio senza l'« esame diretto » dei titoli, con la sola conoscenza di un elenco, che non ne contiene neppure gli elementi essenziali e che se in astratto possa dubitarsi dell'obbligo delle Commissioni esaminatrici di rendersi parte diligente per chiedere la trasmissione dei titoli, nessun dubbio era su ciò possibile in concreto perchè i titoli si trovavano nella stessa Prefettura di Roma, ove si svolgevano entrambi i concorsi.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Per l'assistenza all'infanzia nel campo idrotermale.

In un recente « Foglio di disposizioni » il Vicesegretario del Partito stabilisce fra l'altro quanto segue:

Si precisano le facilitazioni concesse dal Ministero delle Finanze (Direzione Aziende Patrimoniali dello Stato) per l'assistenza all'infanzia nel campo idrotermale presso le seguenti stazioni termali dello Stato:

1) R. Terme di Roncegno;
2) R. Terme di Recoaro;
3) R. Terme di Levico-Vetriolo;
4) R. Terme di S. Cesarea.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

ANCONA. — È prorogato al 31 luglio il concorso per tre condotte mediche.

FOGGIA. — È bandito il concorso alle condotte mediche per Candela e S. Ferdinando di Puglia; scadenza 31 agosto.

CUNEO. — È revocato il concorso per la condotta medica nel comune di Niella Bello.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alla R. Prefettura, Ufficio del Medico Provinciale).

ASCOLI PICENO. — L'Ospedale Civile « Umberto I » cerca assistente. Assegno Lire seimila annue oltre completo mantenimento. Rivolgersi alla Congregazione di Carità, via Trivio 25, Ascoli Piceno.

MILANO. *Amministraz. Provinc.* — Medico primario o di Sezione presso l'Ospedale Psichiatrico di Mombello; proroga al 31 luglio. Rivolgersi alla Segreteria Gener. della Provincia, via Monforte, 31.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Nella « Gazzetta Ufficiale » del 28 maggio 1936-XIV sono inseriti i D. M. del 18 mar. u. s. coi quali sono stati indetti i concorsi per titoli ed esami per la nomina d'ispettore della Sanità Pubblica per l'Eritrea e d'ispettore della Sanità Pubblica per la Somalia. Contratto per un sessennio, rinnovabile; stipendio inerente al grado 7° (L. 19.000) e indennità di servizio attivo (L. 5.200). Indennità coloniale e assegni a carattere continuativo, di cui all'art. 15 del contratto tipo, approvato dal R. D. 30 apr. 1929, n. 129. Non sono ammessi agli esami concorrenti che non abbiano riportato una votazione corrispondente almeno a 7/10 nel giudizio dei titoli. Periodo di prova 1 anno. Età massima 40 a. al 18 mar. 1936. Abilitazione all'esercizio professionale da non meno di 6 anni. I candidati debbono dimostrare di possedere almeno uno dei seguenti requisiti: aver sostenuto con esito favorevole gli esami di ammissione al posto di medico provinciale aggiunto o di assistente medico dell'Amministrazione provinciale del Regno, o al posto di direttore, aiuto o assistente in laboratori d'igiene e profilassi, o al posto di ufficiale sanitario comunale, ai sensi del R. D. 29 novembre 1925, n. 2266; aver conseguito il titolo di specializzazione in igiene; aver coperto il posto di aiuto o assistente in un R. Istituto di igiene; aver conseguito la docenza in igiene o in batteriologia o in epidemiologia o in legislazione sanitaria; aver prestato servizio in una delle colonie italiane per non meno di cinque anni alle dipendenze della Amministrazione coloniale. I medici coloniali che abbiano prestato servizio effettivo per almeno 6 anni negli ospedali o nelle infermerie coloniali, possono partecipare al concorso indipendentemente dall'età, sempre che in possesso degli altri requisiti richiesti. Domanda in carta da L. 6 entro il 26 luglio al Ministero delle Colonie, Ufficio del personale.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — Scad. 13 agosto; primario anatomo-patologo e del Laboratorio micrografico; L. 6700 e 5 quadrienni dec.; c. v.; età limite 35 anni.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Reale Accademia di Medicina di Torino ha nominato soci i proff. Di Macco, Mairano, Milone, Perrier.

Sono stati eletti membri titolari dell'Accademia di Medicina di Parigi i proff. Laignel-Lavastine, neurologo e storico della medicina, e Ribadeau-Dumas, pediatra.

Il prof. Jean Sabrazès, clinico medico di Bordeaux, è stato eletto membro corrispondente dell'Accademia della Scienze di Parigi.

In occasione del compleanno del Re Edoardo VIII, lord Dawson è stato nominato visconte; con ciò si sono volute riconoscere le benemerenze da lui acquistate nel curare per lunghi anni e con devozione il precedente sovrano. È la prima volta che il titolo viene conferito ad un medico. Sir Richard Cruise, oculista del Re, è stato promosso cavaliere di gran croce dell'Ordine Vittoriano. Sono state conferite altre elevate onorificenze a medici.

NOTIZIE DIVERSE

Le condizioni sanitarie in A. O.

Il senatore Castellani ha dichiarato che, in virtù dei vasti provvedimenti fatti adottare dal Duce, anche nella stagione delle piogge la salute dei militari e degli operai è ottima. Fra breve l'Africa Orientale sarà liberata dal flagello delle malattie tropicali, e saranno combattute la malaria, la lue e la paralisi infantile ed estesa, ovunque, l'assistenza sanitaria, segnacolo di civiltà nelle vaste regioni dell'Impero. L'organizzazione igienico-sanitaria sarà intensificata non appena la stagione delle piogge declinerà.

33° Congresso della Società italiana di ostetricia e ginecologia.

Sarà tenuto a Milano dall'11 al 14 ottobre.

Temi di relazione: prof. Bompiani: « Diabete e glicosuria in gravidanza; prof. Delle Piane: « Il cancro del corpo dell'utero »; prof. Gaifami: « La mortalità materna ».

Per comunicazioni, chiarimenti, adesioni, ecc. rivolgersi al Presidente del Comitato organizzatore prof. Alfieri: Milano, Clinica Ostetrico-Ginecologica (via Commenda 12).

12° Congresso nazionale di radiologia medica.

Avrà luogo in Venezia nei giorni 24-25-26 settembre, sotto la presidenza del prof. Arcangelo Vespignani.

I Temi e le Relazioni ufficiali che saranno svolte dai sei Relatori designati dal Consiglio Direttivo della S.I.R.M. e dalla Presidenza del Congresso sono i seguenti: prof. Turano e prof. Gallaresi: « Il fattore tempo in Radiobiologia e Radioterapia »; prof. Conte e prof. Stoppani: « Tumori cranio-faringei e faringo-esofagei »; prof. Salotti e prof. Becchini: « Le sindromi addominali associate ». Saranno ammesse solo Comunicazioni inerenti ai Temi delle Relazioni.

In occasione del Congresso avrà luogo la consueta Mostra degli Apparecchi di Radiologia e Terapia Fisica; a questa Mostra hanno già inviato la loro adesione le migliori Ditte costruttrici; quelle Ditte che non l'avessero ancora inviata sono pregate di farlo al più presto perchè scarso è lo spazio ancora disponibile.

L'inaugurazione del Congresso avrà luogo in una Sala del Palazzo Ducale. Il discorso inaugurale sarà tenuto dal prof. Mario Donati.

Le Sedute Scientifiche e la Mostra degli Apparecchi avranno luogo in Sale dell'Ospedale Civile di Venezia (Campo SS. Giovanni e Paolo).

Alla fine del Congresso avranno luogo gite di grande attrattiva turistica.

I Soci della S.I.R.M. partecipanti al Congresso e coloro, anche non soci, che si iscriveranno al Congresso stesso (membri effettivi L. 50, membri aderenti L. 30) potranno usufruire del ribasso ferroviario del 50 % per il viaggio di indata e ritorno. Anche pel trasporto del materiale da esporre sono stabilite condizioni di favore.

L'iscrizione al Congresso gratuita per i soci della S.I.R.M. dà diritto, oltre che alle riduzioni ferroviarie suddette, a ricevere gli Atti del Congresso ed a tutte le altre facilitazioni disposte dal Comitato Organizzatore.

Il termine per la consegna delle Relazioni ufficiali e dei Titoli delle Comunicazioni (che devono essere accompagnate da un breve riassunto e devono trattare argomenti inerenti ai temi delle Relazioni) scade il 1° agosto 1936.

Per qualsiasi schiarimento rivolgersi al Presidente del Congresso prof. Arcangelo Vespignani, od al Segretario Generale del Congresso dott. Giulio Menechetti, Istituto Radiologico Ospedale Civile di Venezia.

2° Congresso Nazionale dei nuclei italiani di radiobiologia.

Nei giorni 20 e 21 settembre verrà tenuto a Modena, sotto la Presidenza del prof. Ruggero Balli, Direttore dell'Istituto di Radiologia, il II° Congresso Nazionale del Nuclei Italiani di Radiobiologia.

Verranno trattati i temi seguenti: « Radiogenetica » (conferenza dell'on. prof. Chigi); « Comportamento del siero di sangue di fronte ai Raggi ultra violetti » (relatore prof. Frontali); « Gli ultrasuoni in biologia » (relatore prof. Ponzio); « Azione biologica a distanza dei metalli » (relatore prof. Riviera).

I partecipanti al Congresso potranno presentare comunicazioni su argomenti attinenti o meno ai temi di relazione. La partecipazione al Congresso è libera a tutti i cultori di Radiobiologia, intesa nel senso più lato del termine.

Le quote di partecipazione vengono così fissate: membri effettivi L. 40 con diritto al « Summarium del Congresso » (per gli abbonati agli « Scritti Italiani di Radiobiologia Medica » L. 30); membri aderenti (famigliari ecc.) L. 20 (senza diritto al « Summarium »).

Per ogni chiarimento in merito al Congresso rivolgersi al Segretario Generale dott. Mario Lenzi, Istituto di Radiologia della R. Università di Modena.

Convegno regionale antitubercolare.

Nei giorni 12 e 13 settembre avrà luogo in Vicenza il VI Convegno Regionale della Sezione Veneta della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi.

Saranno trattati i seguenti argomenti: « Stato

attuale della chirurgia della tubercolosi polmonare », relatore prof. G. Pototsching; « Tubercolosi del sistema nervoso », relatore prof. G. Riquier; « La chimografia nella indagine del torace », relatore prof. P. Perona; « Qualche definizione dei limiti fra il normale ed il patologico in radiologia del torace », relatore prof. A. Vespignani.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al delegato regionale prof. Carlo Molon, campo Bandiera e Moro 3611, Venezia.

Una riunione di direttori dei periodici di medicina.

Ha avuto luogo il 15 giugno presso il Sindacato Nazionale Fascista dei medici, sotto la presidenza dell'on. prof. Morelli, segretario del Sindacato. Vi hanno partecipato anche i rappresentanti dei Ministeri dell'Educ. Naz., della Stampa e Propaganda, della Confederazione dei professionisti e artisti e del Sindacato naz. fascista dei giornalisti.

Dopo discussione, alla quale hanno preso parte quasi tutti gli intervenuti, è stata approvata, presentata dal rappresentante della Confederazione, una proposta tendente a riordinare e disciplinare in genere tutta la stampa tecnica scientifica dal punto di vista professionale, scientifico e culturale.

I risultati della discussione saranno dalla Confederazione, sentiti gli organismi sindacali interessati, inoltrati ai Ministeri competenti per la emanazione dei relativi provvedimenti legislativi.

Corso di malariologia.

Il 16 luglio è stato inaugurato, all'Istituto « Ettore Marchiafava » nel Policlinico Umberto I di Roma, l'annunziato corso di Malariologia.

Il direttore prof. G. Bastianelli ha intrattenuto gli allievi, tra i quali alcuni stranieri, su l'importanza dello studio della malaria e su la necessità accresciuta con la conquista dell'Impero, di preparare personale istruito e competente per gli studi scientifici e per il servizio sanitario, principale quello della lotta contro la malaria.

Il corso avrà la durata di circa un mese e mezzo; comprenderà lezioni, dimostrazioni ed esercitazioni.

Propaganda per la prevenzione degli infortuni.

Si sono riuniti a Milano, presso la sede centrale, la Giunta ed il Consiglio generale dell'Ente nazionale di propaganda prevenzioni infortuni. Il presidente S. E. De Michelis ha informato circa l'utilizzazione del personale per i servizi anti-infortunistici nelle aziende, il riconoscimento dell'anzianità combattentistica e fascista ai dipendenti dell'Ente ed alle relazioni internazionali in materia di sicurezza e di igiene del lavoro ed ha dato la parola al relatore dell'attività svolta dall'E.N.P.I. nel 1935.

Questi si è soffermato più particolarmente sull'organizzazione anti-infortunistica nelle aziende per la quale l'Ente stesso ha studiato e divulgato uno schema apposito tra i datori di lavoro segnalando poi l'importanza del servizio di consulenza anti-infortunistica, istituito di recente.

Ha ricordato anzi come questa iniziativa pure nella sua breve vita abbia già riscosso la simpatia e l'interessamento degli industriali le cui adesioni segnano un aumento continuo. Inoltre l'attività di propaganda ha presentato nell'anno decorso un vero progresso, sia con lezioni e conferenze alle maestranze sia che essa abbia avuto, come mezzo, la diffusione nelle aziende di diverso materiale diretto all'educazione dell'operaio nel suo ambiente di lavoro. Dopo le parole del relatore si è proceduto all'approvazione del bilancio consuntivo 1935 e di quello preventivo 1936 e quindi alla nomina delle Consulte tecniche per i servizi industriali dell'E.N.P.I. per la propaganda e per l'Istituto di medicina industriale della sezione sanitaria.

Azioni giudiziarie.

Il Sostituto Procuratore Generale presso la Corte d'Appello di Firenze ha terminato la sua requisitoria in base alla quale la Sezione d'accusa dovrà pronunziare la sua sentenza per l'uccisione del medico di Le Piazze, dott. Alberto Rinaldi, avvenuta la notte del 27 settembre 1935. Il magistrato ha chiesto il rinvio dinanzi alla Corte d'Assise dei tre imputati tratti in arresto nei giorni successivi alla scoperta del delitto: Agenore Alfredo Moretti, il fratello di questi Arteno e il loro padre Leopoldo. L'imputazione è di concorso in omicidio premeditato.

Il dott. Teitelbaum, ostetrico-ginecologo reputato degli Stati Uniti, si era assicurato presso la « Massachusetts Accident Co. » contro le malattie o le ferite che lo inabilitassero alla professione. Venne colpito da encefalite epidemica; residuò parkinsonismo, che lo ha reso inidoneo alla professione. La Compagnia corrispose l'indennità pattuita dal giugno 1933 al 5 febbraio 1935; poi rifiutò di continuare, in base ad una interpretazione restrittiva del contratto, in quanto che l'incapacità del medico non è così completa da impedirgli una certa attività professionale; d'onde un processo. Il Tribunale si è pronunziato a favore del medico. La Compagnia si è appellata alla Corte Suprema del New Jersey.

Un medico del mezzogiorno della Francia aveva applicato, ad una paziente, la radioterapia, cui seguirono radiodermite e gravi disturbi fisiologici. Il marito della paziente intentò causa, reclamando danni e interessi. Innanzi al Tribunale di prima istanza il medico fece valere la prescrizione, essendo spirato il periodo di tre anni, stabilito in materia civile e correzionale per il delitto di lesioni da imprudenza; ma il Tribunale sentenziò che, nel caso specifico, la sola prescrizione applicabile era quella del diritto contrattuale, che si estende a 30 anni; perciò ammise la validità dell'azione e ordinò una perizia. La Corte d'appello di Aix confermò il giudizio. Altrettanto ha fatto ora la Corte di Cassazione di Parigi, con sentenza emessa il 20 maggio.

Ad una stazione idrotermale presso Oradea, in Romania, un medico venereologo vide che un paziente, da lui visitato il giorno prima e trovato affetto da scabbia, si accingeva a fare un bagno in comune, nella piscina. Gli si accostò, per consigliargli un bagno in vasca. Al rifiuto oppostogli, il medico si rivolse ad un bagnino, perchè espellesse il malato; e siccome questi faceva opposizione, il medico dichiarò il motivo della sua azione. Da ciò un processo per mancata discrezione professionale. Il medico si è difeso affermando che aveva tentato di tutelare il segreto, ma era stato costretto ad infrangerlo; e ciò anche nella propria

qualità di medico dello stabilimento. Egli è stato assolto, mentre il paziente è stato condannato a 1000 lei di ammenda, per avere tentato di fare un bagno in comune pure sapendo di avere una malattia contagiosa.

Un po' dovunque.

Il sen. Castellani, tornato a Roma dall'A. O., ha accettato l'invito del Commissario per la Mostra del libro coloniale, prof. Sapori, di presenziare la cerimonia di chiusura della Mostra stessa e quella dei convegni che avevano luogo nei locali della Mostra, al Palazzo dell'Esposizione. Egli ha tenuto un'avvincente conferenza in cui ha documentato la magnifica organizzazione dei servizi igienico-sanitari in A. O.

I membri dell'ambulanza finlandese in Etiopia, tornati in patria, hanno fatto alcune dichiarazioni ai giornalisti, le quali smentiscono nel modo più reciso i presunti bombardamenti italiani all'ambulanza e illustrano come la condotta dell'esercito italiano sia stata sempre umana e leale.

La Società per le malattie della digestione e del ricambio della Germania terrà la sua 13ª riunione a Berlino il 28 e il 29 luglio, unitamente alla Società tedesca ed a quella internazionale dei medici sportivi. Rivolgersi al: Kongressbüro, Lindenstrasse 42, Berlin S. W. 19, Haus der Deutschen Arzte.

La Società nazionale tedesca degli urologi terrà la 1ª riunione dall'1 al 3 ottobre in Eisenach. Segretario: Dr. Heusch, Urologisches Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhaus, Augustenburger Platz 1, Berlin N.

Il 2° Congresso internazionale dei medici cattolici si è tenuto a Vienna dal 29 maggio al 2 giugno. La Commissione centrale italiana dei medici cattolici, presieduta dal prof. P. Sisto, di Modena, vi era rappresentata dal prof. G. Lami, di Pisa. Temi: « Eugenica e sterilizzazione », relatore per l'Italia il prof. G. Gemelli, di Milano; « Aiuto medico alle Missioni », relatore per l'Italia il dott. E. Borghese, di Pavia. Il prossimo congresso è indetto a Roma pel 1937.

Il 5 luglio si sono tenute a Parigi le Assise di medicina generale, nei locali dell'« Hôtel-Dieu », sotto la presidenza del prof. A. Pettit; venne discusso il tema: La poliomielite acuta.

Il 2° Congresso spagnolo « Pro Médico », d'interessi corporativi, si adunerà dal 2 al 12 ottobre, nei locali della Facoltà medica di Madrid (alla Città universitaria). Verrà discusso il progetto di assicurazione sociale contro le malattie.

La Società Medico-Chirurgica dell'Alto Adige si è adunata il 30 giugno sotto la presidenza del prof. E. Polacco. Sono state fatte comunicazioni dai soci: G. Halfer, E. Polacco (due comunicaz.), A. Briani, E. Matteucci, G. Bidoli, R. Cerri (tre comunicaz.), E. Cortella, M. Colombatti, L. Bader.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 29 maggio sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Opocher, Fabris (due comunicaz.).

La Società Medico Chirurgica Trevigiana si è adunata il 24 aprile e il 12 giugno con la presidenza del prof. A. Bozzoli, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Sono state fatte comunicazioni dai soci: L. Tomasi, A. Bozzoli, M. Bortolozzi (5 comunicaz.), G. Guglielmini, G. Trasso.

Il 29 maggio ebbe luogo l'assemblea generale della Lega argentina contro la tubercolosi; venne eletta la nuova Commissione direttiva; presidente risultò il dott. G. Aráoz Alfaro.

Si è costituita una Società argentina di ortopedia e traumatologia ed ha tenuto, il 12 giugno, una seduta in onore del prof. Vittorio Putti. Alla presidenza è stato nominato il dott. L. A. Tamini. La Società ha sede presso l'Associazione Medica Argentina (Santa Fe 1171, Buenos Aires).

Durante il periodo delle Olimpiadi, il 7, 12 e 14 agosto (alle ore 8 pomeridiane) avrà luogo al « Kaiserin Friedrich-Haus », una serie di conferenze sul tema « Pensiero ed azione medica nella nuova Germania ». Oltre al Capo dei medici del Reich, dott. Wagner, parleranno i dottori: Bartels, prof. v. Bergmann, Blone, prof. Butenandt, prof. Sauerbruch.

L'ingresso alle conferenze è gratuito dietro presentazione di una tessera che si può prenotare telefonicamente o per scritto al « Kaiserin Friedrich-Hause », Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7, e che si può ritirare dalle ore 10 alle 15.

Poichè è da ritenere che un gran numero di medici si recheranno a Berlino durante lo svolgimento dei Giochi Olimpici e che essi utilizzeranno l'occasione per conoscere anche altre istituzioni mediche a Berlino, è stato istituito presso il « Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7, un ufficio informazioni, che fornirà consigli imparzialmente e gratuitamente ai medici. Sarebbe vantaggioso per ogni medico mettersi in relazione, prima o dopo il suo arrivo a Berlino, col « Kaiserin Friedrich-Haus », allo scopo di rendere sotto ogni rapporto il suo soggiorno fruttifero e per risparmiare tempo.

Il dott. F. Salpietra ha tenuto, nella Casa del Fascio di Palermo, una conferenza sul tema: « La previdenza in Regime Fascista e le pensioni ai liberi professionisti ».

Con decreto pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » il Comitato centrale della Croce Rossa Italiana è autorizzato ad istituire presso l'Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista in Torino, una Scuola-convitto professionale per infermiere.

È riconosciuta alla Scuola medesima la capacità di compiere tutti i negozi giuridici necessari per il raggiungimento dei propri fini, e di stare in giudizio per le azioni che ne conseguono.

La Regina ha visitato al Policlinico Umberto I di Roma il reparto encefalitici che s'intitola al suo nome. Il presidente degli Ospedali on. Solmi ha presentato alla Regina un progetto di ampliamento dei laboratorî, in considerazione del valido contributo da essi portato alla cura che su questi malati si sta eseguendo: progetto che la Regina si è degnata di approvare.

Un numeroso gruppo di medici del Nord America visita l'Italia. A Torino, accompagnati dalle gerarchie federali, si sono recati alla colonia « Tre Gennaio » della quale hanno ammirato i perfetti impianti ed il funzionamento.

La Facoltà libera di medicina di Keio (Giappone), fondata da S. Kitasalo nel 1917, ha deliberato, per ricordare la memoria di questo scienziato, di fondare una biblioteca intitolata al suo nome; la biblioteca sarà aperta al pubblico.

È stato festeggiato il 550° anniversario dell'Università di Heidelberg, la più antica della Germania. Alla cerimonia ha pertecipato una Delegazione italiana.

Si sono svolte a Utrecht le feste per il terzo centenario di quella Università. Padre Gemelli (andatovi in volo da Milano, su di un apparecchio da lui stesso pilotato) ha recato il saluto del Ministro italiano dell'E. N.

I medici laureatisi nell'Università di Palermo nel 1911 e che quindi nel corrente anno compiranno il 25° anno di laurea sono pregati di volere inviare la loro adesione al prof. Vincenzo Fici, via Rocco Pirri 9, Palermo, per partecipare ad un amichevole convegno che avrà luogo in data da stabilire.

In California una suora cattolica ha conseguito il brevetto di aviatrice.

Nel comune di Miguelturra (Spagna) è stata assalita la casa del medico titolare (condotto) dott. Lorenzo Ballester Baños; l'assalto, a colpi di pietra, è durato un'ora e mezzo, mentre il medico era in casa con la moglie, gestante all'8° mese, e con due figli, di cui il maggiore di tre anni. È stata anche bruciata l'automobile del medico. Le autorità sono riuscite a proteggere il medico ed a trasportarlo a Madrid, entro un carro armato.

I giornali recano che a Gerusalemme si sono prodotti quattrocento casi di avvelenamento da pesce guasto, dei quali uno letale; il pesce proveniva da Bagdad ed era stato trasportato con mezzi primitivi attraverso il deserto.

Si è spento in Roma il prof. SANTO MARINO-ZUCO, che ha diretto gli Ospedali di San Giacomo e della Consolazione ed è stato un chirurgo molto apprezzato.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dall'8 giugno al 14 giugno 1936: Morbillo 315 (1804); Scarlattina 104 (209); Pertosse 198 (693); Varicella 141 (274); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 167 (269); Infezioni paratifiche 33 (39); Febbre ondulante 62 (99); Dissenteria 10 (12); Difterite e croup 173 (284); Meningite cerebro spinali epidemica 16 (18); Poliomielite anteriore acuta 27 (41); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 7 (10); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 47 (71), dichiarata — (—); Pustola maligna 8 (9); Parotite epidemica 89 (284); Leishmaniosi 2 (2); Febbre puerperale 30 (32).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 27 Luglio 1936 - XIV Num. 30

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE MILITARE DI ROMA
Direttore: Ten. Col. Medico G. MASSERANO.

Sulla specificità della prova biologica col siero di sangue per la diagnosi di botulismo.

Dott. DOMENICO LONGO, I° cap. medico.

Scopo di questo lavoro è quello di richiamare l'attenzione sul valore da assegnare ad una prova biologica, abbastanza nota nei paesi di lingua tedesca e che avrebbe molta importanza per la diagnosi di botulismo. Questa prova consiste nell'inoculazione di cmc. due di *siero di sangue* dell'ammalato nel sottocutaneo o nel peritoneo della cavia. L'animale presenta paralisi delle estremità, della vescica e del retto, rilasciamento dei muscoli dell'addome, ipotermia, morte più o meno rapidamente da uno a tre-quattro giorni dopo l'inoculazione; con la iniezione endoperitoneale gli effetti sono più solleciti. La prova sarebbe positiva non solo all'inizio ma anche dopo parecchi giorni di malattia.

La prova viene riferita da Kob (1), che credo fu il primo a praticarla, da Klopstock e Kowarsky (2), da Hübner (3), da Bieling e Meyer (4), da Hürthle e Gross (5).

La positività della prova si fonda unicamente sulla sintomatologia presentata dall'animale, sintomatologia cui segue la morte, non essendo fatto cenno nella letteratura da me consultata ad indagini più minute istopatologiche o batteriologiche.

Indagini di tal sorta richiederebbero molto tempo e la prova perderebbe di valore pratico, dovendosi con essa confermare o meno in breve tempo la diagnosi di botulismo. Tale conferma può esser necessaria quando manca il criterio epidemiologico trattandosi di casi sporadici con dati anamnestici sospetti o quando all'inizio potrebbe confondersi con altra

malattia che presenti sintomi molto simili. L'utilità della prova per quanto riguarda l'istituzione di un precoce trattamento serico in caso positivo, è piuttosto scarsa spesso occorrendo più giorni perchè si abbia l'esito. Conviene usare animali di piccola taglia per avere un effetto rapido.

Bieling e Meyer dicono « se nella cavia sopravvengono le tipiche paralisi bulbari e la morte, la diagnosi è più che verosimile e giustifica in ritardo la terapia specifica che si deve iniziare subito dopo la raccolta dell'anamnesi ». Questa indagine inoltre dovrebbe essere maggiormente utile nei casi in cui non siano reperibili i resti del materiale alimentare causa della sospetta intossicazione (scatole di carne, conserve alimentari), non potendosi allora praticare gli esami batteriologici e la prova biologica direttamente col materiale suddetto (filtrato, estratto acquoso) o quando non sia possibile procedere alle suddette prove mediante il contenuto gastrico dell'ammalato (la tossina botulinica resiste come quella tetanica all'azione del succo gastrico). Queste ricerche hanno infatti una grande importanza per la conferma o meno della diagnosi.

Non mi dilungherò a trattare qui la patologia del botulismo. Già da lungo tempo questa affezione è ben definita in tutti i sensi, per merito sopratutto di studiosi dei paesi Nordici. Nella Europa settentrionale e centrale essa si osserva meno raramente per il maggiore consumo di conserve alimentari, ma da qualche tempo casi sporadici sono stati riscontrati anche in Francia per l'estendersi del consumo di sostanze alimentari in scatola. Casi isolati sono segnalati in Europa da Meiller (6) ed uno recentemente da Wiloch (7) osservato in un soldato dell'esercito Polacco di cui tratterò in seguito. Pignot (8) in una chiara rivista sintetica di data abbastanza recente aggiorna e mette a punto l'argomento.

La malattia che più facilmente all'*inizio* si può confondere col botulismo è l'encefalite letargica e ciò sopratutto quando l'una o l'altra affezione si presenti sporadicamente ove manchino i criteri etiologico ed epidemiologico. La confusione è dovuta al fatto che anche nell'encefalite i sintomi oculari sono per lo più iniziali. Non tratterò quindi della diagnosi con altre malattie che presentano alcuni sintomi in comune come gli avvelenamenti da atropina, da alcool metilico, la paralisi difterica generalizzata, ecc.; ma che sono differenziabili più facilmente. È noto come i primi casi di encefalite osservati in Inghilterra da Hall (9) e Brownlie (10) nel 1918 furono riferiti a probabile intossicazione botulinica; dopo pochi mesi Hall (11) rettificò la primitiva diagnosi (dopo che conobbe gli studi nuovi sull'encefalite delle scuole di Vienna e francese) riconoscendo i suoi casi per encefalite epidemica. Sebbene da quell'epoca gli studi sulla encefalite abbiano fatto notevoli progressi e si arrivi oggi a porre con relativa facilità la diagnosi, debbo dichiarare che io, sebbene avessi visto e seguito in precedenza alcuni casi di encefalite, pur avendo tenuto conto del polimorfismo clinico di detta malattia, nell'osservazione del malato che mi accingo a riportare ho trovato delle rilevanti difficoltà diagnostiche. È da notare d'altra parte che per la estrema rarità del botulismo in Italia, mancando a noi una buona esperienza sull'argomento, non è facile avere un deciso orientamento clinico ed è quindi giustificabile la perplessità che sentiamo dinanzi a qualche caso isolato più o meno sospetto.

OSSERVAZIONE CLINICA.

Il 3 settembre 1932 veniva accolto nell'Ospedale Militare di Verona il soldato B. G., di anni 21, del 6° Reggimento Alpini, proveniente dalle esercitazioni estive che si svolgevano in Alto Adige. Negativa l'anamnesi famigliare e fisiologica. Ebbe praticata la vaccinazione profilattica antivaiolosa il 14 aprile 1932.

Risultava che per alcuni giorni di seguito aveva consumato della carne conservata nelle scatolette di prescrizione per il R. E. senza che la carne prima di essere ingerita fosse stata eventualmente sottoposta a nuova cottura più o meno completa. Aveva consumato il contenuto dell'ultima scatoletta il 26 agosto. Non risultava che alcuna delle scatolette fosse in qualche modo alterata o che la carne avesse aspetto, sapore o un odore particolare. La sera dello stesso giorno 26 avvertì nausea; l'indomani avrebbe avuto vomito, quindi difficoltà nella deglutizione, confusione visiva (ambliopia), sonnolenza. Questi disturbi si accentuavano sempre più, si aggiungeva all'inizio del terzo giorno voce nasale, astenia generale intensa, poliuria discreta.

All'infuori del vomito non vi erano stati altri disturbi a carico del tubo digerente. Altri suoi compagni che consumavano scatolette di carne (sempre dello stesso tipo) non avevano alcun disturbo. Da notare a questo riguardo che il contenuto delle scatolette di carne non era diviso con altri, in quanto le scatolette erano consumate individualmente. Non risultava neanche che avesse fatto uso di conserva alimentare di altra specie.

Esame obiettivo (3-9-1932): Soggetto normotipo, ben nutrito, mucose visibili un po' pallide. È cosciente, ma dimostra indifferenza per l'ambiente, risponde con lentezza alle domande, parla con voce nasale, è apatico e ha un po' di sonnolenza. Il respiro è regolare, il polso è un po' raro (65-68 p. al m'), ritmico, piuttosto molle. Apiressia.

R. O. C. — 16.

Capo: mobile in tutte le direzioni. Pupille fortemente midriatiche, rigide alla luce ed all'accomodazione, con contorno regolare. Ptosi bilaterale più manifesta a sinistra. Limitazione dei movimenti di abduzione dei bulbi oculari specie a sinistra. Lieve paresi del facciale inferiore destro. La lingua sporge normalmente, non pre-

senta deviazioni. Essa è secca, coperta uniformemente di una patina grigiastra, densa, fuligginosa lungo la linea mediana. Il velopendolo è immobile; ha difficoltà nel deglutire. Nulla all'esame del collo. Negativo l'esame clinico degli apparati respiratorio e cardiaco.

Addome: modico meteorismo. Milza e fegato nei limiti. Riflessi addominali presenti e pronti. Alvo stitico.

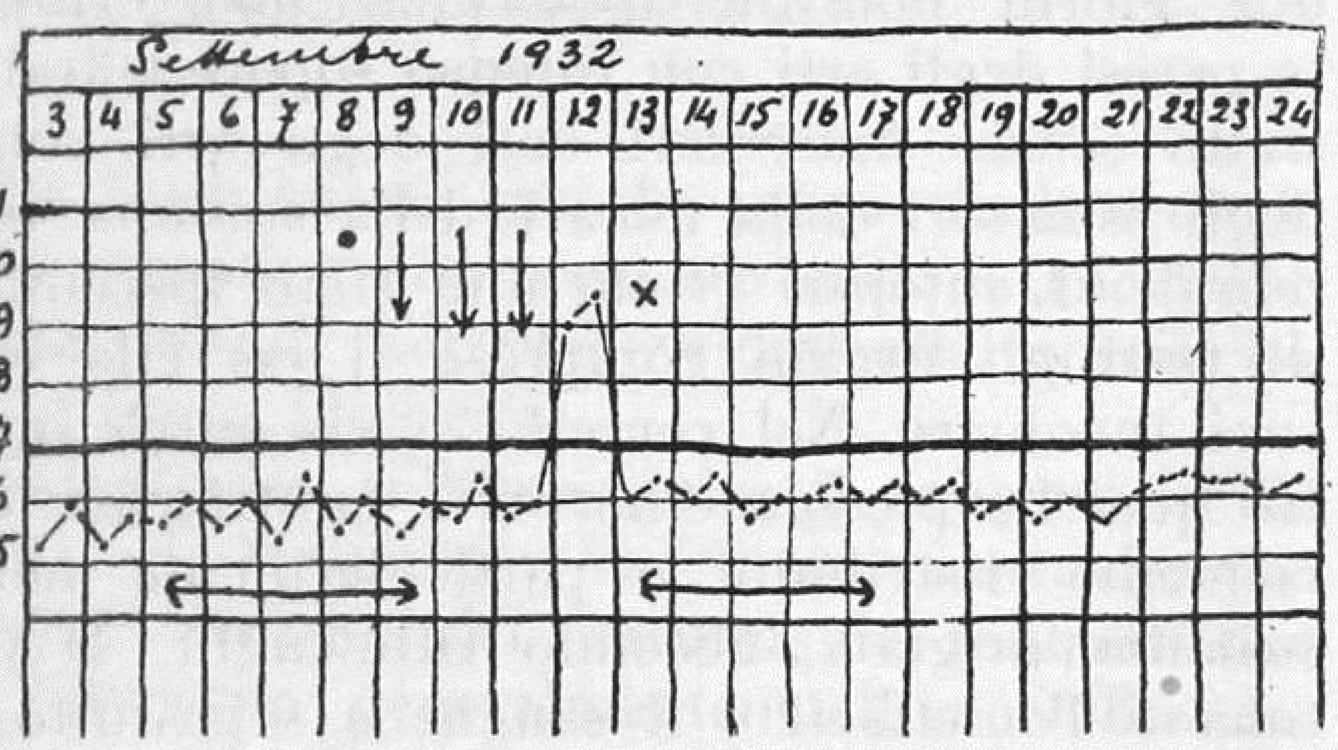
Arti: normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori e inferiori. Riflessi cremasterici presenti e pronti. Riflessi tendinei presenti. Nessun riflesso patologico. Non Kernig. Sensibilità normale.

Urine: nulla di particolare.

Puntura lombare (decubito sul fianco destro): *Liquor* limpido, acqua di roccia, a pressione normale; quantità estratta cmc. 16; citosi 1,3 linfociti per mm. 3 (Nageotte); albumina 0,22; R. W. negativa; Nonne e Pandy negative; glicorachia 1 ‰ (metodo Mastrezat).

Sangue: R. W. negativa. Leucociti 7500 con formula normale.

Esame oftalmoscopico: presenta fondo depigmentato con marcata escavazione fisiologica della papilla ottica; mancanza delle alterazioni neuroretiniche descritte da Saint-Martin nel botulismo.



• Data della prova
↓ Inoc. end. salic.
× Regressione sint. oc.

Decorso: L'a. fu sempre *apiretico* fino al giorno 12-9 quando presentò un improvviso accesso febbrile durato otto ore dopo di che la temperatura cadeva per crisi e non si ripresentava più per tutta la degenza di giorni 30.

Nei primi giorni constatai un grave stato di astenia, polso piccolo e molle, qualche irregolarità nel respiro, fenomeni vasomotori, sensazione di freddo alle estremità, pallore, inappetenza, mancanza però di senso di secchiezza nella bocca e nelle fauci. L'alvo fu sempre ostinatamente stitico e bisognava ricorrere quasi giornalmente ad enteroclismi e spesso a purganti oleosi. Dal giorno 7-9 i fenomeni cominciarono a regredire: dapprima scomparve la disfagia, quindi la paralisi del velopendolo, poi mano mano ritornò il riflesso fotomotore, regredivano le paralisi dei muscoli oculari e così anche la paresi del VII. Non osservai mai disturbi orinari e l'esame delle urine sempre negativo. Dopo un mese di degenza anche l'alvo ritornò regolare: restava ancora una lieve anisocoria, un deficit del VI di sinistra e del VII di destra.

Nei primi giorni ero convinto si trattasse di encefalite acuta tipo Economo e prescrissi salicilato endovenoso, urotropina e cardiotonici. Poco probabile mi sembrava l'idea del botulismo, sebbene vi fosse il dato anamnestico del consumo di carne scatolata, per ragioni inerenti sopratutto al confezionamento della carne stessa e che esporrò in seguito. Comunque, non avendo a disposizione alcun reliquato delle scatolette di carne, il giorno 8-9 e cioè dopo cinque giorni dall'ingresso, volli praticare la *prova biologica* col siero dell'ammalato. In una cavia del peso di 400 gr. inoculai endoperitoneo due cmc. di siero di sangue del paziente e contemporaneamente inoculai in un'altra cavia dello stesso peso, endoperitoneo due cmc. di siero ottenuto dal sangue prelevato da un soggetto sano.

Le cavie così trattate erano tenute in larghi recipienti di vetro e venivano osservate attentamente ogni due-tre ore. Dopo 20 ore la cavia inoculata con siero dell'ammalato presentava: ptosi e midriasi o. d., paresi del treno posteriore: l'animale trascinava l'arto posteriore destro, si verificava l'atteggiamento tipico dell'arto che riproduco dal libretto di Bieling e Meyer (fig. 1).

Dopo 48 ore la paralisi alle estremità era completa, vi era anche dispnea, ipotermia, paralisi della vescica e del retto, rilasciamento dei muscoli dell'addome. Nella notte dal terzo al quarto giorno dall'inoculazione morte della cavia. L'autopsia fece rilevare nessuna lesione del peritoneo che era trasparente ed integro. Si notava iperemia dei reni,



a *b* *c*

Fig. 1. — Paralisi flaccida in seguito ad inocul. di tossina botulinica (*a* e *b*), controllo sano (*c*).

della milza e del cervello. Nulla a carico dei polmoni, del cuore e dell'intestino.

La prova col siero del soggetto sano nella cavia controllo ebbe esito negativo e così anche negativa fu la prova col siero di sangue dell'ammalato al 28° giorno di malattia.

L'ammalato intanto lasciava l'ospedale il 5-10-32 in buone condizioni generali.

Riepilogando: dal lato clinico i fatti che deponevano sopratutto per il botulismo erano: il dato anamnestico alquanto sospetto, la midriasi intensa simmetrica, bilaterale, la disfagia, il decorso in complesso apiretico, la stipsi ostinata. Non stanno neanche contro la febbre di brevissima durata, la sonnolenza, la mancanza di sintomi urinari. Gli ammalati di Hürthle e Gross avevano febbre e sonnolenza e così pure presentava febbre l'ammalato di Wiloch. D'altro canto però ben sappiamo che l'encefalite letargica col suo polimorfismo clinico può presentare i sintomi constatati nel mio malato. Rimando a questo proposito alle più importanti pubblicazioni sull'argomento e par-

ticolarmente a quelle di Micheli (12), Sabatini (13), May (14), Caligaris (15), ecc.

E nel nostro caso parlava anche per l'encefalite la iperglicorachia. Sebbene questo segno non abbia importanza diagnostica decisiva, si riscontra però frequentemente nell'encefalite letargica. Io però non so se anche nel botulismo sicuramente accertato si possa trovare un aumento del glucosio nel Liquor in quanto non mi pare che ciò sia stato studiato. Anzi dirò che nei casi di botulismo descritti nella letteratura da me consultata non ho trovato alcun accenno ad esame del Liquor. Richiamo quindi l'attenzione su questo fatto e sarebbe credo anche utile vedere come si comporta la glicorachia nel botulismo sperimentale.

Nella critica diagnostica alcuni dati d'ordine igienico epidemiologico anzitutto dovevano essere presi in considerazione: 1) le scatolette di carne consumate dall'ammalato provenivano dal Carneificio Militare di Casaalta e nei lunghi anni da che il nostro Esercito fa uso di scatolette di carne del detto Carneificio non si è mai verificato alcun caso di intossicazione alimentare. Riporto dal libro del Bruni (16) come viene colà praticata la preparazione delle scatolette. Attualmente viene scatolata carne congelata; questa si sottopone a 24 ore di frollatura, mezza cottura per 30-50 minuti primi, taglio in piccoli pezzi e confezione della scatola, aggiungendo 20 grammi di brodo denso. Chiusura della scatola ed autoclave a 120 gradi per 50 minuti. La sterilizzazione a 120° distrugge qualsiasi germe patogeno, sia asporigeno che sporigeno compreso il botulinico e anche la sua tossina la quale è termolabile. Nel mio caso bisognerebbe ammettere che qualche scatoletta non fosse stata sufficientemente sterilizzata, cosa molto difficile ma non impossibile. L'ammalato di cui parla Wiloch era un soldato Polacco che fu colpito dal botulismo dopo aver ingerito della carne in scatola conservata nei magazzini militari; in questo caso però all'apertura del barattolo usciva una grande quantità di gas e il soldato constatò un gusto molto strano ma non ripugnante e consumò lo stesso tutto il contenuto della scatoletta.

2) La mancanza di altri casi concomitanti nei compagni. Ciò non ha importanza nel caso nostro perchè il soggetto non divise con altri il contenuto delle scatolette e lo stesso fatto si verificò nel caso isolato riferito da Wiloch. E poi non sempre tutti quelli che consumano lo stesso materiale inquinato ammalano di botulismo. Ciò è stato ultimamente constatato da Hürthle e Gross ed è di difficile interpretazione.

Passando a discutere i risultati della prova biologica, confrontando il quadro da me osservato nella cavia con quello che viene descritto dai suddetti autori ai quali devo aggiungere Ferrio (17), Sacquepée (18), per quanto riguarda i fenomeni consecutivi all'inoculazione della tossina botulinica nell'animale, io credo che sia perfettamente sovrapponibile. Ed allora bastava il risultato della prova biologica per condurci alla diagnosi di botulismo? E non potrebbe darsi che anche nell'encefalite letargica la prova col siero di sangue possa dare nella cavia un quadro analogo a quello del botulismo?

Risulta dalla letteratura che al tempo dell'epidemia di encefalite del 1918-1921 le prove sperimentali furono eseguite per lo più con liquor, ma anche con sangue in toto inoculato in cavie sottocute. Maggiora, Mantovani e Tombolato (19) « osservarono che le cavie iniettate col sangue morivano in 5ª e quali in 7ª giornata, dopo aver presentato negli ultimi due giorni notevole ipotermia, una evidente paresi degli arti con intenso sopore e tratto tratto scosse muscolari così degli arti come degli estensori della nuca e della colonna vertebrale. L'autopsia rivelò uno stato iperemico di tutti gli organi compreso il cervello e i suoi involucri. Nel cervello si riscontrò inoltre qualche piccola emorragia puntiforme variamente distribuita e particolarmente nella sostanza grigia ». Secondo Ottolenghi, D'Antona e Tonietti (20) il sangue e sopratutto il liquor di encefalitici determinano nelle cavie iniettate per via endocerebrale e *meno sicuramente* per via endoperitoneale una malattia alla quale l'animale soccombe dopo un vario periodo di tempo. Secondo May il l.c.r. e il sangue si sono dimostrati scarsamente virulenti, tuttavia contemporaneamente si devono registrare alcuni risultati positivi ottenuti sperimentalmente col sangue da Loewe e Strauss (21). I risultati ottenuti con sangue di encefalitici presentano molte analogie con quello che si osserva nelle cavie inoculate con la tossina botulinica e con quanto è risultato a me in seguito all'inoculazione di *siero*: soltanto mi sembra che gli effetti dell'inoculazione nel caso mio siano stati *molto più solleciti* specialmente per quanto riguarda l'istituirsi della paresi e vi era di più la rapida comparsa dei sintomi oculari.

Allo scopo di controllarne sempre più la specificità ho voluto praticare la prova utilizzando il siero dei malati di altre malattie per lo più neurotrope acute (prelevato nei primi cinque giorni di malattia) e di soggetti sani e riporto i risultati delle mie esperienze nella seguente Tabella

TABELLA. — 2 cmc. siero endoperitoneo.

N.	Data di inoculazione	Genere di malattia acuta o soggetti sani	Numero delle cavie inoculate	Esito	Luogo di osservazione dei malati e delle esperienze
1	8-IX-1932	Soggetto sano	1	Negativo	Osped. Mil. Verona
2	24-IX-1932	Sosp. botulismo al 28° g. di malattia	2	Id.	Id.
3	1-X-1932	Ileo-tifo	1	Id.	Id.
4	2-IV-1933	Encefalite ad inizio apoplettif.	2	Id.	Id.
5	2-IV-1933	Soggetto sano	1	Id.	Id.
6	18-I-1935	Encefalite in malarico pernicioso	2	Id.	R. Clin. Med. Roma
7	14-III-1935	Tetano	2	Id.	Id.
8	27-III-1935	Encefalite letargica sporadica	2	Id.	Osp. Mil. Roma (Gab. di Immunologia)
9	23-VII 1935	Tetano	2	Id.	Id.
10	23-VII-1935	Soggetto sano	1	Id.	Id.

In tutti questi casi la prova diede quindi esito negativo compresi tre casi di encefalite acuta, e ciò darebbe valore alla specificità della prova biologica.

Intanto ho voluto seguire il soggetto a distanza di tempo per vedere se eventualmente fossero comparsi dei postumi, dei reliquati che si osservano generalmente nell'encefalite letargica tipo Economo, dopo mesi ed anni dal periodo acuto. Dopo un anno e cioè il 29 settembre 1933 il soggetto fu visitato da me e dal prof. R. Lambranzi, direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Verona che constatò: « fisionomia un po' attonita, torpidità psicomotoria. Pupille con tendenza a midriasi, anisocoria D.>S. reagenti bene luce, accomodazione incerta e un po' torpide convergenze. Normali tutti i movimenti dei bulbi eccezione per lentezza di azione del VI; VII D. lievemente meno attivo del sinistro. Mani regolarmente pendolari nel cammino; nessun tremore. Nessuna resistenza particolare ai movimenti passivi degli arti, nessuna ipertonia al ripetere di detti movimenti. Riflessi superficiali e profondi normali. Facile arrossamento del volto, riflessi vasomotori appena accentuati. Diagnosi: esiti di lesione centrale interessante i nervi oculari e il facciale D. Non segni di parkinsonismo post-encefalitico ». Dopo circa due anni un nuovo esame ha fatto rilevare: torpore intellettuale, bradipsichia con diminuzione notevole dell'intelligenza e dell'immaginazione (Dr Garibaldi).

Questi esiti neuro-psichici parlavano contro il botulismo e sebbene non si accompagnassero a disturbi pseudoparkinsoniani tanto frequenti nell'encefalite, pure sembrava dovessero riferirsi a lesioni di tipo encefalitico. Si sono infatti osservate delle sindromi puramente psicopatiche postencefalitiche.

Ed allora mi sono chiesto: non potrebbe il botulismo (che in fondo non è se non una nevrassite tossica) lasciare sintomi che seguono al periodo acuto? Dal punto di vista anatomico nel botulismo si riscontrano lesioni congestizie, trombosi e piccole emorragie nella massa cerebrale, nelle meningi, lesioni degenerative e necrotizzanti delle cellule nervose dell'istmo dell'encefalo, dei nuclei motori bulbari, del midollo spinale e secondo Edmunds e Long (22) anche delle estremità dei nervi motori. Ora dal punto di vista teorico nulla si oppone al fatto che dopo una grave intossicazione del sistema nervoso si possano costituire dei disturbi neuropsichici o veri e propri stati demenziali. Non si vede forse ciò in seguito a varie malattie acute specie quando queste compaiono in giovanissima età e quando vi sia una ereditarietà o predisposizione particolare? Tuttavia passando in rassegna gran parte della letteratura straniera e specialmente tedesca non ho potuto trovare alcuna osservazione di esiti a distanza del botulismo. Ed anche il dott. H. Gross di Hildesheim da me interpellato in proposito mi ha gentilmente risposto non essere a sua cono-

scenza che il botulismo lasci degli esiti a distanza dal periodo acuto.

Riepilogando quindi mentre per molti dati si propendeva in principio per la diagnosi di botulismo e sembrava che la prova biologica avesse convalidata la diagnosi, l'ulteriore decorso clinico faceva piuttosto propendere per una forma di encefalite tipo Economo. Ed in questo momento in cui si tende a smembrare l'encefalite dal punto di vista etiologico, essendosi isolati vari virus nelle recenti epidemie in America e in Giappone specialmente in seguito a studi della scuola di Levaditi (23), credo che prove biologiche di questo tipo devono trovare maggiore difficoltà di interpretazione. Non è improbabile infatti che i fenomeni osservati nell'animale da esperimento in seguito alla semplice inoculazione di siero dell'ammalato si presentino in modo molto simile per un gruppo di malattie neurotrope di cui il virus si diffonde per via ematogena.

RIASSUNTO.

Descrizione di un caso clinico sospetto di botulismo apparentemente convalidato dalla prova biologica col siero di sangue. Pur non potendosi escludere che si sia trattato di intossicazione botulinica provocatrice di una sindrome neuro-psichica ad andamento cronico, sembra più probabile, da quanto ci insegna l'esperienza clinica, che i sintomi a distanza presentati dal p. siano da riferirsi ad encefalite cronica. La prova biologica col siero di sangue per la sua rapidità e chiarezza conserva molto valore diagnostico, non però decisivo, non potendosi escludere che diversi virus neurotropi possano dare nell'animale un quadro molto simile a quello che si osserva nel botulismo sperimentale.

BIBLIOGRAFIA.

1) KOB. Med. Klinik, n. 1, 1905.
2) KLOPSTOCK u. KOWARSCKY. *Praktikum Klin. chem. Bakt. Unters.* Urban-Schw., Berlin, 1927.
3) HÜBNER in MOHR u. STAEHELIN. Med. Int., vol. VI, 1924.
4) BIELING u. MEYER. *Heilsera u. Impfstoffe in der Praxis.* G. Thieme, 1932.
5) HÜRTHLE u. GROSS. Deutsch. Med. Woch., n. 33, 1934.
6) MEILLER. Trib. Medic., 1921.
7) WILOCH. Lekarz Woiskowy, nn. 11-12, t. XXIII, 1934.
8) PIGNOT. *Quest. clin. d'actual.* 3me série, Masson, 1932.
9) HALL. Brit. Med. Journ., IV, 1918.
10) BROWNLIE. Ibid., VI, 1918.
11) HALL. Ibid., X, 1918.
12) MICHELI. Mal. Infett. di Lustig, vol. 111, 1923.
13) SABATINI. Policlin., Sez. Prat., 1920.
14) MAY in ROGER, WIDAL. *N. Traité de Méd.*, vol. IV, 1925.
15) CALIGARIS. *Il sistema motorio extrapiram.* I. E. S., 1927.
16) FERRIO. *Diagnosi clin. mal. int.*, vol. 1, 1925.
17) SACQUEPÉE in ROGER, WIDAL. *N. Traité de Méd.*, vol. 111, 1927.
18) BRUNI. *Igiene Militare.* Trattato dell'OTTOLENGHI, 1933.
19) MAGGIORA, MANTOVANI e TOMBOLATO. R. Accad. Scienze di Bologna, sed. del 25-1-1920.
20) OTTOLENGHI, D'ANTONA e TONIETTI. Policlinico, Sez. Prat., n. 39, 1920.
21) LOEWE et STRAUSS. Journ. of infect. Dis., IX, 1920.
22) EDMUNDS e LONG. Citato da WILOCH, loc. cit.
23) LEVADITI. Presse Méd., 1934.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DEL LITTORIO - PADIGLIONE BASSI
Primario: Prof. L. PATERNI.

Contributo anatomo-clinico allo studio della cancro-cirrosi.

Dott. GIOVANNI CANALI, assistente effettivo.

E P., di anni 68. Levatrice di Sezze. Vedova.

(Brevi notizie fornite gentilmente dal medico curante della P.). Nulla nell'anamnesi familiare. Mestruata a 16 anni, è entrata in menopausa a 52 anni. A 18 anni ha sposato ed ha avuto un aborto al III mese. Era fortemente dedita al vino e ai liquori. Nel 1928 presentò enterite ed in questa circostanza il medico le riscontrò fegato grosso e duro e le consigliò esame del sangue per R. W. Nel 1932 fu visitata dalla commissione medica fiscale, avendo chiesto la P. di essere messa in pensione: fu ritenuta ammalata e le venne liquidata una piccola somma che consumò tutta in vino e liquori. Nel settembre del 1934 cominciò ad accusare disturbi intestinali con diarrea e progressivo aumento dell'addome: ai primi di ottobre manifesta ascite ed in seguito anche ittero, emorragie intestinali, frequenti epistassi, intenso prurito.

Entra in Ospedale il 7-XI-1934.

Condizioni generali gravi, nutrizione scadente, decubito preferito supino, sensorio integro; stato di lieve agitazione: Ittero intenso verdastro della cute e delle sclere con segni di grattamento agli arti inferiori ed al sacro, telangectasie dei pomelli. Lingua detersa, arida. Polso: uguale ritmico a bassa pressione e a frequenza aumentata (100). Pupille miotiche, reagenti. Lieve dispnea. Apparato linfoghiandolare indenne.

Torace simmetrico, appiattito; fosse sopraclavicolari evidenti. Fvt.: ovunque indebolito; apici entrambi alla prominente di uguale ampiezza. Margini inferiori polmonari entrambi sollevati, si espandono poco: suono polmonare piuttosto alto su tutto l'ambito; murmure vescicolare fievole con qualche rantolo alle basi e ronchi e sibili diffusi su tutto l'ambito.

Cuore nei limiti; primo tono alla punta seguito da rumore sistolico piuttosto rude che si trasmette leggermente all'ascella; azione cardiaca ritmica.

Addome fortemente aumentato di volume, leggermente espanso ai fianchi, con cicatrice ombelicale appianata: spiccato reticolo venoso a tipo porta. L'addome è teso, indolente: segni di versamento libero addominale delimitabile a 3 dita al di sopra della linea ombelicale.

Fegato: in alto si delimita al VI spazio sull'emiclaveare. Per la forte quantità di liquido peritoneale non si riesce a palpare il margine inferiore che con la manovra di sorpresa; dopo paracentesi si palpa a circa due dita sotto l'ombelicale trasversa, di consistenza lapidea.

La milza è palpabile circa due cm. sotto l'arco costale: in alto si delimita alla VII costa.

Esame delle urine. Tracce abb. di albumina; Zucchero, assente; Reazione per l'urobilina, positiva; Reazione per i pigmenti biliari, positiva forte; Sedimento: numerosi leucociti ben conservati, molti cilindri ialini, qualche cilindro granuloso.

Azotemia: 0,62 ‰.

R. W., positiva completa.

Paracentesi: si estraggono cc. 8000 di liquido limpido fortemente itterico.

Rivalta, negativa; P. S., 1012; Alb., 15 ‰; Reazione per i pigmenti b., positiva.

Esame citologico: scarsi elementi endoteliali.

La paziente muore due giorni dopo l'ingresso in Padiglione in stato di sopore interrotto da periodi di agitazione.

Diagnosi clinica: cancro-cirrosi del fegato in soggetto alcoolista e luetico. Insufficienza epatorenale.

Reperto autoptico (parziale). Ittero flavo universale, edemi accentuati degli arti inferiori. Addome assai voluminoso. All'apertura di questo, fuoriuscita di abbondantissima quantità di liquido di colorito itterico (circa 7 litri).

Polmoni: congestione ed edema diffuso. Cuore: ipertrofia ventricolare sinistra, non lesioni endocardiche, nè lesioni miocardiche apprezzabili macroscopicamente.

Fegato notevolmente aumentato di volume (gr. 2700); superficie nodulare come nella cirrosi di Morgagni-Laennec: questi nodi sono del volume da un grano di canapa ad un pisello, fittamente stipati, hanno colorito grigio-verdastro più o meno intenso. Al taglio si constata una consistenza accentuata, lignea; la superficie di taglio risulta, corrispondentemente alla superficie dell'organo, fittamente stipata e tutta occupata da isole più o meno rotondeggianti, pure del diametro da un grano di canapa ad un pisello, di colorito grigio-giallastro. In alcune tale colorito è intensamente chiaro, in altre è più scuro; tra tali isole si notano bande di tessuto grigio, retratte, connettivali.

Non ghiandole all'ilo del fegato, vie biliari di normale aspetto e volume: cistifellea di normale aspetto e volume ripiena di bile senza speciali caratteri.

Milza: discreto tumore (gr. 515) con chiazze di perisplenite, al taglio consistenza lievemente aumentata. Ben visibile il disegno dei setti e trabecole; follicoli visibili in scarso numero.

Reni: bene scapsulabili, superficie con cicatrici da infarti e in taluni tratti di aspetto granuloso: al taglio colorito itterico, disegno della corticale abbastanza conservato, in qualche tratto la corticale è ristretta; arteriole beanti e in qualche tratto ispessite.

Esame istologico del fegato (prof. Paterni). — La capsula del fegato è ispessita e la struttura dell'organo risulta fortemente alterata: si notano grosse travate di connettivo che limitano grosse isole di parenchima più o meno irregolarmente rotondeggianti e nelle quali non è più riconoscibile la normale struttura lobulare. Mentre alcune di queste isole sono costituite quasi esclusivamente di cellule epiteliali secondo la disposizione ed il tipo che descriveremo, altre sono intersecate da gittate connettivali più sottili in connessione con le grosse travate esterne: talvolta ancor più sottili fasci connettivali si addentrano sinuosamente tra piccoli gruppi di elementi cellulari. La quantità di connettivo che si addentra in talune di queste isole è molto abbondante, le cellule sono molto ridotte di numero e distribuite in piccoli raggruppamenti con manifesti caratteri di degenerazione ed atrofia, e pertanto la struttura di queste stesse isole sembra male distinguersi da quella delle grosse travate connettivali interinsulari nelle quali è possibile scorgere disseminati gruppi di cellule più o meno schiacciate ed atrofiche.

In taluni punti tali travate connettivali si allargano in estese bande disseminate di detti gruppi di cellule atrofiche e di quelle formazioni comunemente denominate canalicoli biliari neoformati.

Circa la struttura del connettivo si rileva che mentre sono presenti a tratti caratteri di connettivo fibroso, nella maggioranza della sua estensione si nota la ricchezza dei nuclei, taluni allungati, taluni rotondeggianti con prevalenza di questi ultimi. I vasi nello spessore del connettivo sono spesso dilatati.

È degno di particolare nota che in taluni tratti in mezzo ad ampie estensioni di connettivo si trovano fittamente disseminati tuboli più o meno sinuosi, e talvolta con accenni a ramificazione, costituiti di una doppia serie di cellule epiteliali molto simili alle cellule di canalicoli biliari; la ricchezza di questi tuboli del tutto simili ai canalicoli biliari neoformati conferisce a questi tratti una apparenza adenomatosa.

Circa la struttura del parenchima si può dire che in nessun tratto di questo si riconosce più la disposizione del parenchima epatico originario. Residui del parenchima originario sono rappresentati da raggruppamenti cellulari schiacciati ed atrofici in mezzo alla ganga del connettivo, la cui distinzione dai così detti canalicoli biliari neoformati spesso è assai difficile.

Nelle isole parenchimali più estese e meno ricche di connettivo si nota che le cellule e gli aggruppamenti cellulari presentano in parte i caratteri della iperplasia semplice, come nella comune cirrosi, e che da questo tipo di parenchima per gradi, si può dire insensibili, si passa ad un altro tipo costituito da cordoni o ammassi cellulari più o meno circondati da connettivo. Taluni di questi ammassi hanno forma di ansa, taluni sono rotondeggianti e taluni ancora presentano uno spazio libero centrale così che il tessuto risulta di aspetto nettamente adenomatoso. Nell'interno di questi spazi, come nell'interno di talune cellule possono osservarsi granuli o gocce di colorito giallastro, costituiti probabilmente da bile. I caratteri delle singole cellule di questo parenchima di aspetto più o meno adenomatoso, sono i seguenti: in taluni tratti esse appaiono fortemente colorate, hanno generalmente forma poligonale

molto irregolare e varia con nuclei intensamente colorati, variabili per forma e dimensioni; in taluni tratti si notano manifesti segni di atrofia e degenerazione più o meno estesi.

Mentre in talune isole parenchimali questo tipo di parenchima predomina gran parte della loro estensione, nella maggioranza esso è specialmente localizzato alle porzioni periferiche, mentre le parti centrali hanno prevalenti caratteri del comune parenchima epatico di rigenerazione. Questa prevalenza del tessuto di aspetto più nettamente adenomatoso alla periferia delle isole è netta. Inoltre mentre la maggioranza del tessuto adenomatoso è nettamente delimitato dalle bande connettivali interinsulari, in alcuni punti è nettamente osservabile la tendenza di cordoni cellulari epiteliali, in diretta continuazione del tessuto adenomatoso, ad invadere il connettivo infiltrandosi negli spazi di questo. È possibile anche osservare sezioni di vasi linfatici e venosi contenenti all'interno più o meno abbondanti ammassi di cellule epiteliali del tipo del tessuto adenomatoso sopra descritto.

Estese zone di degenerazione e di atrofia si trovano in seno al parenchima nei tratti di aspetto non adenomatoso.

Diagnosi istologica: adenocarcinoma del fegato a tipo epatocellulare con cirrosi (cancrocirrosi).

A carico della milza si nota che nelle porzioni del parenchima più esterne e sottocapsulari i follicoli sono notevolmente ridotti di numero e assai scarsamente provvisti di elementi linfatici: la polpa rossa presenta i seni dilatati poveri di sangue e i cordoni di Billroth tendenti all'atrofia. Nelle porzioni più interne l'atrofia follicolare è meno spiccata, e in vari tratti nei cordoni di Billroth appaiono fascetti connettivali, indici di sclerosi pulpare molto discreta. Non tracce evidenti di fibroadenia follicolare. Gli elementi del reticolo in alcuni tratti appaiono rigonfi e degenerati. Non si osservano segni morfologici di aumentata attività fagocitaria nè congestione della polpa rossa.

DISCUSSIONE DEL CASO.

Quale contributo porta il caso descritto dinanzi ai più importanti problemi inerenti alla cancro-cirrosi?

Un primo dato degno di rilievo è quello etiologico luetico posto dalla R.W. positiva, e del dato anamnestico di un aborto al 3° mese: esso concorda con la grande frequenza con la quale fu riscontrata la R.W. positiva nei casi precedentemente descritti (Nazari 1:8; Serra 3:4; Condorelli 2:2), in taluni dei quali altri dati anamnestici confermavano la lue, e armonizzerebbe con le vedute di Javre secondo le quali la epatite cronica luetica preparerebbe il terreno al processo neoplastico.

La questione dei rapporti tra lue e cancro-cirrosi è sempre in sospeso: mancano statistiche adeguate, comparative dell'etiologia luetica nella cirrosi epatica e nella cancro-cirrosi; statistiche che dovrebbero essere basate non sulla sola R.W., che, come è noto, può essere spesso positiva in affezioni epatiche anche indipendenti dalla lue, ma anche su altri solidi dati clinico-anamnestici.

Tuttavia poichè fino ad oggi la tendenza capeggiata da Letulle e seguita da altri autori specialmente francesi (Bergeron, Brizzard, Ballard, Villaret, Bezançon ed altri) a voler ritenere l'etiologia alcoolica luetica, e specialmente luetica, come costante nella cirrosi epatica è rimasta isolata, in quanto i reperti istologici non risultano convincenti, i risultati della terapia mercuriale o non sono confermati o sono possibili di diverse spiegazioni, e le stesse statistiche sierologiche (R.W. positiva nel 50 % dei casi secondo Letulle, 76 % secondo Villaret e P. Blum) non risultano del tutto confermate nella pratica di altri autori anche francesi, merita la pena sottolineare nella discussione del presente caso il probema, se il fattore etiologico luetico debitamente dimostrato non figuri nei malati di cancro-cirrosi più spesso che in quelli di comuni cirrosi.

Dal punto di vista anatomo-istologico, si è trattato nella attuale osservazione di un adenocarcinoma epatocellulare, con atipie istologiche, e con tendenza infiltrativa nel connettivo della cirrosi, nonchè nei vasi venosi e linfatici. Questa forma rappresenta la varietà più frequente della neoplasia che caratterizza la cancrocirrosi, di fronte alla seconda varietà a base di elementi cellulari cilindrici « adenoma tubolato biliare » (Nazari) e alla terza varietà, certamente assai più rara, descritta da Nazari, « ad elementi polimorfi atipici » invadenti il parenchima epatico a forma di gettoni.

La milza non presentò alterazioni che di grado assai lieve e qualitativamente non diverse da quelle delle comuni cirrosi.

Ciò posto è necessario cercare di discutere dal punto di vista istologico due punti molto importanti: il primo riguarda l'istogenesi di questa forma di cancro-cirrosi e i rapporti tra sviluppo tumorale e cirrosi; l'altro riguarda la patogenesi dell'ittero, che all'autopsia non risultò spiegabile con alcuna causa estrinseca rispetto al fegato.

In merito al primo punto ricorderemo sommariamente che esistono due teorie fondamentali circa i rapporti tra cancro e cirrosi: la prima, la più antica, sostenuta dal Corazza e successivamente da Jungmann, Sabourin, Gabbi, Mikula e Klein ecc., non riconosce tra i due processi alcun rapporto così che la loro coincidenza sarebbe puramente accidentale; la seconda ammette invece rapporti di interdipendenza che sono a lor volta concepiti secondo altre tre teorie. Per una di queste le due affezioni si svolgerebbero contemporaneamente (Hanot, Gilbert, Pepere, ecc.), per un'altra la neoformazione precederebbe la cirrosi (Maffucci, Conti, Markwald, ecc.), per un'altra ancora la neoformazione seguirebbe la cirrosi (Goldzieher, Na-

zari, Barbacci, Herxheimer, Lohlein, Redaelli, Yamagiwa ecc.).

Scartata dalla maggioranza degli autori la ipotesi della coesistenza accidentale dei due processi, contro la quale sta la relativa frequenza di questa affezione mista, anche l'ipotesi di eventuali rapporti di dipendenza, con precedenza neoplastica, non sembra molto accreditata. A proposito di quest'ultimo modo di vedere contro le statistiche di Goldzieher che avrebbero trovata l'associazione di cirrosi a tumori primitivi nel 100 % dei casi, di Karsner e Mac Indoe (100 %) di Eggel (85 %) di Yamagiwa (74 %), stanno le osservazioni di Wegelin, di Helvestine che riferiscono casi nei quali il tumore non era accompagnato da cirrosi; di Sokolow e Thöle, di M. Ascoli che hanno trovato in percentuali molto più esigue tale associazione anatomica e perfino in taluni casi hanno osservato adenomi in un lobo epatico indenne da cirrosi e cirrosi nell'altro indenne da tumore; infine Nazari osserva giustamente che la « neoformazione connettivale che si produce nella cirrosi del fegato è dal punto di vista istologico sostanzialmente diversa dalle neoformazioni connettivali che sono determinate da altre neoformazioni epiteliali (cancro) e che ne costituiscono lo stroma », mettendo implicitamente in guardia contro le facili confusioni generatesi da un esame istologico non sufficientemente rigoroso.

La teoria del contemporaneo sviluppo di cancro e cirrosi ha tuttora notevoli sostenitori, ed invero talvolta lo sviluppo della malattia è così rapido, i due processi istologici sono entrambi talmente sviluppati da rendere tali vedute degne di considerazione; senonchè rimane sempre oscuro il punto riguardante l'epoca del primo inizio della cirrosi.

Un buon numero di osservazioni, invece, accreditano fortemente la teoria della precedenza della cirrosi, dimostrando uno sviluppo clinico di questa molto antecedente all'epoca presumibile dello sviluppo neoplastico. A queste osservazioni si aggiunge in modo molto chiaro il caso del presente lavoro: dal fondo anamnestico fortemente alcoolico e con tutta probabilità luetico, già nel 1928, sei anni prima dell'ultima scena tumultuaria della malattia che precedette la morte, venne constatato un fegato grosso e duro, espressione indubbia di un processo di epatite cronica.

Posto questo dato clinico di così grande importanza, quali induzioni sono possibili dallo studio istologico di questo fegato nei riguardi della istopatogenesi della malattia? Contro all'opinione di coloro che tenderebbero a non riconoscere rapporti tra iperplasia parenchimale del fegato cirrotico e processo neoplastico si è potuto mettere in rilievo nel caso precedente i seguenti dati:

a) in molte isole parenchimali delimitate dal connettivo si nota che dal parenchima epatico con cellule disposte in linee più o meno irregolari, senza la tipica disposizione radiata, e con le note caratteristiche dell'iperplasia parenchimale, si passa gradualmente verso le parti periferiche dell'isola ad accumuli cellulari disposti ad ansa o ad alveoli con aspetto adenomatoso, tanto più netto quanto più si

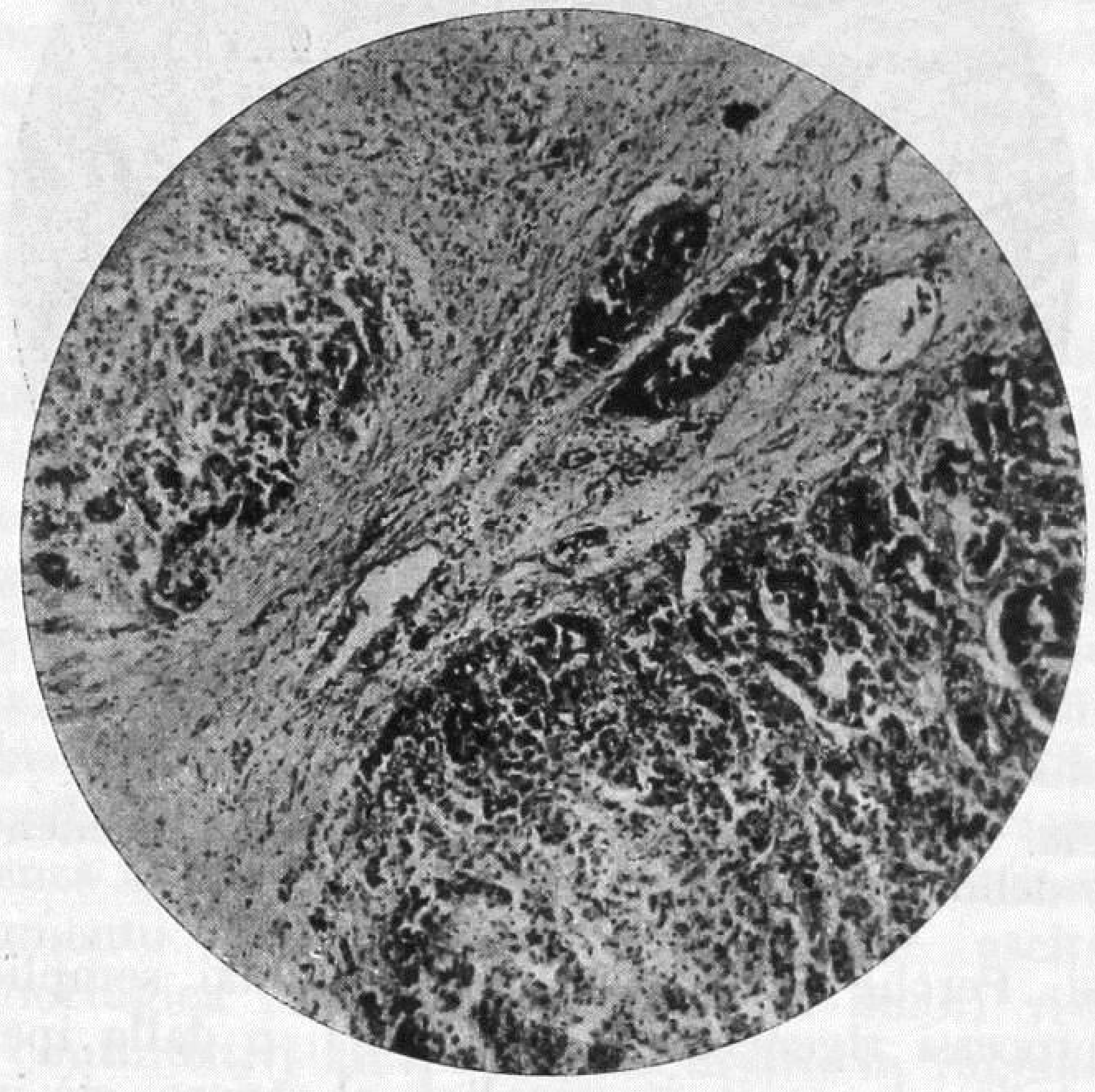


FIG. 1. — Isola di parenchima nella quale da un tessuto epatico iperplastico si passa gradualmente verso i confini dell'isola ad un tessuto nettamente adenomatoso e più intensamente colorato. Al centro grossa travata connettivale con due vasi ripieni di elementi epiteliali simili a quelli del tessuto adenomatoso.

procede verso i margini (fig. 1). Le cellule che costituiscono questo tessuto adenomatoso, pur conservando in sostanza le caratteristiche di cellule poligonali epatiche, divengono più intensamente colorate, appaiono più irregolarmente disposte, più diverse tra loro per grandezza e forma, nonchè per grandezza e aspetto nucleare. Molto spesso la continuità tra le serie di cellule epatiche costituenti il parenchima centrale e gli aggruppamenti cellulari del tessuto adenomatoso è netta;

b) mentre in talune isole di parenchima il tessuto adenomatoso che ne costituisce come una bordura è nettamente delimitato dal connettivo (fig. 2), in qualche tratto è possibile notare la tendenza di cordoni cellulari pluriseriati a punto di partenza del tessuto adenomatoso infiltrarsi negli spazi del connettivo (fig. 3), ed è possibile incontrare in mezzo a questo vasi venosi e linfatici più o meno riempiti di ammassi epiteliali costituiti da

cellule che hanno le stesse caratteristiche di quelle del tessuto adenomatoso (fig. 1).

Dinanzi a questi chiari aspetti istologici non è possibile non ammettere che esistano stretti legami tra semplici processi rigenerativi iperplastici, iperplasia adenomatosa della cirrosi semplice, e adenocarcinoma della cancro-cirrosi.

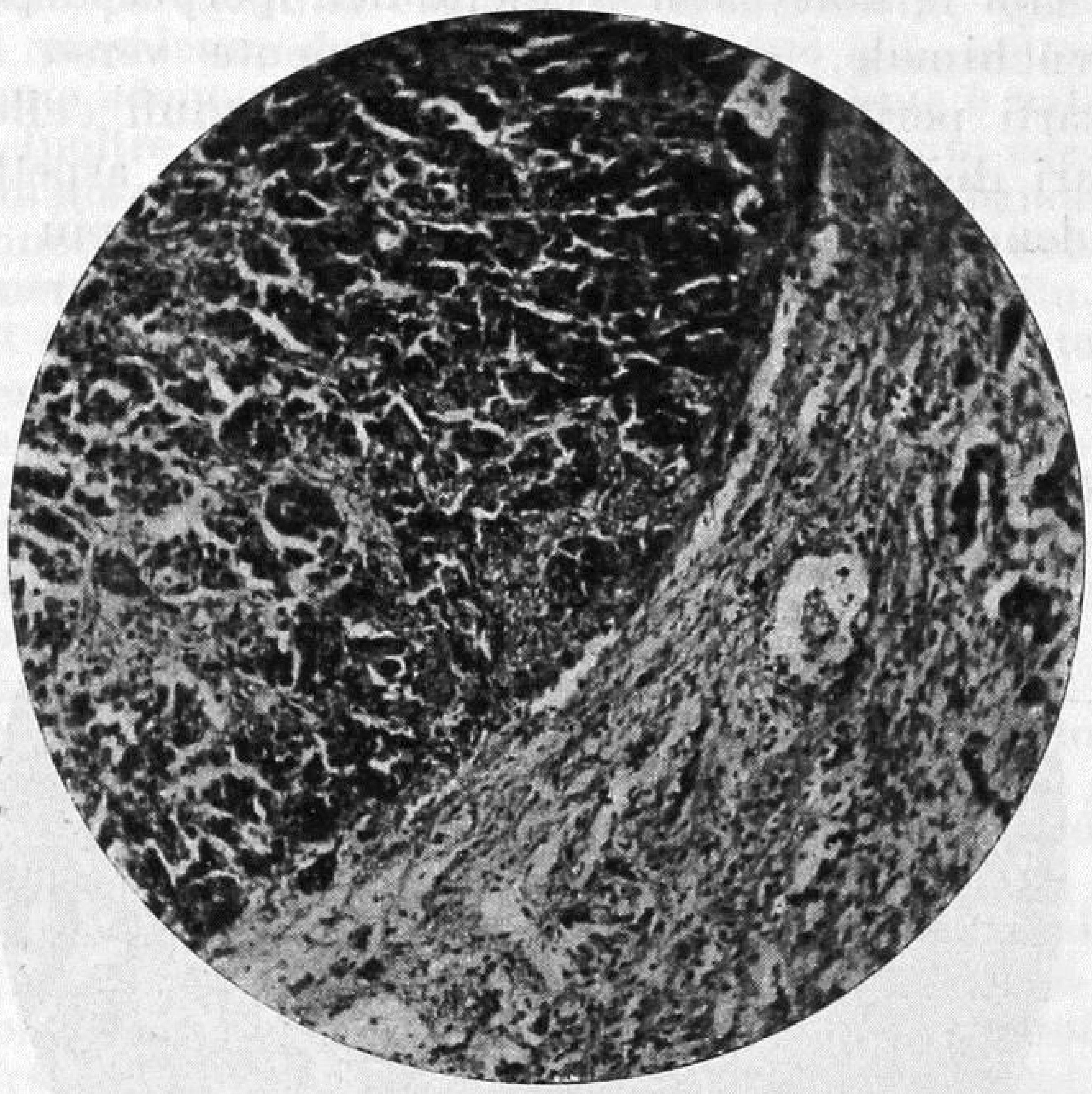


FIG. 2. — Il tessuto adenomatoso è nettamente delimitato dal connettivo.

Perchè avvenga questo salto dai semplici processi rigenerativi iperplastici, o dalla iperplasia adenomatosa semplice, al cancro, ciò interessa direttamente il problema della genesi

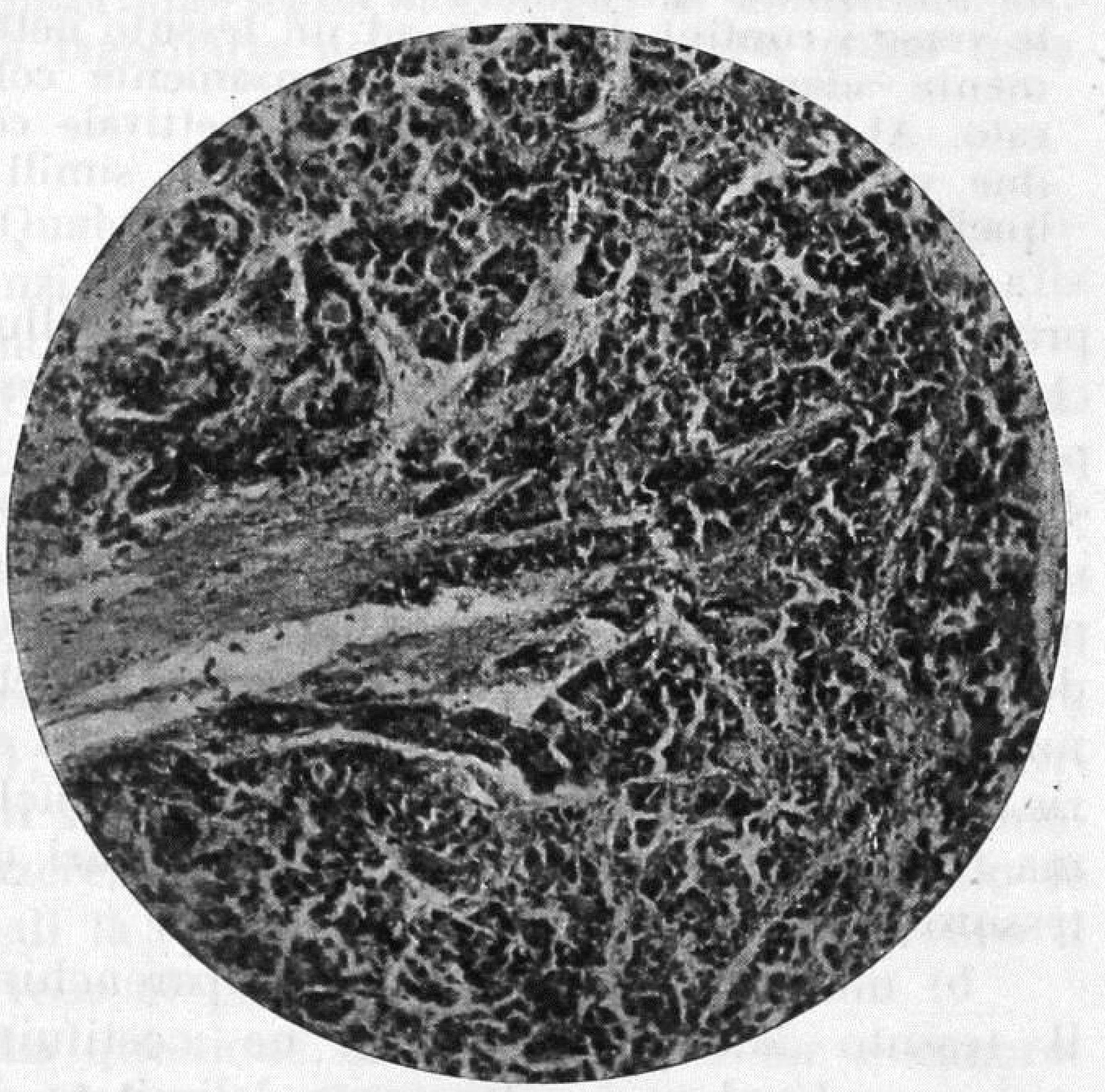


FIG. 3. — Dal tessuto adenomatoso cordoni cellulari epiteliali, in diretta continuazione con esso, infiltrano gli spazi del connettivo.

dei tumori e più in particolare delle metaplasie; ipotesi in questo campo possono trarsi a iosa e sotto il nome dei più svariati autori, ma nulla di positivo può essere detto.

Potremmo domandarci se lo sviluppo prevalentemente periferico del tumore rispetto alle isole di parenchima, nel caso in parola, non sia in rapporto a influenze meccaniche o nutritive esercitate dal connettivo cirrotico sulla rigogliosa spinta rigenerativa del parenchima; senza tuttavia approfondire più oltre la discussione.

È da aggiungere che a lato dello sviluppo adenomatoso e adenocarcinomatoso epatocellulare nel caso che ci interessa, è stato notato in alcuni tratti in seno ad una spessa ganga connettivale uno straordinario sviluppo di tuboli epiteliali più o meno semplici contorti o ramificati, a struttura simile a quella dei canalicoli biliari neoformati (fig. 4), sviluppo che acquista talvolta una apparenza quasi adenomatosa e non frequente nelle comuni cirrosi. Si può dunque dire che per stimoli ignoti si sia avuta una particolare tendenza a proliferazione dell'epitelio del fegato anche nel sistema canalicolare.

Circa la patogenesi dell'ittero sintoma, come vedremo frequente nella cancrocirrosi, non sono invocabili nel caso in discussione, come non erano invocabili nella maggioranza dei precedenti casi, alterazioni intrinseche dei canalicoli biliari estralobulari; anche fattori emolitici non risultano giustificabili dai reperti anatomici che abbiamo descritto. Si può pensare pertanto che l'eccessivo sviluppo del processo adenocarcinomatoso in un fegato col

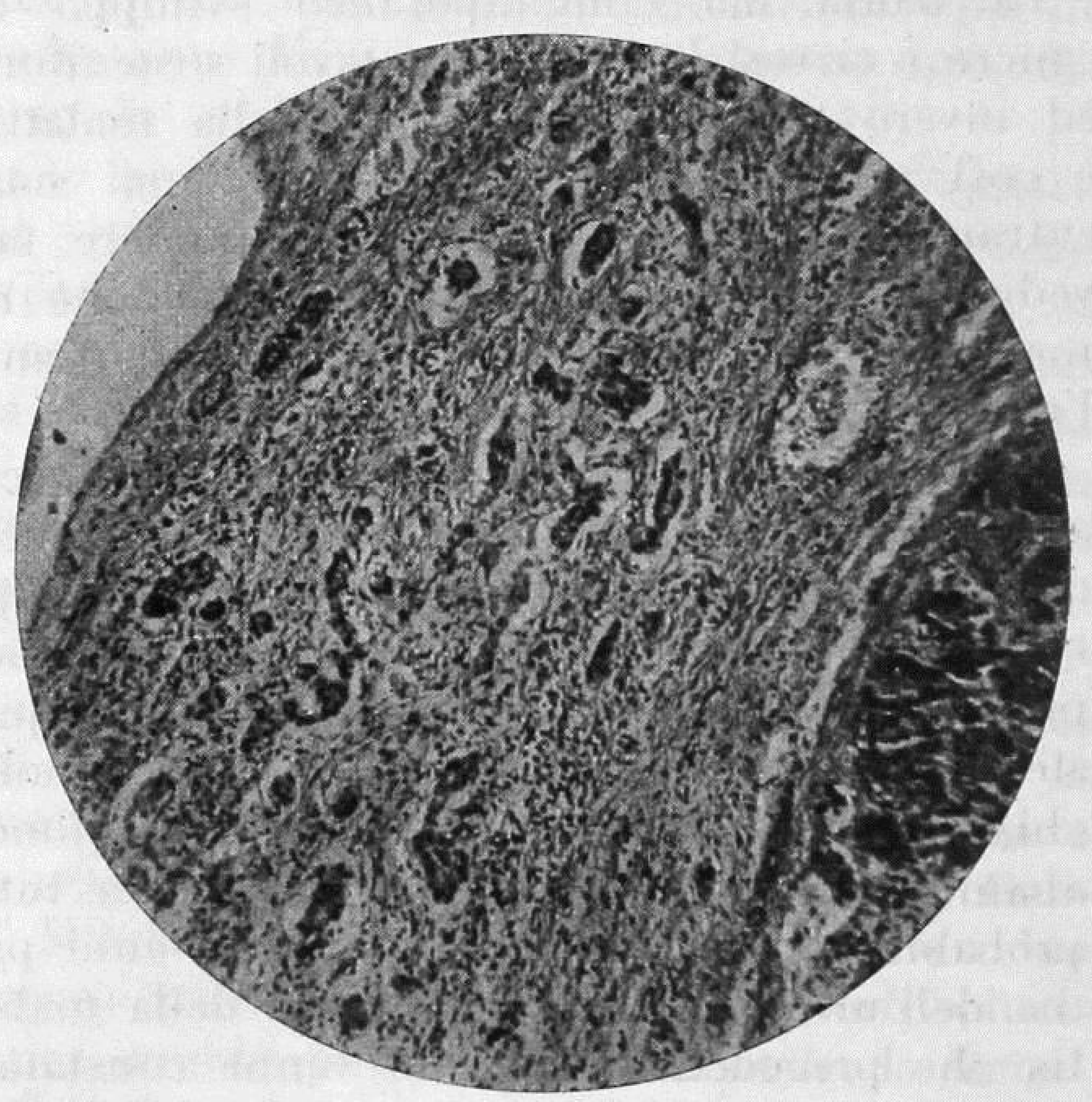


FIG. 4. — Tessuto connettivo riccamente cosparso di tuboli che hanno l'aspetto di canalicoli biliari neoformati.

parenchima già suddiviso e costretto tra le rigide maglie della rete connettivale cirrotica, induca ostacolo al deflusso biliare ma soprattutto, in considerazione anche delle moderne

tendenze a svalutare questo tipo di influenze meccaniche, è da prospettare la possibilità che lo sviluppo tumorale peggiori fortemente quegli stessi momenti patogenetici che oggi sono ritenuti le cause più probabili dell'ittero latente o manifesto dei cirrotici.

Come nelle cirrosi comuni le alterazioni funzionali ed anatomiche delle cellule epatiche sono ritenute il substrato fondamentale dell'ittero, le prime per alterate proprietà secretive, le altre, specialmente l'atrofia, per le alterazioni e rotture che determinano nella parete dei capillari biliari intercellulari (ittero epatolitico di Holmer), è da pensare come assai probabile che il neoplasma sotto forma di un parenchima epatocellulare del tutto atipico per forma, dimensione, e disposizione delle sue cellule, nonchè per abnormi condizioni secretorie delle cellule stesse, lungi dal vicariare in qualche modo, come l'iperplasia semplice, la funzione del parenchima originario, mediante il suo rigoglioso sviluppo, mediante la formazione di un nuovo sistema del tutto anomalo di vie escretorie e circolatorie, mediante prodotti di secrezione altrettanto anomali, peggiori fortemente sia le condizioni anatomiche e funzionali del parenchima originario, sia le condizioni stesse del drenaggio capillare della bile.

Si potrebbe obbiettare che taluni di questi concetti patogenetici dovrebbero valere anche per i tumori primitivi del fegato dove però l'ittero si ha meno di frequente; a quest'obbiezione va risposto che nella diffusione del processo cancro-cirrotico e nelle più gravi alterazioni anatomo-funzionali dell'organo determinate dal sommarsi del processo cirrotico e carcinomatoso, stanno le ragioni del diverso comportamento di frequenza dell'ittero.

Dal punto di vista clinico il caso di questo lavoro è tra quelli che meglio potevano prestarsi alla diagnosi: e i punti essenziali erano: alcoolismo con epatomegalia già constatata sei anni prima; epatomegalia di consistenza molto dura e con splenomegalia, andamento rapido della malattia negli ultimi mesi con ascite ed ittero molto intenso.

L'alcoolismo e l'epatomegalia di data remota stavano ad indicare un indubbio processo di epatite cronica. Il rapido andamento finale con sindrome ittero-ascitica avrebbe potuto far pensare ad un processo di atrofia subacuta del fegato, esito, non infrequente delle epatiti croniche, ma questa possibilità era in netto contrasto con la constatazione della voluminosa epatomegalia di consistenza neoplastica e a superficie clinicamente regolare. Il punto di convergenza di queste considerazioni cliniche era nettamente individuabile nella diagnosi di cancro-cirrosi.

Si deve ritenere in pratica una tale diagnosi molto difficile o pressochè impossibile come molti autori dicono? Il caso ora esposto dimostra che in questo pessimismo diagnostico vi è forse un po' di esagerazione. Se in casi numerosi non è possibile tale diagnosi, è altrettanto vero che ad essa si pensa troppo di rado, e che dati clinici significativi esistono in modo non del tutto eccezionale per la discriminazione di questa malattia dalle affezioni clinicamente simili.

I quadri morbosi coi quali più comunemente la cancro-cirrosi si manifesta sono fondamentalmente due: quello di una cirrosi volgare o quello di un tumore primitivo. Questi quadri morbosi possono talvolta essere modificati da dati discriminativi che permettono la diagnosi precisa:

a) al quadro fondamentale di una cirrosi può accompagnarsi: fegato grosso e di consistenza assai dura, elemento diagnostico importantissimo (sono stati descritti fegati del peso di gr. 2500-3000 fino a pesi enormi di kg. 7, 9, e perfino 12 e 14 rispettivamente da Eggel, Hanot, Bruzelius e Schwink); ittero intenso inabituale nelle comuni cirrosi, rapida accelerazione del decorso associato non a tendenza ad atrofia dell'organo bensì ad ulteriore aumento dell'epatomegalia, eventuale ascite emorragica (Winternitz), eventuali dolori vivi e continuativi all'ipocondrio destro in rapporto allo sviluppo neoplastico entro una capsula più o meno ispessita e connessa con le preesistenti travate connettivali cirrotiche intraepatiche, eventuale eccessivo sviluppo del reticolo venoso (Fiessinger) in contrasto, aggiungiamo, con l'apparente ipertrofia dell'organo. L'ascite può essere abbondantissima come nel nostro caso, ma anche scarsa e perfino assente (Wegelin). La febbre specialmente se elevata e di lunga durata può confermare la diagnosi di cancro-cirrosi;

b) al quadro fondamentale del tumore primitivo del fegato può aggiungersi: la nozione dell'alcoolismo eventualmente associata a lue, la nozione anamnestica di elementi clinici atti a deporre per un processo epatico cronico troppo remoto per imputarsi soltanto al tumore; e inoltre la splenomegalia. Il versamento addominale e il reticolo venoso saranno anch'essi elementi di fondato sospetto specialmente se i caratteri del fegato non sieno quelli del cancro nodulare, che spesso si accompagna a tali manifestazioni, e se specialmente manchi l'ittero così da non essere la sintomatologia agevolmente spiegabile con metastasi ghiandolari dell'ilo.

Come è facile arguire mentre tutti questi elementi discriminativi singolarmente consi-

derati non hanno alcun valore diagnostico diretto, l'associazione specialmente di taluni più importanti di essi (es.: nozione di un lungo stadio di epatite in soggetto alcoolista insieme a fegato molto duro e tanto grande da contrastare con ascite voluminosa, ecc.) può dare un indirizzo diagnostico abbastanza significativo. Questi stessi elementi discriminativi sono generalmente più scarsi e più difficili a valutare nella seconda evenienza sopra considerata, e cioè nel caso che il quadro clinico fondamentale sia quello di tumore primitivo del fegato; qui il valore più importante è assunto dalla eventuale nozione di una epatite cronica di data remota, ma un tale elemento clinico per la sua lunga latenza risulterà raramente; la stessa splenomegalia può essere rilevabile nei semplici tumori del fegato in modo non infrequente (Gilbert, Sarnier). Pertanto si comprende come la maggior parte di errori diagnostici nella cancro-cirrosi avvengano con il carcinoma primitivo.

RIASSUNTO.

È stato descritto un caso di cancro-cirrosi diagnosticato clinicamente e confermato anatomicamente: etiologia alcoolica, e probabilmente anche luetica, precedenza indubbia dell'epatite cronica, sindrome terminale ad andamento rapido con ittero intenso, ascite, reticolo venoso, epatomegalia grande e dura, splenomegalia.

Istologicamente: adeno-carcinoma del tipo epato cellulare con evidenti rapporti con l'iperplasia rigenerativa del fegato. Le formazioni adenocarcinomatose sono localizzate in netta prevalenza alla periferia delle isole parenchimali: inoltre grande abbondanza di sviluppo di tuboli cellulari ed aspetto simili ai canalicoli biliari neoformati. È discussa ampiamente la patogenesi dell'ittero e gli elementi diagnostici clinici differenziali con le cirrosi comuni e i tumori primitivi.

BIBLIOGRAFIA.

CORAZZA. Boll. Sc. Med. di Bologna, 1867.
MAFFUCCI. Il Movim. Medico, 1881.
SABOURIN. Thèse de Paris, 1881.
BONOME. Archiv. Sc. Med., 1885.
GALVAGNI. Arch. Int. Clin. Med., 1894.
PENNATO. Riv. Medica, 1897.
GABBI e CARDILE. D'Amico, ed., Messina, 1899.
GABBI. Clin. Med. It., 1900.
IONA. Riv. Veneta di Scienze Med., 1900.
MAU. Münch. Mediz. Woch., 1901.
IONA. La Clin. Med., 1902.
PEPERE *I tumori maligni primitivi del fegato.* Ed Napoli, 1902.
NAZARI. Policl., Sez. Med., 1906.
LÖHLEIN. Ziegler's Beitr., 1907.
CONTI. Policl., Sez. Med., 1908.
BERTELLI. Riforma Medica, 1908.
KIKA. Pathologica, VI, 1912.
BARBACCI. *I tumori.* Ed. Vallardi, 1915.
GIORDANO. La Riforma Medica, 1922.
ROLLINO. Riv. Medica, 1923.
ASCOLI V. Policlinico, Sez. Prat., 1924.
ARESU. « I tumori », anno X, 1924.
ARRIGONI. Policl., Sez. Prat., 1925.
COUNSELLER a. MACINDOE. Arch. of Intern. Medic., 1926.
MACINDOE a. COUNSELLER. The Am. Journ. of Path., 1926.
REDAELLI. *Epatiti parenchimatose, epatiti interstiziali e tumori epiteliali del fegato.* Ed. Pavia, 1926.
MIKULA u. KLEIN. Bratisl. Cek. Listy, 1927.
BONNAMOUR e GIRAUD. Presse Médicale, 1928.
GASPARIAN. Arch. f. Klin. Chir., 1928.
ASCOLI MANFREDO. Policlinico, Sez. Chir., 1930.
PIANESE. Atti Acc. Med.-Chir. di Napoli, 1930.
BRAULET, BARBOT. Presse Médicale, 1931.
SERRA. Policl., Sez. Med., 1931.
LIESCH. Riv. di Clin. Med., 1931.
VERNETTI-BLINA. Clin. Med. It., 1931.
CRACIUM, ASLAN, CAFÉ. Annales d'anat. pathologique, 1931.
CONDORELLI. Minerva Medica, 1933.
MONTPELLIER e LOUBEYRE. Bull. de la Soc. de Biologie, 1934.
FINKELSTEIN-JACOBI. Annals of Internal Medicine, 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI CITTÀ DELLA PIEVE (PERUGIA)
Direttore-Chirurgo: Dott. GINO VICENTINI

Su di un caso di ulcera gastrica perforata in cisti da echinococco.

Dott. SIRUNIAN ARMENAG, aiuto-chirurgo.

Per la gentile concessione del mio primario chirurgo desidero riferire un caso chirurgico molto interessante, forse, nel suo genere unico, perchè nella bibliografia chirurgica non ho potuto riscontrarne uno di simile.

L'anno scorso nel mese di ottobre, veniva accolto d'urgenza in questo Ospedale Civile il paziente Masci Agostino fu Giovanni, di anni 65, di Radicofani in Provincia di Siena, con diagnosi di ulcera gastrica perforata.

Prima di intervenire, come di consuetudine, mi sono subito accinto a raccogliere nel limite del possibile, date le condizioni gravi del paziente, i dati sommari nell'anamnesi famigliare e personale remota.

Il paziente riferise che nulla si ricorda di preciso circa il gentilizio. Non ricorda di aver sofferto alcuna malattia degna di nota. Stette sempre bene, godendo buona salute. Soltanto in questi ultimi anni di tanto in tanto aveva modiche sofferenze gastriche e precisamente eruttazioni acide, bruciore alla regione retro sternale e senso di pesantezza allo stomaco, specie dopo i pasti, per le quali però non ricorse mai al medico.

In questi ultimi due anni le sofferenze allo stomaco si erano assai accentuate e fatte frequenti: così al senso di pesantezza all'epigastrio subentrarono veri dolori e spesse volte vomito alimentare. per cui fu costretto a ricorrere dal medico che gli prescrisse qualche cura del caso. E tirò avanti alla meno peggio, fino a ieri sera.

Il paziente da ieri sera è in preda a dolori violenti addominali, iniziatisi come una pugnalata, specialmente all'epigastrio. Ha vomito alimentare continuo e singhiozzi. Secondo egli i dolori atroci sono comparsi improvvisamente subito dopo l'ingestione di carne di maiale nonchè bevuta abbondante di vino. Da ieri mattino l'alvo è chiuso per le feci e gas.

E. O. Soggetto di costituzione scheletrica regolare, aspetto molto sofferente. Nutrizione e sanguificazione in discreto stato.

Facies ippocratica. Polso: frequente, discreto.
Torace: esame negativo.
Cuore: toni ritmici, validi.
Addome: assai tumido, specie all'epigastrio ed ipocondrio destro, dove si rileva una vera tumefazione dura globosa che solleva la parete addominale. La tensione della parete è enorme. Il dolore è intenso e diffuso, per cui ogni esame palpatorio è impossibile. Tutto l'addome anche nella regione alta, prominente è esageratamente timpanico.

L'aia epatica: È ridotta a sottile lingua sub-ottusa male avvertibile a livello del quarto spazio intercostale.
L'aia splenica: Non delimitabile.

Data la gravità del caso, non si può eseguire il sondaggio gastrico e nè altre ricerche come radioscopia ecc. ecc.

Urine: Aspetto giallo-arancio; peso specifico 1018; reazione acida; albumina e glucosio: assenti; pigmenti biliari: assenti; sedimento: N. N.; leucocitosi: 12.000 globuli bianchi.

Atto operativo d'urgenza alle ore 17.
Mass. etere narcosi, previa iniezione di digitalina e ipodermoclisi ipertonica di « ZEF » 500 cc.
Opera il primario chirurgo dott. Gino Vicentini.
Laparotomia mediana sopra ombellicale a strati. Si arriva su una parete, apparentemente data dal peritoneo talmente tesa che pare voglia scoppiare con risonanza timpanica esageratissima. Si rimane alquanto disorientati specie nei riguardi della diagnosi. Si giudica prudente una puntura evacuativa per il gas con un ago sottile.

La puntura dà esito a gas e a liquido a carattere gelatinoso fetido. Si approfonda delicatamente l'incisione, isolando il peritoneo da una parete che appare nettamente cistica, fortemente adesa al peritoneo parietale sulla parte alta. In basso si cade in cavità peritoneale con esito a liquido sieroso. Provveduto ad una buona sutura circolare del peritoneo sulla parete cistica, si procede all'incisione di quest'ultima con esito a gas commisto a liquame purulento, fetido e a centinaia di cisti figlie. La cavità è enorme e occupa gran parte della cavità addominale. Si pensa ad una perforazione di questa in cavità gastrica e si va alla ricerca della perforazione stessa. La ricerca è alquanto indaginosa per la fissità della parete e l'ampiezza della cavità.

Finalmente la punta dell'indice riesce ad avvertire un pertugio profondamente, sulla faccia postero-interna, pertugio appena percettibile, piccolo a margini lisci e rotondeggianti. Si procede allora ad una accurata toilette e disinfezione della cavità. Quindi si inizia l'isolamento della parete dagli organi a cui aderisce fino a fare affiorare la zona perforata, che fa corpo con la parete anteriore dello stomaco, verso la piccola curvatura. Si constata allora che non è la cisti che si sia aperta in cavità gastrica, ma bensì una grossa ulcera dello stomaco che si è perforata in cavità cistica. All'ulcerazione gastrica corrisponde il piccolo forame della parete cistica che a differenza della prima non presenta alcuna reazione infiammatoria circostante ed è evidentemente appena avvenuta per erosione dall'esterno all'interno, cioè dallo stomaco alla cisti.

Si insiste allora nell'isolamento delle due faccie, cistica e gastrica, fino a mettere a nudo la lesione gastrica. Stabilita la pervietà del piloro si affonda l'ulcera. Si marsupializza la rimanente cavità cistica, di cui non si riesce a stabilire il punto originario d'impianto. Fognatura a garza.

E così è apparsa evidente la diagnosi di ulcera gastrica della parete antero-superiore dello stomaco perforata in enorme cisti da echinococco peritoneale.

Il decorso post-operatorio fu regolarissimo ed apirettico e il giorno 30 novembre u. s. il paziente si dimetteva dall'Ospedale con residua piccola cavità bene granuleggiante a secrezione quasi nulla. Da notizie successive si seppe della guarigione perfetta del paziente.

Passo a qualche considerazione. Il caso suesposto dimostra anzitutto che la diagnosi di

cisti da echinococco peritoneale di primo acchito non era facile, perchè mancavano i dati anamnestici che parlavano invece chiaramente in favore di una ulcera gastrica e successiva perforazione di questa per sovradistensione da pasto copioso. E non era facile, perchè la presenza di gas in cavità cistica in uno all'enorme tensione della parete mascheravano la presenza nell'addome di un tumore vero e proprio.

Certamente appariva per lo meno strana la prominenza di una parte dell'addome e la esagerata distensione della parete, ma si pensava, prima dell'intervento a briglie peritoneali che impedissero lo spandimento in cavità peritoneale del contenuto gastrico fuoriuscito. Ma quello che è più interessante è il fatto di una perforazione di un'ulcera gastrica in una cisti da echinococco.

I casi di cisti che si siano svuotate in organi addominali sono assai numerosi e si trovano citati un po' dappertutto nella letteratura chirurgica di tale malattia. E anche noi si pensava a tale meccanismo al primo reperto. Invece era il rovescio: la diagnosi di ulcera gastrica era giusta. Ma la parete gastrica malata aderiva fortemente alla parete cistica. E quando l'approfondirsi dell'ulcera arrivò al punto da rendere il diaframma tra le due cavità sottile come un velo, la tensione della cavità gastrica in seguito al disordine dietetico ebbe la prevalenza su quella della cavità cistica e quindi la rottura del diaframma e il passaggio del materiale alimentare in cavità cistica. Come poi avviene nel pneumotorace a valvola, la minima ampiezza della perforazione al fondo del cratere ulcerativo permetteva l'entrata ma non l'uscita del materiale stesso. I processi rapidi putrefattivi aumentavano alla loro volta la formazione di gas e quindi la tensione della cisti, per cui pareva addirittura che questo scoppiasse.

Concludendo. — Non ho esposto novità: ulcera gastrica e cisti da echinococco sono due malattie banali che si riscontrano tutti i giorni, speciamente in questa regione in cui le cisti da ecchinococco sono frequentissime. In questo Ospedale abbiamo continuamente occasione di operarne (ne abbiamo operati perfino tre componenti di una stessa famiglia), con localizzazione in svariate regioni specie nel polmone e nel fegato.

Ma ho creduto interessante esporre il caso attuale per la sua stranezza e rarità.

RIASSUNTO.

Viene esposto un caso di ulcera gastrica perforata in una vasta cisti da echinococco addominale a sede primitiva non precisabile, guarito mediante cura chirurgica.

L'esplorazione delle due cavità, gastrica e cistica, hanno appunto stabilita la diagnosi, in contrasto colla evenienza abituale, in cui sono le cisti che si perforano e si vuotano in organi limitrofi.

SUNTI E RASSEGNE.

ALLERGIA.

La sensibilità alla tubercolina (allergia tubercolinica) è utile per il tubercolotico?

(H. SELTER. *Dtsch. med. Wschr.*, 5 giugno 1936).

Si è molto discusso sul significato della sensibilità alla tubercolina nel decorso della tubercolosi, se cioè essa rappresenti un fattore utile o dannoso. Fino a poco tempo fa si è creduto che l'allergia tubercolinica e l'immunità verso la tubercolosi fossero identiche o per lo meno strettamente connesse. Ma in seguito sono cominciati ad insorgere dei dubbi sull'esattezza di quest'opinione, sempre maggiormente sostenuti da nuovi dati sperimentali.

La differenza di comportamento fra cavie trattate con bacilli morti, le quali divengono sensibili alla tubercolina pur senza dimostrarsi immuni, e cavie trattate con piccole quantità di bacilli tubercolari di debole virulenza, che divengono fortemente immuni, ha condotto l'A. alla convinzione che la sensibilità alla tubercolina e l'immunità verso la tubercolosi rappresentino due manifestazioni distinte e fra di loro indipendenti di un'infezione tubercolare. Selter ed altri AA. hanno dimostrato che il fenomeno di Koch è soltanto l'espressione della sensibilità alla tubercolina ma non ha nulla a che fare con l'immunità. Selter e Weiland, prendendo lo spunto da ricerche analoghe di altri AA., hanno sottoposto un gran numero di cavie immunizzate ad una desensibilizzazione mediante la tubercolina: nelle varie ricerche non hanno mai potuto dimostrare un'influenza dannosa della desensibilizzazione tubercolinica, anzi hanno avuto l'impressione che la desensibilizzazione abbia giovato agli animali e tanto più quanto più a lungo era durata. Queste ricerche insegnano che la sensibilità alla tubercolina non può essere di particolare valore per un tubercoloso. Anzi la sensibilità alla tubercolina rappresenterebbe per l'ammalato una manifestazione collaterale indesiderabile, che sarebbe utile eliminare mediante una desensibilizzazione. Anche osservazioni cliniche starebbero a dimostrare che la insensibilità alla tubercolina ottenuta mediante una desensibilizzazione rappresenta uno stato di aumentata immunità. Il

trattamento tubercolinico quale terapia stimolante per la tubercolosi polmonare ha perso sempre più d'importanza negli ultimi anni ed anche nella tubercolosi extra-polmonare è ora poco usato: ma in base ai concetti sopra esposti bisognerebbe provare se una desensibilizzazione tubercolinica ben condotta sia utile per il trattamento della tubercolosi polmonare. Evitando forti reazioni generali, scopo della desensibilizzazione dovrebbe essere il raggiungimento della insensibilità locale. Questa condizione non rappresenterebbe però la guarigione clinica, che è legata al ripristino dei poteri immunitari: perciò i vari metodi di cura usati non sono affatto superflui.

Tali ricerche potranno dimostrare se la desensibilizzazione tubercolinica sia da considerare un utile complemento degli altri metodi di cura e con ciò un mezzo attivo nella lotta contro la tubercolosi M. Nunberg.

La terapia delle malattie da intolleranza.

(L. Caillon. *Gazette des hôpitaux*, 1° aprile 1936).

Secondo Tzanck col nome « intolleranza » si è in ogni tempo qualificato lo stato di certi soggetti che non sopportano affatto una sostanza, da altri individui ben tollerata.

Oggi altri sinonimi vengono usati per significare questa condizione: choc, anafilassi, idiosincrasia, reazione, allergia ecc., i quali però rispecchiano più particolarmente una delle modalità dello stesso fenomeno. Per questo motivo l'A. adopera il termine *intolleranza*, come il più generico ed il più comprensivo.

Sotto questo nome egli riunisce una serie di sindromi prese dalle branche più diverse della medicina: orticaria, eczema, asma, emicrania, ecc. Si tratta di reazioni che si producono sotto l'influenza di certi agenti detti reattogeni, solamente in soggetti ad essi sensibili. Queste sindromi hanno un legame comune: hanno un certo numero di fattori etiopatogenetici identici e delle manifestazioni cliniche molto caratteristiche; risentono beneficio infine della stessa terapia e delle stesse regole di igiene. Per spiegare il perchè le dette sostanze, generalmente tollerate, provocano solo in alcuni soggetti le suddette manifestazioni, è necessario fare intervenire una predisposizione dei soggetti. Sono stati perciò accusati tutti quei fattori capaci di turbare l'equilibrio umorale o l'equilibrio della nutrizione cellulare: disturbi del sistema nervoso della vita organica, delle ghiandole endocrine, del simpatico, dell'equilibrio acido-base del sangue; le infezioni; l'eredità ecc. Tutti questi fattori costituirebbero un terreno particolare nel quale in genere le malattie da intolleranza evolvono e questo terreno è quello del neuro-artritismo dei vecchi autori.

Le malattie da intolleranza hanno un andamento parossistico: l'accesso inizia bruscamente, in pieno benessere del paziente, dura da pochi minuti a parecchie ore, termina pure bruscamente senza lasciare lesione organica alcuna.

L'A. distingue i reattogeni in: interni, esterni, morali. I reattogeni interni più comuni sono: alcuni alimenti (pesce, uova, latte, formaggi, condimenti ecc.); alcuni medicinali (aspirina, antipirina, arsenico, veronale ecc.); alcuni focolai settici (dentari, auricolari ecc.). Suddivide i reattogeni esterni in: meccanici (grattamento, pruriti ecc.), fisici (eczema solare, calorico ecc.), chimici (prodotti industriali, polveri ecc.), vegetali ed animali (polline, peli ecc.). Per reattogeni morali intende le emozioni, i dispiaceri ecc.

Le malattie da intolleranza sono le seguenti:

1) intolleranza cutanea: prurito, eczema, orticaria ecc.;

2) intolleranze respiratorie: asma, corizza spasmodica ecc.;

3) intolleranze digestive: dispepsie gastro-intestinali acute e croniche con orticaria ecc.

4) intolleranze nervose: emicranie periodiche ecc.;

5) intolleranze da siero;

6) intolleranze medicamentose;

7) intolleranze renali;

8) intolleranze per certe sostanze elaborate dall'organismo (acido urico, purine, colesterina). A questo gruppo appartiene la gotta.

L'A. non si occupa della cura degli accidenti da intolleranza, ma descrive il trattamento diretto a modificare il terreno sensibilizzato e rendere così il soggetto refrattario all'azione del reattogeno nocivo.

I metodi di cura che all'A. hanno dato risultati positivi sono:

1) Metodi di choc e di desensibilizzazione non specifica.

Hanno una azione ancora non bene chiarita, tuttavia dànno dei risultati terapeutici sorprendenti. Essi sono: l'autoemoterapia; la somministrazione di iposolfito di soda o di magnesia; la proteinoterapia con peptone o latte.

2) Metodi di desensibilizzazione specifica: entrano in scena solo quando la sensibilizzazione del malato per una data sostanza è stata individuata. Riposano sul principio fondamentale della anafilassi.

a) Peptoneterapia preparante (metodo di Besredka) praticata per bocca se il malato è sensibile ad una sostanza assorbita per via digerente, oppure per via cutanea o intradermica. Si fa un estratto delle sostanze per le quali il soggetto è ipersensibile e lo si diluisce a dosi sufficienti perchè la cutireazione praticata con la diluizione sia appena positiva. Con tale liquido vengono praticate un sufficiente numero di cuti- e poi di intradermoreazioni.

Se le sostanze alimentari provocanti la intolleranza sono multiple o mal determinate, si ricorre a dei peptoni polivalenti.

b) Batterioterapia specifica: ne sono esempi la vaccinoterapia antitubercolare nell'asma di origine tbc., la vaccinazione orale nei fenomeni di anafilassi digestiva dovuti a proteine batteriche ecc.

3) Metodi rivolti alla insufficienza epatobiliare e trattamenti adiuvanti.

Ogni metodo di desensibilizzazione rischia di restare insufficiente se nello stesso tempo non si modifica il terreno epatico. L'estratto epatico preparato con fegato di vitella è il miglior stimolante della cellula epatica; la ingestione di estratto epatico nelle dosi di gr. 1,50-2 per giorno, continuate per 5-8 giorni dà dei risultati eccellenti. È necessario però istituire contemporaneamente adatto regime alimentare.

I trattamenti adiuvanti consistono nella lotta contro le infezioni (disinfezione dentaria, tonsillare, intestinale, biliare ecc.; somministrazione di urotropina) e nella lotta contro le disfunzioni endocrine.

L'A. conclude il suo articolo dichiarandosi del parere che data la varietà delle cause che presiedono alla diatesi colloidoclasica, la terapia delle malattie da intolleranza deve forzatamente essere polivalente. VICENTINI.

AFFEZIONI ADDOMINALI.

La simpaticosi addominale, la pericolite membranosa e la sindrome addominale destra.

(D. TADDEI. *Paris Médical*, 13 giugno 1936).

Con il nome di simpaticosi addominale va designata una sindrome di stasi intestinale cronica accompagnata da due fatti clinici costanti: la tubercolosi pulmonare chiusa ed il dolore alla pressione dell'aorta e delle iliache.

Questa sindrome per lo passato veniva indicata come dispepsia dei tubercolotici, clorosi, neurosi dei tubercolotici, sindrome di Stiller, sindrome del rene mobile, appendicite cronica, ecc., e successivamente, riconosciuta l'importanza del simpatico addominale in tali sofferenze, come sindrome celiaca, solarite, ecc.

Il segno fondamentale della sindrome è la sensibilità dolorosa dell'aorta addominale e delle iliache, il quale fu per primo rilevato e studiato dal Fantozzi, quando era assistente del Taddei.

La ricerca del sintoma è facile. Si fa coricare il paziente e lo si invita a respirare tranquillamente. Quindi si preme sull'addome con le due mani affondandole fino ad incontrare la resistenza della colonna vertebrale sulla quale poggia l'aorta e quella del distretto superiore dove si trovano le iliache, la cui direzione sulla parete addominale corrisponde alla linea che riunisce l'ombelico con la parte centrale del triangolo di Scarpa (pulsazione della femorale). Con movimenti laterali delle mani si apprezzano le pulsazioni dell'aorta e delle iliache.

Il dolore così provocato è, specie sull'aorta, spesso forte, talvolta fortissimo. Può essere interpretato come un dolore locale, viscerale, ma in effetti corrisponde esattamente ai vasi indicati.

La sindrome è più frequente nelle donne di 20-40 anni di età ma può incontrarsi anche oltre tali limiti. L'anamnesi spesso rivela emottisi, pleurite, bronchite, adeniti, febbricole, ecc., e l'esame clinico e radiologico mette in evidenza una tubercolosi in atto torpida, chiusa, localizzata agli apici o agli ili. La tosse e l'espettorazione mancano quasi sempre.

Oltre i due ordini di sintomi sopra accennati si hanno altre manifestazioni morbose: deperimento, anemia, astenia, dolori vaghi alle spalle, al ventre, al dorso e agli arti, disturbi gastro-intestinali, dolori epigastrici, dispepsia con senso di peso, pirosi, lingua patinosa e inappetenza. L'esame chimico e microscopico del succo gastrico, e l'esame radiologico sono negativi. Spesso si ha atonia o iperkinesia gastrica, spasmi dello stomaco e del duodeno.

Gli interventi chirurgici aggravano o lasciano immodificata la sindrome.

La diagnosi si basa sullo studio accurato dei fenomeni clinici, sull'esatto apprezzamento dei segni obiettivi, ma sopratutto con il rilievo dei sintomi pulmonari e del sintoma di Fantozzi. La diagnosi però confermata dall'insufficienza o dalla nocività degli interventi chirurgici e dal miglioramento ottenuto con le cure iodo-arseno-calciche specie *per os.* con il regime dietetico semplice ma nutriente, con il riposo ed il soggiorno in montagna.

La patogenesi di questa sindrome, che determina numerosi errori diagnostici e spesso molto dannosi, si riallaccia verosimilmente ad una disfunzione del simpatico, specie di quello addominale, provocata dalla tossiemia tubercolare.

Si deve rigettare l'ipotesi di un disendocrinismo per la mancanza di sintomi di ogni genere a carico degli organi a secrezione interna e per la inefficacia delle cure opoterapiche.

* * *

Capita molto frequente, nel corso di una laparatomia sull'addome destro, di riscontrare una membrana a forma di velo disposta variamente, la quale può ricoprire il colon ascendente ed il cieco.

Alcune di queste membrane sono aderenti al colon ed alle pareti o al colon ed al grande epiploon; sono talvolta accompagnate da altre membrane periappendicolari, periduodenali, pericolecistiche, ecc.; presentano l'aspetto di aderenze peritoneali ordinarie; sono biancastre, fibrose. Queste membrane periviscerali provengono dalla diffusione di un processo infiammatorio o ulceroso dell'organo che circondano e di un processo peritoneale o anche dall'in-

fiammazione di organi lontani (appendicite, annessite) con reazione peritoneale.

Come alle forme appendicolari duodenali, colecistiche si dà il nome di periappendicite, periduodeniti, pericolecistiti, alle forme pericoliche si può dare il nome di pericoliti.

Le membrane pericoliche possono assumere tre tipi:

1) membrana parieto-latero-colica (descritta da Jackson) la quale è a forma quadrangolare, e parte del peritoneo parietale laterale per dirigersi obliquamente verso la faccia anteriore a quella interna del colon ascendente;

2) membrana partente dal peritoneo parietale all'altezza dell'angolo epatico o al di sotto di esso, e dirigentesi in basso ed in fuori verso il colon dove si disperde a ventaglio. Se ne distinguono tre varietà; parieto-colica, parieto-colo-cecale e ceco-iliaca;

3) membrana che parte dal colon ascendente e raggiunge la parte destra del colon trasverso (di solito ptosico).

Tutte queste membrane pericoliche hanno un aspetto ben diverso dalle membrane infiammatorie. Sono generalmente a forma di velo, per lo più prive di grasso ma comprendenti lobuli grassosi; sono trasparenti, abbondantemente vascolarizzate, con vasi disposti parallelamente al loro asse di direzione; spesso sono costituite di due foglietti accollati; si continuano nettamente con il peritoneo parietale e, verso la loro estremità viscerale, con il colon ed il cieco, sui quali passano quasi a ponte aderendovi lassamente.

Queste membrane pericoliche sono congenite, sono legamenti peritoneali parieto-colici che si accentuano nell'adulto a causa di particolari condizioni meccaniche e statiche del colon. Sono quindi da distinguersi dalle pericoliti da diffusione peritoneale di processi colitici con formazione di aderenze.

Generalmente le membrane pericoliche non danno manifestazioni cliniche. Perchè queste si determinino è necessario che vi siano inginocchiamenti agli angoli clonici con esagerazione della flessione epatica, raccorciamento del colon ascendente, stenosi relativa con stasi colo-cecale accompagnata o non da ectasia del retto; e che siano associate forme infiammatorie (colite, tiflite, appendicite) verisimilmente secondarie alla stasi fecale.

Questi fatti anatomici danno luogo a sindromi dell'addome destro variabili e di difficile interpretazione. I sintomi fondamentali sono:

1) Stipsi cronica con fenomeni dolorosi più o meno intensi, continui, periodici o parossistici, che talvolta si attenuano a seguito di un'abbondante scarica alvina.

2) Dolore spontaneo o provocato con la pressione, diffuso a tutto la regione colica della fossa iliaca all'ipocondrio di destra, con crisi a tipo colico (senza leucocitosi e con vomito raro).

3) Talvolta simpaticosi addominale con tubercolosi pulmonare chiusa e segno di Fantozzi.

4) Meteorismo cecale, cronico o parossistico, con distensione e timpanismo localizzato al cieco, gorgoglio cecale o colico spontaneo o provocato.

5) Sintomi gastrici (anoressia, nausee, flatulenza, senso di peso epigastrico), fenomeni neurastenici, cefalea abituale, deperimento, che sono l'espressione della stercoremia cronica.

Molte volte la diagnosi si può fare solo in base all'esame radiologico (segni di fissazione, stenosi e stasi del cieco).

La diagnosi differenziale va posta con le seguenti affezioni: stipsi cronica, simpaticosi addominale, appendicite, tiflo-colite cronica, stenosi colica intrinseca o estrinseca, rene mobile, entero-ptosi, malattie utero-ovariche, colecistiche, duodenali, e renali.

Le cure mediche sono soltanto palliative.

L'intervento chirurgico è formalmente indicato e risulta efficace alla condizione che non si limiti alla semplice sezione o ablazione delle membrane, ma sia effettuata una plastica pericolica (secondo il metodo di Taddei) allo scopo di evitare la ricostituzione di aderenze o la formazione di aderenze cicatriziali. D'altra parte conviene eliminare tutte le possibili alterazioni di altri organi (duodeno, cistifellea, colon, appendice, annessi); da ciò la necessità di praticare una larga incisione paramediana destra.

* * *

Nel 1931 Leotta al Congresso di Bari richiamò l'attenzione su una sindrome, che egli chiamò sindrome addominale destra, che avrebbe il suo punto di partenza in un'appendicite cronica. A questa per diffusione del processo infiammatorio, si aggiungerebbero colite cronica, membrane pericoliche, periviscerti, colecistite, ulcera duodenale, cieco mobile, ptosi intestinale e simpaticosi addominale.

L'importanza dell'appendice come punto di partenza di manifestazioni a distanza non può essere accettata per parecchie ragioni.

L'associazione frequente di ulceri gastriche o duodenali, di colecistiti e di appendiciti non prova che l'una affezione dipenda dall'altra, essendo più frequenti i casi nei quali le affezioni stesse evolvono isolatamente.

La teoria secondo la quale l'ulcera gastrica o duodenale s'inizia dalla sierosa e non dalla mucosa, è contradetta dai fatti anatomici.

Numerosi individui sottoposti all'appendicectomia continuano ad avere le medesime sofferenze.

Numerosi individui affetti da colecistiti o da ulceri gastro-intestinali guariscono completamente a seguito di un'adeguata operazione senza che sia stata toccata l'appendice.

Sono numerosi i casi nei quali insieme alla lesione appendicolare esistono lesioni dei reni, degli annessi o di altri organi che non hanno connessioni linfatiche con l'appendice.

Vi sono numerosi casi di individui con punti dolorosi nella parte destra dell'addome che all'esame laparotomico o necroscopico non presentano apprezzabili lesioni appendicolari, colecistiche, gastro-duodenali, annessiali, ecc.

Vi sono numerosi casi nei quali esistono aderenze peritoneali congenite.

Esistono numerosi casi nei quali assieme alla sindrome addominale destra esiste tubercolosi pulmonare destra ed il segno di Fantozzi.

Il dominio limitato dell'infezione appendicolare primitiva non spiega sufficientemente i diversi fenomeni anatomo-patologici e clinici.

Sta di fatto che esistono sindromi legate alla sofferenza isolata o associata degli organi dell'addome destro, e non ad un processo appendicolare.

Dr.

Il dolore limitato lombare nelle affezioni addominali.

(A. C. Guillaume. *Arch. malad. app. dig. et nutrition*, maggio 1936).

L'A. ha già avuto occasione di segnalare la presenza di un dolore limitato lombare destro nei casi di colecistite. Ulteriori studi lo hanno portato ad allargare il significato di tale dolore, rilevando quanto segue.

1) Il dolore in questione non è generalmente limitato ad un solo punto, ma ne esistono diversi scaglionati lungo la massa sacrolombare e negli spazi intercostali: separati l'uno dall'altro da una distanza quasi equivalente all'altezza della vertebra corrispondente.

2) Tale dolore può esistere non soltanto a destra, ma anche a sinistra (però meno frequentemente).

3) Il dolore può esistere simultaneamente nelle due metà del corpo; in tal caso, quello della metà destra ha un numero maggiore di punti scaglionati che quello di sinistra.

4) In esami successivi, il dolore può variare nel numero dei punti dolorosi e nell'intensità.

L'A. ha rilevato questo dolore in tutti i casi di colecistite; in alcuni era soltanto lombare, in altri soltanto dorsale, in altri, dorso-lombare. La diagnosi era confermata con l'esame radiologico ed, in molti casi, in seguito ad intervento. Dopo questo, il dolore rimane per 2-3 mesi, per scomparire in seguito. Al momento della sua scomparsa, mancava già da varie settimane il dolore toraco-scapolare.

Oltre che nella colecistite, l'A. ha osservato tale dolore in casi di ulcera duodenale o pilorica (diagnosi clinica e radiologica), di appendicite cronica e nei dolori renali dell'idronefrosi.

Natura e significato.

Non si tratta di un dolore ripercussivo, superficiale e cutaneo, poichè esso scompare quando l'individuo è seduto o tende i suoi muscoli del dorso e dei lombi. Si tratta, invece, di un dolore profondo situato sotto i muscoli, di cui la contrazione o la tensione possono mascherarlo, facendo ostacolo alla pressione diretta degli elementi sensibili.

I punti dolorosi, distanziati come si è detto dall'altezza di una vertebra, si scaglionano secondo una linea paravertebrale, con una simmetria notevole a destra ed a sinistra. La posizione di questi punti dolorosi, il loro distanziamento, la loro simmetria fanno pensare che si tratta di punti dolorosi situati sui nervi dorsali e lombari.

La persistenza del dolore dopo la colecistectomia, la sua lenta scomparsa dopo il miglioramento e la guarigione o la soppressione della lesione fanno pensare che debba persistere per un certo tempo uno stato di *nevralgismo*, forse corrispondente ad alterazioni dei nervi ed originantesi dai visceri, del peritoneo juxtaviscerale o dai linfatici sottosierosi.

Si tratta probabilmente di un processo diverso di consueti dolori riflessi; la spiegazione è fornita dalla metameria nervosa e dalla corrispondenza metamerica dei nervi profondi viscerali con quelli somatici superficiali.

Questi dolori limitati lombari costituiscono un esempio clinico delle nevralgie e del nevralgismo a distanza associati ad un'affezione viscerale; essi sono un elemento di diagnosi delle relative affezioni ed un mezzo di controllo verso il miglioramento o la guarigione.

fil.

Aneurisma dell'arteria splenica simulante una colecistite.

(S. E. Osborne. *Lancet*, 2 maggio 1936).

Una donna di 45 anni, da 6 anni si lamentava di dolori addominali a tipo colico, che si presentavano ad attacchi ed a vari intervalli, al disotto del margine costale destro, con irradiazione alla spalla corrispondente. Tali dolori divenivano più forti nell'inchinarsi. Nell'anamnesi vi era un'operazione, 26 anni prima, per colecistite.

Oltre ai dolori avvertiva senso di pienezza all'epigastrio, più molesto dopo i pasti, flatulenza, senso di nausea continuo, raramente seguito da vomito. Alcune volte dopo gli attacchi vi fu leggero ittero, però le urine non divennero mai cariche nè le feci scolorate. L'esame obbiettivo dimostrava solo una leggera dolorabilità alla pressione nella regione epigastrica. La radiografia non dava ombra di calcoli nè segni di colecistite. Si intervenne chirurgicamente; la colecisti fu trovata normale,

eccetto numerose aderenze attorno ad essa, esiti della passata operazione, ma si scoprì una tumefazione, grossa quanto un mandarino, nel legamento gastro-epatico abbracciata dalla piccola curvatura dello stomaco. Creduta una cisti pancreatica si incise, ma ne vennero fuori violenti getti di sangue. Accortisi di aver a che fare con un aneurisma, si cercò di suturarne l'incisione, ma senza successo, dato la sclerosi e calcificazione delle pareti, e siccome non fu creduto possibile estirparlo in toto, e le condizioni dell'inferma si facevano sempre più gravi, furono applicate 2 pinze sull'incisione e lasciare *in sito*.

Rimosse al III giorno, l'ammalata sembrava migliorare rapidamente, ma ecco che al 9° giorno morì all'improvviso per emorragia secondaria.

All'autopsia fu trovato un aneurisma dell'a. splenica, situato fra il suo terzo iniziale e il terzo medio. La milza era ingrandita circa 3 volte il normale.

Il caso è interessante perchè la sintomatologia simulava una colecistite, a differenza degli altri casi riportati in letteratura nei quali i sintomi facevano pensare di più all'ulcera gastro-duodenale. La etiologia, come è di regola, è ignota: anche in questo caso non vi era ricordo di trauma, nè vi era lues.

È probabile che C. A. sia incominciato 26 anni prima, quando anche fu operata per creduta colecistite. Un punto importante per la diagnosi era l'accentuarsi dei dolori nel chinarsi; fatto che si osserva più spesso nelle affezioni dei vasi. ZITO.

La periepatite acuta gonococcica.

(T. FITZ-HUGH. *Rev. of Gastroenterology*, giugno 1936).

Le osservazioni dell'A. si riferiscono a sette casi di sindrome acuta a carico del quadrante sup. dell'addome destro, sopravvenute in donne giovani; tale sindrome era con tutta probabilità da attribuire ad un'affezione del peritoneo periepatico di cui l'agente eziologico era rappresentato dal gonococco.

Nel 1930 Curtis descriveva una forma cronica di periepatite rappresentata anatomo-patologicamente da aderenze a « corda di violino » tra la superficie anteriore del fegato e la parete addominale; si trattava di una donna affetta da salpingite gonococcica cronica e Curtis ha prospettato la possibilità che anche l'affezione periepatica fosse dovuta al gonococco.

Il materiale dell'A. riguarda invece una sindrome squisitamente acuta che simula in modo più che suggestivo un attacco di colecistite acuta; tanto che il primo dei casi osservati veniva operato; l'operazione ha dimostrato non trattarsi di affezione colecistica ma ha dato la possibilità di osservazione anatomo-patologica e batteriologica *in vivo* sulla quale l'A. si basa nella descrizione completa della nuova entità nosologica.

L'affezione è stata dall'A. riscontrata in donne relativamente giovani (17-34 anni). Il sintoma predominante è rappresentato dal dolore intenso nel quadrante sup. destro dell'addome, localizzato sopratutto sotto il margine costale ma con frequenti irradiazioni posteriori e verso la spalla D. Esso si esacerba colle respirazioni profonde, colla tosse e collo sternuto; coesiste spesso meteorismo, nausea e vomito. Vi possono essere rialzi febbrili anche di discreta entità. La sintomatologia fisica è rappresentata anzitutto da tensione muscolare all'ipocondrio D.; l'emidiaframma D. è limitato nei suoi movimenti e spesso concomitano segni di diminuita attività respiratoria alla base polmonare corrispondente. Talora si rilevano sfregamenti in vicinanza del margine epatico anteriore.

Il sospetto sulla vera natura del processo, che dovrà poi indirizzare verso l'accurato esame ginecologico ed eventuali ricerche di laboratorio, può sorgere in rapporto alla giovane età delle pazienti e sopratutto per i dati anamnestici relativamente caratteristici: affezione infiammatoria ginecologica datante da mesi o anni attualmente spesso silente; da uno o due mesi vaghi dolori addominali, meteorismo, nausea; frequente disuria, leucorrea e alterazioni nel flusso mestruale (dismenorrea, ritardo delle regole, menorragia); lievi rialzi febbrili con sudori notturni; e dopo la quiescenza di qualche settimana insorgenza piuttosto brusca della sintomatologia acuta già descritta.

Gli esami di laboratorio mettono in evidenza lieve leucocitosi, aumento della velocità di sedimentazione; l'esame radiologico è importante sopratutto per l'esclusione di affezioni viciniori (polmonite basale, ulcera duodenale, affezioni della cistifellea o del rene); esso conferma la minor mobilità del diaframma e dimostra notevole meteorismo tanto da far pensare ad un lieve ileo da irritazione peritoneale.

L'importanza fondamentale spetta all'esame ginecologico che mette in evidenza l'esistenza di un processo cronico infiammatorio frequentemente localizzato all'uretra, al collo dell'utero, alle salpingi; l'esame batteriologico del secreto purulento rivela la presenza di gonococchi; questa è stata riscontrata anche nell'essudato peritoneale periepatico quando si è avuta la possibilità di esaminarlo.

L'anatomia patologica dell'affezione (a prescindere dalle lesioni pelviche) è caratterizzata da fatti infiammatori a carico del peritoneo della superficie anteriore del fegato e della superficie corrispondente del peritoneo parietale; la sierosa appare congesta e coperta di essudato fibrinoso o granuloso grigiastro; l'infiammazione si estende anche in profondità; difatti la biopsia praticata ha messo in evidenza l'esistenza di cellule epatiche in via di rigenerazione e di tessuto connettivo infiammato.

Le alterazioni del peritoneo possono probabilmente dar luogo alle aderenze descritte da Curtis; però il dolore ricorrente (nel caso di quest'ultimo A.) sarebbe dovuto, secondo Fitz-Hugh, non tanto a tali aderenze, quanto a lievi recidive da reinfezione.

L'agente eziologico dell'affezione sarebbe quindi il gonococco. Per quel che riguarda la patogenesi di essa, l'A. ritiene quale più verosimile l'invasione del periepate attraverso le vie linfatiche, che dirigendosi dalla pelvi verso il diaframma, costituiscono una ricca rete attorno al fegato. L'invasione iniziale del peritoneo potrebbe essere data anche dalla perforazione di una piosalpinge. Si potrebbe trattare eventualmente di una disseminazione peritoneale, nella quale il gonococco troverebbe condizioni favorevoli nell'« ambiente » periepatico. La via ematica viene dall'A. considerata quale poco probabile.

Il decorso della malattia nei casi dell'A. è stato sempre benigno risolvendosi la sintomatologia dopo 7-14 giorni. La terapia si riduce al riposo, applicazioni locali calde; sembra utile (saggiata in due casi) la proteinoterapia aspecifica.

La diagnosi differenziale della periepatite gonococcica comporta la rassegna di tutte le manifestazioni acute a carico del quadrante sup. destro dell'addome. La descrizione dell'A. introduce una nuova entità clinica nella patologia dell'addome acuto e la possibilità di esistenza di periepatite gonococcica dovrebbe essere tenuta presente in ogni giovane donna nella quale si manifesta la sindrome dolorosa dell'ipocondrio destro. S. MINZ.

TUMORI.

Natura chimica dell'agente del sarcoma dei polli.

(F. PENTIMALLI. *Archivio per le Scienze Mediche*, maggio 1936).

La scoperta di Rous, che un tumore maligno può essere trapiantato da un animale all'altro per mezzo del filtrato, cioè con l'esclusione dell'elemento cellulare, aprì una nuova era nel campo della oncologia. Dopo tale scoperta, gli scienziati si sono concentrati principalmente a ricercare la natura dell'agente che produce il tumore ed ancora oggi tre ipotesi si contendono il campo:

1) Si tratta di un essere vivente estraneo alla cellula.

2) Si tratta di una sostanza chimica, estranea alla cellula.

3) Si tratta di una sostanza chimica, prodotta dalla cellula.

L'A. si dichiara contrario alla prima ipotesi in quanto farebbe rivivere l'antica teoria parassitaria, ammessa ormai solo da pochi, ed anche alla seconda ipotesi che viene ad essere esclusa dal fatto del trapianto in serie del sarcoma. La terza ipotesi — egli dice — si va sviluppando parallelamente ad un altro campo della biologia, quello dei « fenomeni di induzione ». Recenti ricerche hanno dimostrato che il sistema nervoso centrale degli anfibi è eccitato allo sviluppo dal materiale ectodermico delle parti ad esso immediatamente sottostanti: se si trapiantano questi stessi tessuti sotto l'ectoderma di una qualsiasi altra regione dell'embrione essi sono capaci ugualmente di provocare la formazione di una placca midollare. Poichè la differenziazione dell'ectoderma a tessuto nervoso avviene anche con tessuti alterati in vario modo, si deve affermare che l'induzione della placca è dipendente dalla influenza di certe sostanze chimiche contenute negli induttori. Se si passa nel campo dei tumori si può analogamente dedurre che è possibile che nei tessuti del tumore vi sia una sostanza capace di agire sopra la proprietà fondamentale della cellula: la capacità di moltiplicazione. In condizioni normali la differenziazione e la moltiplicazione cellulare vanno di pari passo, in condizioni patologiche (tumore) è la capacità moltiplicativa che prevale.

Quale la natura di questa sostanza? Per quello che riguarda la determinazione dei fenomeni di differenziazione esiste nella cellula normale un complesso molecolare, parte integrante della cellula, che partecipa con essa al metabolismo cellulare: si tratta di una sostanza colloidale nucleina o proteina. Per quello che riguarda il sarcoma del pollo, poichè tutti gli sforzi fatti per isolare allo stato di relativa purezza, l'agente della moltiplicazione, è giustificato continuare a considerarlo anche esso di natura proteica. L'A. dal liquido di perfusione ottenuto dal tessuto sede del tumore, ha isolato una proteina fosforata, la cui identificazione con l'agente ha sufficientemente accertato con i metodi della chimica enzimatica e con i metodi spettrografici, controllati con la prova biologica sull'animale. Resta a risolvere il problema molto importante se questa sostanza proteica non rappresenti altro se non un vettore di un gruppo molecolare dotato della attività biologica di produrre il tumore.

L'A. è di opinione che, allo stato attuale delle conoscenze, l'orientamento più giustificato è quello che considera l'agente come un composto risultante da un gruppo molecolare attivo specifico e da un vettore o parte colloidale probabilmente variabile con l'ambiente.

L'A. sulla base delle sue ricerche sulla genesi del sarcoma del pollo, conclude essere ormai acquisito alla scienza un complesso di fatti con sicurezza accertati i quali giustificano l'ipotesi di un principio attivo sulla moltiplicazione, che si produce per alterazione

ben determinata del metabolismo energetico della cellula e che è capace di agire sia sulla cellula che lo produce, sia su altre cellule che si trovano in condizioni adatte a fissarlo.

F. VICENTINI.

La diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero.

(W. SCHILLER. *Lancet*, 30 maggio 1936).

Per migliorare le statistiche del cancro del collo uterino occorre mettersi nelle condizioni di riconoscerlo e di operarlo quanto più precocemente possibile. Per sorprenderne l'inizio l'A. ha studiato sistematicamente, e dal lato clinico e da quello istologico, numerose cervici; asportati da uteri con affezioni diverse e di donne di tutte le età.

Questi studi hanno mostrato che lo sviluppo di un epitelioma a cellule piatte della portio avviene per trasformazione maligna di una zona epiteliale, che diviene più spessa ed ha i caratteri dell'epitelio delle zone circostanti ai neoplasmi dichiarati (iperplasia collaterale).

Dopo incomincia il periodo di invasione, da parte di prolungamenti epiteliali che si affondano nei tessuti profondi. In ultimo si ha l'ulcerazione e quando questa è intervenuta, non si può più parlare di cancro iniziale.

La zona dove incomincia il processo neoplastico è spesso a superficie liscia come la restante portio, senza formazioni papillari, infossamenti o ulcerazioni, onde la difficoltà o l'impossibilità alla sola ispezione di riconoscerla. Solo in alcuni casi, e sono la minor parte, la zona di neoplasma incipiente mostra alcune differenze rilevabili con un esame accuratissimo, cioè un leggero ispessimento ed una leggera sporgenza, non è più liscia e lucente come l'epitelio del collo normale, ma rugosa ed opaca. Normalmente il colore della portio è bluastro o roseo perchè l'epitelio lascia trasparire il colore dei vasi sottostanti, la area carcinomatosa appare scolorata, o biancastra; in stadi più avanzati diventa una macchia leucoplasica.

Queste apparenze dell'epitelio del collo si rendono più manifeste con l'applicazione di sostanze che hanno affinità per il glicogeno, di cui esso è ricco, e che scompare costantemente nelle aree carcinomatose. Per questa proprietà si impiega il iodo, in soluzioni varie, che tinge in bruno carico il collo normale, mentre lascia scolorate le zone sospette. L'A. consiglia l'uso di una soluzione acquosa, la cosidetta soluzione di Gram: Iodo puro 1, Ioduro di Ka 2, Acqua 300. Dopo 30-60 secondi dall'applicazione del iodo, si osservano se vi sono aree differentemente colorate nel collo. Questa prova però se positiva, non è patognomonica del cancro, essa dimostra solo l'esistenza di zone prive di glicogeno, che sebbene assente nell'epitelioma può esserlo anche nell'ipercheratosi cervicale di origine sifilitica, però rarissima, nell'ipercheratosi dei prolassi uterini, e nelle cadute dell'epitelio per infiammazioni, macerazioni, traumi ecc., onde è sempre necessario prelevare un frammento dell'area scolorata e sottoporlo all'esame istologico.

La prova dell'iodo è preziosa, come preliminare all'esame microscopico, e sarà sempre più utile se verrà sistematicamente applicata in tutti gli esami ginecologici, anche quando la portio appaia completamente normale.

Nelle ultime 100 donne esaminate, l'A. ha trovato che 20 mostravano aree sospette, e di queste 1 o 2 erano carcinomatose.

La percentuale può apparire bassa, ma non bisogna dimenticare che anche lo scoprire il cancro iniziale 1 volta su 100 è soddisfacente, giacchè allora il trattamento è seguito quasi dal 100/100 di guarigioni.

ZITO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. BARBENSI. *Elementi di matematica generale ad uso dei biologi e dei chimici*. Vol. di pagine 750 in-8°. Ditta editrice Luigi Niccolai, Firenze, 1936. L. 100.

Questo libro giunge quanto mai opportuno in un momento nel quale la necessità di una cultura matematica si fa tanto sentire nel campo degli studi biologici. La quantificazione della biologia pura ed applicata costituisce la più importante caratteristica della evoluzione moderna degli studi biologici. Questi non si possono più appagare di definizioni vaghe ma richiedono misurazioni, traduzioni numeriche dei fenomeni osservati, rappresentazioni diagrammatiche, interpretazione analitica delle curve sperimentali. Una tale trasformazione ha proceduto di pari passo con la crescente importanza assunta dalla fisica, dalla fisico-chimica nello studio dei fenomeni biologici.

Il compito che il dott. Barbensi si è assunto è stato senza dubbio dei più ardui. Egli infatti si rivolge ad una categoria di studiosi che si ritengono talora a torto refrattari al pensiero matematico. In ciò vi è forse un fondo di verità; ma ciò costituisce appunto il grande merito della iniziativa del dott. Barbensi il quale ha procurato di rendere la materia tanto più accessibile quanto più se ne rendeva necessaria l'acquisizione da parte dei biologici.

In una parte introduttiva sono richiamate alla mente del lettore le cognizioni di matematica elementare apprese nel periodo degli studi secondari, ma che dai più sono state dimenticate. Un richiamo di tali cognizioni è stato opportunissimo costituendo esse la condizione per ogni ulteriore sviluppo di cultura matematica e, d'altra parte, evitando l'inconveniente che il lettore fosse costretto ad andare alla ricerca dei vecchi testi da lui studiati

od a valersi di nuovi. Seguono, in altrettanti capitoli, la trattazione della analisi inferiore, della geometria delle curve di interesse biologico e chimico, dei concetti e dei metodi del calcolo differenziale ed integrale, delle equazioni differenziali. L'ultima parte, premessi alcuni cenni sulle teorie della probabilità e degli errori di osservazione, si addentra a trattare dei metodi di rappresentazione grafica ed analitica dei fenomeni osservati offrendo così una sicura guida per la sintesi dei risultati sperimentali. Questa è la parte dell'opera che offre il maggiore interesse, in quanto sintetizza tutto il contenuto del libro. Non vi è legge che si possa veramente chiamare tale se non è suscettibile di una rappresentazione matematica.

L'A. procede metodicamente dal noto all'ignoto, per cui ognuno può andare avanti da sè nello studio del libro; la teoria è trattata con il necessario rigore senza essere appesantita da soverchie dimostrazioni; essa procede spedita, corredata da ben 853 esempi analitici svolti, esercizi da svolgere, esempi di applicazione alla chimica, alla fisico-chimica, alla fisiologia ed alla clinica. Poichè la matematica deve essere per il biologo non già fine a sè stessa, ma uno strumento di indagine, era necessario familiarizzare lo studioso con l'applicazione. Non deve peraltro credere il lettore che il dott. Barbensi possa avere trasformato la materia di una scienza quanto mai severa in un libro di facile lettura. Il libro rimane sempre un testo di matematica che non si può leggere ma che si deve studiare.

La poderosa opera del dott. Barbensi prelude ad altre opere che l'A. ha in animo di fare venendo così a quella costruzione di « biomatematica » che ha avuto in Italia dei celebri precursori, da quelli che, in epoca più remota, si occuparono della meccanica biologica come il Borelli, a quelli che, in epoca più recente, tentarono l'applicazione dell'alta matematica alla clinica come il Pacini. Molto opportunamente l'A. ha dedicato il suo lavoro alla memoria del grande anatomista Pistoiese.

Non vi è dubbio che l'opera del dott. Barbensi riassuma un lungo periodo di seria preparazione nel campo della matematica, della fisica, della fisico-chimica e della fisiologia ed una profonda conoscenza della letteratura internazionale su argomenti difficilmente accessibili ai più. Essa merita quindi di essere convenientemente apprezzata e diffusa tra quanti biologi hanno necessità di possedere una cultura matematica, e non solo tra i cultori della biologia pura ma anche tra quelli della biologia applicata ,compresi tra questi i medici, insomma tra quanti vogliono avere qualche cognizione di alta matematica esposta in modo facile, per quanto rigoroso, ed apprendere come essa possa essere di aiuto nella soluzione dei più disparati problemi biologici.

A questo valente cultore di studi così nobili vada l'augurio che la sua opera abbia la meritata diffusione ed il giusto apprezzamento di quanti si compiacciono ogni qualvolta uno della nostra famiglia sa penetrare con onore oltre il campo degli studi strettamente biologici in quelli delle scienze che di questi studi costituiscono il necessario fondamento.

C. FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

P. STUMPF. *Roentgenkymographische Bewegungslehre.* Vol. di 516 pagine con 247 figure. Thieme, editore, 1936. Marchi 42.

Il libro dello Stumpf, il fondatore del metodo chimografico nello studio del cuore, non potrà mancare nella biblioteca del clinico e del radiologo: la forma, il movimento, il ricambio, lo sviluppo sono i segni fondamentali della vita e i raggi roentgen hanno permesso da un alto lo studio della forma dall'altro lo studio del movimento. Il libro dello S. è l'ampliamento del libro già pubblicato nel 1931: ma oggi il metodo chimografico è entrato largamente nella pratica radiologica e dal cuore si è esteso a tutti gli organi. Ma è certo che la chimografia del cuore (per cui è possibile registrare il movimento delle singole sezioni dell'organo) ha raggiunto oggi uno sviluppo non preveduto: l'A. fa precedere una prima parte in cui viene spiegato lo scopo e la tecnica della chimografia e l'immagine chimografica normale del cuore e dei vasi. Segue quindi tutta la parte che riguarda il chimogramma patologico del cuore e dell'aorta: la riproduzione di nitidi chimogrammi inclusi nel testo, il confronto delle curve chimografiche con le curve elettrocardiografiche permettono di rendersi conto dell'enorme importanza della chimografia nello studio del cuore.

Il respiro normale e patologico è studiato largamente dal punto di vista chimografico e molti importanti problemi di fisiopatologia sorgono da questo studio. Le ultime 70 pagine sono l'abbozzo nelle sue linee fondamentali dello studio chimografico che ormai sta prendendo sviluppo dello stomaco e dell'intestino e delle vie urinarie.

E. MILANI.

MOREL KAHN. *L'année électroradiologique* (1934-35). Vol. di pagine 266 con 38 figure, Masson, ed., 1936. Frs. 40.

Ogni anno l'A. fa una rapida rassegna di quanto nel campo della radiodiagnostica e della radioterapia è stato pubblicato e non solo in Francia ma anche negli altri paesi compresa l'Italia: e nell'ultimo capitolo di rassegna riguardante i Congressi sono tenuti nel debito conto i contributi dei vari AA. ita-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

liani nel Congresso di Perugia di Radiologia e nel Congresso di Venezia di radiobiologia.

Nella annata tra il 1934-35 vengono passati in rassegna i contributi radiologici che riguardano le pneumoconiosi, le granulie fredde, i diverticoli del tubo digerente, la vasografia, i tumori dell'ipofisi, ecc. Circa la radioterapia generale sono state prese in considerazione le ricerche sulla radioterapia del simpatico e delle turbe circolatorie e la cura degli angiomi col radium. Una terza parte riguarda l'elettrologia (pericoli della fisioterapia, la diatermia nelle cirrosi ascitogene, la elettroterapia nelle emorragie, ecc.).

Il libro è di pratica utilità per il radiologo che vuole rimanere al corrente delle principali ricerche dell'anno. E. MILANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 30 aprile 1936.

Presidenza: Prof. PIO BASTAI.

Le coronariti in clinica.

Dott. F. FERRANTI. — Premesso che per coronarite in Clinica si intende comunemente qualsiasi lesione delle coronarie, anche di natura non infiammatoria, vengono riferite le sindromi più comuni da essa realizzate.

Nelle coronariti moderatamente stenosanti, la circolazione miocardica è sufficiente a mantenere un perfetto ricambio del muscolo cardiaco finchè il cuore non debba svolgere un'attività molto rilevante, diventa inadeguata quando per sforzi fisici o per un brusco aumento della pressione arteriosa esso debba aumentare la propria attività in modo notevole. In tali condizioni si ha una anossiemia miocardica che dal lato clinico si estrinseca con un accesso anginoso e con particolari alterazioni ecgrafiche, dal lato anatomico con focolai di necrosi subendocardica.

Per coronariti gravemente stenosanti od occlusive viene realizzato il quadro clinico, ecgrafico ed anatomico dell'infarto miocardico. Quando una coronarite abbia un decorso lentissimo, non di rado si ha un quadro clinico particolare, caratterizzato da insufficienza cardiaca prevalentemente ventricolare sinistra. Anche il sistema di eccitoconduzione degli stimoli può essere interessato da simili fenomeni di anossiemia, derivandone aritmie da stimolazione (estrasistoli, tachicardia parossistica, vibrazione e fibrillazione) o aritmie da interruzione (i vari tipi di blocco).

Vengono fatte da ultimo brevi considerazioni di ordine diagnostico differenziale e terapeutico.

Seduta del 14 maggio 1936.

Ulteriori contributi allo studio dell'anemia ipocromica achilica.

Prof. A. TERZANI. — L'O., facendo seguito alla Relazione sull'argomento tenuto nel giugno 1935 alla stessa Accademia Medico-Fisica Fiorentina, descrive il quadro ematologico e clinico di due casi di anemia ipocromica achilica capitati alla sua osservazione in questi ultimi mesi, e conclude con alcune considerazioni di ordine pratico (achilia costante e irriducibile, leucopenia non costante ma a volte notevole, azione sollecita della cura marziale sia sulla crasi sanguigna, sia sui fenomeni morbosi).

Presentazione di apparecchio per la valutazione della funzionalità vasale e periferica.

Prof. G. C. DOGLIOTTI e Dott. V. TAGLIONI. — Apparecchio di facile applicazione al letto del malato con cui si determinano l'entità e le modalità dell'aumento di volume degli arti in seguito a stasi venosa, e la curva di rimpicciolimento dell'arto stesso dopo la decompressione. Dall'analisi dei tracciati che si ottengono in condizioni normali e fisiologiche si ricava la conclusione che tale apparecchio può essere utile nella valutazione del tono e dell'elasticità del sistema vasale periferico.

Sulle curve di fissazione dell'acido urico nei tessuti dell'arto superiore e loro valore diagnostico.

Prof. G. C. DOGLIOTTI e MORO. — Adottando la tecnica proposta da Dogliotti e Taglioni (iniezione endoarteriosa e prelievo del sangue dalla vena in condizioni di stasi) gli OO. hanno potuto stabilire che i tessuti degli uricemici, anche leggeri, presentano una particolare avidità di acido urico (uratoistechia); in modo analogo, se pure in misura molto inferiore, lo fissano i tessuti dei vecchi.

I Segretari: Proff. L. PICCHI e A. GIANNONI.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 4 aprile 1936.

Presidente: Prof. G. DI GUGLIELMO.

Frattura della colonna vertebrale con paraplegia.

Prof. G. ZURRIA. — Riferisce su 10 casi di frattura della colonna vertebrale trattati col metodo di Bohler (in alcuni praticando l'immobilizzazione in decubito dorsale secondo la tecnica modificata di Seneque e Sicard) e seguiti tutti da guarigione.

Mostra due dei casi citati che presentavano paraplegia degli arti inferiori e dei quali uno è perfettamente guarito e l'altro, ancora in corso di cura, ha ripreso già la deambulazione.

Arteriosclerosi ed arteriolosclerosi delle arterie polmonari in sindrome di Cushing.

Prof. G. DE GAETANI e Dott. G. LANZA. — Gli OO. descrivono un caso di sindrome di Cushing associato ad una grave arterio ed arteriolosclerosi primitiva del piccolo circolo.

Il quadro clinico era essenzialmente costituito da una modesta obesità del tronco con note intense di ipertonia circolatoria, poliglobulia, leucocitosi, e da una grave insufficienza cardio-respiratoria.

Il reperto anatomo-istologico dimostrò una iperplasia a tipo adenomatoso delle cellule basofile della preipofisi ed un adenoma della corteccia surrenale; complessivamente iperplastica; si rilevò inoltre una grave arterio ed arteriolosclerosi primitiva dell'arteria polmonare.

Gli OO. discutono la genesi ed il rapporto di quest'ultimo processo morboso con la sindrome ipofisaria-surrenale tipo Cushing e avanzano l'ipo-

tesi che la disfunzione pluriglandolare possa avere determinato un'azione distrofica elettiva sulle pareti arteriose del piccolo circolo, predisponendole al processo arteriosclerotico.

Studio statistico-epidemiologico sulla tubercolosi in Catania nell'ultimo cinquantennio. Nota Iª.

Dott. G. LANZA. — L'O. studia l'andamento della mortalità per tubercolosi, nelle sue varie forme e sedi, in Catania nell'ultimo cinquantennio e rileva che la mortalità per tubercolosi polmonare e delle meningiti è in aumento, mentre in fortissima diminuzione sono le forme intestinali e peritoneali, ossee ed articolari, scrofolotiche. Rileva, inoltre, che Catania costituisce una delle città d'Italia a più bassa mortalità tubercolare, pur tendendo, specie in questi ultimi anni, a perdere questo invidiabile privilegio.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Pisa e Sezione Pisana della Società di Biologia.

Seduta del 27 maggio 1936.

Per la Società Medico-Chirurgica:

G. VITALI. — *Contributo allo studio del sistema muscolare specifico del cuore. Le espansioni nervose nei cordoni di Purkinje.*

Dott. CURZIO MASSART. — *Contributo allo studio della mucosa del bacinetto renale e dell'uretere dell'uomo e di alcuni mammiferi.*

Di un caso di pangastrite cronica evoluta a due distinte ed indipendenti forme di cancro dello stomaco.

V. CESARIS DEMEL. — Il caso si riferisce ad un uomo di età matura; di padre morto per tumore maligno dello stomaco, già sofferente a varie riprese di gravi disturbi gastrici, deceduto con diagnosi clinica di stenosi pilorica di origine neoplastica nel quale si sono trovate all'autopsia due diverse manifestazioni di cancro, dimostrate indipendenti, l'una a forma scirrosa, l'altra a forma adeno-carcinomatosa ex ulcere, entrambe su substrato di pangastrite cronica. Il caso rientra fra quelli alquanto rari di manifestazioni neoplastiche e distinte in uno stesso individuo, o meglio in uno stesso viscere.

Per la Società Italiana di Biologia:

M. T. MALATO. — *Corteccia surrenale e ricambio del cloruro di sodio.*

Il Segretario.

Accademia delle Scienze Mediche Naturali e Fisico-Matematiche di Ferrara.

Seduta del 26 giugno 1936.

Presidente: G. BOSCHI.

Sulle prese simultanee nella Roentgen-Fotogrammetria.

M. PIAZZOLLA-BELOCH. — Sebbene negli ultimi tempi le applicazioni della Roentgen-fotogrammetria avessero acquistato sempre maggiore importanza, restava però un grave inconveniente che ne diminuiva la portata pratica, cioè l'impossibilità coi metodi finora in uso ad eseguire prese simultanee. All'ultimo congresso internazionale di Fotogrammetria (Parigi, 1932), questo inconveniente fu ampiamente discusso e la Sezione di Roentgenfotogrammetria formulò il voto che il problema fosse messo al primo piano degli studi Roentgenfotogrammetrici, potendosi esso considerare come il problema fondamentale, anzi vitale, per lo sviluppo ulteriore della Roentgenfotogrammetria. Infatti, senza la possibilità delle prese simultanee, lo studio degli organi umani che hanno movimenti propri, si sottraeva al campo di applicazione della Roentgenfotogrammetria, che così veniva soverchiamente limitato.

L'O., col suo apparecchio Roentgen-fotogrammatico di precisione, è recentemente riuscito a realizzare le prese simultanee, ciò che finora come accennato, non era mai stato ottenuto e ciò per mezzo di speciali dispositivi di cui è munito detto apparecchio, e che impediscono che le radiazioni destinate ad una delle lastre sensibili, colpiscano l'altra.

L'O. presenta all'Accademia i radiogrammi ottenuti con prese simultanee, eseguiti dall'Istituto di Radiologia della R. Università di Bologna, alla cui Direzione e in particolare al chiar.mo Palmieri, che gli ha gentilmente messo a disposizione i potenti mezzi del suo Istituto, l'O. tiene ad esprimere i più vivi ringraziamenti.

Di un cinto erniario inguinale razionale.

E. CASATI. — L'O. presenta il modello di questo cinto che è del tipo dei cinti a molla, giacchè ritiene che quelli a fascia elastica siano un contro senso in quanto che esercitando una pressione su tutto l'addome nella sua parte inferiore spingono con la loro pressione gli organi contenuti fuori dei punti di minore resistenza mentre quelli a molla esercitando la pressione soltanto nella direzione del canale inguinale annullano questo canale. Ciò che però costituisce l'originalità di questo cinto sta nel cuscinetto che ha l'estremità inferiore che si prolunga per alcuni centimetri ed è alquanto più largo di qualunque anello inguinale esterno per quanto ampio. Inoltre il cuscinetto è costruito su una lamina di metallo molto malleabile cosicchè lo si adatta in modo aderente non solo chiudendo il canale ma sorpassando alquanto l'anello sia lateralmente sia inferiormente.

Tromboflebite della vena cava inferiore d'origine influenzale.

F. RIETTI. — L'O. descrive un caso di tromboflebite della vena cava inferiore insorta dopo un episodio grippale, e ne illustra le particolarità di decorso.

Discussione: BOSCHI, ORTOLANI.

Il Segretario: F. BARISON.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

Penetrazione di un corpo estraneo attraverso la vescica nel peritoneo.

Bachrach (*Z. Urol. Chir.*, v. 41, p. 204, 1935) riferisce il caso di una donna diabetica che, sofferente di un prurito vulvare, fece penetrare nella vescica attraverso l'uretra un porta-lapis. Dopo 6 gg. dolori addominali, febbre, segni di una peritonite circoscritta della fossa iliaca d. All'intervento fu trovato, entro un impacco fibrino-purulento, il porta-lapis (lungo 12 cm.) che perforata la parete vescicale era penetrato nel cavo peritoneale. La malata guarì.

Secondo l'A., questo caso sarebbe il secondo della letteratura. P. STEFANINI.

Litiasi del legamento rotondo nel canale inguinale destro.

Americo Valerio (*Lyon Chirurgical*, t. 33, n. 1, 1936) riferisce di una donna di 40 anni senza precedenti sifilitici o blenorragici sofferente da circa 5 anni. Nella regione inguinale destra tre tumoretti irregolari duri, indolenti, fissi in rapporto ai piani profondi, cercando di spostarli si provocava dolore. Inciso il canale inguinale destro trova inseriti nel legamento rotondo tre calcoli irregolari di ossolato di calcio, l'estirpazione è facile. Questi calcoli giacciono in una tasca fibro-grassosa non degenerata. A. GRASSI.

Anastomosi tra dotti pancreatici e tubo digerente.

Gohrbandt (*Arch. Klin. Chir.*, Vol. 183, pag. 466, 1935) crede di essere stato il primo ad eseguire simili anastomosi. In condizioni normali ciò non è possibile per il calibro del dotto e per la difficoltà di ritrovarlo; premessa indispensabile è quindi una stasi del secreto con dilatazione secondaria.

Il primo caso riguarda una donna con un cancro della testa del pancreas; in questa, fatta la colecistoduodenostomia osservò sulla superficie della testa una formazione rotondeggiante che punta diede esito a liquido pancreatico. Praticò una stomia della sacca nel duodeno. I risultati immediati furono ottimi perchè le feci diventarono normali; dopo 10 mesi circa la donna morì per metastasi.

Il secondo caso è del tutto simile per il reperto del dotto pancreatico; la stasi era secondaria a una stenosi cicatriziale da pregresso calcolo del coledoco. La anastomosi fu fatta con lo stomaco e la malata sta perfettamente bene.

Nel terzo caso si trattava di un malato già operato di colecistectomia prima e di coledoco duodenostomia in secondo tempo e in cui esisteva un'ulcera localizzata nella papilla di Vater e che aveva stenosato il dotto pancreatico. Per la difficoltà di praticare l'anastomosi fu costretto a eseguirla con lo stomaco su un tubo a T. Però all'asportazione del tubo seguì una fistola pancreatica che obbligò l'A. a un nuovo intervento. In questo introdusse nel dotto un tubo di gomma che fece arrivare nello stomaco in modo che il tubo sporgesse nello stomaco stesso. La protesi di gomma è ben tollerata dal malato che a un anno di distanza sta perfettamente bene. VALDONI.

TERAPIA

Trattamento a secco o con unguenti nelle malattie cutanee.

P. Mulzer (*Deut. med. Wochens.*, 1936, n. 20) fa un confronto fra il trattamento a secco delle malattie cutanee e quello con unguenti grassi.

Fatta eccezione dei processi acuti infiammatori molto secernenti, le indicazioni per il trattamento a secco di un eczema derivano dallo stato attuale della pelle. Gli stati molto secchi vengono meglio trattati con unguenti e con paste. Si debbono, comunque, distinguere due tipi di individui, i seborroici ed i pazienti con pelle secca e scarsa di sebo. Il primo gruppo sopporta male gli unguenti, gli olî e le paste molli. Negli altri, invece, si useranno con vantaggio gli unguenti grassi.

Per il trattamento a secco, va consigliata la miscela a base di zinco, senza alcool: Ossido di zinco, talco veneto, mescolati a parti uguali con glicerina ed acqua. *fil.*

Il trattamento dell'impetigine.

1) *Detersione*. — Lavatura con acqua e sapone; togliere le croste con la pinza; medicazioni umide con acqua bollita o siero fisiologico con 10 capolini di camomilla per litro.

2) Frizione con l'acqua di Alibour:

Solfato di rame	g. 1
Solfato di zinco	» 4
Tintura di zafferano . . .	» 1
Alcool canforato	» 10
Acqua distillata q. b. per	cmc. 1000.

3) *Medicatura* con:

Ossido giallo di mercurio .	g. 2
Acido salicilico	» 0,40
Resorcina	» 0,40
Vaselina	» 35

(P. Poirier. *Union méd. Canada* e *Journ. med. Bordeaux*, 10 maggio 1936).

Nelle intertrigini ed affezioni analoghe.

L'alcool jodato è stato introdotto da Sabouraud nella terapia delle epidermofizie, delle epidermiti microbiche, delle intertrigini e di molte affezioni dermatologiche in cui interviene l'infezione. Esso è diventato il rimedio

classico. C. Simon (*Bull. méd.*, 2 maggio 1936) ne ha così modificato la formula.

Jodio metalloide		
Joduro di potassio		
Acido salicilico		
Acido benzoico . . .	ana g.	1
Acido borico . . .	g.	2
Alcool a 60° . . .	g.	100

Nelle intertrigini ostinate, specialmente alle dita dei piedi ed agli inguini, più raramente alle ascelle, si useranno l'acido crisofanico, la crisarobina od i succedanei, in quantità di 0,25 per 100 di cloroformio. La superficie spennellata diventa bruna; si produce in seguito una desquamazione, che lascia un'epidermide rosea e sana. Nei casi favorevoli, basta anche una sola applicazione, mentre se ne richiedono parecchie in quelli ostinati. *fil.*

Nella pitiriasi versicolor.

Come è noto, il trattamento classico di questa affezione determinata dal *Microsporon furfur* è quello con l'alcool jodato. Spesso, però, questo risulta inefficace, per C. Simon (*Bull. méd.*, 2 maggio 1936) consiglia, specialmente nei casi acromizzanti, l'uso delle formule seguenti:

I.	Iposolfito di sodio	g.	5
	Acqua distillata	g.	100
II.	Acido tartarico	g.	5
	Acqua distillata	g.	100

Frizionare con la prima, attendere 5 minuti e frizionare poi con la seconda.

Il risultato è rapido e completo, senza le ricadute, che sono frequenti con l'alcool jodato. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Sulla permeabilità delle meningi all'arsenico nella paralisi generale, prima e dopo la malario-terapia.

Si è molto discusso il problema se l'arsenico iniettato endovena possa attraversare la cosidetta barriera ematoencefalica e svolgere la sua azione sul sistema nervoso.

Paulian studia su dodici casi (*Annales de Médecine*, aprile 1936) se la malarioterapia modifichi la permeabilità meningea all'arsenico, patologicamente aumentata nella p. p.

L'A. coglie l'occasione per descrivere un suo apparecchio ed un suo metodo per il dosaggio dell'arsenico nei liquidi biologici e per dare uno sguardo sintetico alla questione della barriera ematoencefalica. Il concetto di barriera e. e., fu creato da Goldmann (1913) il quale osservò che il Trypanblau endovena non colora il nevrasse. Altre sostanze più fisiologiche passano: così l'urea, il glucosio, i fosfati, i cloruri, ecc.

I colloidi (albumine), i pigmenti biliari, non passano. Le sostanze non biologiche si comportano in tre modi diversi: 1) *non passano mai*: colori (bleupirrolo, fenolsulfonftaleina, ecc.) anticorpi.

2) *passano in determinate condizioni*: ioduri, arsenico, bismuto; 3) *passano sempre rapidamente*: bromo, salicilati.

Modificano la permeabilità della barriera em. enc. una serie di fattori di varia natura, che qui citiamo: la concentrazione delle sostanze stesse nel sangue, la possibilità di dialisi, il tempo intercorrente tra l'introduzione nel sangue e la ricerca nel liquor. Esisterebbe una *soglia di permeabilità* caratteristica per ogni sostanza. In complesso ci si troverebbe di fronte ad una membrana grossolanamente semipermeabile, più permeabile però agli anioni che ai cationi il chè fa subito pensare all'intervento della legge di Donnan, di cui l'A. non fa cenno.

La sede istologica di questa « semipermeabilità » è identificata da vari autori in vari elementi: ependima, nevroglia, plessi coroidei, pia madre, endotelio vascolare. Sulla permeabilità agiscono l'*età*, la mestruazione, la gravidanza, il *pH* del sangue, l'urotropina. A questo proposito sono note le ricerche di Pozzi e Manca sull'azione dell'urotropina sulla permeabilità em. enc. al chinino.

Nel corso della paralisi generale come nelle meningiti asettiche del resto, la permeabilità all'arsenico è molto aumentata; l'A. ritiene che ciò sia dovuto a capillarite luetica. La malarioterapia (e la piretoterapia con vaccini) diminuiscono moltissimo questa patologica permeabilità, verosimilmente per la guarigione delle lesioni vascolari di cui sopra. Praticamente, almeno secondo l'A., lo studio della permeabilità ematoencefalica all'arsenico costituisce un testo preziosissimo per controllare il miglioramento e la guarigione clinica della paralisi generale. M. COPPO.

VARIA

Baccelli cacciatore.

La passione del grande chirurgo francese Dupuytren per la caccia mi fa ricordare — scrive I. Di Pace in « *Attualità Medica* », n. 2, 1936 — l'amore che ebbe per la caccia un grande Maestro della medicina italiana, Baccelli. Anche quando non era più giovane, egli amava la caccia; ma con comodità. Con gli anni egli avrebbe preferito addirittura sparare senza scendere di carrozza. A ciò era spinto dal fatto che, nella sua maturità, era diminuita l'acutezza della vista. Allora, andando a caccia, era il domestico Antonio, che dalla serpa si incaricava di esplorare e segnalargli i volatili fermi.

Spesso non trascurava, stando nel brolo, di mettere il tappeto sotto i piedi per non patire l'umido. E stando così egli aspettava i voli, che mettevano a brillante prova la sua effettiva bravura di tiratore.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Iscrizione di stranieri negli albi professionali.

In merito alla possibilità di iscrizione dei laureati all'estero negli albi professionali italiani, il Ministero per gli Affari Esteri, interpellato in proposito quello dell'Educazione Nazionale, ha comunicato quanto segue:

« Ai sensi dell'art. 332 del T. U. delle leggi sull'istruzione superiore, applicato con R. Decreto 31 agosto 1933-XI, l'eventuale dichiarazione di equipollenza di un titolo accademico estero al corrispondente rilasciato nel Regno attribuisce al titolo estero lo stesso valore a tutti gli effetti di quello italiano e poichè le lauree e i diplomi conferiti dalle Università e dagli Istituti superiori hanno, giusta l'art. 172 del citato T. U., esclusivamente valore di qualifiche accademiche e non abilitano all'esercizio professionale, ne consegue che coloro i cui titoli accademici esteri siano stati dichiarati equipollenti a quelli italiani non possono essere iscritti negli albi ove non abbiano superato il prescritto esame di Stato di abilitazione all'esercizio della corrispondente professione. È superfluo poi ricordare che anche qualora abbiano superato l'esame stesso, gli stranieri possono venire iscritti solo se cittadini di uno Stato avente con l'Italia trattamento di reciprocità ».

Resta così confermato il criterio sostenuto dal Sindacato fascista degli ingegneri ed architetti presso il Ministro dei LL. PP. e cioè della necessità per i cittadini stranieri laureati all'estero prima del 30 settembre 1923, di ottenere agli effetti dell'iscrizione negli albi la equipollenza del titolo e successivamente di sostenere l'esame di Stato.

Censimento delle Mutue.

Il Sindacato Nazionale Farmacisti, preoccupato della situazione delle farmacie e del numero delle Mutue che giornalmente aumentano, intende fare un censimento degli Enti che hanno richiesto agevolazioni sui prezzi e stabilire la media delle concessioni fatte in provincia per ogni Ente a tutto il 31 maggio 1936-XIV.

Invita quindi i Sindacati Provinciali a segnalare alla Segreteria Nazionale l'elenco degli Enti, Mutue, Congregazioni e Organizzazioni varie con le quali siano state fatte delle convenzioni provinciali e gli sconti relativi concessi. Tali dati saranno accompagnati da una relazione che specificherà anche gli Enti che hanno fatto richiesta di sconti e ai quali il Direttorio non abbia creduto opportuno concederne.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Per la disciplina della " specialità " medicinali.

Il Ministero degli Interni, prese in esame numerose domande di ditte che intenderebbero lanciare nuove « specialità » medicinali, le cui vantate bontà terapeutiche e affermazioni reclamistiche non sono giustificate dalla reale composizione dei prodotti — il che potrebbe trarre in inganno il pubblico e nuocere sia alla pubblica salute, sia al buon nome della scienza e della sana industria farmacologica italiana — ha impartito disposizioni ai Prefetti del Regno perchè sia vietata la vendita di tali prodotti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

ANCONA. — È prorogato al 31 luglio il concorso per tre condotte mediche.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alla R. Prefettura, Ufficio del Medico Provinciale).

MANTOVA. — Concorso per esami e per titoli al posto di Direttore della Sala Celtica e del Dispensario Antivenereo Comunale. Stipendio L. 8000 al lordo delle ritenute di legge e delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20-11-1930 n. 1491 e 14-4-1934 n. 561. Non vengono concessi aumenti periodici, nè indennità. Nomina per un quinquennio, salvo conferme quinquennali. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Richiedere bando alla Segreteria Comunale. Scadenza ore dodici del 12 settembre 1936-XIV.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Nella « Gazzetta Ufficiale » del 28 maggio 1936-XIV sono inseriti i D. M. del 18 mar. u. s. coi quali sono stati indetti i concorsi per titoli ed esami per la nomina d'ispettore della Sanità Pubblica per l'Eritrea e d'ispettore della Sanità Pubblica per la Somalia. Contratto per un sessennio, rinnovabile; stipendio inerente al grado 7° (L. 19.000) e indennità di servizio attivo (L. 5.200). Indennità coloniale e assegni a carattere continuativo, di cui all'art. 15 del contratto tipo, approvato dal R. D. 30 apr. 1929, n. 129. Non sono ammessi agli esami concorrenti che non abbiano riportato una votazione corrispondente almeno a 7/10 nel giudizio dei titoli. Periodo di prova 1 anno. Età massima 40 a. al 18 mar. 1936. Abilitazione all'esercizio professionale da non meno di 6 anni. I candidati debbono dimostrare di possedere almeno uno dei seguenti requisiti: aver sostenuto con esito favorevole gli esami di ammissione al posto di medico provinciale aggiunto o di assistente medico dell'Amministrazione provinciale del Regno, o al posto di direttore, aiuto o assistente in laboratori d'igiene e profilassi, o al posto di ufficiale sanitario comunale, ai sensi del R. D. 29 novembre 1925, n. 2266; aver conseguito il titolo di specializzazione in igiene; aver coperto il posto di aiuto o assistente in un R. Istituto di igiene; aver conseguito la docenza in igiene o in batteriologia o in epidemiologia o in legislazione sanitaria; aver prestato servizio in una delle colonie italiane per non meno di cinque anni alle dipendenze della

Amministrazione coloniale. I medici coloniali che abbiano prestato servizio effettivo per almeno 6 anni negli ospedali o nelle infermerie coloniali, possono partecipare al concorso indipendentemente dall'età, sempre che in possesso degli altri requisiti richiesti. Domanda in carta da L. 6 entro il 26 luglio al Ministero delle Colonie, Ufficio del personale.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia »*. — Scad. 13 agosto; primario anatomo-patologo e del Laboratorio micrografico; L. 6700 e 5 quadrienni dec.; c. v.; età limite 35 anni.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Azzo Azzi, ordinario di batteriologia e immunologia alla R. Università di Torino, è trasferito alla cattedra d'igiene della stessa Università.

Il sen. prof. Davide Giordano è stato insignito, dal Governo spagnolo, della commenda dell'Ordine di Isabella la Cattolica, per l'opera da lui svolta quale presidente della Società internazionale di storia della medicina al Congresso di Madrid nel settembre scorso.

Il prof. Alberto Missiroli, di Roma, è nominato membro corrispondente dell'Accademia Medica Rumena.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Porto Said.

Giornata della Croce Rossa Italiana.

Il 21 giugno u. s. a Porto Said si è celebrata la Giornata della C. R. I., presenti il R. Console ed il Segretario del Fascio e le nuove iscritte alla C. R. I. (oltre 400, iscrittesi in occasione del passaggio di S. A. la Principessa di Piemonte in omaggio alla Augusta Sorella).

Il delegato della C. R. dott. Dori illustrò le opere di pace della C. R. I. e lesse un messaggio di S. E. Cremonesi alle donne di Porto Said.

Chiuse la cerimonia un canto corale: l'inno della doppia Croce del Zandonai magistralmente eseguito da Balilla e Piccole Italiane.

* * *

Un problema che sembra insolubile è il seguente:

Nei porti egiziani capita doversi sbarcare dei marittimi ammalati. Guariti o non guariti è poi un compito dei più ardui il loro rimpatrio. I battelli passeggeri, dopo avere toccato Massaua, passano dall'Egitto completi e quindi non hanno posti: i battelli noleggiati e le navi-ospedali anche se hanno posti non possono prendere questi malati, perchè sono considerate navi militari ed i marittimi non sono militari.

La questione si trascina da mesi senza una soluzione, pure essendosene interessati per mio suggerimento i Sindacati Marittimi Malattie ed Infortuni.

Un esempio sarà utile: ho sbarcato da un battello italiano di un armatore napoletano un marittimo in cui ho rilevato una lesione specifica polmonare ed espettorato positivo, perchè il battello era diretto in Mar Nero.

Nell'attuale stagione lo vedo peggiorare a vista d'occhio; i battelli passeggeri passano completi (e del resto non posso insistere per la sua accettazione data la natura della malattia) e gli altri rapidi non possono prenderlo.

Ho tentato farlo partire inviandolo in ferrovia in altro porto, ma anche in esso i battelli non hanno posti. È un caso pietoso: un padre di famiglia che comprende, si demoralizza e peggiora.

L'infaticabile segretario dei Sindacati Medici, l'illustre prof. Morelli, non potrebbe prendere a cuore la cosa e vedere di ottenere che, non come regola, ma almeno in casi speciali, possa l'addetto Consolare dei trasporti militari marittimi che risiede al Consolato di Porto Said, concedere l'imbarco su navi ospedali di speciali ammalati che sono costretti sbarcare?

Lascio al « Policlinico » di interessare l'egregio prof. Morelli alla questione o di farne cenno dalle sue autorevoli colonne per contribuire alla soluzione dell'arduo problema! (Provvediamo pubblicando integralmente la corrispondenza).

* * *

Meritevole di rilievo è il fatto che l'Egitto, non ostante le sanzioni, ebbe a concedere l'introduzione nel suo Regno dei medicinali italiani. A tale riguardo sembrami opportuno richiamare l'attenzione su quanto segue.

Le specialità italiane che una volta occupavano un posto importante nelle importazioni dall'Italia, hanno perduto sempre più di importanza non ostante il numero elevato di medici italiani, che prescrivono di preferenza e volentieri le nostre specialità. L'ostacolo è dato dal prezzo elevato delle nostre specialità che non è qui il caso di discutere se provenga da ragioni locali o da ragioni del paese d'origine.

Dato però questo fatto sembrami che nell'attuale momento sia necessario da tutte le parti — fabbricanti e rappresentanti — fare in modo che le nostre ottime specialità siano vendute ad un prezzo conveniente, perchè il pubblico che fa i raffronti fra le merci dei varî paesi non sia portato a raccomandarsi, come purtroppo ci capita, affinchè non si prescrivano specialità italiane.

Mi limito a citare quanto sopra sicuro che, data l'importanza della cosa, vi sia qualcuno che prenda a cuore le osservazioni che hanno mosso lo scrivente e sappia ottenere un efficace intervento degli organi competenti affinchè le nostre specialità non abbiano un prezzo troppo superiore alle specialità degli altri paesi.

* * *

In Egitto le specialità mediche possono in gran numero essere vendute anche dalle drogherie ed alcune anche... dai salumieri.

Contro questo stato di cose, che per il moltiplicarsi specialmente delle piccole drogherie ha assunto un'importanza notevole per i farmacisti, stanno ora insorgendo i farmacisti di Egitto che hanno indirizzato al Presidente dei Ministri una domanda affinchè la vendita delle specialità medicinali sia riservata alle sole farmacie ed alle drogherie dove vi sia un farmacista diplomato.

La cosa è giusta, quindi auguriamo ottenga dal Ministero Egiziano la soddisfazione che merita.

L. D.

NOTIZIE DIVERSE

6° Congresso nazionale di microbiologia.

Il Consiglio Direttivo della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia ha deliberato di tenere a Milano, nell'aprile del 1937, il suo VI Congresso Nazionale.

Sono stati scelti i seguenti temi e relatori: prof. Giuseppe Andrei e dott. Paolo Ravenna, « Etiologia del reumatismo articolare acuto »; prof. Domenico Carbone, « La macerazione delle piante tessili »; prof. Giorgio Dessy, « La vaccinazione antitubercolare »; prof. Catullo Fiorio, « Diagnosi microbiologica e sierologica della gonococcosi »; prof. Leone Lattes, « Il mosaico degli antigeni individuali »; prof. Vittorio Puntoni, « Moderne concezioni sulla sistematica degli attinomiceti »; prof. Piero Redaelli, « La biologia dei miceti parassiti dell'uomo ed il suo valore ai fini della loro sistematica »; prof. Edoardo Zavattari, « Le più recenti vedute sulla sistematica e sulla biologia dei tripanosomi ».

Dato il numero notevole di relazioni si accetteranno solo comunicazioni riferentisi ai temi di relazione.

Saranno gradite comunicazioni anche da parte di microbiologi stranieri.

Si pregano i microbiologi italiani e stranieri che avessero pubblicati lavori riferentesi agli argomenti trattati al Congresso di inviarli alla Segreteria della Società, che li farà pervenire agli interessati. Sede sociale: via Darwin 20, Milano (124).

26° Congresso francese di medicina.

Avrà luogo a Parigi, nei locali della Facoltà di medicina, dal 12 al 14 ottobre, sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica. Presidente ne sarà il prof. Marcel Labbé (rue de Rivoli 158, Paris 1er); segretario generale il prof. Harvier (rue du Bac 1, Paris 7e).

Temi: « Le meningiti acute curabili », relatori: Roch (Ginevra), Lesné e Boquien (Parigi), R. Cruchet (Bordeaux); « Le sindromi paratiroidee », relatori: Snapper (Amsterdam), Berard e Henry (Lione), Coryn (Bruxelles); « Le medicazioni del simpatico », relatori: sig.na Jeanne-Lévy e J. Besançon (Parigi), Wangermez (Bordeaux), Gouin e Bienvenüe (Brest), Laignel-Lavastine (Parigi), E. May (Parigi).

Sono in programma varî ricevimenti.

Durante il Congresso la Segreteria funzionerà alla Facoltà di Medicina (rue de l'École de Médicine), nella sala Béclard, ove i congressisti potranno ritirare copie delle relazioni, inviti, documenti, corrispondenze.

9° Congresso dentario internazionale.

È indetto a Vienna dal 2 all'8 agosto e sarà ripartito in 14 Sezioni.

Quota 70 scellini austriaci. Il volume degli Atti verrà pubblicato solo se si raggiungerà il numero di almeno mille iscrizioni; conterrà le conferenze nella lingua originale, ma i riassunti nonchè le spiegazioni delle figure saranno in tutte le altre lingue ufficiali.

Tra i conferenzieri sono: S. Palazzi, Milano; L. Casotti, Torino; A. Perna, Roma; E. Muzi, Roma.

Inviare le adesioni al Comitato organizzatore, Wahringerstrasse 25-a, Wien IX.

9° Congresso francese di stomatologia.

È convocato a Parigi dal 5 al 10 ottobre, nei locali della Facoltà di Medicina. Presidente: Dr. Pont (rue du Président-Carnot 9, Lyon); segretario generale: Dr. Dechaume (rue de Rivoli 182, Paris 1er).

Temi: « Studio comparativo dei trattamenti delle infezioni periapicali croniche »; « Contro-indicazioni, assolute e relative, al trattamento ortodontico ». Argomento in discussione: « Complicazioni immediate e mediate delle estrazioni. Loro trattamento ». Saranno tenute varie conferenze. È prevista un'escursione a Chantilly.

9° Congresso medico egiziano.

L'Associazione Medica Egiziana terrà il suo 9° Congresso annuale al Cairo, dal 14 al 18 dicembre (durante le feste del Ramadam Bairam). Temi: Riforme mediche e sanitarie necessarie pel villaggio egiziano; Splenomegalia; Campionamento dei termini medici arabi; Varia. Chi desidera fare delle comunicazioni è pregato d'inviarne il titolo ed un breve sommario al segretario generale. Quota d'iscrizione: 1 lira egiziana; essa dà diritto a partecipare alle discussioni, ai ricevimenti ed agli inviti, a profittare delle facilitazioni per viaggi e per le escursioni. Sede della Segreteria Generale: Kash El-Aini, Post Office, Cairo, Egitto.

Ufficiali medici assistenti presso cliniche universitarie.

Il Ministero della Guerra ha determinato che anche per il prossimo anno accademico gli ufficiali medici in servizio permanente effettivo siano inviati alle Cliniche ed agli Istituti scientifici delle Regie Università del Regno, quali assistenti militari. Potranno aspirare alla assegnazione i primi capitani, i capitani medici ed i tenenti medici incaricati del grado superiore. L'assegnazione sarà limitata come segue: quattro posti di assistente militare presso Cliniche chirurgiche; un posto di assistente militare presso Cliniche mediche; un posto di assistente militare presso Cliniche neuropsichiatriche; cinque posti di assistente militare presso Istituti d'Igiene.

Potranno concorrere per ciascuna specie tutti gli ufficiali che si trovino nelle sopraindicate condizioni di grado purchè abbiano già prestato servizio nella specialità stessa in qualità di capo reparto o di assistente e possano dimostrare di possedere in essa una buona preparazione.

Comitato tecnico corporativo dell'industria farmaceutica.

Si è riunito, presso il Ministero delle Corporazioni, il Comitato Tecnico Corporativo per l'Industria Farmaceutica, dipendente dalla Corporazione della Chimica, con l'intervento dei rappresentanti dei Ministeri dell'Interno, delle Corporazioni e del Sottosegretariato di Stato per gli Scambi e le Valute.

Sono stati fatti voti per modificazioni da apportarsi alla Legislazione sanitaria per quanto riguarda i prodotti siero-terapici ed opoterapici ed in particolare per gli stabilimenti attrezzati alla produzione delle preparazioni biologiche, per il rigoroso controllo della importazione dei prodotti biologici ed affini e per l'istituzione, presso una o due Università del Regno, di corsi speciali.

Sono stati inoltre discussi i problemi relativi

all'incremento qualitativo e quantitativo della produzione nazionale, ed all'accertamento delle materie prime e dei prodotti finiti importati, in rapporto alla legislazione doganale ed a quella intesa a favorire i prodotti nazionali.

Un appello dell'Istituto per lo studio e la cura dei tumori in Milano.

L'Istituto Nazionale « Vittorio Emanuele III » per lo studio e la cura dei tumori, ha rivolto un fervido appello ai medici per richiamare la loro attenzione sulla necessità assoluta di intensificare e perfezionare la lotta contro i tumori maligni.

L'Istituto, provvisto di laboratori, impianti radiologici moderni, personale specializzato, provvede alla diagnosi precoce. Difatti in esso ha sede da alcuni mesi la Policlinica Provinciale di accertamento diagnostico dei tumori maligni voluta dalla legge, ed ove i pazienti possono essere diretti dai sanitari per tutti gli accertamenti occorrenti (radioscopie, biopsie, analisi) a preferenza accompagnandoli con una lettera esplicativa. In questo ambulatorio (gratuito per i poveri, a modeste tariffe per gli abbienti) non si fa che stabilire una diagnosi; il paziente ed il medico curante sono naturalmente arbitri di seguire la via curativa che credono opportuna (ricorrendo all'Istituto od altrove).

Per quanto riguarda la parte curativa, l'Istituto dispone di circa 200 letti per malati a carico dei Municipi ed altri Enti di tutta Italia (diaria L. 29) ed accoglie anche malati paganti in proprio, sia nelle corsie comuni (diaria suddetta), sia in speciale confortevole e decoroso reparto per pensionanti (di tre categorie: rette 40, 60, 80 lire giornaliere; a parte cure chirurgiche e radiologiche, secondo la tariffa del Sindacato Medici). Così l'Istituto (che possiede circa g. 1,5 di radio, apparecchi per Roentgenterapia profonda, sale operatorie egregiamente attrezzate) può attendere, nel modo più perfetto consentito dallo stato attuale della scienza, alla cura radicale o palliativa dei tumori maligni. Anche tumori benigni possono essere accolti e curati.

I sanitari sono invitati a collaborare alla lotta contro i tumori, servendosi nel modo più largo possibile dei mezzi di diagnosi e cura offerti dall'Istituto Vittorio Emanuele III.

Il nuovo ospedale civile di Avellino.

Sorgerà su progetto dell'architetto ing. F. Fariello di Avellino, e dell'ing. C. Valle di Roma.

L'area assegnata è di circa 20 mila metri quadrati. L'ospedale guarderà il lato destro del viale Regina Margherita, essendo arretrato di 100 metri, sì che potrà godere di una vasta zona di isolamento.

Il blocco principale, a forma di T, è costituito da tre piani elevati, un piano rialzato ed un seminterrato.

Per le infermerie si è adottato il tipo a 5-6 letti, riducibili in camere da 2-3 letti e ciò oltre che per ragioni tecniche ed organizzative, principalmente per offrire all'infermo le migliori condizioni psicologiche favorevoli alla guarigione, evitando la vista di molti altri sofferenti.

L'ospedale da costruirsi dovrà servire, oltre che per la città di Avellino, per buona parte dei comuni irpini, che si sono uniti in consorzio col capoluogo.

Il complesso ospedaliero progettato conterrà 213 letti per gli infermi, ma è suscettibile di una esecuzione graduale. Il primo nucleo consterà di 110 letti e potrà funzionare organicamente al completo di tutti i reparti e servizi.

Il nuovo sanatorio di Tripoli.

A cura dell'Istituto nazionale fascista per la previdenza sociale — che già nei varî suoi rami svolge in Colonia la sua interessantissima attività — sorgerà presso Porta Benito, in uno dei punti più salubri ed incantevoli dei dintorni di Tripoli, il nuovo Sanatorio, per volere del Maresciallo Balbo, che ha trovato nella presidenza dell'Istituto pronta e solidale collaborazione.

Il sanatorio occuperà una vastissima area. L'edificio sarà costituito da un seminterrato, un pianterreno, due piani e una sopraelevazione.

I degenti, divisi per razza e per sesso, avranno a loro disposizione magnifiche stanze di soggiorno, ampi corridoi, vasti e luminosi dormitori e refettori, grandi locali di visita ed un estesissimo parco che circonderà il fabbricato. Per allietare gli ammalati il sanatorio avrà anche la sua sala di teatro dove saranno dati spettacoli adatti ed interessanti.

Padiglione per la cura del cancro nel nuovo ospedale di Napoli.

Nella zona destinata a sede del complesso di edifici costituenti il nuovo grande ospedale di Napoli in contrada Cangiani è stato costruito, opportunamente isolato, uno speciale padiglione che sarà esclusivamente adibito a centro diagnostico e di cura del cancro.

Il fabbricato, costituito da intelaiatura di cemento armato e da muratura di tufo, copre un'area di 1450 metri quadrati e comprende cinque piani con 168 ambienti e con un complesso di circa 90 letti.

Il nuovo Ospedale provinciale per tubercolotici di Brindisi.

Questo imponente edifizio, progettato dall'Ufficio costruzioni sanatoriali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, sorge su un'area di terreno di mq. 5.600 di cui 3.200 coperti.

Il Sanatorio, che è venuto a costare L. 4.750.800, escluso il terreno, dispone di 196 letti. Le camere d'isolamento sono a due letti, le infermerie a sei letti. L'inaugurazione è stata fatta solennemente il 20 luglio dall'on. Biagi.

Il contributo italiano al problema del gozzismo.

Il prof. dott. G. Ferrando, direttore dell'Ospedale S. Luigi di Torino, rivolge invito a tutti gli Autori Italiani di ricerche e studi clinici, profilattici e di laboratorio sull'endemia gozzo-cretinica, a voler inviargli « estratti » e notizie particolari sui loro studi, per la compilazione di una apposita Relazione per una Rivista estera, sul contributo italiano al problema del gozzismo. Le monografie e tutto il materiale (anche possibilmente illustrativo e fotografico) deve essere inviato non più tardi del 30 agosto corr. presso la Redazione della Rivista « Fronte unico antitubercolare », Torino, corso Orbassano 339.

Un po' dovunque.

L'on. prof. Giorgio Alberto Chiurco, di ritorno dall'Africa Orientale, dove ha organizzato e diretto l'ospedale da campo N. 185 « Benito Mussolini », ha ripreso a Siena la direzione dell'Istituto di Patologia Speciale Chirurgica di quella R. Università.

« Il Piccolo » di Trieste del 7 luglio reca interessanti particolari sulla Chiesa di S. Caterina da Siena sorta presso Macallè, per volontà del personale dell'ospedale da campo n. 185 « Benito Mussolini », diretto dall'on. prof. Giorgio Alberto Chiurco, il quale ha consegnato ai Padri Lazzaristi e al conte Pio Jannuzzi, capo dell'ufficio politico di Adigrat, la Chiesa, il Cimitero annesso ed una casetta in muratura nella quale hanno sede un ambulatorio medico ed un ricovero per indigeni.

Il 1° Congresso internazionale sulla terapia febbrile, che era stato indetto dal 29 settembre al 3 ottobre, è stato rimandato al 30 marzo - 2 aprile 1937.

Il 15° Congresso della Società italiana di urologia è convocato a Trieste dall'1 al 4 ottobre; tema: « La diagnosi precoce della tubercolosi renale ». Al congresso sarà annessa una mostra di strumenti, medicinali ecc.

La Società spagnola di chirurgia ortopedica e di traumatologia ha tenuto la sua prima riunione a Barcellona, nei locali della casa del medico (via Layetana 31), il 19 e il 20 giugno. Temi discussi: La patologia delle idartrosi; La compressione midollare da male di Pott: patologia e condotta operatoria; Trattamento operatorio delle fratture recenti delle ossa lunghe.

Il 1° Congresso balcanico per la protezione dell'infanzia si è tenuto ad Atene nello scorso aprile.

La Società d'Ostetricia e Ginecologia della Sicilia orientale si è adunata a Catania il 28 giugno, sotto la presidenza del prof. S. Scaglione, assistito dal segretario G. Micale. Sono state fatte comunicazioni da: S. Scaglione, S. Amico Roxas, G. Motta, A. Merlino, G. Micale, G. Satta Flores, A. Gambino, S. Giuffrida.

Il Congresso internazionale degli omeopati si terrà a Glascow dal 24 al 29 agosto. Per informazioni: John Vatersen, Sanchichale Street 923, Glascow, Inghilterra.

Il prof. Federico Volltrechthausen, dell'Università di Messico, ha tenuto un corso sull'anestesia e l'analgesia all'Università di Buenos Aires.

Il 30 giugno, alla presenza di alte autorità mediche della Capitale, tra cui S. E. Sanarelli, molti primari di ospedali e professori universitari, e con l'intervento di S. E. Carlo Solmi, presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, il prof. Ludovico Paterni, primario medico degli Ospedali romani, tenne, presso l'Accademia Lancisiana, una conferenza dal tema: « Questioni attuali nella patologia e terapia delle cirrosi epatiche, con speciale riguardo alle cirrosi splenomegaliche e alla splenectomia ». La conferenza dette origine a discussione. Verrà da noi pubblicata integralmente nel prossimo numero.

Il Pontefice ha donato all'Università Cattolica di Milano la villa del Sacro Cuore a Monte Mario in Roma: essa verrà destinata ad una Sezione dell'Università; probabilmente la scelta cadrà sulla Facoltà di medicina.

Nell'Ospedale americano di Neuilly, presso Parigi, è stato proclamato lo sciopero dal personale ausilario, che ha occupato l'ospedale, arrestandone i servizi, i quali però sono stati disimpegnati dalle infermiere e dai medici. Le domande sono state parzialmente accolte e lo sciopero è presto cessato.

Il prof. G. Petragnani ha visitato il nuovo Sanatorio « Vittorio Emanuele III » di Alessandria, dovuto alla generosità del sen. Teresio Borsalino.

L'Istituto tedesco per la tubercolosi vertebrale, a Krotzsche, presso Dresda, ha compiuto un decennio; è diretto dal dott. Julius Finek.

La perdita di LUIGI DEVOTO è fortemente sentita dalla classe medica. Dell'illustre clinico e studioso daremo una biografia in un prossimo numero.

Il prof. Pietro Di Mattei ha commemorato, nell'Istituto di patologia generale di Pavia, il compianto prof. Tullio Gayda; erano presenti le autorità e numerosi professori.

Il prof. Luigi Torraca, direttore della Clinica chirurgica di Napoli, ha tenuto il 20 giugno, nella R. Accademia delle scienze mediche e chirurgiche di quella città, una commemorazione di Ferdinando Palasciano.

Con decreto andato in vigore il 1° marzo si è creato nel Venezuela il Ministero di sanità e assistenza sociale.

Per invito ed incarico della Lega ticinese contro la tubercolosi il prof. Gaetano Ronzoni di Milano ha tenuto, durante la settimana antitubercolare svizzera, conferenze di propaganda nel Canton Ticino — a Lugano, Locarno, Bellinzona e Mendrisio — mettendo in rilievo anche quanto, in tale campo, il Governo fascista ha compiuto in Italia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Münch. Med. Woch., 29 mag. — G. ZICKGRAAF. Acido silicico e tbc. polm. — K. HERMAN. Concretio pericardii.

Deut. Med. Woch., 29 mag. — Numero sulle malattie infett.

Rif. Med., 30 mag. — B. BARBAGALLO. La prova di Weltmann nelle coliti amebiche e non amebiche.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., mag. — LEDOUX-LEBARD e al. Diverticoli gastrici. — A. CHAPUY. Il decentramento pilorico, segno radiologico dell'ulcera gastr. — R. V. TALICE. Il tetracloruro di carbonio come antielmintico.

Archivos de Med. Int., 1. — P. L. FARIÑAS e A. AIXALÁ. Radiochimografia cardio-vascol. — F. MILANÉS. Fisiopatologia dello stomaco gastrectomizzato per ulcera g.-d.

Brit. Med. Journ., 30 mag. — J. YUNG. Limitaz. delle nascite. — L. MINSKI e al. Trattam. della myasthenia gravis.

Lancet, 30 mag. — H. CAIRNS. Risultati remoti del trattam. operatorio dei tumori cerebr. — W. SCHILLER. Diagnosi precocissima del cancro della cervice uter. — G. S. ERWIN. Broncografia.

Med. Klinik, 29 mag. — W. KNOLL. Infortunistica sportiva. — Inchiesta sulla tetania e suo trattamento.

Med. Welt, 30 mag. — O. BOKELMANN. Ipogenitalismo nella donna. — K. A. BOCK. Tifoide e forme affini.

Riv. di Clin. Ped., mag. — P. CIATTI e R. AUERBACH. Influenza dell'acido ascorbico su alcune costanti del sangue. — P. BUSACCHI. Chetonemie.

Minerva Med., 2 giu. — F. BUA. Diuresi xantinica e mercuriale.

Zeitschr. f. Tuberk., giu. — J. W. SOPP. Roentgenografia a strati (tomogarfia) nella diagnosi polmonare. — D. BARGLOWSKI. I fattori psichici nella guaribilità della tbc. — J. ZEYLAND e E. PIASECKA-ZEYLAND. Sierodiagnosi della tbc. — G. SADOWSKI. Tbc. polm. e vasi terminali nella cute.

Paris Méd., 6 giu. — Numero sulle malattie infettive.

Folia Med., 30 mag. — A. RUBINO. I fenomeni pulsatori del respiro.

Scalpel, 6 giu. — H. MELARD. Patologia dell'orecchietta.

Pediatria, 1 giu. — F. TECILAZIC. Ricerche ematologiche « in vitro » sul midollo osseo nella prima infanzia.

Ann. de Méd., apr. — D. PAULIAN. Permeabilità delle meningi per l'arsenico prima e dopo la malarioterapia. — A. DE WULFF e L. VAN BOGAERT. Associazione di encefalite epidem. e di sclerosi a placche. — A. SOKOLOWSKI. Metodo interferometrico.

Rinasc. Med., 31 mag. — F. MARTILLOTTI. « Fenomeno d'ostacolo » nelle manifestazioni tbc. dell'infanzia.

Riv. It. di Terapia, 30 apr. — F. BERTOLETTI. Ormoni sessuali nel trattam. di alcuni disturbi mestruali.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 15 giugno al 21 giugno 1936: Morbillo 357 (1947); Scarlattina 120 (277); Pertosse 224 (769); Varicella 132 (264); Vaiuolo e vaiuoloide 1 (1); Febbre tifoidea 179 (325); Infezioni paratifiche 52 (59); Febbre ondulante 86 (116); Dissenteria 7 (9); Difterite e croup 174 (301); Meningite cerebro-spinale epidemica 15 (16); Poliomielite anteriore acuta 53 (76); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 9 (32); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 57 (91), dichiarata — (—); Pustola maligna 16 (17); Parotite epidemica 95 (262); Leishmaniosi 2 (2); Febbre puerperale 22 (23).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 3 Agosto 1936 - XIV — Num. 31

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L 100	L 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

CONFERENZE.

Questioni attuali nella patologia e terapia delle cirrosi epatiche con speciale riguardo alle cirrosi splenomegaliche e alla splenectomia (*).

Prof. dott. LUDOVICO PATERNI

Primario Medico Ospedali Riuniti di Roma.
Docente di Patologia Med. nella R. Università.

La sistematizzazione delle cirrosi a oltre due secoli dalla prima scoperta di Morgagni e a un sessantennio dal primo tentativo di classificazione di Charcot, è tutt'ora un problema palpitante e irto di difficoltà negli studi medici. Gli innumeri tentativi di riproduzione sperimentale, la scoperta da parte di Banti della sindrome che porta il suo nome e del principio fisiopatologico-terapeutico della splenectomia nelle affezioni epatospleniche, le conoscenze sulla fisiologia e patologia del sistema reticolo endoteliale sviluppate dalla scuola di Aschoff, hanno portato obbiettivi nuovi importantissimi nell'argomento e hanno dimostrato che il campo della discussione era ancora più esteso di quanto non si credesse. Sulla vastissima base di discussioni così creata si sono moltiplicate idee e tendenze da punti di vista svariatissimi; la casistica si è andata estendendo e complicando nello spirito di altrettante interpretazioni, mentre di pari passo numerosi tentativi di classificazione si sono succeduti.

Ricorderemo e commenteremo taluni più recenti e più importanti di questi tentativi.

La classificazione di Fiessinger essenzialmente clinica (divisione in epatiti croniche ascitogene e itterigene, con varie sottospecie di ordine clinico), giustificata dallo scetticismo dell'autore rispetto alle distinzioni anatomo istologiche, ha il fondamentale difetto di distaccare completamente il pensiero clinico dalle rispondenze anatomiche.

La classificazione di Rössle, che al congresso di Parigi del 1929 riscosse plauso e fu dichiarata la meno imperfetta, non si è dimo-

(*) Conferenza tenuta all'Accademia Lancisiana di Roma il 30 giugno 1936-XIV.

strata tuttavia di chiaro ausilio per l'uso corrente della clinica: taluni criteri di classificazione possono in pratica prestarsi a confusioni, altri sono tratti da interpretazioni patogenetiche di difficile controllo anatomico e di ancor più difficile valutazione clinica. Il primo criterio differenziale nel campo delle cirrosi è basato sullo stato di ipertrofia o di atrofia del fegato: ma un tale carattere può essere niente affatto stabile; sono tutt'altro che rari i casi di cirrosi decorsi per lunghi anni con grosso fegato e finiti con fegato atrofico; per la stessa cirrosi atrofica di Laënnec; moltissimi autori ammettono la possibilità di uno stadio ipertrofico; inoltre a causa di tale carattere differenziale la varietà ipertrofica della cirrosi di Morgagni-Laënnec, istologicamente ed etiologicamente del tutto vicina alla forma atrofica e suscettibile di terminare in questa, viene distaccata dalla forma atrofica e ravvicinata invece a tante altre forme di epatite con grosso fegato, da essa molto diverse istologicamente e clinicamente. Il concetto poi di cirrosi angioemotossiche corrisponde ad una interpretazione patogenetica che è di considerevole progresso in questo campo di studi, ma basta leggere le suddivisioni di questo gruppo, basta pensare ai reperti istologici descritti da autorevoli osservatori in molte di queste forme, reperti che tanto si avvicinano alla cirrosi anulare, basta pensare che tant'altri autori non hanno constatato le alterazioni vascolari descritte da Rössle, per comprendere la difficoltà di stabilire la posizione e i limiti di questo stesso gruppo nel campo generico delle cirrosi.

Sabatini con diligenza e acutezza degne dell'argomento, ha mosso un altro importante tentativo di classificazione; egli isola ad un estremo la cirrosi di Morgagni-Laënnec nella sua più pura espressione anatomo-clinica; all'altro estremo raggruppa come sindromi epatiche particolari la m. di Hanot, di Banti, di Wilson, e l'emocromatosi. Tutta la restante massa di queste affezioni, sotto il nome di epatiti croniche, è suddivisa con criteri etiologici, i quali tuttavia solo fino ad un certo punto possono fornire sufficente orientamento discriminativo, quando tanto poco di preciso sappiamo sulla etiologia di queste forme e quando sugli stessi sfondi etiologici possono risultare quadri clinici e anatomici assai differenti.

Albot distacca le cirrosi epatiche di origine reticulo-endoteliale da tutto il resto delle epatiti croniche, che vengono distinte in tossinfettive, colostatiche e da stasi sanguigna.

Le epatiti tossi-infettive sono distinte in forme epatiche, epatospleniche ed epatovescicolari. La cirrosi alcoolica atrofica ed ipertrofica sarebbe la forma puramente epatica delle epatiti croniche tossi-infettive; le cirrosi splenomegaliche, le cirrosi con sindrome di Hanot sarebbero le forme epatospleniche di questo stesso gruppo. Già questa divisione di forme epatiche e forme epatospleniche, urta contro notevoli difficoltà pratiche: vedremo fra breve come, anche se nelle cirrosi atrofiche l'interessamento splenico può mancare, non possono escludersi neppure cospicui tumori di milza; e allora dove finiscono le forme puramente epatiche e dove cominciano le forme epatospleniche? Ma il punto più saliente che sta a base dei concetti di Albot, è che egli accomuna tutte le epatiti croniche tossi infettive, cioè tutte le più importanti forme di epatiti e cirrosi in una stessa istopatogenesi che per tappe insulari, interinsulari, e anulari giungerebbe a completa evoluzione ad un unico e costante tipo istologico: la cirrosi anulare. Molte forme di epatiti, come le epatiti satelliti di colecistiti, non giungerebbero che a tappe intermedie, mentre la stessa epatite di Hanot ed anche tutte le forme di sclerosi epatica con interessamento del reticulo endotelio finirebbero a completa evoluzione nella cirrosi anulare. Questo unitarismo anatomico di Albot, giustificato da ricerche sperimentali, biopsiche e necropsiche ha saldi punti di appoggio; esso tuttavia non può essere senz'altro accettato, e di ciò torneremo a parlare fra breve.

La classificazione più utile delle cirrosi attualmente sarebbe quella che raggruppasse intorno ai tipi principali anatomo-istologici le varie forme tra loro distinguibili per sintomatologia, indizi patogenetici constatabili in vita, e per eventuali elementi etiologici. Su di una tale falsariga la mente del pratico seguirebbe un chiaro orientamento diagnostico in diretta connessione con i più importanti corollari terapeutici puntando sempre in direzione dei termini ultimi segnati dalla anatomia patologica.

Per questa via si sono indirizzati due importanti tentativi di classificazione di due autori italiani: Pepere e Cesa Bianchi. Pepere distingue le cirrosi in epatossiche ed epatitiche; le prime derivano da alterazioni litiche, prevalentemente parenchimali o connettivo-parenchimali: sono caratterizzate da atrofia o da degenerazioni più o meno gravi del parenchima, iperplasia anulare del connettivo e grave pervertimento della struttura lobulare; le seconde derivano da alterazioni prevalentemente connettivali, interpretabili, secondo l'autore, come di origine infiammatoria e sono caratterizzate da alterazioni parenchimali scarse e discrete, iperplasia inter ed intraacinosa del connettivo senza notevoli pervertimenti della struttura lobulare. Alle cirrosi epatosiche l'autore assegna la cirrosi di Morgagni-Laënnec insieme ad altre forme che egli interpreta come varietà di questa (cirrosi ipertrofica, grassa, pigmentaria, adenomatosa); alle cirrosi epatitiche assegna la malattia di Hanot e le altre forme biliari propriamente dette.

Cesa Bianchi in due primi gruppi corrispondenti nelle linee generali a quelli di Pepere, classifica rispettivamente le forme con lesioni primitive prevalenti epiteliali (cirrosi vera di

Morgagni-Laënnec) e le forme con lesioni primitive prevalenti dello stroma connettivo vascolare: tessuto di sostegno, vasi sanguigni, linfatici e biliari (cirrosi biliari in senso lato, compresa la malattia di Hanot).

A questi due gruppi Cesa Bianchi ne aggiunge un terzo corrispondente a lesioni primitive prevalenti del sistema reticulo endoteliale, lesioni sistematiche a tipo emolitico più o meno diffuse anche alle ghiandole emolinfatiche, ma particolarmente localizzate al fegato e alla milza. Queste reticulo endoteliosi emolitiche, malattie di soggetti giovani, criptogenetiche, su sfondo prevalentemente costituzionale sono caratterizzate istologicamente da iperplasia delle cellule stellate, degli endoteli, della reticulina con tendenza ad esaltata attività eritrocateretica da parte degli elementi fagocitari, e finiscono per accompagnarsi nel fegato ad alterazioni connettivali e parenchimali che se morfologicamente potrebbero essere ravvicinabili agli altri due gruppi, ne sarebbero del tutto distinte dal punto di vista patogenetico. A questo gruppo, che coinciderebbe col terzo gruppo della divisione dall'A. stesso proposta per le sindromi emolitiche in generale, vengono assegnate le cirrosi epatosplenomegaliche che secondo le testuali parole di Cesa Bianchi sarebbero nella loro essenza anemie emolitiche.

Le questioni controverse che scaturiscono dai concetti di divisione ora esposti sono fondamentalmente due. Il primo è di natura essenzialmente istopatogenetica: Albot, come abbiamo visto non riconosce una individualità propria ai diversi aspetti istologici ai quali ora abbiamo accennato e ritiene che tutte le forme di epatite cronica tossi infettiva e reticuloendoteliale abbiano come termine ultimo di evoluzione le caratteristiche istologiche della cirrosi anulare. D'Amato muove riserve circa la possibilità di ammettere il terzo tipo di Cesa Bianchi come a sè stante, tendendo a considerare le alterazioni del reticulo endotelio come una reazione generale e varia di tutte le cirrosi. Pepere, pure accennando alle forme reticulo endoteliosiche, sembra limitarne la portata non costituendone un gruppo a sè e ritenendo che parte notevole delle cirrosi ipertrofiche e splenomegaliche non abbiano ragione di essere considerate separatamente dalle altre cirrosi.

Ed ecco lo spunto dell'altra questione controversa: ammessa l'esistenza delle reticulo endoteliosi emolitiche come origine di stati cirrotici, quali sono i limiti da assegnare a queste forme nel campo generale delle cirrosi?

A proposito di tutte queste varietà di vedute di classificazione, è da tener presente che due sono i punti di osservazione dai quali si dipartono le diverse tendenze: il punto di osservazione necropsica e il punto di osservazione clinica.

L'osservazione necropsica, anche se in taluni casi che giungono a morte prematuramente per affezioni intercorrenti offre la possibilità di studiare stadi intermedi del processo cirrotico, è rivolta sopratutto agli stadi inoltrati o finali della malattia, nei quali molto spesso è lecito ritenere che la espressione morfologica pura del processo iniziale sia andata perduta per lo immancabile istituirsi di alterazioni multiple connesse a leggi istopatologiche locali più o meno comuni a tutte le forme, cosicchè le tante varietà cliniche di epatiti e cirrosi tendono a convergere verso pochi aspetti istologici terminali e secondo Albot, verso un unico aspetto. È evidente che, da coloro che studiano da un tale punto di osservazione, si professino le tendenze verso l'oligomorfismo o senz'altro verso l'unitarismo anatomico delle cirrosi.

L'osservazione clinica offre direttamente lo studio dei vari caratteri etiologici, dei vari decorsi, delle varie sindromi, dei vari tipi dei disordini funzionali del fegato e del reticulo endotelio, e talvolta può offrire lo studio dell'esperimento terapeutico della splenectomia. La osservazione clinica, associata eventualmente al controllo biopsico, fornisce la testimonianza di complessi patologici svoltisi in vita, più vari e diversi di quanto non siano i quadri istologici terminali. È da questo punto di vista che si dipartono le principali tendenze alle distinzioni e al polimorfismo.

Da ciò scaturisce la opportunità che le linee divisorie nel campo delle cirrosi ed epatiti, per sfuggire nell'uno o nell'altro senso agli errori derivanti da osservazioni unilaterali, debbano essere segnate da uno studio completo di accurata e sistematica collaborazione clinica ed anatomica. La clinica, provvista anche di un adeguato corredo di ricerche sui testi funzionali del fegato, sul ricambio emoglobinico, sui reperti ematologici, assiduamente saggiati in ogni periodo della malattia, offrirà, documentazione importantissima sui processi svoltisi in vita, atta a integrare e chiarire gli aspetti morfologici che l'anatomia patologica necropsica ed eventualmente biopsica con l'aiuto di tecniche istologiche complete metterà in evidenza.

E poichè uno studio esauriente su di un tale binario clinico-fisiopatologico e anatomico tuttora manca o è stato appena avviato, non ancora è possibile rispondere che in modo del tutto parziale e provvisorio alle due questioni controverse, alle quali abbiamo in precedenza accennato.

Si può asserire che la tendenza all'unitarismo anatomico non risulta accettata dalla maggioranza degli autori, e seppure i reperti istologici terminali di moltissime cirrosi in senso lato, si avvicinano molto o coincidono con quello della cirrosi comune, possono osservarsi altri tipi di reperti, i quali, anche se si volesse accettare l'opinione di Albot di una immancabile evoluzione verso la forma anulare, non possono venire considerati troppo rigidamente dal punto di vista del loro ultimo possibile divenire, tanto più che, come abbiamo

visto, l'identificazione precisa di ogni forma di cirrosi non può essere affidata alla esclusiva osservazione anatomo istologica.

Quanto poi alle reticulo endoteliosi emolitiche di Cesa Bianchi, i quadri anatomo clinici tracciati su di una casistica personale dell'illustre autore, rappresentano entità morbose degne di essere considerate in un gruppo speciale; circa però la estensione di questo gruppo non possiamo ritenere ancora per dimostrato che tutte le cirrosi splenomegaliche debbano farvi parte. Ciò perchè, stando alle descrizioni fino ad ora esistenti in letteratura, non in tutte le cirrosi splenomegaliche risulta dimostrata la iperemolisi, perchè gli studi sulla patogenesi dell'ittero in talune di queste forme, eseguiti dalla scuola di Micheli, tendono ad attribuire preponderante importanza alla patogenesi epatica, perchè tra le cirrosi splenomegaliche va tenuta presente, come fra poco vedremo, la esistenza di forme che anatomicamente e clinicamente potrebbero qualificarsi come miste o intermedie fra le cirrosi comuni e le reticulo-endoteliosi emolitiche. Devesi ancora da un punto di vista generale tener conto della difficoltà di delimitare la patologia del reticulo-endotelio da quella dei connettivi e parenchimi, non solo nelle cirrosi epatiche, ma anche in molti altri processi morbosi di altri organi e sistemi.

Rimandando quindi a ulteriori studi da percorrersi con metodo anatomoclinico esauriente la soluzione definitiva e completa dei problemi suaccennati ricapitoleremo ora nei loro punti più salienti i principali quadri anatomo clinici delle cirrosi in generale ed in particolare delle cirrosi con splenomegalia, con i risultati ottenuti con la splenectomia nelle varie forme nelle quali essa venne sperimentata. Ciò allo scopo di orientare la mente del pratico nel dedalo delle numerose forme descritte e variamente qualificate, e sopratutto allo scopo di muovere qualche considerazione finale sintetica sulla patologia e terapia di queste affezioni.

* * *

La cirrosi di Morgagni-Laënnec è l'unica cirrosi universalmente riconosciuta come tale: essa è a tutti nota nel suo paradigma anatomo clinico e corrisponde al prototipo del primo gruppo delle classificazioni di Pepere e di Cesa Bianchi. Tre punti tuttavia meritano di essere chiariti, in quanto rappresentano i termini di contatto con le altre forme più o meno discusse di cirrosi e i punti di attacco delle più importanti controversie: essi sono l'ittero, l'epatomegalia, e la splenomegalia.

L'ittero più o meno latente con indice biliare plasmatico più o meno elevato, è pressochè abituale in questa malattia; esso si ritiene principalmente in rapporto alle alterazioni epiteliali determinanti comunicazioni tra i capillari biliari e sanguigni pericellulari. Poussées di accentuazione di questo ittero, che un tempo si ritenevano quasi sempre riportabili a processi flogistici delle vie biliari, oggi si tende spesso ad attribuirle a poussées di atrofia parenchimale. Mi è capitato varie volte di osservare e controllare anatomicamente questi episodi morbosi, che io chiamerei *crisi epatolitiche;* essi si svolgono sporadicamente e in modo ricorrente, si possono accompagnare a periodi febbrili, ad accentuazione della tendenza emorragica delle mucose, ad accentuazione o comparsa dell'ascite oltre che ad accentuazione dell'ittero. Essi possono intervenire oltre che nelle cirrosi di Laënnec in molti altri tipi di cirrosi, ma specialmente in casi o stadi con ipertrofia del fegato. Talora il succedersi a più o meno breve o lunga scadenza di questi episodi, con curva febbrile ondulante, specialmente nei periodi inoltrati della malattia, assume importanza decisiva verso l'epilogo finale, caratterizzato dalla insufficienza epatica. Se il fegato era grosso e palpabile, può rimanere inalterato nella sua grandezza, oppure con il ripetersi di tali crisi epatolitiche, può andare riducendosi e volgere all'atrofia. Ciò dipende dalle possibilità rigenerative dell'organo, le quali fatalmente tendono ad esaurirsi col progredire ed estendersi del processo cirrotico.

Si deve dunque distinguere nelle cirrosi in generale un'atrofia epiteliale lenta, graduale alla quale corrisponde un decorso uniformemente lento e progressivo, e una eventuale atrofia a crisi epatolitiche, più o meno sporadiche o ricorrenti, che possono assumere parte importante nel decorso morboso; il lieve ittero clinico o l'ittero soltanto latente abituale è indice della prima; le poussées di ittero clinico più o meno intenso sono spesso indice della seconda.

Queste crisi epatolitiche rappresentano punti di contatto con le atrofie subacute del fegato, con certe speciali forme di epatite descritte da Ughetti Galvagni Mazzotti e con l'altro speciale tipo anatomo clinico di atrofia subacuta descritto da Antonelli; questi punti di contatto si presterebbero a importanti considerazioni, nelle quali tuttavia, nei ristretti limiti di questa conferenza non possiamo entrare.

Illustrato in questo modo il più importante complesso patogenetico dell'ittero nella cirrosi volgare e in altre cirrosi, si domanda se il fattore emolitico possa intervenire anch'esso nella patogenesi dell'ittero della cirrosi volgare. Patologi del fegato dell'autorità di Eppinger e di Fiessinger lo ammettono senz'altro, anzi Fiessinger parla di episodi di itterizia con diminuzione di resistenza globulare, reticulocitosi, autoagglutinazione delle emazie. Se i casi ai quali allude quest'ultimo autore erano vere cirrosi di Morgagni-Laënnec, questi fatti dimostrerebbero che, se esistono reticulo endoteliosi emolitiche primitive, dalle quali si sviluppano processi epatici cronici ravvicinabili alle cirrosi, anche in cirrosi genuine del fegato possono intervenire processi iperemoli-

tici, e che quindi, anche se in questi ultimi casi non risulta con precisione stabilito il meccanismo e la sede della iperemolisi, non mancano tratti di unione reciproci tra le cirrosi vere e le reticulo endoteliosi emolitiche. Ciò prepara nella mente il concetto di forme intermedie o miste della cui possibile esistenza abbiamo poc'anzi accennato e torneremo a parlare.

Circa la epatomegalia nella cirrosi di Laënnec, la maggioranza degli autori tende ad ammettere tanto la possibilità di un primo stadio ipertrofico, quanto la esistenza di una forma ipertrofica duratura.

Circa la splenomegalia, fino a che grado il tumore di milza è osservabile nella cirrosi di Laënnec? Secondo le recenti statistiche di Reitano, tratte nel servizio di settorato di Milano, su 230 casi dei quali 134 con atrofia del fegato, risulterebbe la splenomegalia, cioè una milza superiore a grammi 500, nel 15-16 % tanto dei casi a fegato atrofico quanto di quelli a fegato di peso normale o superiore al normale. Anche se si volesse pensare che in queste statistiche anatomiche, uscite da così autorevole scuola, per difetto di dati clinici o per qualsiasi altro errore inerente a tutte le grandi statistiche, risultino comprese forme non coincidenti con la cirrosi comune, credo si possa dedurre senza timore di imprudenza e fino a prova contraria, che seppure la clinica dimostra che splenomegalie pronunciate non sono proprio delle cirrosi di Morgagni-Laënnec, specialmente delle atrofiche, splenomegalie di grado cospicuo, superiori a due volte il peso normale dell'organo, non possono essere escluse anche in tali affezioni.

E ciò sembra risultare logico anche da altri punti di vista: se al lato della cirrosi atrofica, per un processo ad essa consensuale, può svilupparsi nella milza una sclerosi pulpare a punto di partenza da una iperplasia degli elementi istiocitari, è ben verosimile immaginare che, in talune forme e in taluni soggetti, questa reazione possa assumere proporzioni più spiccate, con tumefazioni spleniche tali da non differire di troppo, almeno volumetricamente, da splenomegalie di altri processi cirrotici più o meno diversi dalla cirrosi di Morgagni-Laënnec.

Entrando ora a parlare delle cirrosi splenomegaliche, per quello che abbiamo ora detto circa la possibile splenomegalia e gli altri possibili sintomi nelle cirrosi comuni, si comprende senz'altro quanto risulti difficile stabilire dove inizino le une e finiscano le altre. Senza poter dire nulla di preciso su questo punto, tenendo presenti gli scopi di questa conferenza, tra i quali quello di istradare il medico pratico nel riconoscimento delle varie forme di cirrosi e epatite con splenomegalia, passeremo queste in rapida rassegna, raggruppandole secondo divisioni cliniche schematiche, ad uso prevalentemente didattico, in un quadro diagnostico differenziale.

Avvertiamo che la denominazione di cirrosi epato splenomegaliche, da molti adoperata come sinonima di cirrosi splenomegaliche, è da evitare per possibili confusioni, in quantochè, se realmente la splenomegalia si accompagna quasi sempre ad epatomegalia, è tutt'altro che raro osservare negli stadi avanzati del male il passaggio all'atrofia del fegato.

Raggrupperemo dunque le varie forme di cirrosi ed epatiti con splenomegalia, quali risultano descritte e interpretate dai rispettivi autori, in cinque divisioni come segue: 1) *forme con splenomegalia senza ittero e senza costante marcata anemia;* 2) *forme con splenomegalia e anemia non emolitica;* 3) *forme con splenomegalia, con anemia, ittero o con entrambi i sintomi di origine prevalentemente emolitica;* 4) *forme con splenomegalia, ittero ed eventuali altri sintomi di origine prevalentemente epatica;* 5) *forme con splenomegalia con ittero ed eventuali altri sintomi di origine epatica ed emolitica insieme.* I caratteri di queste divisioni si riferiscono a periodi non troppo inoltrati delle varie forme, nei quali è quasi immancabile l'insorgenza dell'ittero di altri sintomi di origine epatica.

1) Alle forme con splenomegalia senza ittero e senza anemia costante e marcata appartengono due tipi:

a) la forma descritta nel 1934 da Abrami sotto il nome di *cirrosi ipertrofica anitterica di origine splenica.* Etiologia indeterminata, indipendente da alcoolismo, lue, tubercolosi; prevalenza nel sesso maschile, e, a differenza della malattia di Banti, nella seconda metà della vita. Non provata una fase iniziale di splenomegalia pura. Milza notevolmente o fortemente ingrandita con fibroadenia e iperplasia delle cellule reticolari della polpa rossa, dilatazione dei seni con congestione, incostanti alterazioni flebitiche della vena splenica, non risultano constatati segni di aumentata emolisi. A differenza della malattia di Banti fegato in progressivo aumento di volume fino alla fine della malattia, istologicamente sclerosi anulare periportale, ipertrofia nodulare. A differenza ancora della malattia di Banti incostanza di anemia marcata e tendenza a polinucleosi; a differenza delle sindromi emolitiche resistenza globulare e reticulociti normali; a differenza della cirrosi volgare serinemia normale. Durata 4-5 anni o più. Crisi epatalgiche, emorragie intestinali talora imponenti, non segni di emogenia. Nell'ultimo periodo eventuale ascite anche voluminosa senza notevole reticulo venoso. La splenectomia eseguita anche in fase ascitica diede in 4 casi operati intenso miglioramento di tutta la sindrome e particolarmente: miglioramento fino alla scomparsa dell'ascite, scomparsa dell'emorragie e riduzione di volume del fegato fino alle normali

proporzioni, cessazione dei sintomi subiettivi, ripresa dell'attività lavorativa da parte dei pazienti. Caroli e Coppo nella clinica di Carnot (1935) confermano questi risultati.

b) Le cirrosi splenomegaliche anitteriche studiate dalla scuola di Torino. Etiologia muta oppure con lue o alcoolismo. Fegato grande o atrofico con fini granulazioni, reperto istologico del tipo cirrosi anulare. Ascite incostante, decorso lento. Non risultano siano stati eseguiti tentativi di splenectomia.

2) Alla seconda divisione di forme con splenomegalia e anemia anemolitica appartengono:

a) le forme ricordate nei precedenti paragrafi, quando per la presenza di una marcata anemia anemolitica non rientrano più nello schema della precedente divisione.

b) la cirrosi bantiana con i suoi stadi di sviluppo a tutti noti e coi caratteri differenziali rispetto alla sindrome di Abrami già riassunti. Rispetto alle sindromi descritte da Eppinger e da Cesa Bianchi si distingue per la mancanza di sintomi clinici e anatomici di iperemolisi. La splenectomia ha in questa sindrome la sua più tipica applicazione. Buoni risultati sono menzionati anche in fase ascitica;

3) Alla terza divisione di forme con splenomegalia, anemia e ittero di origine emolitica, ai quali sintomi nei periodi avanzati si aggiungono i segni di insufficienza epatica compreso l'ittero, appartengono varie forme descritte da Eppinger, e quelle descritte da Cesa Bianchi, queste ultime sotto il nome di reticulo endoteliosi emolitiche.

a) Il tipo Eppinger con anemia più o meno precoce o tardiva, eritroblastosi, urobilinuria, splenomegalia pronunciata senza tendenza all'ascite, ittero lieve o assente. Milza con fibroadenia prevalente o esclusiva dalla polpa rossa, emosiderosi delle cellule bastoniformi e delle cellule dei cordoni di Billroth, fegato con cirrosi del tipo anulare, cellule di Kupfer cariche di pigmento ferrico e di residui di globuli rossi. Midollo osseo eritroblastico.

b) Il tipo Eppinger con ittero, anemia di lieve grado o di grado più elevato a seconda dei periodi della malattia, anisocitosi e policromatofilia, aumento della stercobilina e dell'urobilina, eventuali emorragie gastro intestinali, crisi epatalgiche o vescicolari, plurito cutaneo, fegato ingrandito oppure specialmente nei periodi inoltrati della malattia, atrofico, con sclerosi periportale, cellule stellate cariche di emosiderina colorabile col metodo di Turnbull. Splenomegalia mediocre o intensa con fibroadenia meno regolare che nella malattia di Banti e non ad inizio dai follicoli, ampio sviluppo dei seni, processi endoarteritici e focolai emorragici con pronunciata reazione del ferro. Ascite assente o tardiva, lunga durata della malattia. Osservazioni di Eppinger, Beresow, e Brandeberg tendono a dimostrare vere resurrezioni dopo la splenectomia con scomparsa dell'ittero, del prurito, diminuzione del volume del fegato.

c) Il tipo Cesa Bianchi che almeno clinicamente, molto si avvicina al precedente, con anemia emolitica ed eventualmente ittero della stessa natura. Esso colpisce i soggetti giovani o di media età, spesso con tare costituzionali evidenti e senza cause esogene. L'anemia in principio lieve, aumenta nei periodi inoltrati, resistenza globulare normale o di poco diminuita, modica reticulocitosi e microcitosi. Epatomegalia che va riducendosi nei periodi inoltrati parallelamente all'istaurarsi dell'ascite che segna l'inizio del periodo finale. Microscopicamente il carattere fondamentale dell'alterazione epatica è dato da iperplasia degli endoteli e delle cellule stellate, con sovraccarico di pigmento emosiderinico e di globuli rossi. Splenomegalia più o meno accentuata con sviluppo dei seni e delle lacune, sovraccarico di globuli rossi e di pigmento ferrico da parte dei fagociti. Nelle linfoghiandole addominali e periaortiche aspetto emolinfatico. Lunghissima durata della malattia che può passare per lungo tempo inosservata. Cesa Bianchi non ritiene a priori indicata la splenectomia in queste forme, che considera come malattie sistemiche del fegato, milza ed eventualmente delle ghiandole emolinfatiche.

4) Alla quarta divisione di forme descritte con splenomegalia, ittero e altri eventuali sintomi di origine prevalentemente epatica, possono annettersi:

a) Cirrosi splenomegaliche con ittero, studiate dalla scuola di Torino (Micheli, Pietra, ecc.,); anche qui etiologia muta o sporadicamente alcoolismo e lue. Fegato coi caratteri della cirrosi anulare, ingrandito o, specialmente nei periodi avanzati, atrofico, ascite non costante. Decorso lento o lentissimo.

b) La così detta e tanto discussa cirrosi di Hanot-Kretz, negata da Rössle e da altri autori. Importanti contributi italiani particolarmente quelli di Antonelli, di Fabris, di Condorelli e di Villa, tendono a confermare l'individualità anatomo-clinica di questa malattia, sebbene essa sia da considerarsi rarissima. Villa ne riassume il paradigma nel modo che segue: decorso lento irregolarmente o periodicamente febbrile, anemia moderata, tendenza all'emorragie mucose, ittero precoce da prima oscillante con le riprese febbrili poi permanente, prima colurico solo a periodi, poi definitivamente colurico, feci mai acoliche; epatomegalia molto rilevante, regolare; splenomegalia più o meno rilevante non obbligatoria secondo vari autori; assenza di ascite o di

reticulo venoso, funzionalità epatica, a parte l'ittero, buona per lungo tempo; assenza di sintomi di infezione biliare; non documentata iperemolisi, morte in genere per malattia intercorrente. Anatomicamente normalità delle vie biliari, fegato liscio, istologicamente corrispondente al secondo gruppo di Pepere e di Cesa Bianchi, con infiltrazione parvicellulare e connettivale periacinosa, intraacinosa e pericellulare, senza pervertimento dell'architettura dell'organo, pigmento biliare intracellulare, iperplasia e ipertrofia cellulare diffusa, non trombi biliari, non alterazioni dei condotti biliari intraepatici. Nella milza follicoli linfatici talora iperplastici, seni dilatati e congesti, aumento diffuso del reticolo collageno, cordoni ispessiti per iperplasia delle cellule proprie. Non segni di iperemolisi sia nel fegato che nella milza. L'influenza terapeutica della splenectomia è contradittoria: buona secondo Eppinger specialmente nei riguardi dell'ittero, scarsa o nulla secondo i risultati descritti in 15 casi operati nella clinica di Mayo. È probabile che questa diversità di risultati sia in rapporto con la diversità delle forme operate e non rigorosamente classificate.

c) Le varie osservazioni di epatiti croniche descritte con ittero e con splenomegalia per infezioni croniche delle vie biliari. Epatocolangiti croniche o lente sostenute dallo streptococco viridans o da germi sconosciuti (Naunyn, Bittorf, d'Antona, Greppi), epatocolangio-colecistiti in rapporto ad infezioni croniche non purulente della cistifellea e vie biliari pervie (Moracchini) o parzialmente ostruite (Melli); clinicamente queste forme potrebbero confondersi con la sindrome di Hanot o con quelle di Eppinger e di Cesa Bianchi. Ma si caratterizzano per il tipo epatico dell'ittero con urobilinuria intensa e coluria, presenza di reazione diazoica diretta nel sangue, non aumento del ricambio emoglobinico, non anemia nè reticulocitosi rilevanti, al lato di prove epato funzionali positive; manifestazioni eventuali colecistitiche intercorrenti, reperto infiammatorio e batterico nella bile estratta con sondaggio duodenale. Istologicamente si nota il tipo delle così dette cirrosi epatitiche di Pepere, con reperti pericolangitici e colangitici; nelia milza iperplasia della polpa rossa, seni più o meno congesti, assenza di manifesti segni di iperemolisi.

La splenectomia in questi casi non risulta praticata: Greppi dal punto di vista dottrinale nega l'opportunità di tale intervento. La cura di questi casi sta nel sondaggio medico e chirurgico delle vie biliari e nella asportazione dell'eventuale focolaio infettivo originario.

5) Alla quinta divisione comprendente forme con sintomatologia mista e cioè con ittero ed altri eventuali sintomi di origine epatica ed emolitica insieme, possono assegnarsi una osservazione di Greppi, descritta come epatite ipertrofica infettiva con splenomegalia, ed una mia personale osservazione in corso di pubblicazione. Dal punto di vista anatomico in ambedue questi casi esistevano reperti misti e particolarità degne di rilievo che non trovano riscontro nelle altre forme di epatiti o cirrosi con splenomegalia che siamo andati riferendo.

a) Greppi descrisse col nome di epatite ipertrofica infettiva con splenomegalia, una sindrome febbrile, ittero-ascitica ad andamento piuttosto rapido (inferiore ad un anno) con anemia modica e reticulocitosi, modica leucocitosi, reazione diazoica nel sangue diretta e indiretta, urine urobilinuriche e spesso coluriche, feci talvolta ipocoliche; istologicamente nel fegato reperto misto di epatite, che in alcune zone assumeva aspetto anulare, pericolangite fibrosa e insieme cellule stellate contenenti abbondantemente globuli rossi e pigmento emosiderinico; nella milza assenza di fibroadenia, segni di accentuata eritrocateresi con iperplasia della polpa rossa e accumoli di pigmento emosiderinico. Anamnesticamente malaria da lungo tempo pregressa, pleurite tubercolare, non lue nè alcoolismo. In questo caso al lato di un reperto di pericolangite cronica che abitualmente dovrebbe condurre ad una cirrosi epatitica senza alterazioni del disegno lobulare e senza manifestazioni emolitiche, si hanno segni istologici anche di cirrosi anulare e specialmente di iperemolisi epatosplenica, in accordo al reperto clinico di ittero epatogeno ed emolitico insieme.

b) Nella mia personale osservazione si trattava di un giovane cieco per esito di alterazioni oftalmiche complesse acquisite di ignota natura, con segni di pregresso rachitismo e di ipogenitalismo, alcoolista e senza lue dimostrabile. La malattia dalla sua prima constatazione clinica decorse in 15 mesi e fu caratterizzata da epatosplenomegalia di grado mediocre, anemia da prima discreta poi più intensa, leucopenia con linfomonocitosi relativa, discreta reticulocitosi, resistenza globulare lievemente diminuita, ittero con reazione diazoica ritardata diretta nettamente positiva, reazione indiretta intensamente positiva, urobilinuria e spesso coluria. Feci talvolta con alto contenuto di stercobilina. Ascite abbondante per tutto il decorso della malattia che richiese oltre 30 paracentesi con votamenti fino a 13 litri per volta, reticulo venoso, tendenza all'emorragie cutanee, non emorragie gastro intestinali, curva glicemica dimostrante fin da principio un evidente deficit epatico insieme alla prova della emoclasia digestiva. Febbre anche elevata a periodi ricorrenti. Nell'ultima parte della malattia, progressiva diminuzione del volume del fegato. Anatomicamente fegato diminuito di peso, di colorito verdastro con superficie a fini granulazioni, vie biliari normali, bile della cistifellea molto densa con concrezioni pigmentarie, presenza nel mesenterio e intorno alla aorta

addominale di ammassi ghiandolari di aspetto e colorito simile a quello della milza; milza di grammi 530.

Istologicamente nel fegato reperto di cirrosi anulare a piccoli nodi con gravi alterazioni atrofiche epato cellulari, scarsi depositi di emosiderina nel connettivo, non iperplasia, nè altre speciali alterazioni delle cellule stellate; nella milza tratti di sclerosi pulpare, ma sopratutto reperto spiccatamente e intensamente emolitico con congestione estravasale, eritrofagocitosi intensa da parte delle cellule della polpa, ma con scarso contenuto emosiderinico; nelle ghiandole emolinfatiche netta struttura emolitica con eritrofagocitosi intensa, nel midollo osseo anche nelle diafisi delle ossa lunghe, reperto eritroblastico assai spiccato.

L'importanza del caso sta nei caratteri misti della sindrome epatica ed emolitica, nella etiologia mista con alcoolismo e con tare costituzionali, e nei caratteri anatomici che dimostrano una cirrosi anulare senza segni di iperplasia e di eritrocateresi delle cellule stellate, al lato di una milza tipicamente emolitica e di una intensa iperplasia delle ghiandole emolinfatiche, dimostranti anch'esse una eritrocateresi spiccata. Particolarmente importante dal punto di vista clinico anche la lunga durata della fase ascitica, del tutto inabituale delle comuni cirrosi, nonostante l'abbondanza e la tendenza a riprodursi del versamento addominale e quindi le numerosissime e copiose paracentesi.

* * *

Così ricordati i principali elementi anatomoclinici delle più importanti forme di cirrosi epatiche in genere e di cirrosi con splenomegalia in specie, quali concetti sintetici è lecito riassumere e desumere nei riguardi della loro patologia?; quali corollari da questi è lecito dedurre dal punto di vista terapeutico, sopratutto per l'applicabilità della splenectomia?

La etiologia delle cirrosi ed epatiti croniche dipende da fattori tossi-infettivi e da fattori individuali. Per quanto sia difficile scindere l'influenza di questi due gruppi etiologici, si può dire che i fattori tossi infettivi figurano spesso nelle cirrosi volgari, dove l'alcoolismo e secondo alcuni la lue tengono i posti più importanti, e nelle epatiti o cirrosi epatitiche di Pepere: nella malattia di Hanot infatti, la lue sembra doversi ritenere di fondamentale importanza, seppure non esclusiva, e nelle cirrosi biliari propriamente dette sono in gioco infezioni croniche epato-colangitiche. I fattori individuali dominano l'etiologia delle reticuloendoteliosi emolitiche di Cesa Bianchi, malattie prevalentemente della giovane età in soggetti con tare costituzionali spesso bene apprezzabili, e rappresentano un substrato etiologico comune ad altre affezioni emolitiche.

L'influenza di questi gruppi di fattori è rivolta dunque prevalentemente a questo o quel tessuto dell'organo epatico, in linea generale tuttavia, non si tratta quasi mai di azioni assolutamente elettive. Negli stadi più avanzati poi le alterazioni sono quasi sempre multiple complesse e la compromissione parenchimale più o meno spiccata non manca mai; ciò che corrisponde alla clinica, la quale dimostra che l'insufficienza epatica è generalmente l'ultima scena di tutte le forme di cirrosi ed epatiti croniche.

Abbiamo detto in precedenza a proposito delle alterazioni parenchimali delle cirrosi, delle *crisi epatolitiche*, più o meno ricorrenti, caratterizzate da quadri clinici abbastanza netti e che con frequenza possono presentarsi in gran parte delle affezioni in parola. Circa l'origine di queste crisi è difficile stabilire quanta parte spetti ai veleni che determinarono la malattia fondamentale e quanta ad azioni etiologiche o meccanismi patogenetici agenti in via secondaria sul fegato leso, divenuto più vulnerabile e forse senz'altro allergico rispetto ad elementi mal precisabili.

Comunque si verifichi la compromissione parenchimale, che cioè essa avvenga gradualmente e lentamente o che a questo andamento si aggiungano poussées subacute, è certo che la durata e il decorso dei processi cirrotici sono sotto il dominio del bilancio anatomo-funzionale del parenchima, nel quale al cumulo delle potenze distruttive la natura oppone le potenze rigenerative ed ipertrofizzanti, destinate a esaurirsi sempre più, quanto più estesamente col progredire del male, risulta compromessa la vitalità del tessuto.

Dal punto di vista anatomico l'interessamento della milza, spesso manca nelle epatiti propriamente dette o cirrosi epatitiche di Pepere; nelle cirrosi volgari si può andare da milze piccole con scarse alterazioni istologiche a discreti tumori di milza, senza affatto escludere come si è visto, splenomegalie di grado cospicuo; nelle cirrosi splenomegaliche l'interessamento è sempre assai cospicuo o senz'altro intenso. E l'interessamento splenico quantitativamente, cioè volumetricamente, così variabile nelle varie cirrosi ed epatiti, è quasi sempre rappresentato dagli stessi tipi di lesioni elementari, fibroadenia più o meno spiccata variamente distribuita, e reazione iperplastica degli elementi istiocitari, che si svolge secondo due direzioni anatomo-istologiche: la sclerosi pulpare e la eritrocateresi attiva.

Quanto alla milza bantiana, è noto che sotto il nome di sindrome di Banti sono stati descritti casi di epatiti metasplenomegaliche guarite o fortemente migliorate dopo splenectomia; i reperti istologici della milza, corrispondono in prevalenza o a quello di una milza emolitica o a quello di alterazioni sclerofibroadeniche, le quali ultime, secondo la moderna tendenza, condivisa anche da taluni allievi di Banti, non presenterebbero sostanziali differenze rispetto alla milza della maggioran-

za delle cirrosi. Nel primo caso si tratterebbe di anemie o itterizie emolitiche riportabili alle reticulo-endoteliosi emolitiche di Cesa Banchi, nel secondo caso si tratterebbe della malattia di Banti propriamente detta; nell'uno e nell'altro la differenza sostanziale rispetto alle così dette cirrosi splenomegaliche sta nel fatto che il processo epatolienale, invece di iniziare contemporaneamente nella milza e nel fegato, interessa primitivamente e prevalentemente la milza, la quale influisce, almeno per gran parte, sulla genesi del processo epatico clinicamente successivo. Ho detto influisce in gran parte, poichè è citato qualche caso (Weil) di splenomegalia isolata nel quale l'intervento operativo non scongiurò una successiva cirrosi, e perchè taluni autori moderni tra i quali Bufano, tendono a parlare di sostanziali miglioramenti piuttosto che di guarigioni.

Dei due tipi fondamentali di reazione del reticolo-endotelio splenico la sclerosi pulpare e l'aumentata eritrocateresi, il primo è quello che più frequentemente si riscontra nelle cirrosi ed epatiti comuni dipendenti da fattori tossici o infettivi più o meno noti, mentre il secondo con eritrocateresi attiva della milza estesa eventualmente al reticolo-endotelio del fegato e delle ghiandole emolinfatiche è proprio delle reticolo-endoteliosi emolitiche, che delle cirosi splenomegaliche corrispondono al gruppo nosograficamente più netto ed importante.

Nella maggioranza delle altre forme di cirrosi splenomegaliche, secondo le descrizioni esistenti in letteratura, possono aversi fibroadenia e sclerosi pulpare senza indizi di iperemolisi, che differiscono dai reperti delle comuni cirrosi solo per l'intensità di sviluppo del processo e quindi per l'ingrandimento dell'organo, oppure reperti misti di fibroadenia, sclerosi pulpare e di aumentata emolisi con prevalenza dell'uno o dell'altro processo, con eventuale estensione del reperto iperemolitico alle ghiandole emolinfatiche. Talvolta nella milza di cirrosi splenomegaliche furono osservate congestione dei seni, alterazioni vasali arteriose o venose con eventuali emorragie; queste alterazioni secondo taluni autori (Rössle, Eppinger) starebbero a indicare il punto di azione del veleno causale del processo morboso (forme angioemotossiche).

A questi reperti della milza corrispondono nel fegato cirrosi generalmente del tipo anulare o epatossico, più di rado del tipo epatitico e perfino epatocolangitico (Greppi), clinicamente quadri morbosi vari, e talvolta misti, che si discostano di molto o di poco sia dai quadri classici di cirrosi ed epatiti, sia da quello delle reticuloendoteliosi emolitiche. Si può avere a questo proposito rilevante epatosplenomegalia con o senza emorragie gastrointestinali, possono aggiungersi volta a volta anemia senza indizi di emolisi, ittero con altri segni di alterata funzione epatica, ed anche complessi sindromici misti di anemia e di ittero emolitico, con ittero e altre turbe epatofunzionali, come nel caso da me osservato.

Il decorso di queste forme speciali e talvolta miste è in genere più lungo delle cirrosi atrofiche, più breve delle reticuloendoteliosi emolitiche.

Le cirrosi splenomegaliche dunque intese nel senso generale e letterale dell'espressione, possono essere riguardate come un complesso di entità anatomo-cliniche che ad un lato contiene il tipo ben definito da Cesa Bianchi delle reticulo endoteliosi emolitiche diffuse, agli altri lati forme che si avvicinano e sfumano verso i tipi classici di cirrosi, al centro forme speciali più o meno distanti da tutti i tipi, e forme miste, le quali ultime partecipano simultaneamente di caratteri delle reticuloendoteliosi emolitiche e di caratteri delle comuni cirrosi o epatiti. Il punto essenziale che distingue la maggioranza delle cirrosi splenomegaliche, è lo speciale interessamento quantitativo o qualitativo del reticulo endotelio sopratutto della milza, al quale spesso, ma non sempre, non corrisponde per lunghi periodi di tempo un proporzionato interessamento epatoparenchimale.

È evidente che questo complesso di entità morbose non può essere considerato come un tutto omogeneo; in esse Cesa Bianchi ha isolato il nucleo più importante, le reticolo endoteliosi emolitiche primitive; le altre sotto la guida dello studio accurato clinico-fisiopatologico e anatomico cui in principio abbiamo accennato, subiranno smembramenti in direzioni varie quando si potrà stabilire con precisione quali e quante di queste forme si debbano ad azioni etiologiche e patogenetiche speciali, quali e quante debbano considerarsi omologhe alle comuni cirrosi ed epatiti con speciali reazioni del reticulo endotelio, dominate quest'ultime, almeno in parte, da fattori individuali. E di tali fattori individuali in queste speciali reazioni del reticulo endotelio, non solo nelle cirrosi del fegato, ma anche in splenomegalie di altra natura, a me pare non si sia ancora tenuto un conto sufficiente.

È da ricordare la nota influenza di fattori individuali costituzionali nelle sindromi reticulo endoteliali emolitiche in generale ed in altre affezioni del sistema reticulo endoteliale, l'influenza di questi stessi fattori in talune osservazioni di cirrosi famigliare messe in evidenza dalla scuola di Pende e le tare costituzionali esistenti nel caso di mia osservazione. Pertanto risulta ragionevole ammettere la possibilità che, in taluni casi, insieme a fattori etiologici tossici o infettivi talora ignoti, talora palesi ed eventualmente coincidenti con i comuni fattori tossici ed infettivi delle altre cirrosi, fattori etiologici individuali possano destare reazioni del reticulo endotelio quantitativamente e qualitativamente inabituali nelle cirrosi comuni, generando quadri anatomo-clinici speciali o misti.

Circa la cronologia dei due processi epatico e splenico nelle cirrosi con splenomegalie abbiamo già accennato che nella maggioranza dei casi essi sono ritenuti contemporanei, in una minoranza di casi l'interessamento splenico clinicamente precede quello epatico; la eventualità che il processo epatico preceda e determini quello splenico, è poco ammessa dagli autori, nonostante la costatata possibilità di splenomegalia anche in processi che dovrebbero ritenersi al loro inizio come autoctoni del fegato, per esempio in talune epatocolangiti croniche.

L'influenza del processo splenico su quello epatico, è dimostrata dall'azione terapeutica della splenectomia nelle sindromi bantiane, e da recenti ricerche sperimentali della scuola di Fiessinger. Secondo queste ricerche anche alterazioni spleniche banali traumatiche determinabili per esempio con energiche pinzettature dell'organo, mediante sostanze autolitiche prodottesi nell'organo e che raggiungono il fegato per il tramite portale, possono determinare nel fegato stesso reperti di reticulosi e di sclerosi. Nelle cirrosi splenomegaliche inoltre la buona influenza della splenectomia, che abbiamo vista decantata da vari autori, anche in casi nei quali non risultò un periodo clinico puramente splenomegalico, induce a pensare che, specie quando il processo splenico presenti una particolare importanza e individualità rispetto a quello epatico, il fegato non solo si trovi a soggiacere alle cause etiopatogenetiche generali responsabili del complesso del quadro morboso, ma anche a influenze spleniche secondarie locali; donde la opportunità di tenere in pratica considerazione il tentativo della splenectomia in cirrosi splenomegaliche anche in quei casi nei quali non risultino i noti stadi della sindome bantiana.

Come vagliare la speciale importanza e individualità del processo splenico rispetto a quello epatico?

Nelle cirrosi comuni, come abbiamo visto, non può escludersi la possibilità di tumefazioni spleniche notevoli, per contro possono aversi, come in vari casi citati in letteratura, e come nel caso di mia osservazione, milze emolitiche di volume non spiccatamente grande; questo ci dice senz'altro che la valutazione del processo splenico non può essere basata esclusivamente sul volume, che spesso non è tale da imporsi di per sè solo in questo senso; pertanto sarebbe di grande utilità anche dal punto di vista pratico, e cioè anche dal punto di vista di eventuali tentativi di splenectomia, correggere la designazione elastica ed imprecisa di epatiti o epatocirrosi splenomegaliche, con quella di *epatiti o epato-cirrosi ipersplenopatiche*, e se si vuole più brevemente *iperspleniche*. Questa qualifica non deve essere intesa come una possibile allusione a disordini funzionali della milza più o meno mal precisabili, bensì esclusivamente come la indicazione del fatto, che il processo splenico non solo per il volume, che potrà essere di grado non molto rilevante ma anche per il resto della sintomatologia ad esso imputabile ed eventualmente per la sua precessione sul processo epatico, ha nel complesso del quadro morboso un valore patologico speciale e superiore a quello assegnabile ad una più o meno sviluppata tumefazione splenica nei comuni quadri di cirrosi.

Per l'apprezzamento dell'importanza ed eventuale preminenza della sintomatologia splenica osservo senz'altro che questo potrà essere spesso difficile, anche perchè tale sintomatologia potrà essere in parte imputabile al reticulo endotelio estrasplenico; comunque, la sintomatologia splenica non dovrà essere studiata e considerata solo in modo diretto, e cioè solo attraverso quei dati che direttamente depongono per la compromissione della milza (volume, sintomi ematologici, indizi vari di iperemolisi, ecc.) bensì anche in modo relativo a tutto il resto della sintomatologia imputabile al fegato o al fegato e milza insieme, onde giungere, per quanto è possibile, ad una adeguata valutazione comparativa dei due processi patologici, epatico e splenico, rispetto ai vari sintomi della malattia e rispetto al quadro morboso generale; c'è appena bisogno di aggiungere che, per ottenere la visione più completa possibile di questi fatti, non dovrà essere trascurata l'esplorazione della funzionalità epatica, con le principali prove in uso. In questo complesso di questioni, una in particolar modo sarà spesso necessario derimere, e cioè se le emorragie gastro intestinali, che talora rappresentano un sintoma capitale della malattia, siano almeno in prevalenza da imputare al fegato o alla milza (come numerosi autori francesi tendono ad ammettere): la risposta non potrà darsi che in via di approssimazione e l'origine splenica sarà tanto più ragionevolmente ammessa, quanto più saliente sarà la sintomatologia della milza e quanto più insignificanti saranno i segni di stasi portale.

Ciò posto, nel campo delle cirrosi o epatiti, in attesa di più esaurienti precisazioni, astrazion fatta dalle reticulo-endoteliosi emolitiche di Cesa Bianchi già nettamente distinte da tale denominazione, si potrà parlare di forme iperplenopatiche o iperspleniche quando risulti provata la precedenza di splenomegalia isolata nel qual caso sarebbe più opportuno parlare di forme *metasplenopatiche*, oppure, quando si abbiano splenomegalie tali da imporsi per le loro dimensioni come un carattere indiscutibilmente speciale nel quadro morboso, oppure infine quando, e questa sarà la eventualità più frequente, la milza non soltanto per il suo volume, che potrà essere soltanto mediocre, ma anche e sopratutto per altri dati da valutarsi nel senso sopradetto, dimostrerà avere speciale importanza e individualità nel quadro generale della malattia.

Nei casi rimanenti che pure accompagnandosi ad un grado più o meno cospicuo di splenomegalia non rientrano nelle condizioni ora accennate si potrà parlare in modo generico di epatiti o cirrosi con splenomegalia.

Da questa disamina di fatti è logico dedurre che quanto più netto ed elevato sarà riconosciuto il valore patologico e clinico della splenomegalia tanto più sarà giustificato il tentativo della splenectomia, il quale d'altronde dovrà essere subordinato anche alla valutazione dello stato anatomo-funzionale del fegato.

I risultati e limiti di indicazione di questo esperimento curativo, che, come si è visto, osservazioni recenti tendono a elevare in onore in questo tipo di affezioni epatiche, potranno meglio precisarsi in avvenire sulla scorta di un maggior numero di osservazioni.

Per ora nei riguardi dei risultati può riassumersi che il miglioramento (Eppinger, Beresov, Weil, Abrami, Caroli e Coppo, Biondo, ecc.) riguarda l'ittero e l'anemia, le emorragie gastro-intestinali, il volume del fegato che tende a diminuire, l'ascite che può scomparire completamente, i disordini subiettivi (pruriti, parestesie cutanee, crisi epatalgiche), e infine lo stato generale degli infermi che in taluni casi descritti avrebbero potuto riprendere gran parte della loro attività lavorativa.

E nei riguardi della indicazione possono riassumersi i seguenti criteri: la splenectomia è tanto più ragionevolmente consigliabile quanto più si tratti di giovani soggetti, di forme a lento andamento, quanto maggiore è l'importanza e individualità del processo splenico nel campo della malattia e quanto meno siano progredite le alterazioni anatomo funzionali del fegato. La presenza dell'ascite, anche cospicua, purchè il fegato non sia atrofico, o non sia decisamente avviato all'atrofia, non esclude l'intervento. Biondo anzi avrebbe ottenuto la scomparsa dell'ascite anche in un caso con fegato atrofico. Può darsi che in avvenire anche lo sviluppo delle varie tecniche biopsiche del fegato e della milza fornisca elementi importanti in proposito. In casi di etiologie infettive note ematogene o biliari l'eventuale intervento dovrà essere preceduto dal trattamento diretto di tali infezioni.

RIASSUNTO.

Dopo un breve riassunto critico delle più importanti e recenti classificazioni, l'A. discute le varie tendenze anatomiche e cliniche all'unitarismo e al polimorfismo delle cirrosi, nonchè il concetto e i limiti delle reticulo-endoteliosi emolitiche. Riassume e discute i punti controversi nella patologia delle cirrosi in generale, richiamando l'attenzione su episodi anatomo-clinici di atrofia parenchimale che egli descrive e che qualifica come « crisi epatolitiche »; riassume inoltre in cinque divisioni le principali forme fino ad ora descritte di epatiti e cirrosi con splenomegalia, con i relativi caratteri differenziali, rilevando, sulla base anche di osservazioni personali, la esistenza di forme splenomegaliche con quadro anatomo-clinico misto di alterazioni epatiche con quadri anatomo-clinici cirrotici più o meno comuni e di alterazioni reticulo-endoteliali con sindromi anatomo-cliniche emolitiche.

Dopo aver sintetizzato il contenuto anatomo-clinico della massa caotica delle varie forme di cirrosi ed epatiti descritte con splenomegalia, discute l'influenza del processo splenico su quello epatico, influenza che ritiene non debba riconoscersi solo limitata ai casi nei quali sia dimostrata la precedenza della splenomegalia; ritiene inoltre che, astrazion fatta dalle reticulo-endoteliosi emolitiche di Cesa Bianchi, già nettamente caratterizzate da tale denominazione, l'appellativo di cirrosi splenomegaliche potrebbe essere opportunamente corretto con quello di epatocirrosi ipersplenopatiche o, più brevemente, ipersplenìche, corrispondentemente ad una più chiara designazione del valore patologico e clinico del processo splenico nel quadro generale della malattia, valore da stabilire non con il solo criterio troppo impreciso ed elastico del volume, bensì in base ad altri criteri che l'A. specifica. Traccia infine, in linee generali i risultati e le indicazioni della splenectomia da esperimentarsi anche in casi nei quali non risulti una fase iniziale puramente splenomegalica della malattia.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE S. SPIRITO IN CASALE MONFERRATO
DIVISIONE CHIRURGICA diretta dal prof. A. TURCO

Sulla maggior frequenza e gravità delle complicazioni polmonari postoperative durante i mesi estivi.

Dott. A. TURCO, chirurgo primario.

Le complicazioni polmonari postoperatorie sono sempre l'incubo del chirurgo che vede qualche volta frustrate le sue migliori fatiche. Intanto più che di polmonite è giusto parlare di complicazioni polmonari postoperatorie (c. p. p. o.) poichè non sempre si tratta di vere polmoniti, ed alle volte si è in presenza di semplici bronchiti, raramente di pleuriti, altre volte il focolaio di infiltrazione polmonare è minimo e pur tuttavia i sintomi sono preoccupanti, altre volte si tratta di forme atelectasiche. Tutto quanto riguarda le c.p.p.o. è stato sviluppato ed i lavori sull'argomento sono infiniti. Tutte le teorie etiopatogenetiche furono tirate in campo. Fasiani e Torraca al 34° congresso della Soc. It. di chir. se ne occuparono e più recentemente Rotolo alla Soc. Lom. di Chir. Oggioni ancora recentemente in un lavoro sperimentale studiò le alterazioni anatomiche polmonari a seguito di interventi chi-

rurgici. Ma se i lavori sono numerosi non si può d'altronde dire che da essi sia emerso qualcosa di veramente e sicuramente utile, nel campo della prevenzione o della cura di simili complicazioni.

Si credette di colpire nel giusto attribuendo le c.p.p.o. alle anestesie generali, specie eteree (e per me ciò è in parte vero) ma si osservarono ugualmente nelle operazioni eseguite in anestesia locale.

Se dobbiamo dare credito alle statistiche noi ci troviamo fortemente sconcertati. Mentre certi chirurghi hanno percentuali minime altri invece hanno percentuali assai elevate. Così si va da un minimo di 0,37 % di Pototschnig, ad un massimo di Mandl di 8,50 %.

L'accordo è ben lontano dall'essere raggiunto per quanto riguarda il tipo delle operazioni e così via via, qualsiasi capitolo che riguardi queste complicazioni trova sconcordanti tra di loro i vari autori.

Si può dire che in questo campo ogni chirurgo ha una sua propria esperienza. A che cosa è dovuto ciò? Sono certo che ogni chirurgo ha riferito matematicamente ed esattamente quanto la sua esperienza gli forniva; la causa delle divergenze forse sta nella diversità di clima, di stagione, di ambiente in cui operano i diversi autori.

Non sono pochi i chirurghi che cambiando località hanno visto variare enormemente le percentuali delle c.p.p.o. Anche nella stessa città il chirurgo che opera in vecchi ospedali o nelle case di salute o nelle abitazioni dei pazienti ha notato forti diversità nella frequenza delle c.p.p.o.

E fino ad un certo punto solo vale l'obbiezione che gli ammalati di Ospedale in genere sono più gravi, perchè intanto non è ciò sempre vero, e poi le stesse operazioni eseguite su individui egualmente giovani e robusti (per es. erniosi) danno una morbilità ed una mortalità differente da sito a sito. E precisamente negli ospedali vecchi anche di secoli che si hanno con maggior frequenza c.p.p.o.

Ciò si spiega fino ad un certo punto con gli svantaggi igienici di certe vecchie costruzioni, con la necessità di trasporto degli operati, con la maggior virulenza dei germi ospedalieri. Io ho potuto dimostrare che nell'individuo operato tra le tante alterazioni umorali e tissurali che presenta dopo gli interventi, vi è pure una diminuzione dei suoi normali poteri di difesa; egli può quindi dopo un intervento più facilmente essere preda di fatti infettivi (per es. broncopolmonari) e ciò quasi indipendentemente dal tipo di intervento e di anestesia usato.

Aggredito da germi virulenti (il b. penumoniae di Friedlaender è il più frequente, a questi seguono il b. Pfeiffer, il diplococco di Fraenkel il diplococcus catarralis, lo streptococco ed b. coli [Turco. *Giornale di batt. ed Imm.*, 5 maggio 1931], minorato nei suoi poteri di difesa, l'operato è più facilmente colpito di un individuo sano. Tutti questi capitoli sono stati sviscerati in una serie infinita di lavori; dove invece gli autori poco si soffermano è sulla frequenza delle c.p.p.o. a seconda delle stagioni e delle località. Il problema varia da posto a posto e quindi da chirurgo a chirurgo. Non si può spiegare diversamente la grande differenza che vi è tra statistiche e statistiche. Forse in questa osservazione sta il nodo della questione.

Giordanengo alla Soc. Piem. di Chir. si occupò precisamente della questione relativa alla frequenza delle c.p.p.o. in rapporto alle stagioni e venne alla conclusione che le c.p.p.o. almeno per quanto riguarda Torino e gli anni dal 1926 al 1932 sono assai più frequenti durante i mesi estivi.

Rokitzki rileva pure maggior frequenza delle c.p.p.o. nei mesi caldi.

Io dal tempo che dirigo la divisione chirurgica di questo ospedale e cioè dal gennaio del 1932 ho potuto fare delle constatazioni che credo interessanti perchè quasi solo durante i mesi estivi, io ho avuto delle vere c.p.p.o. sotto forma quasi di piccole epidemie.

Queste complicazioni furono di nettissimo carattere estivo e mi indussero a sospendere al massimo possibile l'attività chirurgica durante i mesi più caldi. Dal gennaio 1932 fino al luglio non ebbi alcun inconveniente; iniziatosi il caldo intensamente ebbi a pochi giorni di distanza l'uno dall'altro vari casi di complicazioni polmonare e tutti mortali. Il quadro approssimativamente era per tutti lo stesso: temperatura già elevata la sera del giorno dell'intervento, elevatissima il giorno dopo con polso oltre i 120; morte in terza, quarta giornata in ipertermia. Semeiologicamente segni di ipofonesi, mancanza del respiro o respiro bronchiale, ecc. ecc. in zone più o meno estese di un polmone. Il medesimo inconveniente si riprodusse nel 1933; solo nel 1934 avendo sospeso precocemente gli interventi non urgenti ebbi un minor numero di c.p.p.o.

Passo ora a riportare brevemente le statistiche riferendo per ognuno dei casi mortali più dettagliati ragguagli.

Dirò subito che le anestesie più frequenti da me usate sono la locale percainica nel più gran numero possibile di casi. Ho potuto eseguire in anestesia locale resezioni gastriche e

colecistectomie. Uso pure molto l'anestesia rachidea; riservo l'anestesia eterea o cloroetilitica a pochissimi casi. Uso sempre più raramente l'anestesia generale perchè la statistica mi dice chiaramente che le c.p.p.o. sono più frequenti con questo tipo di anestesia. Come narcosi base l'avertina od anche il M.A.S. risposero bene allo scopo. Non fui soddisfatto dall'uso di narcotici endovena.

Vediamo ora anno per anno la morbilità e mortalità per c.p.p.o. confrontata con la temperatura atmosferica media.

Nel 1932 furono eseguiti circa 600 interventi operativi di alta e media chirurgia. Si ebbero 12 c. p. p. o. con 6 casi di morte avvenuti tutti durante i mesi di luglio ed agosto. La temperatura atmosferica media massima fu durante il luglio di 28 gradi e di 30 nell'agosto.

Pochi cenni per i casi mortali.

1) B. Angiolina, a. 36. Ernia crurale d. strozzata. Operata il 6-VII. Anestesia locale, anse in buone condizioni. Cura radicale.

Il 7-VII compare ipofonesi al lobo medio polmone di d. Temp. 39°,5. Polso 120. Il giorno 8 la temperatura è salita a 40°,1 per salire ancora a 41°,3 il giorno dopo che è quello dell'exitus.

2) C. S., a. 42. Fibromioma utero; anestesia eterea; isterectomia subtotale il giorno 9-VII. Al 10 compare ipofonesi al lobo superiore di d., respiro aspro ecc. La temperatura si porta da 38°,5 il 10, 40°,4 l'11, ed arriva a 41° il 12, giorno dell'esito. Polso 120-140.

3) G. Ottavia, a. 77. Stenosi rettale da neoplasma. Ano iliaco il giorno 10-VII in anestesia locale. Il giorno dopo si rendono evidenti delle c. p. p. o. a d. Temp. 39°,6. Il 12 temp. 40°,5, il 13, 40°,4, decesso.

4) C. Luigia, a. 42. Cistoma ovarico operato il 23-VII in anestesia eterea. Il 24 broncopolmonite basale d. Temp. 39°,2, il 25, 39°,6, il 26, 41°,3, decesso.

5) F. Virginia, a. 36. Colecistite calcolosa. Colecistectomia in anestesia eterea il 10-VIII. L'11 broncopolmonite d. Temp. 39°,4, il 12, 40°, il 13, 40°,5, decesso.

6) F. Rosa, a. 26. Retroversione utero. Correzione con il metodo Pestalozza in rachianestesia il giorno 10 settembre. Il giorno dopo compare ipofonesi alla base polmonare di s. Temp. 38°,9, il 12, 39°,7, il 13, 40°,1, decesso.

Dei restanti 6 casi passati a guarigione 2 si ebbero in primavera e 4 al principio dell'autunno. Dei 12 casi 10 furono date dalle donne e 2 soli da uomini. In tutti gli altri mesi dell'anno non ebbi un solo decesso per c. p. p. o.

1933. — Numero di operazioni eseguite circa 600. Morbilità per c. p. p. o.: n. 15; mortalità: n. 6 (5 donne ed 1 uomo).

Temperature atmosferiche medie: luglio 30 gradi, agosto 31,5.

Anche nel 1933 potei constatare se pur non in così spiccata maniera una forte preponderanza delle c. p. p. o. durante i mesi estivi.

Ecco brevemente i dati per ciascuno dei casi mortali.

1) M. Teresa, a. 23. Colecistite calcolosa. Colecistectomia in anestesia eterea il 7-I. Broncopolmonite s.: l'8 temp. 39°,4, il 9, 39°,4, il 10, 39°,9, l'11, 40°,3, il 12, 40°,6, decesso.

2) R. Teresa, a. 68. Cancro mammella. Amputazione seno. Anestesia eterea il 4-II. Temp. il 5, 39°,5, il 6, 38°,6, il 7, 38°,5, l'8, 39°,2, il 9, 39°,5 il 10, 39°,2, l'11, 38°,8. Decesso per broncopolmonite D.

3) F. Maria, a. 36. Fibromioma utero. Isterectomia addominale subtotale in anestesia eterea l'1-VII. Temp. il 2, 38°,9, il 3, 39°,4, il 4, 39°,9, il 5, 39°,7, il 6 40° e decesso per c. p. p. o. sin.

4) C. Annetta a. 60. Gozzo stenosante; enucleo resezione in anestesia locale il 3-VII. Temp. il 3, 39°,4, il 4, 41°,1 e morte per fenomeni polmonari diffusi.

5) R. Dolcino, a. 3. Ernia ing. strozzata. Cura radicale; anestesia cloroformica il 21-VII. Temp. il 22, 40°,7, il 23, 41°,6. Polmonite lobo sup. sin. Morte.

6) M. Mario, a. 26. Ulcera gastrica. G. E. in anestesia locale, il 29-VII. Temp. il 30, 39°,6, il 31, 40°, l'1-VIII, 41°, il 2, 41°,1, decesso per c. p. p. o.

Nel 1933 ebbi 2 casi di morte per c. p. p. o. nei mesi invernali, ma la grande maggioranza nei mesi caldi.

Dei 9 casi guariti 2 erano erniosi operati in anestesia locale, 4 erano resezioni gastriche per ulcera in anestesia locale e 3 erano operazioni ginecologiche in rachianestesia.

Di questi 9 casi passati a guarigione 5 sopravvennero d'estate, 2 d'inverno e 2 d'autunno.

1934. — Nel 1934 il numero dei casi di c. p. p. o. è stato assai inferiore agli altri anni perchè ammaestrato dall'esperienza degli anni precedenti ridussi di molto l'attvità operatoria durante i mesi estivi.

Numero degli interventi circa 600. Morbilità: n. 10; mortalità: n. 3.

1) B. Maria, a. 54. Prolasso vaginale. Rachianestesia. Colpoperi neoraffia anteriore e posteriore il 13-I. Temperatura il 14, 38°,4, il 15, 38°,6, il 16, 38°,6, il 17, 39°,2, il 18, 40°,1, il 19, 40° e decesso, per broncopolmonite basilare.

2) A. Maria, a. 38. Ernia crurale d., ed appendicite. Cura radicale ed appendicectomia in anestesia locale, il 2-VI. Temp. il 3, 38°,6, il 4, 38°,8, il 5, 39°,8, il 6, 40° e decesso per polmonite d.

3) P. Maria, a. 24. S. A. D. In anestesia eterea il 5-IX procedo ad intervento esplorativo e curativo. Temp. il 6-IX, 39°,7, il 7, 40°,5, l'8, 40°,6, decesso per complicazione polmonare d.

Gli altri 7 casi che passarono a guarigione sono così suddivisi: 2 ernie e due resezioni gastriche in anestesia locale si ammalarono durante i mesi invernale: tre operazioni ginecologiche in autunno ed in anestesia eterea.

1935. — Anche nel 1935, durante i mesi estivi non ebbi che due casi di c. p. p. o. e di questi uno venne a morte con la solita sintomatologia di ipertermia e complicazione polmonare d. Anche nel decorso anno durante l'estate ridussi al minimo ogni attività chirurgica.

Il caso mortale riguarda un certo P. Silvio affetto da ulcera gastrica che operai in anestesia locale di G. E. L'operazione per esplicito volere del paziente cadde proprio in quell'eccezionale

periodo di caldo che vi fu ai primi del luglio scorso (temperatura atmosferica 35°).

Un altro caso di appendicite in anestesia locale venne a guarigione.

Durante gli altri mesi dell'anno ebbi ancora 7 casi di morbilità tutti passati a guarigione.

Riassumendo ebbi così su poco più di 2000 interventi 46 casi di c. p. p. o., cioè il 2,3 % e di questi ben 16 vennero a morte.

Per quanto riguarda i mesi dell'anno ben 13 vennero a morte nei tre mesi estivi e solo 3 negli altri 9 mesi dell'anno.

Le cifre parlano eloquentemente per lo meno sulla maggior gravità delle c.p.p.o. durante i mesi estivi. È evidente che di fronte a simili dati, di fronte al ritorno per me certo del pericolo delle c.p.p.o. durante l'estate, io cercassi di porvi rimedio. Ricorsi a tutti i mezzi sia preventivi che curativi. Mi convinsi che il pericolo è assai maggiore quando si è costretti a ricorrere all'anestesia generale eterea. Non ho esperienza circa l'anestesia con i gas.

Prima dell'intervento ho sempre fatto eseguire accurata pulizia della bocca. Ho usato vaccini specifici e non. In parecchi casi usai la digitalizzazione preventiva e la somministrazione di sali di calcio. Ho la netta impressione che preventivamente ben poco ci sia da fare specie quando le c.p.p.o. prendono un vero aspetto epidemico. Ho cercato al massimo di evitare gli sbalzi di temperatura tra la camera operatoria ed il letto dei pazienti.

Per la cura a manifestazione polmonare avvenuta ricorsi a tutto l'arsenale terapeutico. Siero (Hamilton), vaccini, preparati chininici, (Carli), proteinoterapia, balsamici, rivulsivi locali, cardiocinetici, cambiamenti di posizione, leggero Trendelenburg come qualcuno (Baggio) vuole, inalazioni; ma purtroppo non posso dire quale di tutti i mezzi usati sia da preferire.

Forse ebbi maggiori risultati dall'uso generoso di sieri specifici. Piccole ipodermoclisi glucosate associate a dosi minime di insulina allo scopo di mantenere una buona nutrizione dei tessuti furono a mio parere di qualche utilità.

In tutto l'armamentario terapeutico non vi è nulla non dico di specifico ma neanche di sicuramente più utile.

Del resto lo scopo di questa mia nota non è quello di dare consigli sulla terapia ma piuttosto quella di richiamare l'attenzione dei chirurghi sulla maggior frequenza delle c.p.p.o. specie per quelli che operano in zone particolarmente calde ed afose durante i mesi estivi. Al congresso di chirurgia di Bologna del 1935 accennai a proposito delle embolie a questa maggior morbilità e mortalità estiva ed ebbi consenzienti numerosi chirurghi.

E difficile il dare una spiegazione soddisfacente di tale fenomeno. Giordanengo, King e qualche altro che fecero la mia stessa osservazione non avanzano ipotesi alcuna.

Gli ammalati durante i mesi estivi sudano, assai si scoprono si fanno fare vento, cercano avidamente di bere ghiacciato, si agitano, sono irrequieti in misura assai superiore a quello che avviene durante gli altri mesi dell'anno. Ora basta, lo scoprirsi farsi vento quando si è sudati per determinare raffreddamenti in determinate zone cutanee, avendosi così per riflesso vasomotorio come dimostrarono ricerche di Azzi, abbassamenti fino ad un grado della temperatura delle mucose bronchiali e tracheali. Riporto integralmente le conclusioni alle quali Azzi arriva nel suo lavoro sperimentale: « che stimoli di varia natura (termici, chimici, emotivi) che esplicano una azione locale o generale sullo stato vasomotorio della cute, determinano indipendentemente dalla temperatura generale del corpo e nelle stesse rigorose condizioni di esperimento, variazioni della temperatura dell'aria espirata e di tutte le mucose delle vie aeree dalla bocca ai bronchi, nel senso che ad una vasodilatazione cutanea segue un aumento e ad una vasocostrizione una diminuzione. E interessante tra l'altro notare che basta una applicazione assai circoscritta di ghiaccio o il passaggio di una corrente di aria fredda, in vari punti della superficie del corpo per produrre una diminuzione anche di gradi su quelle temperature. Non vi è dubbio quindi che queste variazioni sono in strette connessioni con lo stato vasale della pelle. Il fenomeno non si può spiegare altrimenti che con l'ammettere che l'aumento della temperatura dell'aria espirata e di tutte le mucose delle vie respiratorie sia cagionato da una maggiore irrigazione sanguigna e la diminuzione delle stesse temperature da un'irrigazione minore. Oltre ciò bisogna ammettere un meccanismo nervoso, che stabilisca una correlazione tra fenomeni vasomotori della cute e delle mucose dell'intiero albero respiratorio, in modo che ad una vasodilatazione cutanea corrisponda una vasodilatazione delle mucose respiratorie ed una vasocostrizione delle stesse ad una vasocostrizione cutanea ».

Ora a mio parere sta proprio in queste osservazioni dell'Azzi la spiegazione di questa maggior morbilità e mortalità per c.p.p.o. Indebolito l'organismo nei suoi normali poteri di difesa a causa dell'intervento, presentante durante l'estate estese superfici del corpo magari in sudorazione, al refrigerio causato dal ventaglio o dallo scoprirsi, è perfettamente logico che i raffreddamenti cutanei si trasmettano

alle mucose della trachea e dei bronchi e che abbassandosi in questi organi la temperatura per la conseguente vasocostrizione si produca un raffreddamento dell'aria inspirata e quindi un raffreddamento dell'albero respiratorio e di conseguenza maggior facilità alle c.p.p.o. Durante gli altri mesi dell'anno l'operato sta accuratamente sotto alle coperte, non si scopre che il minimo possibile, e quindi le superficii cutanee non sono esposte a raffreddamenti. Del resto vale anche l'osservazione opposta che i rivulsivi cutanei specie termici che sono di uso corrente nella cura delle polmoniti determinano una iperemia dell'albero polmonare e quindi anche aumento della temperatura dell'albero tracheobronchiale.

Solo in tale maniera io emetto una ipotesi che mi pare la più logica per spiegare il fenomeno da me constatato e ne deduco logicamente la conseguenza che nelle località a clima estivo particolarmente caldo ed afoso più frequenti possono essere le complicazioni polmonari postoperatorie.

RIASSUNTO.

L'A. ha constatato che durante l'estate nelle località particolarmente calde ed afose sono più frequenti le complicazioni polmonari postoperatorie, e che queste presentano maggiori gravità delle analoghe complicazioni che succedono in altre stagioni.

Cerca di spiegare l'osservazione attribuendone la causa ai raffreddamenti ai quali va soggetta la superficie cutanea derivante dal fatto che gli operati durante l'estate sudano, si fanno vento, si scoprono, in misura ben superiore a quello che avviene durante gli altri mesi dell'anno.

BIBLIOGRAFIA.

Azzo Azzi. Riforma medica, a. XXXVII, n. 22.
Carli. Giornale del medico pratico, dic. 1934.
Fasiano e Torraca. XXXIV Congresso della Soc. It. Chif., 1927.
Giordanengo. Soc. Piem. di Chir., 1933, vol. III, n. 12.
Hamilton. Med. Record, 1934.
Rotolo. Soc. Lomb. di Chir., 1933, vol. I, n. 3.
Turco. Giorn. Acc. Med. di Torino, n. 4, 1927.
Id. Giorn. di Batt. ed Imm., maggio 1931.

RIVENDICAZIONI

L'amilasi come mezzo diagnostico differenziale fra essudati e trasudati.

A proposito di una nota del dott. Nicola Fucci.

Prof. Dott. Vincenzo Galletta,
Docente di Patologia
speciale medica dimostrativa,
già Assistente di Fisiologia di Messina.

Sono lieto dell'attuale rifiorire degli studi sui fermenti solubili, perchè anch'io ebbi ad occuparmene, e con passione, sin dal 1904.

Da assistente di Fisiologia, le mie prime ricerche sperimentali furono, per consiglio del compianto mio Maestro prof. Barbera, rivolte allo studio della maniera di comportarsi della secretina, dell'entorochinasi, del potere secernente delle cellule pancreatiche e del potere digerente del fermento proteolitico del succo pancreatico del cane negli avvelenamenti acuto, sub-acuto e cronico da sublimato corrosivo e cronico da piombo. Ne feci dapprima comunicazione a questa R. Accademia Peloritana di Messina nella seduta del 30 giugno 1905, pubblicai poi nella *Riforma Medica*, n. 22, 1907, il lavoro completo. Le conclusioni alle quali pervenni furono: Che anche negli stati più profondi di decadimento o addirittura di rovina organica consecutivi agli avvelenamenti suddetti, spinti anche fino alla morte dell'animale: 1) Le cellule pancreatiche conservano benissimo la loro attività secernente; 2) Il succo pancreatico contiene sempre profermento proteolitico; 3) Il contenuto in secretina ed enterochinase del tenue intestino è come nelle condizioni normali di nutrizione e di salute.

Lasciato, per ragioni di carriera, l'assistentato di Fisiologia, continuai in altri Istituti i miei studi sui fermenti solubili.

Nel 1906 col titolo: « Ricerche sulla diagnosi differenziale fra essudati e trasudati » pubblicai sul *Policlinico*, Sez. pratica, una nota preventiva, nella quale esponevo che per il *primo* sperimentavo *l'amilasi* come elemento diagnostico differenziale fra essudati e trasudati. Con lo stesso titolo e sul medesimo *Policlinico*, Sez. medica, 1908, comparve il lavoro completo. Il metodo da me usato fu quello stesso che il Migliacci adoperò nelle sue ricerche sull'amilase nel siero di sangue e nelle urine (*Gazz. degli Ospedali e delle Clin.*, n. 75, 1906).

Le mie ricerche originali, oltre che l'amilase, riguardarono anche il contenuto in fermenti digestivi (pepsina e tripsina), in pepto-

ni e l'eventuale possibilità di ottenere una precipitina specifica per gli essudati o per i trasudati.

Delle prove già note feci ricerche di controllo delle seguenti. 1) Peso specifico; 2) Prova del Rivalta; 3) Reazione; 4) Acetone; 5) Lipasi; 6) Albumina ed Azoto totale; 7) Citodiagnosi; 8) Eteroemolisi (Santini e Romani); 9) Prova e controprova emolitica; 10) Prova con la tintura di guaiaco (Tedeschi).

Trascrivo qualche brano del mio lavoro: « Amo ora di spendere una parola a parte per l'amilase, essendo questa mia ricerca addirittura nuova pei liquidi patologici. Ha essa realmente un valore diagnostico differenziale? Stimo necessario ulteriori numerose indagini di controllo, onde affermare o negare decisamente la bontà della ricerca dell'amilase, quale mezzo diagnostico differenziale. Credo però potersi pel momento ritenere che una percentuale scarsa di glucosio (da gr. 0,037 % a gr. 0,060 %) sta per un trasudato, una percentuale maggiore (da gr. 0,086 % a gr. 0,370 %) per un essudato, risultando così le cifre massime dei trasudati ben inferiori alle cifre minime degli essudati.

Più tardi il Dott. B. Maiolo, quand'era assistente del compianto Prof. Panzini, nel cui laboratorio eseguì le sue ricerche, pubblicò sul *Policlinico*, Sezione medica, 1915, n. 7-8, un lavoro « Sulla diagnosi differenziale tra essudati e trasudati » e nel passare in rassegna i vari mezzi in uso citò la reazione di Galletta (pag. 323).

Nel *Manuale di Semejologia Medica* del Prof. L. Ferrannini, IV Edizione 1923, pag. 116 si legge: I fermenti sono stati pure studiati come elementi di diagnosi differenziale tra essudati e trasudati. Zeri ha studiato il fermento lipolitico o lipasi ecc.; Galletta ha studiato il fermento amilolitico o amilasi ecc. La mia ricerca, che conta ormai trenta anni, venne così ad essere resa abbastanza nota nel campo scientifico.

Voglio aggiungere che, durante le mie ricerche, un fatto aveva colpito la mia attenzione. Il liquido ascitico di una giovane donna di anni 30, affetta da cirrosi mista, in un primo esame aveva dato gr. 0,037 % di glucosio, mentre quello della ventunesima puntura, pur continuando a mantenere i caratteri di puro trasudato, dette ben gr. 0,264 % di glucosio. La malata poco dopo morì. In un altro individuo di anni 59, ricoverato nella Clinica Medica per cirrosi epatica, diagnosi confermata dalla autopsia, mi occorse di osservare ancora un fatto simile. Nell'unico esame del liquido ascitico, con carattere assolutamente di trasudato, la ricerca dell'amilasi mi dette ben gr. 0,370 % di glucosio. Il malato dopo venti giorni morì.

Nessun cambiamento di vittitazione era avvenuto nei due infermi, con predominio per es., di sostanze amilacee, anzi la donna a stento sorbiva qualche cucchiaiata di brodo o di latte, o qualche tuorlo d'uovo. C'era da domandarsi se, ripetendosi tale eventualità, lo stato iperamilasico d'un trasudato avesse potuto avere un valore prognostico. Dopo i fermenti, volli, come mezzo diagnostico differenziale, sperimentare un antifermento, e propriamente l'antilab (detto pure fermento antipresurante), e, data l'evenienza suesposta, continuai contemporaneamente le ricerche sull'amilase. Pubblicai il lavoro « L'antilab nella diagnosi differenziale fra essudati e trasudati » su la *Clinica Medica Italiana*, 1911. Le conclusioni alle quali pervenni furono negative per l'antilab, ma dovetti inoltre constatare che su sette trasudati in ben cinque la stessa amilasi risultò infedele. La lipasi invece, ricercata come si sa per il primo dallo Zeri, mantenne, così come in tutte le altre mie ricerche, costante ed inalterato il suo valore diagnostico.

Dal punto di vista biologico ritenni tale fatto importante perchè poteva, secondo me, contribuire alla dimostrazione della indipendenza e quindi della individualità dei singoli fermenti ed antifermenti.

Per completare l'elenco dei miei lavori sull'argomento, mi si permetta di ricordare ancora le « Ricerche fisiologiche sul liquido cefalo-rachidiano dell'uomo » pubblicato sulla *Clinica Chirurgica*, 1908, ed il mio volume « I fermenti e gli antifermenti in fisiopatologia », Palermo, Società Ed. Universitaria 1911, che ha avuto l'onore di parecchie lusinghiere recensioni. Un recentissimo lavoro del Dott. Fucci Nicola: « Sull'amilasi come nuovo mezzo di differenziazione tra essudati e trasudati » (*Clinica Medica Italiana* 1936. fascicolo III) richiamò fortemente e non senza sorpresa la mia attenzione.

Già lo stesso titolo fa subito pensare di trovarci di fronte ad una ricerca veramente nuova, e quando ci facciamo a leggere il lavoro, nessun nome di autore vi appare; nella stessa bibliografia si legge soltanto: Fucci: « Ricerche sui fermenti dei liquidi di versamento ». Nota 1. L'amilasi, in corso di pubblicazione su *Clin. Med. Ital.*

Dopo tutto il surriferito, possa questa nota non fare attecchire inesattezze, capaci a loro volta di più o meno grande confusione.

SUNTI E RASSEGNE

ARGOMENTI D'ATTUALITÀ.

La questione del colpo di calore nei bambini.

(R. Steindler. *Münch. med. Wochens.*, 19 giugno 1936).

Il colpo di sole o di calore si verifica nei bambini quando giuocano a lungo al sole o vi si addormentano; si può manifestare in forme fruste, fino a quelle deliranti, epilettiche, encefalitiche o comatose.

Siccome non tutti i bambini ugualmente esposti presentano tali sintomi, se ne deve inferire che vi vanno particolarmente soggetti quelli di una data costituzione, neuropatica, o comunque di minorata resistenza del sistema nervoso centrale.

L'A. riferisce un caso osservato in un bambino di 3 anni che, dopo essere rimasto per più ore al sole, ebbe gravissimi sintomi da parte del sistema nervoso centrale, che lo condussero a morte, mentre il fratellino che era con lui non ne risentì alcun danno.

Entrambi i bambini avevano giuocato al sole il 7, 8 e 9 maggio. Al 10, il bambino si ammalò con febbre alta, convulsioni e vomito. Dopo un lieve miglioramento, le condizioni ritornarono come prima ed il bambino venne portato in clinica. Cianotico, con le gambe retratte, respirazione irregolare del tipo di Cheyne-Stokes, quasi continui movimenti masticatori convulsivi; frequenti e gravi contrazioni cloniche degli arti, talvolta anche toniche con opistotono. Liquor normale. Morte dopo 3 giorni.

L'autopsia confermò la diagnosi di insolazione: edema cerebrale, iperemia e piccole emorragie recenti nel cervello, nonchè nella mucosa vescicale (nell'insolazione sono frequenti le emorragie nella pelle, all'epicardio, nei polmoni, ecc.).

La predisposizione del bambino è dimostrata dal reperto autoptico di idrocefalo esterno, fibrosi della leptomeninge, compressione e microgiria dei lobi cerebrali, che starebbero a dimostrare una malattia infiammatoria del cervello pregressa ed ignorata (forse endouterina).

Dal punto di vista delle condizioni meteoriche, è da rilevare che l'osservatorio di Praga (dove il caso è accaduto) ha segnalato che il 7 maggio la temperatura era aumentata (a 23°,6 come massima) mentre diminuì nei giorni seguenti, in cui però è stato molto alto il valore dei raggi ultravioletti.

In generale, si ritiene che l'insolazione sia soprattutto determinata dai raggi calorifici, mentre si riconosce a quelli ultravioletti una importanza del tutto accessoria.

Gli autori americani Boana e Pereira hanno indicata la possibilità di una dipendenza fra le manifestazioni cutanee (eritemi, efelidi) ed i disturbi anatomici cerebrali, adducendo come prova la comunanza di origine embriologica della cute e del sistema nervoso (dall'ectoderma) e confrontano le ectodermosi neurotrope da influenze fisiche a quelle da cause biologiche (virus ultravisibili).

Contro l'opinione che i raggi ultravioletti possano entrare nel determinismo dell'insolazione sta il fatto che le onde corte hanno scarso potere di penetrazione nella pelle. L'osservazione dell'A. in cui l'insolazione si ebbe in giornate con temperatura relativamente bassa, ma con alta irradiazione ultravioletta (dimostrata anche dalle lesioni cutanee di eritema che si avevano nel bambino) indica la possibilità che anche i raggi ultravioletti abbiano qualche importanza. *fil.*

Le frutta nell'alimentazione.

(W. Heupke. *Deut. med. Wochens.*, 3 luglio 1936).

L'uomo, fino dai primi tempi, ha consumato una dieta mista; accanto agli animali che si procurava con la caccia e la pesca, ha utilizzato i vegetali, particolarmente le frutta ancor prima che imparasse a coltivarne gli alberi.

Nei secoli passati, il consumo delle frutta era abbastanza diffuso; ma in quello scorso, con l'addensarsi della popolazione nei grandi agglomerati cittadini, le masse ne abbandonarono l'uso, mentre le esagerazioni sulla teoria delle calorie portarono a considerare le frutta quasi soltanto come un alimento di lusso. Soltanto oggi, con le note ricerche sulle vitamine e sul significato dei sali minerali, le frutta hanno preso un posto importante nell'alimentazione (posto che purtroppo è ancora assai limitato per le masse, per i prezzi proibitivi che esse hanno sul mercato nonostante il prezzo basso a cui le vendono i produttori. *N. del red.*).

Composizione delle frutta.

Le frutta fresche contengono da 75 ad 87 % di acqua (in media 82 %). Scarso è il contenuto in albumina (spesso meno dell'1 %); i grassi vi si trovano soltanto in tracce. Abbondanti sono invece i carboidrati, per lo più, in forma di zucchero, ma anche come cellulosa, emicellulosa, pectina, pentosani e simili. Gli acidi organici, di cui non è ancora ben chiarito il significato per l'organismo, si trovano in forma di acido malico, citrico ed anche tartarico, tannico, formico, ossalico, salicilico e benzoico.

Allo stato fresco, contengono 0,75 % di sostanze minerali, consistenti per la metà in calcio; l'acido fosforico si trova in quantità moderata, il sodio ed il cloro vi mancano. In ge-

nerale nelle ceneri si trova un eccesso di basi, salvo per l'uva ursina, che dà invece un eccesso di acidi.

Il profumo caratteristico è dovuto a combinazioni esteriche fra alcoli ed acidi grassi oppure con acidi aromatici; vi sono anche tracce di olî eterei.

Importante è il contenuto in vitamine. Quella A è contenuta in quantità notevole nelle more, nei mirtilli e nei lamponi ed anche nel ribes rosso, nell'uva spina, nelle ciliege scure e nelle prugne.

Quella B si trova in discreta quantità nelle more e nei frutti di sambuco. Quella C negli aranci, limoni, banane, more, fragole, ribes bianco e rosso, uva spina, mele di buona qualità, prugne della Regina Claudia.

Il contenuto in vitamina A è proporzionale al colore del frutto; quella B si trova generalmente in quantità non elevata, mentre invece è abbondante la C. Con la cottura e sterilizzazione buona parte delle vitamine va distrutta, specialmente la C.

Le vitamine si trovano particolarmente nella polpa, nella buccia e nei nòccioli, mentre i succhi di frutta ne contengono pochissime. Ne viene che la frutta va consumata essenzialmente allo stato fresco, poichè ogni preparazione può alterare il contenuto vitaminico.

Le pere, albicocche, pesche, l'uva, le ciliege (non nere) contengono soltanto scarse quantità di vitamina C.

Il *contenuto in calorie* è relativamente basso (30-50 per 100 grammi). Fanno eccezione le banane e l'uva (circa 100 calorie) e le frutta secche (200-300). Quindi una dieta unicamente di frutta costituirebbe una nutrizione insufficiente dal punto di vista calorico; essa può essere completata usando l'uva, le banane od i fichi od anche i succhi di frutta sufficientemente inzuccherati. Si possono così fare i « giorni di frutta » che sono tanto importanti per la dietetica.

Poco è noto sull'utilizzazione delle frutta da parte dell'organismo. Con l'uva, vengono utilizzati l'85 % delle calorie, il 96 % dei carboidrati ed il 50 % dell'azoto; con le banane, rispettivamente 90 %, 97 % e 75 %. L'organismo utilizza anche la pectina (di cui le mele contengono 3,8 %), che nell'intestino viene scissa in zuccheri.

Per ottenerne il massimo rendimento, *la frutta va consumata cruda;* soltanto i mirtilli ed i frutti di sambuco guadagnano alquanto con la cottura. *La frutta deve essere matura* o quasi; quella immatura è sopportata meno bene ed anche meno bene utilizzata.

Alcuni individui hanno una certa ipersensibilità alla frutta cruda; così alcune hanno, dopo le fragole, l'orticaria e con le mele dei disturbi da iperacidità. La frutta deve essere accuratamente masticata, tanto più che le parti grossolane possono irritare meccanicamente lo stomaco e, giunte nell'intestino, diventano preda di fermentazioni batteriche, per cui viene aumentata la peristalsi e si hanno diarree. Ciò si osserva specialmente quando vi è achilia, con tendenza a diarree gastrogene.

Allo stato di succhi, la frutta è ottimamente tollerata dai sani come dai malati. I succhi di frutta non fermentati vanno ora diffondendosi e sono destinati a costituire una parte importante nell'alimentazione del popolo; molto diffusi essi sono nella Svizzera. La concentrazione più favorevole per lo zucchero in essi è del 7-9 %, avvicinantesi all'isotonia con i succhi gastrici. In tal modo essi possono essere consumati direttamente, mentre se la concentrazione dello zucchero arriva al 20 % ne possono risultare pirosi e senso di peso allo stomaco, disturbi che non si manifestano se sono diluiti.

Il consumo di frutta cruda può essere connesso con pericoli, che non vanno però sopravalutati. Specialmente le fragole, se concimate con cessino possono contenere germi patogeni, i quali possono pervenire anche dal maneggio con mani sporche. Il pericolo è maggiore se infieriscono epidemie di tifoide. Saggio consiglio è quello di lavare le frutta con acqua abbondante; sono state anche consigliate delle soluzioni germicide.

Altri danni possono derivare dal consumo di molta frutta con acqua, birra, mosto; se ne può avere un disturbo con vomito, diarrea ed anche ileo, causato da fermentazioni batteriche di frutta male masticata, con formazione di molto gas. È quindi consigliabile di non bere acqua con le frutta.

Il consumo delle frutta è molto variabile; da kg. 1-1 e 1/2 nei paesi frutticoli a nulla per alcuni strati sociali nelle grandi città. È consigliabile di prenderne almeno 1/4 di kg. al giorno (corrispondenti a 2 grosse mele); nelle più misere condizioni economiche, si dovrebbe prenderne almeno una piccola quantità ogni 2 giorni. È consigliabile di mangiare anche la buccia, che contiene più vitamine e sali minerali.

È fallace l'obbiezione che la frutta non è necessaria perchè si vedono adulti che stanno bene anche senza di essa; la sua mancanza fa risentire gli effetti soltanto dopo molto tempo. La sua utilità viene dimostrata dal migliore accrescimento dei bambini, quando nella dieta vi si aggiungono le frutta fresche. È inoltre da tener presente che l'ipovitaminosi sta alla base di molte malattie, le quali possono venire risparmiate con l'uso della frutta.

Anche per i sani sarebbe utile l'intercalare di tanto in tanto un giorno di frutta, come pure fare la cura d'uva o di ribes. Tanto più giovevoli sono i giorni di frutta per i malati, per combattere l'acidosi ed i disturbi che vi sono connessi, la gotta (le frutta non contengono corpi purinici), nelle malattie renali, nell'obesità; grande vantaggio hanno le frutta negli stati di costipazione.

Nei diabetici, si possono fare giorni di frutta; specialmente utili contro l'acidosi di tali malati.

Indicata per varie ragioni è la cura di frutta nello scompenso circolatorio; in tali malati, per concedere un alimento caldo, si potrà aggiungere al pasto di mezzogiorno un po' di riso o di semolino.

Per quanto riguarda le malattie intestinali, è nota la dieta di Moro a base di mele. Nell'insufficienza digestiva della malattia di Heubner-Herther che colpisce specialmente i piccoli bambini, può essere utile la dieta di frutta. Anche le gastriti, l'ulcera ed altre malattie gastro-intestinali possono risentire giovamento dalla dieta di frutta, scegliendo quelle tenere e senza buccia ed aggiungendovi i succhi di frutta. *fil.*

ORGANI DELLA CIRCOLAZIONE.

L'importanza dell'ipofisi per l'insorgenza dell'ipertensione, specie dell'ipertensione essenziale.

(A. JORES. *Klin. Wschr.*, 13 giugno 1936).

Le prime dimostrazioni di un rapporto fra ipofisi ed ipertensione sono state di natura anatomo-patologica: i reperti anatomo-patologici dimostrano che tra malattie renali, ipertensione e cellule basofile del lobo anteriore dell'ipofisi deve esistere uno stretto rapporto.

Dal punto di vista clinico già da molto tempo si sono sospettati dei rapporti tra ipofisi e pressione sanguigna: basti ricordare la cachessia di Simmonds con la sua estrema ipotensione, l'acromegalia con ipertensione ed il morbo di Cushing.

Anche l'ipertensione essenziale è stata messa in relazione con un disturbo dell'ipofisi: così, secondo Kylin, che ha riscontrato un'aumentata eliminazione di prolan nell'ipertonia essenziale, quest'affezione sarebbe la conseguenza di una iperfunzione del lobo anteriore dell'ipofisi, provocata dall'involuzione delle glandole germinali.

Quanto al modo con cui l'ipofisi interverrebbe nella regolazione della pressione sanguigna, vi sono due possibilità: o un'influenza diretta attraverso una sopraproduzione di vasopressina, o un'influenza indiretta attraverso una stimolazione dei surreni. La prima ipotesi è teoricamente possibile, ma ha ancora pochi dati di fatto in suo favore.

Una influenza indiretta dell'ipofisi sulla pressione attraverso una stimolazione dei surreni sembra invece più verosimile.

L'A. ha potuto dimostrare un'aumentata produzione di ormone corticotropo nel morbo di Cushing. Proseguendo queste ricerche ha notato che nel siero di vari ammalati con ipertensione si può dimostrare la presenza di una sostanza che provoca modificazioni istologiche analoghe a quelle prodotte dall'ormone corticotropo del lobo anteriore dell'ipofisi, con il quale ha in comune anche le proprietà chimiche, tanto che si può concludere per l'identità delle due sostanze. L'A. ha riscontrato un aumento dell'ormone corticotropo nel sangue del morbo di Cushing ed in casi gravi di ipertonia essenziale. Nell'ipertensione delle malattie renali l'ormone è riconoscibile, ma non in quella quantità che si potrebbe supporre in base al reperto anatomo-patologico. Non sembra invece che l'ormone corticotropo abbia importanza per l'insorgenza dell'ipertensione nella nefropatia gravidica e nell'eclampsia. Nel siero di pazienti affetti da ipertensione è dimostrabile un'altra sostanza che produce modificazioni del midollo surrenale uguali a quelle determinate dall'ormone adrenalotropo, al quale è probabilmente identica.

In base ai risultati delle ricerche sperimentali si può concludere che l'ipertonia essenziale rappresenta uno stato di iperfunzione del lobo anteriore dell'ipofisi e che in questi casi la causa dell'ipertensione è la sovràproduzione dell'ormone stimolante i surreni.

M. NUNBERG.

Disturbi cardiovasali di origine addominale.

(J. COUTURAT. *Presse Médicale*, 12 febb. 1936).

Le affezioni delle vie digerenti possono provocare, attraverso le connessioni che uniscono i plessi nervosi dell'addome con il plesso cardio-aortico, sindromi simulanti malattie cardiovasali.

E. Doumer distingue al riguardo tre sindromi principali: *a*) sindromi anginose d'origine digestiva; *b*) disturbi del ritmo cardiaco di origine riflessa; *c*) sincopi riflesse.

La sindrome anginosa di origine digestiva talvolta si manifesta con crisi nelle quali sulle sensazioni propriamente anginose prevalgono le reazioni ansiose con le loro conseguenze nervose e vasomotorie, ma per lo più le crisi hanno i caratteri schietti dell'attacco di angina pectoris.

Si ritiene generalmente che la causa di queste crisi sia l'aerofagia. Sta di fatto che generalmente si tratta di un'angina coronaria, che talvolta molto discreta può limitarsi ad un senso di costrizione profonda con deglutizione d'aria ed eruttazione.

Nelle colecistiti si possono avere crisi riflesse del tutto simili a quelle dell'angina cardio arteriosa. Il dolore parossistico colecistico può dar luogo ad una vera crisi di angina pectoris invece di prendere l'aspetto di una colica epatica.

Nell'ulcera gastrica si possono avere crisi dolorose acute, improvvise e violente come i dolori anginosi. Ma essendo localizzate all'epigastrio possono essere confuse solo con l'angor addominale.

Le coliti dell'angolo sinistro possono irradiare il dolore alla regione precordiale e complicarsi talvolta con una sindrome a tipo anginoide. La diagnosi differenziale può allora essere molto difficile. La sede, i caratteri e la intensità del dolore, le sue irradiazioni, l'angoscia e neppure la presenza concomitante di disordini digestivi apportano elementi sufficienti di differenziazione con l'angor cardiovasale.

Di solito l'angor riflesso si sviluppa nel più assoluto riposo senza che lo sforzo sia mai un fattore determinante. Passata la crisi l'infermo cessa di essere un anginoso. Tra una crisi e l'altra egli non prova sensazioni anginose.

L'elettrocardiografia è molto utile, perchè nell'angina coronaria presenta deformazioni del complesso ventricolare che manca nella forma riflessa.

I disturbi del ritmo di origine riflessa comprendono: le extrasistoli e gli stati tachicardici.

Le extrasistoli riflesse si accompagnano ad un malessere brevissimo più o meno penoso. Contemporaneamente la palpazione del polso consente di sorprendere battute false nel corso di un ritmo regolare. All'ascoltazione si apprezzano contrazioni premature seguite da riposo compensatore.

Durante le crisi di aerofagia le extrasistoli si manifestano a salve. Nel corso dell'ulcera gastrica possono presentarsi durante gli accessi dolorosi e anche nelle fasi di accalmia. Nelle forme dispeptiche a fondo iperstenico si manifestano più frequentemente associate a disturbi vaghi e capricciosi, nei quali prevale l'elemento neurotonico. Le extrasistoli possono manifestarsi anche nel corso di una colecistite di un'appendicite cronica, di una colite a sintomi netti che dominano la scena.

Ma altre volte il rilievo dell'origine del disturbo è più difficile trattandosi di una colecistite latente, di un'appendicite ignorata, di una ptosi gastrica non diagnosticata, di disordini colitici le cui manifestazioni cliniche sono così discrete da rimanere inavvertite.

Infine le extrasistoli possono dipendere dalla presenza di parassiti, specie ascaridi.

La prova terapeutica può riuscire utile per la diagnosi. La belladonna dà spesso buoni risultati quando le extrasistoli sono di origine gastrointestinale. Comunque è bene dare anche la sparteina.

Tra i disturbi di frequenza di origine riflessa sono da ricordare le crisi di tachicardia parossistica e le bradicardie dipendenti da affezioni dell'apparato digerente spesso clinicamente latenti e sulle quali vien richiamata l'attenzione quando si complicano con sensazioni vertiginose.

Vi sono individui che si lamentano di palpitazioni e che presentano il ritmo cardiaco instabile talvolta anche in riposo. La tachicardia è molesta perchè angosciante. Generalmente questi disordini, che si manifestano su un fondo costituzionale iperemotivo, vengono attribuiti solo all'ipereccitabilità del simpatico, ma talvolta possono essere un disturbo riflesso di origine digestiva, legato a ptosi gastrica o del colon trasverso, della parte superiore del duodeno o a diverticolo del duodeno stesso, e talvolta anche a colecistite o ad appendicite.

Il trattamento di questi stati tachicardici deve essere indirizzato a sedare l'ipereccitabilità simpatica (pilocarpina, eserina) e ad eliminare la causa costituita dall'affezione intestinale.

Le malattie dell'apparato digerente possono costituire anche l'origine di sincopi riflesse.

La sincope, come è noto, è dovuta all'ischemia dei centri nervosi in rapporto ad un'improvvisa sospensione della circolazione. Nelle sincopi riflesse il disturbo iniziale non risede nel cuore, ma nel meccanismo nervoso che regola la pressione vasale. La lesione intestinale provoca un'eccitazione che determina un'improvvisa inibizione di questo meccanismo regolatore e quindi una crisi d'ipotensione acuta. Di solito gli enteropazienti che vanno soggetti a queste sincopi sono ipervagotonici. Le affezioni che possono provocarle sono quelle stesse che determinano le extrasistoli e bradicardie riflesse. Tuttavia esse sono più frequenti nelle grandi sindromi dolorose dell'addome, nelle coliti e nelle sindromi dispeptiche accompagnate da nausee.

In tutti i casi l'elettrocardiogramma è necessario per porre la diagnosi e la prognosi.

La cura è simile a quella dell'aritmia extrasistolica: belladonna e sparteina. DR.

Importanza della colecistite e di infezioni in generale nella patogenesi della trombosi delle coronarie.

(BOY CAMPBELL. *British Med. Journ.*, 18 aprile 1936).

L'argomento del lavoro consiste nel provare la frequenza della associazione della trombosi coronarica alle malattie infettive.

L'A. ritiene sopratutto che sia frequente l'associazione colecistopatie-lesioni cardiache. Nei riguardi del perchè di questa associazione egli ricorda tutta una serie di interpretazioni e di casistiche. Fra queste quella di Vest, secondo il quale la colecistopatia può agire sul cuore o attraverso il patologico passaggio della bile nel sangue (colemia) o comportandosi come focus settico. Schwarts e Herman hanno recentemente pubblicato una serie di 109 casi di colecistite nel 63 % dei quali vi erano lesioni miocardiche. Infine Roberts giunge alle seguenti conclusioni:

1) i sofferenti di colecistopatie presentano spesso segni di insufficenza cardiaca o di angina pectoris o di tutte e due le malattie;

2) in età media o avanzata l'insufficienza cardiaca o l'angina possono essere determinati dalla colecisti ammalata.

3) pur essendo la colecistopatia la causa di tutto, pure i sintomi possono apparire di natura puramente cardiovascolare.

4) la colecistografia diventa ausilio importante anche in cardiologia;

5) il trattamento di sindromi cardiovascolari può per tal modo divenire chirurgico.

L'interpretazione diagnostica può essere molto difficile, perchè il dolore anginoso è variabilissimo e perchè può essere mentito dalla colica colecistica. Evidentemente l'anamnesi di precedenti sintomi enteroepatici (diarrea post-prandiale, flatulenza, ipercloridria, vomito) pesa in favore di una lesione colecistica. Inoltre questa è più frequente nelle donne che nell'uomo. Anche l'età del p. ha peso: la trombosi coronarica di regola comincia dopo i 50 anni. L'A. ricorda nel lavoro 10 casi personali; qualcuno con documentazione elettrocardiografica, in cui la colecistopatia fu verosimilmente la determinante della coronarite.

Seguono 4 casi in cui la causa della malattia vascolare è dall'A. supposta nell'influenza. Del resto la successione di lesioni miocardiche permanenti o transitorie è tra gli esiti ben noti dell'influenza, e secondo l'A. anche l'ipertensione grave potrebbe prenderne origine.

Segue la descrizione di 5 casi in cui la causa morbosa della trombosi coronaria va cercata in pregresse flebiti e trombosi distrettuali e un caso in cui i piogeni sarebbero stati gli agenti patogeni della cardiopatia.

Per quanto riguarda l'importanza della sifilide, l'A. pensa che essa sia molto modesta; infine è riferito un caso in cui la trombosi coronaria insorse in diabetico, il chè andrebbe riferito più che alla nota tendenza dei diabetici alla degenerazione del sistema vascolare, alla frequenza delle infezioni acute e croniche.

In conclusione in gran parte dei casi di trombosi coronaria precede una *infezione*. È difficile provare che questa è la causa di quella. Ma è certo che — per quanto riguarda la coleciste — la cura chirurgica della colecistopatia è spesso efficace anche sulla malattia cardiaca.

M. COPPO.

Manifestazioni addominali di malattie arteriose.

(C. E. LAKIN. *Tre Practitioner*, n. 6, giugno 1936).

In questo capitolo di patologia è anzitutto essenziale distinguere tra gli effetti delle malattie dell'aorta addominale e dei suoi rami, e quelli costituenti sintomi addominali in rapporto con malattie delle arterie coronarie del cuore. Quest'ultimo tipo di alterazioni viene spesso riferito sotto il nome di *angina addominale*. Questa denominazione non è felice poichè si riferisce talora a irradiazioni addominali dolorose per vera angina di origine coronaria, e talora invece a manifestazioni cliniche di arteriosclerosi dei vasi splacnici.

È assai interessante distinguere i casi dovuti a lesioni delle coronarie cardiache:, a questo scopo è utile una perfetta anamnesi. Si troverà che solo eccezionalmente il dolore resta del tutto addominale, ma vi sarà per lo più anche un dolore alto nella sede classica, sebbene questo possa passare del tutto in linea secondaria, ma in genere risulterà nella storia avere preceduto qualche attacco tipico retrosternale. La dispnea parla per l'origine cardiaca. L'esame del cuore può mostrare anomalie: dilatazione, un tono parafonico, rumori pericardici. Si constaterà una improvvisa crisi ipertensiva, un'onda T invertita all'elettrocardiogramma. Usualmente segue un po' di febbre e si trova una leucocitosi (!).

L'occlusione acuta delle coronarie con *infarto miocardico* può simulare la perforazione di un'ulcera peptica, una colica epatica o pancreatica. Il dolore e il vomito sono presenti in tutti questi casi, ma la totale assenza di rigidità dei muscoli addominali parla a favore della genesi cardiaca.

Angina addominale vera: è data da un aumento critico della pressione arteriosa che si verifichi in pazienti con sclerosi del tripode celiaco, e delle arterie mesenteriche.

La sola circostanza di presunzione per ammettere una crisi vasomotoria splacnica è data dal coincidere del dolore acuto con una crisi improvvisa di ipertensione arteriosa, e dal constatare che il dolore si calma in seguito a somministrazione di vasodilatatori. Per lo più tuttavia il riconoscere una arteriosclerosi dell'aorta e dei suoi rami non può essere che una diagnosi di probabilità, finchè non sorga una trombosi determinante lesioni occlusive, ovvero l'alterazione delle pareti non si manifesti con un aneurisma.

Aneurisma: la sua localizzazione nell'aorta addominale è relativamente rara. Secondo la direzione in cui si sviluppa produce sintomi ed effetti varii. Se si svolge posteriormente si ha erosione della colonna vertebrale, con dolori sordi, gravativi per lungo tempo, e poi paraparesi per compressione del midollo. Se si svolge anteriormente può comparire come tumefazione con pulsazione espansiva all'epigastrio: può dare disfagia se comprime lo esofago; ostruzione intestinale, edema delle gambe se comprime la coda inferiore; tumore di milza se la vena splenica; modificazioni urinarie se preme sugli ureteri o vene renali; itterizia se ostacola il dotto biliare.

In un caso (Osler) fu condotto al tavolo operatorio per appendicite! L'esito finale è la rottura, con dolore, collasso, segni di emorragia interna, di versamento endoperitoneale e morte.

La diagnosi è possibile, ma sempre difficilissima anche quando si riveli un tumore endoaddominale con pulsazione espansibile. Si deve notare molto il carattere della espansibilità. Perchè la pulsazione semplice può essere

simulata da altre masse che sovrastando alle coste possono assumere carattere di pulsazione trasmessa, ma mai espansibile. Qualche volta risulta molto utile l'esame del malato in posizione genu-pettorale. Utile la R. Wassermann.

La prognosi è sempre gravissima. La cura medica consiste, in riposo, dieta, joduri e preparati di calcio (?). La cura chirurgica può essere tentata.

Occlusione mesenterica: per comprendere bene i quadri clinici è bene ricordare la disposizione anatomica delle arterie mesenteriche superiore e inferiore: per cui la superiore irrora tutto il tratto intestinale dal duodeno alla flessura splenica del colon, e l'inferiore il resto dell'intestino. La causa è più spesso una embolia che non una trombosi. La embolia è poi più frequente nell'a. mesenterica superiore, perchè più vicina al cuore (sorgente massima di emboli), più di grosso calibro, e inserta nell'aorta ad angolo più obliquo. Le origini degli emboli sono le note che è inutile ricordi. La trombosi è meno comune; essa risulta da ateroma o da estensione da un aneurisma aortico o mesenterico stesso.

I segni sono un improvviso e spesso mortale dolore addominale. Vomito e improvvisa caduta della temperatura con segni di choc. In casi meno gravi, si hanno violente coliche parossistiche, e diarrea intensa; per lo più vi è sangue ben visibile nelle feci. L'addome è per lo più disteso e timpanitico. In qualche caso si rende palpabile un tumore dato dal mesentere e dallo intestino infiltrato. In poche ore compaiono segni di occlusione intestinale e di peritonite. La cura è puramente chirurgica.

L. TONELLI.

Trattamento biologico delle malattie dell'apparato cardio-vascolare.

(G. LYON. *Le Bull. Méd.*, 6 giugno 1936).

Nelle affezioni cardio-vascolari esistono, come è ben noto, turbe del metabolismo, tra le quali la più importante è la ritenzione di cloruro di sodio. Il regime dei cardiopatici valvolari e dei miocarditici deve cercare di combattere la ritenzione clorurata, di apportare una razione azotata limitata, di limitare la quantità delle bevande. Nel periodo di compenso il regime sarà limitato solo quantitativamente; durante lo scompenso s'impone all'inizio il regime latteo esclusivo, associato al clinostatismo, passando poi alla dieta mista latteo-vegetariana.

Bisogna però evitare di prescrivere questo regime troppo a lungo e di sopprimere indefinitamente il sale e gli alimenti azotati nei cardiaci migliorati: è bene che la dieta sia ricca in calcio, anzi si potrà somministrare direttamente del cloruro di calcio.

La nozione dell'importanza dello zucchero e del glicogeno per la nutrizione del muscolo cardiaco ha suggerito la somministrazione combinata di glucosio ed insulina, che ha un'azione favorevole sulle condizioni generali, sulla pressione sanguigna, sul ritmo cardiaco, sulla diuresi, e che sembra rinforzare l'azione di vari medicamenti, oltre a combattere l'acidosi.

Contro l'angina pectoris e gli spasmi arteriosi sono stati preconizzati vari mezzi: l'angioxyl (estratto pancreatico desinsulinizzato), gli estratti muscolari, gli aminoacidi (soluzione mista di istidina e di triptofano o istidina sola), la radioterapia, per la quale costituiscono una controindicazione l'aortite e l'insufficienza cardiaca grave, le onde corte, con simili controindicazioni, che hanno dato buoni risultati nelle forme con dolori prolungati. È difficile trarre conclusioni circa l'efficacia di questi vari mezzi di cura: a priori è poco probabile, data la frequente esistenza di lesioni di coronarite, che si possa chiedere ad una medicazione qualsiasi altro effetto che non sia quello sedativo, dovuto verosimilmente ad un'azione vaso-dilatatrice ipotensiva. Contro i vari spasmi vascolari è efficace l'acetilcolina, la cui azione ipotensiva è rinforzata e prolungata dall'associazione con la ioimbina; azione meno intensa posseggono la papaverina, il benzoato di benzile, i bagni carbo-gassosi.

Le arteriti obliteranti hanno in genere una origine infettiva o tossica, ma è stata anche dimostrata l'importanza di fattori endocrini (surreni in ispecie) in certe arteriti. In base a queste nuove nozioni è stata utilizzata in numerosi casi la radioterapia: quello che si osserva più comunemente è il miglioramento della claudicatio intermittens, l'attenuazione della cianosi, la cicatrizzazione delle ulceri. La simpatectomia periarteriosa è utile in certi casi; la paratiroidectomia ha effetti transitori. Anche l'insulina è stata usata. Tutti questi mezzi non dispensano dall'impiego del cloridrato di acetilcolina (serie di 10-15 iniezioni quotidiane sottocutanee ed intramuscolari di gr. 0,10-0,20) e dell'istamina. L'acetil - B - metilcolina e l'aminoterapia danno risultati apprezzabili nel morbo di Raynaud.

Per le varici si è proposta la medicazione ovarica, ipofisaria e pluriglandolare.

Per il trattamento dell'ipertensione arteriosa si è sperimentata la vagotinina, altro ormone pancreatico. La constatazione dell'aumento della tensione superficiale degli umori nell'ipertensione arteriosa e dell'azione dell'alcool octilico primario sulla tensione superficiale ha indotto ad utilizzare quest'alcool in terapia (iniezioni endovenose quotidiane di 2 a 10 cmc. della soluzione all'1/100.000). Quanto all'ipertensione dell'arteriosclerosi varie ricerche hanno dato risultati che contraddicono l'opinione tradizionale dell'utilità per gli ipertesi di un regime povero in proteine. Tuttavia in pratica si constata per lo più un abbassamento della pressio-

ne in seguito ad un regime vegetariano prolungato.

Per i disturbi cardio-vascolari del morbo di Basedow al trattamento jodurato classico con la soluzione di Lugol potrebbe essere sostituito l'impiego della diiodotirosina ipotensiva: si prescriverà anche il bromidrato di chinino a piccole dosi (gr. 0,20-0,40); la digitale o meglio la uabaina sono necessarie in caso di asistolia. Può essere utilizzata anche l'insulina, che abbassa il metabolismo basale.

M. NUNBERG.

CENNI BIBLIOGRAFICI

F. FORSGREN. *Ueber die Rhythmik der Leberfunktion, des Stoffwechsels und des Schlafes.* Stoccolma 1935, 56 pag.

L'A. ha compiuto molte ricerche con metodo istochimico, cercando di fissare attraverso l'esame del contenuto in glicogene o in granuli di secreto, le condizioni funzionali del fegato. Le sue conclusioni sono le seguenti, che egli compendia in uno schema grafico. Il significato ne è il seguente: se un individuo prende nel pomeriggio o la sera il suo ultimo pasto della giornata, la digestione gastrica si compie in circa 4 ore ed il passaggio nel duodeno si completa nelle 3-4 ore successive. Durante tutto questo tempo vi è assorbimento dall'intestino, ed il fegato è in fase di attività assimilatrice, per la quale fissa acqua, proteine e idrati di carbonio. Le cellule epatiche ed il fegato *in toto* aumentano di volume e di peso. La deposizione dei citati elementi comincia fin dopo il pasto di mezzogiorno, e si fa dal centro alla periferia del lobulo. Il contenuto in glicogene aumenta, ma la secrezione biliare, che all'inizio della fase assimilativa era ancora evidente, diminuisce sempre di più, per progressiva diminuzione delle cellule secernenti. Due ore dopo, quando la digestione e l'assorbimento sono più intensi, la secrezione biliare è minima, e la fase assimilativa tocca il massimo; tutte le cellule epatiche sono piene dei prodotti d'assimilazione.

A questo punto inizia una fase nuova, la secretoria. Presso i capillari biliari, alla periferia dei lobuli, si raccolgono granuli di secreto e contemporaneamente si mobilizzano l'acqua, le proteine, lo zucchero e i prodotti dell'attività cellulare (urea ecc.). Il volume delle cellule e totale diminuisce, mentre la fase secretiva si estende dalla periferia al centro dei lobuli e la secrezione biliare cresce fino a raggiungere un massimo, che corrisponde al minimo contenuto epatico di glicogeno. Questo, ridotto a pochi granuli, è raccolto attorno alla vena centrale. Dunque il tono funzionale può essere espresso con un sinusoide, con un'onda completa in ogni 24 ore. Se ne può dedurre che anche il metabolismo presenta analoghe variazioni ritmiche nelle 24 ore e che non è strettamente legato all'assunzione degli alimenti, come pretendeva la vecchia « scuola dell'alimentazione » sopratutto ad opera di autori francesi (N. Fiessinger).

È possibile che anche le medicine date per bocca seguano, fino a un certo punto almeno, questo ritmo di fissazione e liberazione rispetto al fegato.

Ricerche tuttora in corso fanno pensare all'A. che queste conclusioni valgono particolarmente per l'uomo e non per tutti gli animali e che il ritmo della funzione epatica possa molto variare da soggetto a soggetto. L'importanza di queste nuove vedute è chiara: il problema assume aspetti nuovi: non si può più ammettere senz'altro che la funzione epatica sia continua, regolata solo dal variare della richiesta e dall'offerta di materiale.

Attraverso lo studio approfondito del ritmo della funzione epatica e del metabolismo, l'A. ritiene possibile arrivare ad una rappresentazione dinamica o cinetica dell'organismo umano.

M. COPPO.

CARRIÉ CURT. *Die porphyrine: ihr Nachweis, ihre Physiologie und Klinik.* Pag. 102, G. Thieme, Lipsia, 1936. RM. 9.

Tra le sostanze che negli ultimi anni sopratutto hanno assunto particolare interesse biologico e medico, sono le porfirine. Così l'A. inizia la prefazione a questo suo libretto, che è una bella, completa e interessantissima monografia sulle porfirine.

Non ostante l'abbondanza di studi chimici sui rapporti tra porfirine e pigmenti ematici e biliari e sulle sintesi dei pigmenti biologici in generale (particolarmente di Fischer e Scuola) la biologia e la clinica delle porfirine sono poco note, male sistematizzate e finora non trattate riassuntivamente in modo organico. In questo libro tutto è chiaro e bene disposto. La materia trattata è distribuita come segue: proprietà chimiche e fisiche delle porfirine e loro dosaggio. Proprietà biologiche.

Le porfirine nelle piante, negli animali e nell'uomo. Le porfirinopatie: è questo il capitolo più direttamente importante per il medico. L'A. segue nella descrizione delle porfirine da causa sconosciuta la classificazione di Micheli che cita largamente, così come obbiettivamente ricorda gli altri importanti contributi italiani (Massa, Vigliani ecc.). Segue l'esposizione delle teorie vecchie e nuove sull'azione della porfirina sul metabolismo, sul metabolismo delle porfirine stesse.

Chiude il libro la trattazione delle cause della porfiria e della cura della porfiria.

In quasi tutti i capitoli sono citate ricerche personali dell'A., solo o in collaborazione con Schreus; la specialissima conoscenza dell'argomento e dei problemi ha permesso all'autore una trattazione che direi senz'altro brillante di problemi difficili e molti ancora oscuri.

Nella parte medica del libro l'A. riferisce

alcuni casi di sua osservazione, particolarmente a proposito della forma nervosa della porfiria e delle porfirie saturnine.

La bibliografia che chiude il libro comprenprende 252 voci, di cui 10 italiane, ortograficamente queste quasi tutte scorrette. Lo segnaliamo perchè non è giusto ritenere la esattezza tedesca molto superiore alla nostra.

M. COPPO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze mediche e chirurgiche di Napoli

Seduta del 3 giugno 1936.

Presidente: Prof. G. JAPPELLI.

Le polisierositi adesive circoscritte.

G. CICCONARDI. — Esistono forme pleuriche e peritoneali adesive circoscritte senza che il viscere domini attualmente la scena.

Queste polisierositi, o perivisceriti, possono coesistere in vari punti del torace e dell'addome.

Esse riconoscono spesso una causa comune che è la lue o la tubercolosi o la simbiosi dei due morbi.

Tranne gli interventi operativi comandati da indicazioni di urgenza per la vita del malato, e perciò quasi esclusivamente sull'addome, la terapia medica dev'essere, oltrechè sintomatica e fisica, anche specifica. Buoni risultati si ottengono da preparati di jodio e tubercolina, nel senso che si riesce talvolta ad attenuare il decorso del morbo, ad interromperne le fasi di recrudescenza, ad esaurire il processo. Solo a questo punto il coltello del chirurgo può risolvere definitivamente gli esiti del male.

Mielosi eritremica ed eritro-leucemica nell'infanzia.

M. MIRAGLIA DEL GIUDICE. — Dopo qualche cenno storico sulla individualizzazione delle eritremie quali emopatie a sè da contrapporsi alle mielosi leucemiche, alle quali sono d'altra parte legate dalle forme eritro-leucemiche, l'O. espone i dati ematologici e quelli clinici dei processi di iperplasia anaplastica del sistema eritroblastico, da solo e in associazione a quello leucoblastico, facendo rilevare come, in contrasto ai dati ematologici, il reperto clinico non abbia nulla di particolare da poter indirizzare in un senso o nell'altro il criterio diagnostico.

Descrive quindi due casi, di mielosi eritremica il primo e di mielosi eritro-leucemica il secondo, osservati nella R. Clinica Pediatrica di Napoli, in due bambini dell'età rispettiva di 15 e di 6 mesi.

Mentre nel primo bambino la diagnosi di mielosi eritremica non si presta, per la tipicità del reperto ematico, a discussioni diagnostiche, nel secondo caso invece l'O. espone ampiamente i motivi per i quali non crede che la mielosi eritroleucemica presentata dal suo paziente possa essere senz'altro compresa nel gruppo dell'anemia pseudoleucemica di v. Jaksch-Hayem-Luzet.

Analisi critica della sindrome narcolettica.

P. PENTA. — La mancanza di casi anatomo-clinici rende necessaria una minuta analisi semiologica, per definire clinicamente la sindrome narcolettica, la quale consta essenzialmente di cinque ordini di fenomeni accessuali o accessi narcolettici: le crisi di sonno, la perdita affettiva del tono, la catalessia del risveglio e quella dell'addormentamento, l'onirismo narcolettico.

Le varie specie di crisi, pur differenti nella loro sintomatologia, non rappresentano che manifestazioni dello stesso fenomeno attivo: il sonno, suscettibile di dissociarsi nelle sue varie componenti: psichica, somatica e vegetativa.

Su questa base è possibile, da un lato, riconoscere nei meccanismi regolatori del sonno e della veglia la sede centrale delle lesioni narcolettiche, anatomiche o funzionali, e, dall'altro, separare nettamente la narcolessia da altre sindromi ipniche, limitando la narcolessia ad un campo più ristretto, nel quale sui casi sintomatici di altre malattie (encefalite, lue, tumori, traumi) prevale la forma idiopatica.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta ordinaria del 4 giugno 1936.

Presidente: Prof. SPIRITO.

Prof. F. SPIRITO. — *Utili varianti ad alcuni metodi in uso per la conservazione di pezzi anatomici.*

Azione delle soluzioni glucosate ipertoniche introdotte per via endovenosa sulla pressione arteriosa, sulla diuresi e sulla glicemia.

Dott.i R. MARTINETTI e N. CASTELLINI. — Gli OO. riferiscono sovra un primo gruppo di ricerche condotte in soggetti ipertesi e nelle quali si è studiata l'azione del glucosio ipertonico introdotto per via endovenosa sulla pressione, sulla diuresi e sulla glicemia.

L'azione dinamica del glucosio ipertonico (100 cc. della soluzione al 50 %) sul circolo è caratterizzata da un aumento immediato e fugace della pressione arteriosa con particolare interessamento della pressione massima; segue poi una fase tardiva e protratta di caduta della pressione arteriosa stessa e particolarmente della minima. Questa fase di caduta della pressione coincide con una netta fase d'ipoglicemia.

La diuresi quando la funzione renale sia integra si mostra nettamente aumentata; l'eliminazione dell'urea e dei cloruri non varia in modo sensibile. Il tempo di riassorbimento del ponfo cutaneo è aumentato.

In un ulteriore studio gli AA. si propongono di riferire sull'importanza terapeutica del glucosio nell'ipertensione arteriosa.

Tecnica per la misurazione del diametro delle piastrine e costruzione di una formula su cento elementi.

Dott. B. DELLA MAGGIORE. — L'O. propone la misurazione del diametro delle piastrine a scopo di indagine clinica e ne illustra la tecnica. Riferisce sui risultati ottenuti in soggetti normali ed in alcuni cirrotici in stadio ascitico.

Riporta le formule nelle quali sono esposte le modificazioni che si sono verificate nel diametro delle piastrine in un a. con trombopenia essenziale nel quale è stata praticata splenectomia con esito favorevole.

S. HARKANYI e M. SEBASTIANI. — *Ricerche sul midollo allungato dell'amadriade.*

Dott. G. CIACCIO. — *Ricerche delle fibre muscolari sotto l'azione di agenti chimici.*

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'aerofagia degli ptosici.

L'aerofagia è un sintoma frequente negli ptosici ed è la conseguenza della insufficienza della pressione esercitata dai muscoli addominali sulla massa gastro-intestinale; essa è, in parte, la risultante dei disturbi dell'assorbimento fisiologico dei gas, sia per disturbi della circolazione epatica, sia per insufficienza del tono interno.

In questi individui, può avere una funzione utile, facilitando l'evacuazione gastrica, sostenendo il fegato, innalzando il diaframma e può avere azione benefica sull'ipotensione arteriosa, tanto frequente in questi malati.

Essi però, comprendendo il sollievo che dà loro l'eruttazione, finiscono per ripetere troppo spesso la deglutizione salutare, risultandone facilmente un tic, tanto più che si tratta di vagotonici ansiosi e depressi. In tal modo, essi passano dall'aerofagia sintoma all'aerofagia malattia, perchè si è venuta sviluppando la fobìa dei gas gastrici. Quando si interrogano questi malati, si apprende di solito che, su un terreno di antica nevropatia, i disturbi gastrici sono rimasti vaghi ed imprecisi fino al giorno in cui un esame medico o, più spesso, quello radiologico, ha fatto posare la diagnosi di aerofagia. Di fatto, se in qualche malato la descrizione del meccanismo produttore della aerofagia è utile, nella maggior parte troppa precisione è dannosa e porta al tic aerofagico. Per un eccesso di spiegazioni, il medico può sviluppare un'esagerazione della cenestesi, creare questa fobìa dei gas che, esagerandosi, porta all'oppressione indefinibile e spinge tali pazienti a trovare un sollievo nelle eruttazioni purtroppo precedute da una deglutizione.

In presenza di una aerofagia in uno ptosico, è pertanto consigliabile di curare essenzialmente la ptosi ed i disturbi dispeptici sopraggiunti anzichè dare eccessive spiegazioni sul meccanismo dell'aerofagia stessa. *fil.*

Contributo alla conoscenza delle cisti congenite nel segmento ileo-cecale dell'intestino.

In questo lavoro completo sotto ogni punto di vista C. Spampinato (*Croce Rossa* 1935), ricordata la necessità di differenziare possibilmente le cisti mesenteriche da quelle derivate dall'intestino, riporta un'osservazione in riferimento ad un caso da lui operato nell'ospedale di Anagni. Esposta la storia, descritto l'intervento e l'esame istologico, richiama l'attenzione in particolare sui dettagli di struttura negli strati muscolari propri della parete cistica, confrontandoli con la disposizione della muscolatura nella parete intestinale e ne discute il significato agli effetti dell'interpretazione patogenetica. Riassunta l'anatomia patologica della lesione, la sua patogenesi e la cura, sui dati desunti anche da altre osservazioni, ne discute la patogenesi in riguardo ad eventuali rapporti col diverticolo di Meckel o con germi di epitelio intestinale inclusi durante lo sviluppo embrionale, svolgendo in proposito qualche considerazione per ricordare interessanti concezioni di ordine generale intorno all'influenza direttiva e formativa sulla differenziazione dei tessuti mesenchimali esplicata dall'epitelio embrionale. C. LA CAVA.

Diagnosi e cura dei tumori dell'ileo.

T. Matolcsy (*Arch. Klin. Chir.*, Vol. 184, pag. 82, 1936) osserva che i tumori primitivi dell'ileo sono piuttosto rari e in genere vi predominano quelli maligni. La diagnosi clinica è pressocchè impossibile in una fase precoce; questi malati vengono trattati come appendicitici, come sofferenti di sciatica, di artrite ecc. è solo l'es. radiologico che permette la diagnosi o almeno fa porre il sospetto. Nei casi non troppo avanzati la diagnosi sicura è possibile con la biopsia che l'A. raccomanda vivamente. In un caso p. es. fu riconosciuto un echinococco mentre clinicamente si era pensato a un trauma inoperabile. Di 10 casi di sarcoma osservati, solo 5 poterono essere operati; dopo due anni però non ne sopravviveva nessuno. VALDONI.

3 casi di gastrectomia totale con speciale riguardo alle variazioni ematologiche postoperative.

Taleno (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 184 pag. 681, 1936) narra di 3 casi di gastrectomia totale per cancro morti poi per metastasi a 135, 182 e 193 casi. All'autopsia si trovarono segni di intossicazione cronica particolarmente evidenti a carico del rene. Nel quadro ematologico, in tutti esisteva una anemia ipercrom[illegible]stica. VALDONI.

Il trattamento chirurgico della colite ulcerosa non specifica.

Lardennois (*Mém. Academie Chir.*, 62, 463, 1936), osserva che la colite ulcerosa non specifica è un'affezione non rara e estremamente grave, essa è caratterizzata da iperplasia della mucosa a cui segue necrosi, ulcerazione, e talora pseudopoliposi o stenosi secondaria. Alcuni AA. danno per tale forma una mortalità del 50 %, altri del 25 %. La terapia medica (tripaflavina, vitamina A, polivaccini) non ha effetto che ausiliario. La terapia chirurgica è l'unica da cui ci si possono ripromettere dei risultati. Gli interventi proposti e finora seguiti sono i seguenti: *Cecostomia*: va considerata come terapia inadeguata. L'A. l'ha adottata 4 volte senza buon risultato. *Appendicostomia*: non superiore alla cecostomia. *Ileostomia* totale a sperone. È il metodo più seguito, sia isolatamente che associato a appendicectomia per potere meglio lavare il moncone prossima-

le. Nella letteratura tale metodo dà il 25 % di mortalità nei casi lenti, nei casi acutissimi 75 %. *Colostomia metacecale* a derivazione totale. È il metodo di elezione seguito dall'autore in 6 casi. La difficoltà riscontrata è rappresentata dalla costruzione di uno sperone sufficiente. Tale intervento presenta il vantaggio di avere maggiori probabilità di cogliere tessuto sano. L'intervento ideale sarebbe la *Colectomia* che però non può sempre praticarsi a causa delle cattive condizioni del paziente. Tali interventi si sogliono praticare quando il p. è già malato da lungo tempo. Buoni risultati ha avuto da tali interventi praticati *precocemente*, non appena fatta la diagnosi. Un intervento in questa condizione è giustificato dalla mortalità elevata di questa affezione e dalla sua inguaribilità. L'autore riporta 27 casi propri.

ALDO CALÒ.

La santonina nei bambini.

La santonina è il lattone dell'acido santoninico, che si ottiene per estrazione dai semi del semen-contra (*Artemisia maritima*), che cresce nel Turkestan e negli Urali.

Nel tubo digerente, viene almeno parzialmente trasformata in santoninato solubile ed assorbita sotto tale forma. Viene eliminata con le feci, ma non con le urine, che sono colorate in giallo da uno dei suoi derivati (la xantopsina) e che trattate con un alcali virano al rosso.

Ha azione eccitante sul sistema nervoso ed inibitrice sul respiro. Essa è nota per la sua *azione vermifuga*, che si esercita specialmente sugli ascaridi, meno sugli ossiuri; per i cestodi, sono necessarie dosi troppo elevate da non poter usarsi in clinica. La sua azione sui vermi si esplica dapprima eccitando e provocando delle convulsioni e poi paralizzando; i parassiti vengono così distaccati dalla parete intestinale e la loro espulsione può essere realizzata mediante un purgante.

Per dare dei buoni risultati, la santonina va somministrata secondo L. Babonneix (*Gazette des hôpitaux*, 20 giugno 1936) come segue:

1) A piccole dosi, di 2-5 cg. al giorno, mescolata a miele, marmellate od in cartine o tavolette; la dose classica di 1 cg. per anno può essere pericolosa perchè porterebbe a somministrare 14 cg. in un ragazzo di 14 anni!

2) In modo discontinuo, per 2-3 giorni di seguito, somministrando un purgante (calomelano, solfato di sodio o di magnesio) ed *evitando l'olio di ricino*, che può sciogliere la santonina e facilitarne l'assorbimento. Si prescriverà, p. es.:

Santonina . . . . cg. 3
Calomelano . . . . » 1
Lattosio . . . . . » 50

Per una cart. Di tali n. 2.

Da prendere per 2 giorni di seguito, al mattino, a digiuno, in un po' di acqua zuccherata.

Evitare questo medicamento nei bambini troppo piccoli e negli spasmofili.

Presa in queste condizioni, la santonina dà risultati eccellenti. Altrimenti, può dare fenomeni tossici. Per evitarli, si consiglia da taluno di sostituirvi il semen-contra in cui la santonina si trova in forma di tannato e l'olio essenziale ivi presente inibisce momentaneamente l'assorbimento di essa e ne rinforza l'azione.

fil.

Schema di trattamento dell'ulcera gastro-duodenale con l'istidina.

N. Quénér (*Gaz. des hôpitaux*, 6 maggio 1936) fornisce lo schema seguente.

Mettere il malato a dieta idrica e fare iniezioni giornaliere di istidina (1 cmc. intradermica o 5 cmc. endomuscolare). I dolori ed i vomiti debbono calmarsi alla seconda iniezione; in caso contrario, aggiungervi i consueti « ingessamenti » (bismuto, idrato di magnesia, creta preparata, belladonna). Dopo qualche giorno, quando il dolore è scomparso, incominciare ad alimentare il malato; anzitutto latte, poi pappe di cereali, poi puree di legumi, arrivando gradatamente ad un regime abbastanza largo, (quello della dispepsia iperstenica), da cui vanno banditi evidentemente l'alcool, il caffè, le spezie.

Dopo 3 settimane, (circa 20 iniezioni) sospendere l'istidina, continuando eventualmente gli antispasmodici.

All'eventuale ripresa dei dolori o dei vomiti, od anche se essi non si ripresentano, fare dopo 3-4 mesi una nuova serie di 6 iniezioni e, dopo altri 5-6 mesi, un'altra. Sarebbe bene continuare così per qualche anno, con 2 serie di 6 iniezioni ogni anno.

fil.

IGIENE

Contributo allo studio della vaccinazione antirabbica con vaccini fenicati.

È merito di C. Fermi di aver per primo applicato l'acido fenico alla attenuazione del virus rabbico. Il procedimento iniziale del Fermi è stato variamente modificato. In Italia il Puntoni ha introdotto e diffuso il metodo dei vaccini fenicati a crescente virulenza.

Il metodo usato da P. Remlinger e Bailly (*Bull. de l'Acad. de Médec.*, 9 giugno 1936), consiste nell'emulsionare finemente in una soluzione fisiologica fenicata all'1 % l'encefalo e il midollo di coniglio o di cane morti per infezione di virus fisso. L'emulsione, filtrata e controllata, viene conservata in ghiacciaia.

Le esperienze effettuate dall'Autore su conigli, su cani e su un asino han mostrato che le proprietà immunizzanti del vaccino fenicato sono almeno uguali a quelle del vaccino clas-

sico di Pasteur. I vantaggi offerti dalla vaccinazione fenicata consistono sopratutto nella imputrescibilità dei vaccini fenicati e nella possibilità quindi di essere spediti a distanza. Questa proprietà e la innocuità fanno considerare tale metodo di vaccinazione come il più pratico e il più adatto alla necessità del decentramento delle cure antirabbiche.

E. CARLINFANTI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sulle modificazioni del sangue nel colera.

Loh e Tai (*Chinese Medical Journal*, maggio 1936) riferiscono brevemente i resultati delle loro indagini eseguite su 13 colerosi in stadio algido, prima e dopo fleboclisi di siero fisiologico

Le ricerche si sono rivolte ai seguenti valori: contenuto in Hb, numero dei globuli rossi e bianchi, formula leucocitaria, peso specifico, volume delle cellule ematiche, riserva alcalina, azoto residuo, creatinina, acido urico, glucosio, cloro, calcio e fosfati.

Nello stadio algido (dei collassi) gli AA. hanno trovato una grave disidratazione con aumento di tutti i costituenti del sangue tranne il Cloro, che era un po' diminuito rispetto ai valori normali. Anche la R.A. era bassa. Dopo la fleboclisi i valori ritornarono alla norma, tranne il numero dei leucociti che rimase elevato ad indicare la leucocitosi reattiva alla malattia. Il tasso di glucosio era bassissimo, d'onde una transitoria ipoglicemia. Il Cl dopo la fleboclisi aumenta, mentre la R.A. resta bassa e l'azoto residuo elevato, a denotare la tendenza allo sviluppo dell'uremia e della acidosi. Su 16 casi di colera le citate ricerche vennero fatte in stato di proclamata acidosi con uremia. In quasi metà dei casi, non ostante le ripetute fleboclisi, vi era R.A. bassa, aumento notevole dell'azoto non proteico. Le urine avevano peso specifico basso e contenevano albumina, leucociti ed acetone.

La prova di funzione renale fatta con la fenol. s. f. dimostrò sempre una grave compromissione dei reni.

Gli AA. non escludono che questo blocco renale possa essere dovuto all'introduzione endovenosa di cospicue quantità di Na Cl nelle ripetute fleboclisi: propongono, onde evitare tale inconveniente che può essere molto grave, di usare per la fleboclisi un liquido isotonico-isoionico, tipo Ringer, la cui formula è la seguente:

Cloruro di sodio . . .	0,6-0,7 %
Cloruro di potassio . . .	0,03 %
Cloruro di calcio . . .	0,025 %
Glucosio	2,5 %
Bicarbonato di sodio . .	0,5 %

Il glucosio avrebbe azione diuretica, ed il bicarbonato potrebbe aumentare la R.A.

M. COPPO.

VARIA

I prodotti americani in Europa.

Da una lista pubblicata in *Scientific Monthly* (agosto 1935), risulta quanto numerosi siano i prodotti venutici dall'America: essi hanno rinnovato in modo straordinario la nostra alimentazione e il nostro tenore di vita. Importanza grandissima hanno avuto le *patate* e il *maiz*, che hanno arricchito molto le nostre risorse alimentari e reso possibile un poderoso incremento di popolazione in Europa; notevoli anche il *pomodoro*, senza cui non si concepiscono più le nostre mense; il *tacchino*, ospite di tutti i nostri pollai; il *cacao*, ingrediente del cioccolato, che piacque tanto da esser definito « cibo degli dei » (Theobroma); e, ancora, i *fagioli comuni*, ottimo cibo popolare, la *zucca*, ecc. Hanno avuto grande importanza anche il *cotone* (un tempo i tessuti erano solo di lino, canapa o seta) e il *tabacco* (per lo meno come fonte di guadagno per gli erari...).

Meno importanti, ma pur degni di rilievo, sono molti altri prodotti: la *vaniglia*, l'*ananas*, il *ribes* e l'*uva orsina*, il *matè*, le *arachidi* (noccioline americane), le *noci brasiliane*, la *tapioca*, l'*arrow-root*, il *topinambur* o patata dolce, il *pepe di Cajenna*, il *girasole*, la *passiflora*, ecc.

Altri prodotti hanno avuto sinora poca diffusione in Europa: *yam*, *cassava*, *guara*, *custard apple*, *papaya*, *avocado*, *allspica*, *maple sugar* ecc.; non è da escludere però che qualcuno abbia fortuna.

L'America ci ha dato la *fillossera*, ma ci ha fornito anche la *vite americana*, che consente di combatterla. All'America dobbiamo la corteccia di china che combatte efficacemente la malaria.

È ancora dubbio se dall'America provenga la *sifilide;* il problema è sempre discusso.

A differenza dell'America, l'Australia ci ha dato pochissimo: l'acquisto principale è l'*eucaliptus*.

Dal vecchio mondo, in compenso, sono stati importati nel nuovo e nel nuovissimo quasi tutte le piante coltivate e gli animali d'allevamento.

Alcune piante coltivate sono state poi molto perfezionate in America, specialmente le frutta, che ci ritornano sotto forma di varietà molto apprezzate. Ad es. quasi tutte le varietà di pesche ora coltivate in Italia provengono dalla California (*may-flower*, *wheeler*, *tryumph*, *waddel*, *red bird*, *elberta*, *bella of Georgia*, *Eureka* ecc.); così pure molte varietà di prugne (*Burbank*, *Burton* ecc.). Abbiamo però anche delle ottime varietà italiane, come l'uva *Edda Mussolini*. Le varietà nuove si potrebbero favorire e diffondere, compensando con premi alti chi fosse riuscito a produrle.

(Da « *L'Attual. Med.* », n. 5).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Le Casse Mutue di malattia per gli impiegati dell'industria.

È stato sottoscritto fra le due Confederazioni dell'industria l'accordo definitivo per la costituzione delle Casse Mutue di malattia a favore delle categorie impiegatizie. In ogni Provincia viene costituita una Mutua provinciale alla quale devono essere iscritti tutti gli impiegati, eccezione fatta di quelli dipendenti da aziende per le quali le organizzazioni provinciali concorderanno con regolare contratto la costituzione di Casse aziendali, oppure di quelli che fruendo già per legge, contratto o fatto di condizioni in complesso più favorevoli, dopo l'esame e la valutazione delle Federazioni nazionali, se trattasi di intere categorie interessate, o delle organizzazioni provinciali se trattasi di gruppi aziendali, saranno esonerati dall'obbligo di iscrizione e continueranno a fruire di dette condizioni. Naturalmente, la costituzione di ciascuna Mutua aziendale sarà concessa solo quando si verifichino condizioni particolari per importanza d'azienda e per numero di impiegati, tali da offrire sotto ogni aspetto tutte le garanzie. Per evitare i ritardi di applicazione e lunghe trattative locali, le Confederazioni hanno concordato tutte le clausole per cui alle Federazioni e alle Unioni non resta che esaminare i casi previsti. Non sfuggirà l'importanza, anche agli effetti economici delle Casse, di avere inclusi nell'obbligo di iscrizione tutti gli impiegati, qualunque sia lo stipendio di ciascuno. Circa le prestazioni, esse sono precisate in maniera uguale per tutte le Casse e una certa elasticità, in relazione alla possibilità delle Casse e all'andamento delle gestioni, è solo lasciata per i premi di nuzialità e natalità e per l'indennizzo funerario. Il contributo fissato nazionalmente, frutto di lunghe trattative, potrà apparire modesto, ma sarà, con una oculata amministrazione, sufficiente. A questo riguardo viene consigliato che i Consigli di amministrazione adottino dei criteri inizialmente prudenti per la concessione di detti premi.

Circa l'assistenza sanitaria, che costituisce, in mancanza dell'indennità di malattia non contemplata per il trattamento già previsto dalla legge sull'impiego privato, l'attività assistenziale prevalente, le Casse ne assicureranno le forme più opportune e più attente per soddisfare ogni esigenza degli assicurati. È sino da ora pensabile, per l'assistenza medica, che potrà essere bene accetta solo quella basata sulla facoltà di scelta del sanitario. Per i ricoveri in ospedali, le convenzioni previste saranno fatte garantendo una classe e un trattamento decoroso per l'impiegato ammalato.

La Cassa malattie del Commercio.

Si è riunito in Roma il Consiglio di Amministrazione della Cassa nazionale malattie per gli addetti al commercio, presieduto dall'on. Pennavaria, il quale ha messo in evidenza la situazione finanziaria e morale raggiunta dall'Istituto in pochi anni.

Dalle origini ad oggi, hanno aderito alla Cassa 146.496 aziende commerciali con un totale di 892.771 lavoratori, mentre sono state eliminate, nello stesso periodo, 23.665 aziende con 643.277 lavoratori.

È da notarsi che le sanzioni contro l'Italia non hanno per niente turbato la solida compagine della Cassa: anzi, l'intensità del gettito dei contributi è stata sensibilmente superiore, durante i primi mesi del 1936, a quella degli esercizi precedenti.

I lavoratori ammalati che hanno trovato assistenza presso l'Istituto, dall'inizio dell'attività della Cassa al 31 maggio 1936, sono stati 379.949, per un totale di 6.525.420 giornate di malattia indennizzate. Considerate nei loro elementi costitutivi le prestazioni corrisposte a lavoratori ammalati raggiungono complessivamente il valore di L. 128.612.858.

Dal 1° gennaio al 31 maggio dell'anno in corso, la Cassa ha indennizzato 28.310 casi di malattia per un complesso di 582.590 giornate ed un valore di 10.255.858, ed ha inoltre attuato nuove forme integrative di assistenza, destinando 260.000 lire alla assegnazione di speciali indennità per interventi di alta e media chirurgia e inviando alle colonie climatiche del Partito, 500 figli di datori di lavoro e di lavoratori.

Col 1° luglio, inoltre, la Cassa nazionale malattie per gli addetti al commercio ha esteso la sua attività alla Libia.

Il Consiglio di amministrazione della Cassa, per esprimere la sua riconoscenza al Duce fondatore dell'Impero e all'Esercito vittorioso, ha deliberato di rimettere al Capo del Governo una somma da destinarsi ad opere di assistenza, alla quale si è aggiunto il contributo spontaneo del personale dell'Istituto.

Lo sviluppo dell'attività mutualistica nel settore rurale.

Si è riunito il 23 luglio il consiglio di amministrazione della Federazione nazionale fascista delle Casse mutue malattie per i lavoratori agricoli. L'on. Angelini, in qualità di presidente, ha passato in rassegna l'efficace opera finora compiuta per lo sviluppo dell'attività mutualistica nel settore rurale. Egli ha messo in rilievo come l'anno XIV abbia segnato per i lavoratori della terra il raggiungimento di importanti realizzazioni assistenziali e provvidenziali, specie per quanto riguarda le provvidenze per malattie e le Casse mutue. Ha concluso sottolineando l'opera che la Federazione sta svolgendo per istituire la Cassa malattie in tutte le provincie, affinchè dell'azione mutualistica voluta dal Regime per la tutela dell'integrità fisica delle classi operaie possano beneficiare i lavoratori agricoli d'Italia.

L'Assicurazione maternità estesa a tutte le lavoratrici dei campi.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministero delle Corporazioni, ha approvato uno schema di R. decreto-legge con cui viene estesa alle lavoratrici rurali l'assistenza per la maternità che fino ad oggi era limitata soltanto alle lavoratrici dell'industria. Con la nuova disposizione, viene assicurata alle madri contadine un assegno fisso (di L. 100) per ogni caso di parto, oltre che la necessaria assistenza igienica e sanitaria durante il periodo di gravidanza e puerperio.

Agli oneri assicurativi si provvede con un contributo annuo di L. 5 a carico del datore di lavoro e L. 2 a carico dell'assicurata, con la integrazione di un concorso da parte dello Stato nel pagamento degli assegni.

L'esercizio è affidato all'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale.

Si calcola che l'assicurazione comprenderà oltre 600.000 lavoratrici rurali e presterà la sua assistenza per circa 60 mila parti all'anno.

Il fine della nuova provvidenza è quello di mantenere in piena efficienza tanto l'indice della natalità che il grado di vitalità della popolazione agricola del nostro paese. L'assicurazione per la maternità alle donne agricole dovrà applicarsi a tutte le donne che abbiano compiuto l'età di 15 anni e non superata quella di 50, che prestino la loro opera in lavori agricoli come salariate o come appartenenti ai nuclei famigliari dei salariati stessi, dei mezzadri e dei coloni.

Per rendersi conto della necessità di questa nuova provvidenza, basta riflettere che la mortalità materna in gravidanza e in puerperio è ancora molto alta e occorre assolutamente debellarla: su 3000 donne circa che muoiono ogni anno per queste cause se ne potrebbero salvare duemila almeno. Troppo forte è poi la mortalità dei neonati. Ventimila bambini in media muoiono nei primi 5 giorni di vita per cause ostetriche; quarantamila sono partoriti morti. Se si aggiunge un 10 % di aborti e un 20 % di morti nel primo mese di vita, sono in complesso 160 mila vite perdute ogni anno rispetto ad un milione di nascite. La mortalità materna è più forte nelle provincie rurali meridionali dove difettano specialmente gli Istituti materni e gli Istituti ostetrici. Occorre salvare almeno 2000 madri e 50.000 bambini all'anno.

Ora con la legge sull'assicurazione maternità e con la più assidua assistenza ostetrica oltre un milione e mezzo di donne adibite ai lavori di campagna, potrà complessivamente essere assicurato con un preventivo di oltre 100 mila parti all'anno. Il che dimostra quale vasta opera sociale va ad iniziarsi con questo nuovo provvedimento del Regime.

Cassa di previdenza per professionisti.

Si è riunito il Consiglio Nazionale della Confederazione Fascista dei Professionisti e degli Artisti. Erano presenti il presidente on. Pavolini, i ventiquattro segretari dei Sindacati Nazionali e i presidenti delle due Associazioni nazionali aderenti. Nell'importante riunione è stato esaminato, modificato e approvato lo schema di statuto dell'istituenda Cassa Unica di Assistenza e di Previdenza per tutti gli appartenenti a quelle categorie inquadrate nella Confederazione che di una cassa propria fossero fin qui sfornite.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Il Corpo sanitario coloniale.

Con recente deliberazione del Consiglio dei Ministri è stato istituito questo corpo, il quale si compone del ruolo dei medici, di quello dei veterinari e di quello dei chimici.

Il ruolo dei medici conterà fra i trecento e quattrocento professionisti. Ecco i gradi: ispettore generale medico capo; ispettore generale medico; ispettore medico di 1ª classe; di 2ª classe; medico coloniale capo; primo medico coloniale; medico coloniale; medico coloniale in prova.

Il ruolo veterinario avrà un po' meno di cento persone.

Il ruolo dei chimici sarà meno numeroso: una ventina all'incirca.

Le cifre non hanno che una relativa importanza, perchè possono essere, anzi sono, suscettibili di mutamenti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

MANTOVA. — Concorso per esami e per titoli al posto di Direttore della Sala Celtica e del Dispensario Antivenereo Comunale. Stipendio L. 8000 al lordo delle ritenute di legge e delle riduzioni di cui ai RR. DD. 20-11-1930 n. 1491 e 14-4-1934 n. 561. Non vengono concessi aumenti periodici, nè indennità. Nomina per un quinquennio, salvo conferme quinquennali. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Richiedere bando alla Segreteria Comunale. Scadenza ore dodici del 12 settembre 1936-XIV.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. prof. Castellani, capo dei servizi sanitari in A. O. I., è stato eletto membro corrispondente straniero dell'Accademia delle scienze coloniali di Parigi.

I maggiori generali medici nel R. E. Mariotti Bianchi prof. Giov. Battista e Caccia prof. Filippo, sono stati recentemente nominati tenenti generali medici.

Rallegramenti vivissimi ai due illustri rappresentanti del corpo sanitario militare.

L. P.

NOTIZIE DIVERSE

L'assistenza agli orfani dei medici caduti in guerra.

Sotto la presidenza di S. E. il ten. gen. med. Francesco Della Valle si è riunito il Comitato Nazionale per l'assistenza agli orfani dei medici morti in guerra. Alla seduta hanno partecipato i rappresentanti della Sanità Pubblica, della Sanità Militare, della Sanità Marittima, dell'Opera Nazionale Assistenza Orfani di Guerra, proff. Piccinini e Silvani.

Il presidente all'inizio della seduta ha rievocato con nobili parole il sacrificio e l'eroismo della classe medica in guerra, che diede ben 400 morti sul campo, occupando il secondo posto d'onore, dopo la Fanteria, nella statistica di morte fra le varie armi e corpi del R. Esercito.

Ha rievocato inoltre le tre nobili figure di medici morti in Africa Orientale i cui orfani sono anche assistiti dal Comitato. Ha rivolto altissime parole di devozione a S. E. il Capo del Governo fondatore dell'Impero.

Il segretario generale prof. Bocchetti ha illustrato i criteri che guidano l'assistenza di questa particolare categoria di orfani, a cui provvede l'intera classe medica. Sinora sono stati assistiti con borse di studio ben 91 orfani, di cui già 38 sono laureati o diplomati o ufficiali nel R. Esercito, mentre gli altri sono quasi tutti iscritti alle RR. Università del Regno.

Sono state concesse dal Comitato per l'anno 1936 altre 54 borse di studio da L. 2000, L. 1500 e L. 1000 e due sussidi da L. 500 ciascuno.

Ogni orfano è seguìto dal Comitato stesso, perchè sia facilitata l'ardua fatica nella vita senza la guida e l'aiuto del proprio genitore.

S. E. il gen. Della Valle ha chiuso la seduta esaltando il Regime che ha suscitato nella Nazione un rinnovato senso di alta e vibrante solidarietà per tutta la classe degli orfani di guerra e per quanti tutto sacrificarono per la grandezza della nostra Patria.

30° Congresso italiano di dermosifilografia.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha indetto la XXX Riunione a Roma nei giorni 12-14 ottobre.

Demmo già i titoli delle relazioni.

I soci sono pregati di far pervenire (non più tardi del 15 agosto) alla presidenza (prof. Lodovico Tommasi, via Riccardo Wagner 2, Palermo) i titoli delle comunicazioni che intenderanno svolgere.

Saranno particolarmente graditi i contributi riguardanti gli argomenti ufficiali di relazione e specie quelli intesi a fornire una più precisa conoscenza sulla importanza e valutazione del danno che il nostro Paese subisce per effetto della sifilide e blenorragia, essendo — come è noto — intendimento della Presidenza, che la Società celebri il 50° anno di propria fondazione con un adeguato contributo pratico nel campo della Medicina sociale.

Tuttavia, una particolare seduta sarà dedicata ad eventuali comunicazioni su argomenti liberi a scelta dei soci.

Si raccomanda, data la ristrettezza del tempo che è possibile dedicare a queste ultime comunicazioni, di limitarsi a preannunziare e svolgere solo argomenti liberi di speciale interesse e che si prestino a concisa esposizione di risultati.

Corsi di puericoltura.

Presso la Clinica Pediatrica della R. Università di Napoli, in via S. Andrea delle Dame 4, si svolgerà, nel periodo dal 24 agosto al 24 settembre, a cura dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, un corso di puericultura pre-natale e post-natale per medici.

Il numero massimo delle ammissioni sarà di 100. Se gli inscritti non raggiungeranno il numero di 30 il corso non avrà luogo. I medici che intendono frequentare il corso dovranno presentare domanda in carta da bollo da L. 4 al presidente della Federazione Provinciale di Napoli dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (piazza S. Maria la Nova 44) non più tardi del 10 agosto, unendo alla domanda un certificato di laurea nonchè ricevuta del Banco di Napoli, Sede S. Giacomo, tesoriere della Federazione, comprovante l'eseguito pagamento di L. 50 per tassa d'iscrizione.

Nessun'altra tassa dovrà essere pagata dagli inscritti. La prima lezione sarà tenuta lunedì 24 agosto 1936 alle ore 11, presso la R. Clinica Pediatrica. Ai primi due classificati agli esami sarà assegnato rispettivamente un premio di L. 300 e un premio di L. 200.

Sono altresì istituiti otto premi (quattro da L. 300 e quattro da L. 200) da assegnarsi esclusivamente, sempre in ordine di merito, a medici di comuni rurali.

Gli inscritti saranno tenuti alla più assidua frequenza, condizione necessaria per essere ammessi agli esami finali del corso.

Agli approvati sarà rilasciato analogo certificato dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

Un Corso di puericoltura per levatrici avrà luogo contemporaneamente nella Clinica ostetrica; tassa L. 30; sono pure istituiti dei premi.

Per il nuovo Ospedale di Ravenna.

Il Municipio di Ravenna ha indetto un concorso per il progetto di massima dell'ospedale di quella città. Il concorso è riservato agli ingegneri e agli architetti italiani iscritti nei rispettivi albi. L'opera deve essere progettata in modo che la spesa di esecuzione non superi i 10 milioni di lire. Il concorso spira col 30 settembre, presso la segreteria comunale di Ravenna.

Due premi: 30 mila lire per il progetto dichiarato vincitore; 15 mila lire da suddividersi fra gli altri due progetti classificati al secondo e al terzo posto.

Azioni giudiziarie.

La Corte di Bruxelles ha giudicato il caso seguente: un medico aveva curato una signora, colpita da affezione cronica, praticando numerose applicazioni diatermiche. Sopravvenuta la morte, egli mandò il conto degli onorarî, per 39.750 franchi, agli eredi; ma questi trovarono troppo numerose le prestazioni e troppo alta la somma e si limitarono a corrispondere 15.000 franchi. Il Tribunale ha ammesso il numero delle prestazioni denunziate dal medico ma ha ridotto gli onorarî delle visite da 100 a 50 franchi e quelli delle sedute di diatermia da 250 a 150 franchi: comples-

sivamente ha assegnato al medico circa 22.400 franchi, che dovranno essere corrisposti dagli eredi, in proporzione alla tangente ereditata da ciascuno.

Il dott. Cappelle, di Crécy-en-Ponthieu (Francia), aveva in cura un ragazzo, cui prescrisse 12 iniezioni di novarsenobenzolo, affidandone l'esecuzione ad un'infermiera diplomata, appartenente ad un preventorio. L'infermiera ravvicinò le iniezioni, praticandone una al giorno, senza tener conto delle gravi reazioni. Seguì la morte e la famiglia del ragazzo intentò causa. Il Tribunale correzionale di Abbeville assolse il medico e condannò l'infermiera a 100 franchi d'ammenda, condizionata, e ai danni e interessi, computati in 12.000 franchi. Si sono appellati tanto l'infermiera quanto il pubblico ministero; la Corte d'Appello di Amiens ha ora ridotto l'ammenda a 16 franchi; ha mantenuto la condanna, per omicidio colposo, a 12.000 franchi di danni e interessi, ma ha stabilito che devono essere corrisposti solidariamente dal medico e dall'infermiera.

Un po' dovunque.

Mentre questo numero viene impaginato, si svolgono le « Giornate Mediche di Montecatini », che hanno riunito più di 600 sanitari, tra cui molti illustri rappresentanti delle scienze mediche. Il successo di questa manifestazione culturale è pieno. Ne daremo presto un resoconto.

L'Assemblea generale dell'Unione internazionale contro il pericolo venereo si è tenuta ad Amsterdam il 6 e il 7 luglio. Venne preceduta da una visita a La Aja, Leida e Noodwyk.

Il III Congresso della Società Radio-Neuro-Chirurgica Italiana, che doveva aver luogo a Siena, sarà invece tenuto a Pisa l'anno prossimo 1937-XV durante il periodo delle vacanze pasquali. La data e ogni altra indicazione saranno precisati in seguito.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 5, 12 e 21 giugno e il 3 luglio. Sono state fatte comunicazioni da: G. Nicolich, L. Calcagno, E. Oliani; L. Winternitz (due comunicaz.); M. Gioseffi; E. Rimini, L. Lovisato, C. Ravasini.

Agli Ospedali Civili di Genova si è tenuto un congresso sanitario, il 26 giugno, sotto la presidenza del prof. G. Trevisanello, assistito dal segretario dott. A. Valle. Hanno fatto comunicazioni: L. Durante, R. Agnoli, V. Maragliano, T. Vitali.

Il 58° Corso di perfezionamento della Facoltà medica di Vienna si terrà dal 30 settembre al 13 ottobre; avrà carattere internazionale e riguarderà i progressi della medicina con speciale riguardo alla terapia; sarà particolarmente destinato ai medici rurali. Tassa 50 scellini austriaci. Seguiranno due corsi di perfezionamento in pediatria (12-24 ottobre e 12-22 ottobre; tasse scellini 800 e 1000) e due corsi di perfezionamento in ginecologia (12-19 ottobre, tasse scellini 150, per ognuno). Chiedere il programma dettagliato al: Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, Allgemeines Krankenhaus, 1. Hof, Wien IX.

La comitiva dei medici italo-americani ha dimorato due giorni a Bologna. Nella Clinica chirurgica ed in quella otorinolaringologica della R. Università gli ospiti hanno assistito ad alcuni interventi operatori. Il prof. Carlucci, dell'Università Columbia, primario dell'ospedale italiano di Nuova York, ha espresso a nome della comitiva la più alta ammirazione per lo sviluppo scientifico dell'Ateneo bolognese, dichiarando che l'organizzazione sanitaria del Policlinico può servire di modello a quella delle cliniche americane, ed esprimendo la certezza che i rapporti culturali italo-americani avranno in avvenire un sempre più fecondo sviluppo nel reciproco interesse dei due Paesi.

Con R. D. 30 apr. 1936-XIV n. 973, pubblicato nella « Gazz. Uff. » del 6 giugno, è concesso il riconoscimento giuridico all'Associaz. Naz. Culturale Fascista Stomato-Odontologica, aderente alla Confederaz. Fascista Professionisti e Artisti.

La Regina ha aperto i giardini del Quirinale ai parkinsionani post-encefalitici, che seguono la cura nel Reparto istituito dalla Regina stessa al Policlinico, ove sono state attuate nuove provvidenze per la rieducazione al lavoro.

Il Principe Umberto ha visitato a Napoli, il 20 luglio, la nave ospedale « Urania », recante a bordo militari e operai reduci dall'A. O.

Il Duce ha destinato al Sanatorio antimalarico di Sant'Eufemia Lamezia la somma di 400.000 lire, ricevute dalla Società Anonima Bonifiche Calabresi per celebrare la fondazione dell'Impero. Ha destinato alla fondazione di un asilo-nido ad Arezzo la somma di 50.000 lire, ricevute allo stesso scopo dalla Ditta Buitoni.

Il Vice-Segretario del Partito ha ricevuto il presidente del Pio Istituto di S. Spirito e degli Ospedali Riuniti di Roma, Carlo Solmi, accompagnato da una rappresentanza del personale dipendente, il quale gli ha consegnato lingotti d'oro per grammi 10.496,20 e lingotti d'argento per grammi 5970, quale offerta alla Patria.

Il presidente ha inoltre informato il Vice-Segretario del P. N. F. che una somma di lire 8763, raccolta fra gli ospedalieri per la celebrazione dell'Impero, è stata devoluta alle opere di assistenza del personale stesso.

Per l'assetto edilizio dell'Università di Bologna lo Stato ha assunto l'onere di un ulteriore contributo di 10 milioni di lire ed ha autorizzato una convenzione supplettiva, da stipularsi con gli Enti locali contribuenti all'opera, per circa altri 12 milioni di lire.

Due premi di venti mila lire ciascuno sono stati istituiti dal gr. uff. prof. Prassitele Piccinini e intitolati al padre suo prof. Massimo. Uno è presso l'Accademia dell'Arte Sanitaria in Roma, ed ha lo scopo di incoraggiare e premiare gli studî inerenti alle rivendicazioni italiane nel campo delle arti sanitarie; l'altro è presso l'Università di Pavia, per l'incoraggiamento di studî a favore dell'italianità all'estero.

Alla Camera francese dei deputati è stato deposto un progetto di legge, a firma dell'on. Pomaret e di altri 24 deputati, secondo il quale verrebbe inibito l'esercizio delle professioni liberali oltre i 65 anni, e ciò allo scopo di far posto ai giovani.

Il progetto ha provocato vive proteste, tra cui notevoli quelle dell'Associazione corporativa degli studenti di medicina di Parigi.

Si riaprono le iscrizioni al Corso biennale per infermiere professionali presso le Scuole Convitto della Croce Rossa Italiana riconosciute dallo Stato. nelle sedi di Bologna, Milano, Napoli, Roma e Torino.

Nelle vicinanze della cittadina ungherese di Sezegedin due contadini sono stati aggrediti dalle api di un alveare, che essi avevano fatto casualmente rovesciare; uno ne è morto, all'ospedale.

Un incendio è scoppiato in un padiglione dell'ospedale per tubercolotici di Takeva, in Estonia, le fiamme, alimentate dal vento, hanno attaccato altri padiglioni: parecchi malati sono rimasti carbonizzati; si sono prodotte scene d'intenso panico.

L'infermiere capo dell'ambulatorio di Larikha, presso Omsk, in Siberia, invece di propinare del vaccino antidissenterico per bocca, lo ha, per errore, iniettato ad alcuni ragazzi di Kolkhosicusis; uno di essi è morto; altri venti erano in stato grave.

I funerali del sen. DEVOTO, svoltisi a Milano il 22 luglio, sono stati una sentita, grandiosa manifestazione di cordoglio. A rendere l'estremo tributo d'omaggio alla memoria dell'eminente scienziato, accanto alle autorità, a professori universitarî, a uno stuolo di medici, ha preso parte una larga rappresentanza di operai.
Alla famiglia hanno inviato le loro condoglianze il Pontefice, il Re, il Capo del Governo, il sen. Marconi, i ministri Benni e Alfieri e altre personalità.

A 65 anni si è spento il prof. FERRUCCIO CANEVA; fu a lungo chirurgo all'Ospedale Maggiore di Milano, poi collaboratore di numerose Opere pie e istiuzioni sanitarie come il Soccorso ostetrico, la Croce Verde, l'Istituto Bassini, la Scuola infermiere. Fu presidente dell'Ospedale Fatebenefratelli e fondatore della Casa popolare di cura.

Si è spento il prof. GAETANO RÈPACI, primario pediatra dell'Ospedale Maggiore di Milano. Una lapide, ricordante il suo valore di scienziato, sarà apposta nell'Ospedale dei bambini.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 22 giugno al 28 giugno 1936: Morbillo 358 (1838); Scarlattina 103 (220); Pertosse 214 (784); Varicella 190 (407); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 212 (343); Infezioni paratifiche 50 (68); Febbre ondulante 67 (94); Dissenteria 12 (13); Difterite e croup 181 (318); Meningite cerebro-spinale epidemica 6 (8); Poliomielite anteriore acuta 53 (84); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 17 (35); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 61 (83), dichiarata — (—); Pustola maligna 15 (15); Parotite epidemica 97 (269); Leishmaniosi 3 (3); Febbre puerperale 30 (30).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 10 Agosto 1936 - XIV Num. 32

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

SERVIZIO CHIMICO MILITARE
CENTRO STUDI DI FISIOPATOLOGIA DI FIRENZE
diretto dal sen. prof. A. LUSTIG.

Ricerche fisiopatologiche sul bromuro di cianogeno.

Dott. GIUSEPPE FERRALORO, primo cap. medico.

INTRODUZIONE.

Le notizie che abbiamo potuto raccogliere passando in rassegna la letteratura sul bromuro di cianogeno, non sono molto notevoli.

Secondo E. Meyer (1) il bromuro di cianogeno, similmente al cloruro di cianogeno, possiede un odore assai irritante, e il limite di tolleranza è di circa mgr. 85 per mc.

Secondo Vedder (2) invece, la concentrazione approssimativamente insopportabile per l'uomo, dato che in pochi secondi causa forte irritazione degli occhi e delle vie respiratorie superiori, è di mgr. 35 per mc. Il Vedder poi parlando del cloruro di cianogeno, che ha azione fisiopatologica simile al bromuro di cianogeno, afferma che questi composti uccidono in virtù del gruppo cianogeno in essi contenuto, e che perciò i sintomi dell'avvelenamento sono simili a quelli dell'avvelenamento da acido cianidrico, con l'aggiunta di un'immediata irritazione degli occhi e delle vie respiratorie, dovute all'alogeno in essi contenuto e che provoca desquamazione dell'epitelio della trachea e dei bronchi, reazione infiammatoria attorno ai piccoli bronchi, edema perivascolare, emorragie ed edema negli alveoli.

Secondo Pagniello (3) il bromuro di cianogeno è un tossico di azione non molto energica, che è valutata molto inferiore a quella del fosgene e pari a 1/10 di questa. Il CNBr fu largamente usato in guerra dagli austriaci fin dal dicembre 1917 nei proietti carichi a « Campielite », una miscela aggressiva in cui il bromuro di cianogeno entrava come il prin-

cipale componente, e pare che gli austriaci ne fecero largo uso nell'offensiva del giugno 1918 sul Piave.

Le notizie più dettagliate su questo prodotto sono riportate da Flury e Zernik (4). Secondo questi autori i caratteri generali dell'effetto tossico del bromuro di cianogeno sono simili a quelli del cloruro di cianogeno, solo che l'azione tossica è un po' più forte, mentre l'azione irritante è più debole. Come sintomatologia si ha, nel topo e nel gatto, con concentrazioni di 1 gr. per mc. o superiori, morte dopo pochi atti respiratori o fortissime lesioni; concentrazioni al di sotto di gr. 1 per mc. producono, nel topo, forte molestia, ma non sono assolutamente mortali. L'inalazione di concentrazioni di mgr. 300 per mc. prolungata per 3-4 minuti produce una paralisi totale. I gatti vengono totalmente paralizzati dall'inalazione di concentrazioni di gr. 3 per mc. della durata di 1,5-3 minuti. Concentrazioni al disotto di mgr. 150 per mc. determinano lesioni più o meno gravi a seconda del tempo di inalazione, e, prolungando relativamente a lungo l'inalazione, anche a morte.

Per quel che riguarda le osservazioni sull'uomo Flury e Zernik (l. c.) riferiscono che le varie indicazioni sulla sopportabilità di questo prodotto sono alquanto discordi: così secondo Flury il limite di tolleranza, cioè la concentrazione massima sopportabile da un uomo normale per 1 minuto, è di mgr. 85 per mc., mentre secondo Vedder (l. c.) bastano concentrazioni di mgr. 35 per mc. per mettere l'uomo fuori combattimento, e concentrazioni di mgr. 71 per mc. determinano lesioni manifeste del tratto respiratorio. Secondo i dati austriaci queste lesioni avvengono già a concentrazione di mgr. 14 per mc.

Dautrebande (5) non si occupa direttamente del bromuro di cianogeno, ma facendo un cenno sulle proprietà fisiopatologiche del cloruro di cianogeno, la cui azione fondamentale è analoga, afferma che questo prodotto è nello stesso tempo un veleno tissulare e anossiemizzante, dato che provoca irritazione delle vie respiratorie.

Come si può rilevare da questa breve e sommaria rassegna, che comprende però tutto ciò che d'interessante è stato pubblicato dal punto di vista medico sul bromuro di cianogeno, i diversi autori sono concordi nell'attribuire a questo prodotto una doppia azione fisiopatologica: locale sulle vie respiratorie e generale da riassorbimento; i pareri sono invece discordanti quando si tratta di stabilire il limite di tolleranza, mentre non si hanno, in complesso, dati sufficienti per stabilire esattamente l'indice di tossicità.

ESPERIENZE PERSONALI.

Le esperienze intraprese ed attuate presso questo Centro di Studi, hanno avuto lo scopo di controllare, con nostra diretta documentazione sperimentale, le notizie fornite dalla letteratura sull'azione fisiopatologica di questo aggressivo chimico, e di controllare ed integrare i dati riguardanti la tossicità, facendo nello stesso tempo gli opportuni rilievi sulla sintomatologia presentata dagli animali esposti alle concentrazioni tossiche, sia durante l'esperimento che nei giorni successivi.

Abbiamo anche fatto qualche esperienza per stabilire il limite di sopportabilità; ma trattandosi di esperienze fatte, per mancanza di personale, su due soli soggetti, i nostri risultati hanno solo un valore relativo.

Abbiamo anche voluto saggiare il potere preventivo e curativo dello solfo colloidale sull'avvelenamento da bromuro di cianogeno, dato che in questi ultimi tempi lo solfo colloidale è stato da vari autori consigliato nell'avvelenamento da acido cianidrico.

I risultati di queste ultime esperienze, come si vedrà nel corso dell'esposizione, hanno dato esito negativo.

Tecnica sperimentale. — Le esperienze sugli animali sono state fatte tutte nella grande camera a gas, della capacità di 20 mc.

Le concentrazioni dei vapori tossici venivano realizzate a mezzo dell'evaporazione, facendo evaporare le quantità volute di prodotto in una bacinella di ferro smaltato poggiante su un bagno di olio riscaldato a 52-60° C.

Gli animali venivano introdotti nella camera a gas dopo qualche minuto dalla fine dell'evaporazione di tutto il prodotto, a mezzo dell'apposito dispositivo automatico di cui è fornita la nostra camera a gas.

Perchè tutto il prodotto fosse evaporato sono stati sempre sufficienti pochi minuti (3-6).

Come animali da esperimento abbiamo adoperato le cavie in numero di quattro per ogni esperienza.

Le concentrazioni sono variate tra mgr. 50 e mgr. 800 circa per mc.

Il tempo di esposizione da minuti 5 a minuti 280.

Le esperienze per stabilire il limite di tolleranza sull'uomo, sono state fatte pure nella grande camera a gas, dove si realizzavano deboli concentrazioni del prodotto, e in cui en-

travano poi i soggetti soffermandosi, in alcuni casi, fino a quando l'irritazione delle vie respiratorie lo permetteva. In questa serie di esperienze siamo partiti da concentrazioni molto deboli, che abbiamo poi man mano aumentato, in modo da poter riferire il limite di sopportabilità a 1 minuto di inalazione, onde avere dati riferibili a quelli riportati da Flury e Vedder.

Queste esperienze sono state fatte su due soggetti, compreso lo scrivente.

Le esperienze per saggiare il potere preventivo e curativo dello zolfo colloidale sono state fatte con la medesima tecnica adoperata per le esperienze sulla tossicità, esponendo però gli animali a concentrazioni sicuramente mortali (in base ai dati ricavati dalle esperienze sulla tossicità) ed iniettando prima, o subito dopo l'esperimento, dello zolfo colloidale.

Il preparato di solfo colloidale adoperato è stato lo « Zimosolfolo » dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Si è avuto cura anzitutto di saggiare la tolleranza degli animali per tale prodotto, e sono state iniettate poi agli animali in esperimento dosi (per kgr. di peso) che erano state tollerate senza inconvenienti degli animali di controllo.

Anche per queste esperienze sono state adoperate le cavie, in numero di 4 per ogni esperienza: di queste, due servivano però di controllo e quindi non venivano iniettate.

Lo zimosolfolo è stato somministrato per iniezioni sottocutanee.

Per tutte le esperienze eseguite è stato adoperato bromuro di cianogeno puro, fornitoci dal Laboratorio del Centro Chimico Militare.

Esperienze sull'azione fisiopatologica e sulla tossicità del CN-Br.

Sintomatologia. — Tutti gli animali sottoposti all'inalazione di bromuro di cianogeno hanno presentato su per giù la stessa sintomatologia, con qualche variazione di intensità in rapporto diretto con la concentrazione più o meno elevata del tossico.

Dopo qualche tempo dall'inizio dell'esposizione (da pochi secondi a 1-2 minuti) essi cominciano ad ammiccare, dilatano le narici, e fanno in modo indubbio apprezzare l'irritazione sempre più intensa cui vanno soggetti. Dopo qualche minuto si ha lacrimazione, salivazione, qualche contrazione tonico-clonica, e si nota l'inizio della dispnea. Proseguendo l'esposizione, per concentrazioni al di sotto di 300 mgr. per mc. la sintomatologia non subisce variazioni notevoli, ma la dispnea si accentua sempre più, gli animali si mostrano meno vivaci, e qualcuno non è più capace di reggersi sulle gambe.

Per esposizione a più forti concentrazioni tutta la sintomatologia ha un decorso più rapido e intenso; con concentrazioni di mgr. 500/mc. o superiori, gli animali vanno soggetti a vere e proprie convulsioni che ricordano molto da vicino quelle che lo scrivente ha avuto occasione di osservare in esperienze fatte, in epoca precedente, con l'acido cianidrico (6).

Tolti dall'ambiente tossico gli animali si mostrano nella maggior parte dei casi alquanto rimessi, ma dopo qualche ora la dispnea si va sempre accentuando, e la morte avviene entro le 24 ore successive all'esperimento.

Anche negli animali sottoposti all'inalazione di forti concentrazioni, la sintomatologia ha in genere una breve remissione subito dopo l'esperimento.

Due animali sottoposti all'inalazione di forti concentrazioni (superiori a mgr. 500/mc.) e che durante l'esperimento avevano presentato convulsioni e si erano abbattuti, sono sopravvissuti pur avendo avuto nei giorni successivi notevole dispnea.

Negli animali sottoposti all'inalazione di concentrazioni deboli ma prolungate per un tempo relativamente lungo, il quadro sintomatologico è stato meno grave, ed anche nei casi mortali si è avuta morte degli animali dopo qualche giorno (fino a 4-6).

In parecchi animali, specie in quelli sottoposti ad inalazioni mortali, si è avuto cura di osservare la curva termica, misurando prima dell'esperimento, subito dopo, e poi ad intervalli regolari, la temperatura rettale; è stato spesso riscontrato che dopo qualche ora dall'esperimento si ha in un buon numero di casi un aumento di temperatura di 0,5-1,5° C.

Cenni di fisiopatologia. — Tutti gli animali morti in seguito alle esperienze sono stati sottoposti a necroscopia sia per accertare le cause di morte, sia per studiare le lesioni anatomopatologiche.

In tutti i casi sono state riscontrate lesioni a carico dell'apparato respiratorio: mucosa tracheale iperemica, emorragie polmonari puntiformi o a chiazze e più o meno diffuse, in qualche caso focolai di epatizzazione polmonare, e in qualche caso ancora edema polmonare, a volte abbastanza notevole.

Fegato, milza e reni sono stati trovati sempre normali.

Il sangue in tutti i casi è stato trovato di color rosso vivo.

Risultati sperimentali. — Sono compendiati nella seguente Tabella N. 1.

TABELLA N. 1.

Riassunto esperienze sulla tossicità del bromuro di cianogeno.

N. esper.	Concentr. mgr./mc.	Espos. m'	c x t	Esito
1	800	5	4000	Morte 1 anim.; 3 anim. sopravvivono
2	,97	10	7970	Morte tutti anim. in 10-12 ore
3	691	10	6910	Morte 3 anim.; 1 anim. sopravvive
4	600	11	6600	Morte 2 anim.; 2 anim. sopravvivono
5	507	15	7605	Morte tutti anim. in 4-11 ore
6	503	14	7042	Morte 3 anim.; 1 anim. sopravvive
7	461	13	5993	Morte 2 anim.; 2 anim. sopravvivono
8	422	12	5044	Morte 1 anim.; 3 anim. sopravvivono
9	387	18	6996	Morte 2 anim.; 2 anim. sopravvivono
10	339	28	9492	Morte 2 anim.; 2 anim. sopravvivono
11	322	28	9016	Sopravvivenza
12	240	50	12000	Morte 1 anim.; 3 anim. sopravvivono
13	238	55	13090	Morte 3 anim.; 1 anim. sopravvive
14	217	70	15190	Morte 2 anim.; 2 anim. sopravvivono
15	178	235	39830	Morte tutti anim. in 18 ore-3 giorni
16	178	150	26700	Sopravvivenza
17	175	140	24500	Id.
18	175	120	21000	Id.
19	160	45	7200	Id.
20	150	280	42000	Morte 2 anim.; 2 anim. soprav vivono
21	150	250	37500	Sopravvivenza
22	100	45	4500	Id.
23	100	30	3000	Id.
24	98	60	5880	Id.
25	54	110	5940	Id.
26	54	60	3240	Id.
27	51	90	4590	Id.

CONSIDERAZIONI.

Dalla sintomatologia osservata, dai confronti che si son potuti fare con la sintomatologia altre volte osservata studiando l'avvelenamento da acido cianidrico, dai risultati sperimentali e dalle lesioni anatomo-patologiche riscontrate sugli animali morti in seguito alle esperienze, possiamo concludere, conformemente alle asserzioni dei vari Autori precedentemente citati, che il bromuro di cianogeno esplica una duplice azione tossica, 1) irritante locale sull'apparato respiratorio; 2) tossica generale da riassorbimento.

Più specificamente si può affermare che mentre nell'inalazione di concentrazioni deboli ha la prevalenza l'azione irritante locale sull'apparato respiratorio, nell'inalazione di concentrazioni forti deve avere una netta prevalenza l'azione tossica generale da riassorbimento esercitata dal gruppo cianogeno; e ciò sia perchè in tali casi tutto il quadro sintomatologico è analogo a quello presentato dagli animali esposti all'inalazione di forti concentrazioni di acido cianidrico, sia perchè spesso si ha morte rapida mentre le lesioni locali dell'apparato respiratorio non sono per nulla in relazione col quadro sintomatologico imponente.

Per quel che riguarda la tossicità si può affermare, in base ai nostri risultati sperimentali, che non è possibile stabilire per il bromuro di cianogeno una cifra indicante, anche in via approssimativa, l'indice di tossicità Haber. Infatti, similmente a quanto succede nell'avvelenamento da acido cianidrico, ha una grande importanza per la tossicità la concentrazione respirata dall'animale. Man mano che diminuisce la concentrazione occorre un tempo di esposizione molto più lungo e mai proporzionale alla diminuzione della concentrazione, per aversi egualmente la morte dell'animale. Così mentre per concentrazioni superiori ai mgr. 500 per mc. sono sufficienti 5-10 minuti di respirazione per aversi la morte, per concentrazioni al di sotto di 150 mgr. per mc. anche 250 minuti di respirazione non cagionano la morte dell'animale.

Mentre però nell'avvelenamento da acido cianidrico al di sotto di un determinato limite di concentrazione, la respirazione del tossico è incapace di produrre effetti letali sull'organismo, dato che si stabilisce un equilibrio fra la quantità di tossico assorbito e quello eliminato, nel caso del bromuro di cianogeno anche concentrazioni di mgr. 150/mc., respirate per un tempo adeguato (280 minuti) sono capaci di cagionare la morte dell'animale, ciò

che deve certamente essere messo in relazione con le lesioni locali provocate dall'alogeno sull'apparato respiratorio, lesioni locali che invece mancano nell'avvelenamento da acido cianidrico.

CONCLUSIONI.

Dal complesso delle esperienze sull'azione fisiopatologica e sulla tossicità del bromuro di cianogeno si può concludere che:

1) il bromuro di cianogeno esplica sullo organismo animale una duplice azione fisiopatologica: irritante locale sull'apparato respiratorio, e tossica generale da riassorbimento;

2) non è possibile stabilire una cifra, anche approssimativa, per indicare l'indice di tossicità Haber del bromuro di cianogeno. La tossicità di questo prodotto è infatti in diretto rapporto con la concentrazione respirata dagli animali, e mentre per concentrazioni al di sopra di 500 mgr. per mc. bastano pochi minuti di respirazione per aversi sicuramente la morte degli animali, facendo respirare concentrazioni più deboli occorre prolungare di molto l'esposizione per aversi effetti analoghi, e il rapporto $c \times t$ è di gran lunga superiore all'analogo rapporto ottenuto facendo respirare forti concentrazioni.

Esperienze per stabilire il limite di sopportabilità sull'uomo:

Come è stato già accennato queste esperienze hanno avuto per necessità di cose uno sviluppo molto limitato, dato che i soggetti che si avevano a disposizione erano solo due, fra cui lo scrivente.

Risultati. — I risultati sperimentali possono essere così riassunti:

Soggetto G. F.

ESP. N. 1. — Concentrazione mgr. 10/mc.
Il soggetto avverte irritazione delle congiuntive e delle vie respiratorie, ma sopporta bene l'inalazione per 1 minuto.

ESP. N. 2. — Concentrazione mgr. 20/mc.
Il soggetto avverte irritazione delle congiuntive e delle vie respiratorie, ma sopporta bene l'inalazione per 1 minuto.

ESP. N. 3. — Concentrazione mgr. 30/mc.
I soggetto avverte forte irritazione delle congiuntive e delle vie respiratorie, ma riesce a sopportare senza inconvenienti rilevanti l'inalazione per 1 minuto.

ESP. N. 4. — Concentrazione mgr. 40/mc.
Il soggetto avverte forte irritazione, e dopo 57 secondi esce dalla camera a gas affermando che la permanenza non era più tollerabile.

Soggetto C. L.

ESP. N. 5. — Concentrazione mgr. 10/mc.
Il soggetto avverte irritazione degli occhi e delle vie respiratorie, ma sopporta bene l'inalazione per 1 minuto.

ESP. N. 6. — Concentrazione mgr. 20/mc.
Il soggetto avverte irritazione degli occhi e delle vie respiratorie, ma sopporta bene l'inalazione per 1 minuto.

ESP. N. 7. — Concentrazione mgr. 30/mc.
Il soggetto avverte più forte irritazione, ma sopporta ancora bene l'inalazione per un minuto.

ESP. N. 8. — Concentrazione mgr. 40/mc.
Il soggetto avverte più forte irritazione, ma sopporta ancora bene l'inalazione per un minuto.

ESP. N. 9. — Concentrazione mgr. 50/mc.
Il soggetto esce dalla camera a gas dopo 55 secondi dichiarando che la permanenza non era più tollerabile.

Tutti e due i soggetti usciti dalla camera a gas si rimisero rapidamente dall'irritazione sofferta e dopo pochi minuti non avvertirono più alcun disturbo. Solo dopo l'esperimento N. 4 il soggetto G. F. avvertì per qualche ora una lieve cefalea che cedette poi subito alla somministrazione di un antinevralgico.

CONCLUSIONI.

Dai risultati sperimentali ottenuti sembra dunque che il limite di sopportabilità del bromuro di cianogeno si aggiri sui 40-45 mgr. per mc., e che quindi fra i dati riportati dalla letteratura sarebbero più vicine al vero le cifre del Vedder; occorre però ripetere ancora che dalle nostre limitate esperienze non è possibile pervenire a conclusioni definitive, dato che in questo genere di esperienze ha notevole importanza la sensibilità individuale ed occorrerebbe quindi sperimentare su un notevole numero di soggetti onde poter arrivare a stabilire delle cifre medie di sicura attendibilità.

ESPERIENZE PER SAGGIARE IL POTERE PREVENTIVO E CURATIVO DELLO SOLFO COLLOIDALE NELL'AVVELENAMENTO DA BROMURO DI CIANOGENO.

Come è stato già accennato quando si è parlato della tecnica sperimentale, sia a scopo preventivo che curativo dell'avvelenamento, abbiamo adoperato lo solfo colloidale, onde constatarne gli effetti.

È stato adoperato lo Zimosolfolo (I.S.M.) e sono stati iniettati sotto cute agli animali fino a mgr. 64 di solfo colloidale per kgr. di peso.

Le esperienze sono state numerose, ma ci sembra inutile esporle anche sommariamente dati i risultati del tutto negativi.

RISULTATI.

Sia gli animali cui era stato iniettato prima dell'esperimento lo zimosolfolo, sia quelli cui fu iniettato subito dopo l'esperimento, si sono comportati in modo analogo agli animali controllo sia come sintomatologia sia come esito finale.

Conclusioni.

Lo solfo colloidale, e specificamente il preparato dell'Istituto Sieroterapico Milanese « Zimosolfolo » non esercita alcuna azione benefica sull'avvelenamento da bromuro di cianogeno, sia esso iniettato prima dell'inalazione delle concentrazioni tossiche, oppure subito dopo lo avvelenamento.

Conclusioni generali.

Dal complesso dello studio eseguito si può concludere:

1) Il bromuro di cianogeno esplica sull'organismo animale una duplice azione fisiopatologica: I° irritante locale sull'apparato respiratorio; II° tossica generale da riassorbimento.

2) Non è possibile stabilire una cifra, anche approssimativa, atta ad esprimere l'indice di tossicità Haber di questo prodotto, poichè la tossicità varia molto col variare delle concentrazioni, e respirando deboli concentrazioni occorre prolungare di molto l'esposizione per ottenere effetti letali, ed il rapporto $c \times t$ è di gran lunga superiore all'analogo rapporto ottenuto respirando forti concentrazioni.

3) Il limite di sopportabilità trovato nelle attuali esperienze sull'uomo si aggira sui 40-45 mgr. per mc.

4) Lo solfo colloidale non ha dato alcuna azione benefica nè come preventivo nè come curativo in tali forme di avvelenamento.

RIASSUNTO.

Sono state eseguite ricerche sperimentali sul CNBr per stabilirne la tossicità e il limite di tolleranza. I risultati ottenuti sugli animali dimostrano che il CNBr esercita una duplice azione: irritante locale sull'apparato respiratorio e tossica generale da riassorbimento. L'indice di tossicità è variabile ed è essenzialmente in rapporto colle concentrazioni respirate. Il limite di tolleranza, per l'uomo, è di circa mgr. 45 di prodotto per mc. di aria.

BIBLIOGRAFIA.

(1) Meyer J. *Der Gaskampf und die Chemischen Kampfstoffe*. Hirzel, Leipzig, 1926.
(2) Vedder E. B. *The Medical aspects of Chemical Warfare*. Williams e Wilkins, Baltimore, 1925.
(3) Pagniello A. *I grandi pilastri della guerra*. Bocca, Torino, 1928.
(4) Flury F. und Zernik F. *Schaedliche Gase*. Springer, Berlin, 1931.
(5) Dautrebande L. *Les gaz toxiques*. Masson, Paris, 1933.
(6) Ferraloro G. *La tossicità dell'acido cianidrico in rapporto alla tensione parziale dell'ossigeno*. Lo Sperimentale, S. Bernardino, Siena, 1930.

NOTE E CONTRIBUTI

Sezione Chirurgica dell'Ospeda e Civile di Molinella
diretta dal Prof. Carlo Gamberini.

Sul valore terapeutico delle infiltrazioni periarticolari di novocaina, col metodo di Lériche, nelle distorsioni e nelle artriti traumatiche.

Dott. Giulio Cardi, aiuto.

Lériche, studiando alcuni anni fa l'innervazione sensitiva delle articolazioni, notò che, iniettando un anestetico locale in corrispondenza dei legamenti e delle inserzioni tendinee nelle affezioni articolari, era possibile distinguere i disordini puramente meccanici da quelli funzionali che ai primi si trovano associati e che talvolta, in pratica, sono gli unici che esistono. Da tale osservazione scaturiva il valore diagnostico che, in patologia articolare, assumono le iniezioni anestetiche, per cui il Lériche e con lui il Fontaine ne iniziarono, nel 1932, l'applicazione, spesso col risultato inatteso di constatare che esse, in certi casi, avevano anche degli effetti terapeutici che, *a priori*, non si sarebbero sospettati. Essi videro che in tutti i casi in cui le lesioni anatomiche erano minime e in cui prevaleva notevolmente l'importanza funzionale, il miglioramento funzionale oltrepassava di molto, come durata, quello di una semplice anestesia locale; e che quando poi i disturbi riapparivano erano, di solito, meno intensi di quanto non lo fossero prima dell'iniezione.

Ciò indusse questi Autori a ripetere le iniezioni, ed ebbero così la soddisfazione di osservare che, dopo quattro, cinque, sei infiltrazioni, ogni disturbo era completamente scomparso. Così, a poco a poco, essi adottarono, come metodo terapeutico, le infiltrazioni anestetiche periarticolari ripetute nelle distorsioni e anche nell'artrite traumatica, cioè in quelle forme di impotenza funzionale prolungata e dolorosa che si determinano dopo traumi articolari, di solito senza frattura, e per i quali non si rileva, come substrato anatomico, anche nei casi più gravi, che una lieve osteoporosi tardiva dei capi articolari.

Tali artriti traumatiche, abbandonate a se stesse, talvolta guariscono dopo un lungo periodo di rigidità articolare; ma più spesso residuano una impotenza funzionale definitiva, quando non diventano vere artriti croniche deformanti. Lériche e Fontaine osservarono che, almeno all'inizio, tali artriti traumatiche sono facilmente curabili col loro metodo che ha an-

che il vantaggio di essere alla portata di ogni medico pratico.

Sedotto dall'originalità del metodo, e per suggerimento del mio Maestro, ho introdotto da circa un anno il metodo di Lériche nella cura delle distorsioni, allargandone anche la applicazione nella riduzione delle fratture articolari. Ma questa seconda applicazione sarà oggetto di una nota successiva.

Per le mie esperienze mi sono servito di fiale nelle quali 3 cmc. di novocaina all'1 % erano diluiti in 7 cmc. di soluzione fisiologica. Di questa soluzione, come si vedrà più avanti, ne ho impiegata per i diversi trattamenti dai 4 ai 35 cmc.

La tecnica è semplice e a portata di tutti. Previa disinfezione accurata delle mani dell'operatore e della cute, si precisano bene i punti dolorosi osteolegamentosi; quindi, mediante siringa sterile provvista di un comune ago sottile da anestesia, si pratica una infiltrazione periostea e legamentosa con piccole iniezioni ripetute, così da infiltrare bene la totalità dei legamenti. La quantità del liquido iniettato varia da caso a caso, secondo la entità della lesione e la sua data. Mobilizzazione immediata passiva, poi attiva dell'articolazione. Se v'è ricaduta, nuova infiltrazione.

Prima di passare a una rapida esposizione dei primi dieci casi trattati mi preme rilevare che il metodo per la sua semplicità e innocuità merita di essere sempre adottato; chè nei casi recenti darà, come vedremo, una guarigione rapida, mentre nei casi antichi, per quanto meno perfetto, il risultato sarà migliore di quello che si può ottenere con qualsiasi altro metodo.

OSSERVAZIONE I. — N. Maria, a. 20, da Molinella, casalinga. Il 3 marzo 1935 distorsione del ginocchio destro, consecutiva a incidente automobilistico. Il 7 marzo impotenza funzionale completa. La p., in letto, non può compiere il minimo movimento col ginocchio. All'esame dell'arto, notevole tumefazione del ginocchio, lieve idrarto, dolori predominanti lungo il decorso dei legamenti laterali e al davanti della testa del perone, sul tubercolo di Gerdy.

Iniezione di 6 cmc. di novocaina all'1 % diluiti in 14 cmc. di soluzione fisiologica, lungo i legamenti laterali e medialmente al margine interno della rotula, in corrispondenza dell'ala rotulea interna. Medicatura compressiva. Subito dopo l'infiltrazione la p. si alza e cammina, senza dolore nè claudicazione.

Il 12 marzo, però, nuova lieve impotenza funzionale. La deambulazione è possibile, ma il ginocchio è rigido e dolente; al contrario l'edema è notevolmente diminuito e l'idrarto è scomparso. Nuova infiltrazione di 15 cmc. della stessa soluzione lungo i legamenti laterali e l'ala rotulea interna. Ricupero immediato, completo e definitivo del gioco articolare.

OSSERVAZIONE II. — Z. Antonio, a. 26, da Bologna, giocatore di calcio. Distorsione antica del ginocchio sinistro, con punto doloroso in corrispondenza del legamento laterale interno e del menisco. Nessuna manifestazione di blocco articolare. Esame radiografico, negativo. Diagnosi: meniscite cronica.

Il 22 maggio 1935 infiltrazione di 3 cmc. di novocaina all'1 %, diluiti in 7 cmc. di soluzione fisiologica nel legamento laterale interno. Risultato immediato assai favorevole; vivissima reazione dolorosa, invece, il giorno seguente, seguìta però da restaurazione funzionale completa e definitiva. Il p. può di nuovo riprendere il gioco del calcio che aveva dovuto abbandonare.

OSSERVAZIONE III. — T. Norma, a. 35, da San Martino in Argine, operaia. Recidiva di distorsione del collo del piede sinistro datante da quattro giorni e che le impedisce di lavorare. All'esame dell'arto, edema perimalleolare e dolore in corrispondenza dell'apice del malleolo interno. All'esterno, notevole tumefazione della guaina dei peronieri. Nessun punto doloroso tibio-peroniero.

Il 7 agosto 1935 infiltrazion di 8 cmc. della solita soluzione all'interno, e di 12 cmc. all'esterno. Ripresa del lavoro immediata e definitiva.

OSSERVAZIONE IV. — R. Carlo, a. 36, da Molinella, operaio. Distorsione tibio-tarsica datante da 18 giorni. In questo periodo il p. ha fatto cure d'aria calda e diatermia, senza alcun risultato. Al momento della nostra osservazione, claudicazione e dolori; lieve edema perimalleolare e tracce di ecchimosi antiche. Il 23 gennaio 1935 infiltrazione della solita soluzione, in ragione di 12 cmc. all'esterno e 8 cmc. all'interno. Reintegrazione immediata della funzione e scomparsa definitiva del dolore.

OSSERVAZIONE V. — N. Paolo, a. 40, da Argenta, contadino. Il 22 marzo 1935 lussazione acromio-clavicolare destra Riduzione facile; contenzione e applicazione di apparecchio gessato in altro Ospedale. Sei settimane dopo, in seguito a raffreddamento, periartrite scapolo-omerale con dolore assai vivo e rigidità progressiva della spalla. È stata praticata una cura fisioterapica senza risultati apprezzabili.

Il 15 luglio 1935 infiltrazione di 20 cmc. di soluzione nei legamenti acromio-clavicolari. Nelle prime ventiquattro ore, reazione dolorosa assai violenta; poi, subito s'inizia un miglioramento rapido, continuo, progressivo, con reintegrazione completa della funzione e scomparsa totale del dolore nel giro di pochi giorni.

OSSERVAZIONE VI. — A. Nerina, a. 29, da San Pietro Capofiume, lavandaia. Distorsione della spalla destra un mese fa. Viene a farsi visitare per postumi dolorosi con impossibilità assoluta di porre la mano destra dietro il tronco. All'esame obbiettivo, netta dolorabilità coracoidea. Esame radiografico, negativo.

Il 18 agosto 1935 infiltrazione di 10 cmc. della soluzione di novocaina nei legamenti coraco-claviculari. Risultato immediato e definitivo.

OSSERVAZIONE VII. — M. Gilberto, a. 46, da Molinella, operaio. Distorsione del polso, con infrazione della testa del 2° metacarpo. Dopo immobilizzazione di tre settimane residuano edema e dolore alla faccia dorsale, in corrispondenza del legamento radio-carpico dorsale.

Infiltrazione di questo legamento con 10 cmc. della soluzione di novocaina. Risultato immediato eccellente. Soggetto perduto di vista.

Osservazione VIII. — S. Albina, a. 36, da Molinella, operaia. Distorsione interfalangica dell'indice mano sinistra, fra la prima e la seconda falange, con infrazione della prima falange datante da tre settimane. Squisita dolorabilità sul margine radiale dell'interlinea, con edema e rigidità.

Infiltrazione del legamento laterale interno con 4 cmc. della soluzione di novocaina. Risultato immediato favorevole; al contrario la sera stessa viva reazione dolorosa. Nei giorni successivi scomparsa dell'edema e reintegrazione funzionale perfetta.

Osservazione IX. — L. Laura, a. 24, da Molinella, casalinga. Il 3 settembre 1935 distorsione del collo consecutiva ad esercizio ginnastico. Il giorno successivo torcicollo spiccatissimo con contrattura dei muscoli della nuca e del trapezio di destra. Da questo lato lieve edema. Nessun segno clinico e radiologico di frattura vertebrale, ma soltanto netta dolorabilità latero-spinosa all'altezza dell'atlante e della terza e quarta vertebra cervicale.

Infiltrazione, prima superficiale poi profonda, dei muscoli della nuca e dei legamenti profondi con 20 cmc. di soluzione. L'ago rileva, nel suo decorso, un ematoma abbastanza notevole, che si attribuisce a strappamenti muscolari o legamentari. Infiltrazione dell'ematoma con 40 cmc. di soluzione. Ricupero immediato e completo di tutti i movimenti della testa e del collo. Le radiografie praticate nelle diverse proiezioni, subito dopo il trattamento, confermano l'assenza di una lussazione o di lesioni ossee visibili.

Riveduta la p. nei giorni successivi, ella non accusa più alcun disturbo e afferma che, fino dal primo giorno dopo il trattamento, ella ha potuto riprendere le sue normali occupazioni.

Osservazione X. — G. Renato, a. 22, da Molinella, studente universitario. Il 29 ottobre 1935 caduta per le scale. Due giorni dopo dolori lombari con edema e punti dolorosi latero-vertebrali fra la linea mediana delle apofisi spinose e la spina iliaca postero-superiore. L'esame radiologico praticato nelle diverse proiezioni permette di escludere lussazioni vertebrali o altra lesione ossea visibile.

Infiltrazione di 20 cmc. di soluzione di novocaina in corrispondenza dei punti dolorosi. Sollievo immediato. Il giorno dopo scomparsa completa dei dolori.

Quali conclusioni si possono trarre dalle nostre osservazioni?

Per ciò che riguarda il valore sperimentale del metodo, considerato che i segni clinici delle distorsioni — calore, edema, impotenza immediata, rigidità, impotenza e atrofia muscolare tardiva — sono sotto la dipendenza del sistema nervoso sensitivo legamentoso, e che, come osserva Lériche, i legamenti sono innervati con la stessa ricchezza della pelle, anzi sono dei veri e propri « portanervi », bisogna ammettere che i sintomi osservati nei casi da me trattati non possono essere attribuiti a lesione ossea (fratture, strappamenti parcellari), nè a traumatismi sinoviali (Lériche ha dimostrato che la faccia interna della sinoviale è pochissimo sensibile), nè possono essere in rapporto con una disinserzione o con una rottura dei legamenti o delle capsule articolari, in quanto queste lesioni anatomiche hanno sotto la loro dipendenza mobilità anormali e non possono averne altre.

Ammesso perciò che i segni clinici delle distorsioni siano sotto la dipendenza di un'alterazione delle fibre sensitive legamentose, basterà bloccare il punto di partenza di tale reazione con una infiltrazione di novocaina, per avere la scomparsa immediata della sensazione dolorosa, come infatti si è avuta in quasi tutti i casi da me trattati.

Da ciò risulta tutta l'importanza del metodo Lériche per precisare la diagnosi anatomica delle lesioni articolari, in quanto, sopprimendo il sintoma dolore, si riesce quasi sempre a fare il bilancio esatto delle lesioni legamentari e ossee.

A questo proposito, Lériche ricorda un caso di lussazione atlanto-epitrofica rivelatasi grazie all'infiltrazione di novocaina, che aveva fatta cessare la contrattura muscolare, e un caso di distorsione del ginocchio, con strappamento di un menisco, in cui, dopo l'infiltrazione di novocaina, il gioco articolare ritornò normale, ma l'estensione rimase bloccata dal menisco disinserito. A questi casi potrei aggiungere la mia osservazione II consistente in una distorsione del ginocchio di antica data, da me attribuita a torto a una meniscite cronica, e nella quale la semplice infiltrazione di novocaina del legamento laterale interno è stata sufficiente ad ottenere la guarigione completa.

Ma se il metodo Lériche appare un elemento prezioso di diagnosi in certi casi di distorsioni recenti o di antica data, altrettanto indiscutibile mi sembra il suo valore terapeutico. Come infatti si è visto, l'infiltrazione blocca immediatamente e interrompe il circuito riflesso, permettendo così, anche ai soggetti meno coraggiosi, di praticare subito la mobilizzazione attiva e riprendere le loro occupazioni.

Ed è inoltre interessante rilevare come questo effetto si protragga molto al di là della durata normale dell'anestesia, forse in virtù della mobilizzazione immediata, la quale, se praticata con cognizione di causa, può portare innegabili vantaggi. Può darsi, anzi, che proprio grazie ad essa gli effetti immediati di questo metodo divengano definitivi nei casi di distorsioni recenti e lievi.

Per quanto è a nostra conoscenza, si può dire, oggi, se questo metodo sia destinato a

soppiantare le cure fisioterapiche, e in special modo le cure d'aria calda e la diatermia? Noi non crediamo; chè, anzi, riteniamo che le cure fisioterapiche restino un complemento utile, nella maggior parte dei casi, cioè in quelle distorsioni che giungono a noi tardivamente e nelle forme di media gravità.

Per ciò che riguarda poi le indicazioni del metodo Lériche, mi sembra che queste possano essere abbastanza bene definite. Nelle *distorsioni recenti e lievi*, il metodo può essere sempre applicato in quanto provoca un immediato sollievo e un « miracoloso » arresto dell'affezione, e fornisce inoltre un elemento diagnostico oltre che terapeutico. Nelle *distorsioni gravi* (per definizione senza lesione ossea) il metodo può, secondo Lériche, portare serii inconvenienti qualora vi sia rottura dei legamenti. Perciò nelle distorsioni gravi, e particolarmente in quelle con abbondante idroemartro, Lériche ritiene utile: 1) pungere il versamento; 2) infiltrare di novocaina, *immobilizzando* l'articolazione in posizione di funzione, cioè in posizione media. In altre parole, poichè esistono tutti i gradi intermedi fra la distorsione semplice e la distorsione grave, la distorsione con contusione e la distorsione con lacerazione dei legamenti, alla prima converrà la tecnica di Lériche completa, alla seconda sarà utile l'anestesia locale senza mobilizzazione, poichè questa può portare disordini articolari gravi e persistenti (rilassatezza articolare, movimenti anormali ecc.).

Nelle *distorsioni di antica data* il metodo Lériche è utile dal punto di vista diagnostico e terapeutico, e può essere tentato in ogni caso senza inconvenienti.

Come conclusione di questa mia breve nota, sulla quale mi propongo di ritornare appena potrò disporre di materiale più vasto, credo si possa affermare che il metodo di Lériche per la cura delle distorsioni, consecutivo allo studio dell'innervazione sensitiva delle articolazioni e dei loro apparati legamentari, è un esempio notevole dei risultati pratici che possono sortire dalla ricerca scientifica quando sia saggiamente associata al metodo sperimentale.

RIASSUNTO.

L'A. riporta e discute dieci casi di distorsioni, antiche e recenti, da lui trattati con le infiltrazioni periarticolari di novocaina secondo la tecnica di Lériche. Confermata la bontà del metodo, alla portata di qualsiasi medico pratico, definisce quali sono le forme che maggiormente si giovano di questa terapia.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Sull'emopneumotorace spontaneo.

Dott. E. VIO.

I casi di emopneumotorace spontaneo conosciuti nella letteratura non sono numerosi. Che il sangue nella pleura non coagula si sa dalle esperienze di Pagenstecher. Il primo rapporto dettagliato su versamenti ematici in pleura senza pneumotorace si trova nella tesi di Parigi di Blumenthal che già allora distinse tra emotorace primario e secondario (in seguito a t. b. e tumore). Pitt riferì nel 1910 sopra un caso di uomo di 18 anni che fino allora era sempre stato sano, e che morì in seguito all'insorgenza acuta di emopneumotorace con i sintomi di emorragia interna. La sezione dimostrò emopneumotorace D. con 4 litri e mezzo di sangue non coagulato. Nell'apice si trovava un vecchio focolaio fibroso e accanto a questo una vescicola enfisematosa attaccata ad una briglia aderenziale la quale si era staccata dalla parete toracica ed aveva determinato l'emorragia. Nello stesso anno Rolleston riferì sopra un caso simile che fu portato all'ospedale con i sintomi di una perforazione intestinale cioè con intensi dolori nell'ipocondrio destro, contrattura delle pareti addominali, polso frequentissimo e respiro superficiale. Nonostante la diagnosi di peritonite da perforazione non si intervenne a causa delle pessime condizioni generali. Il giorno seguente lo stato del paziente migliorò e si manifestarono i segni di un idro-pneumotorace. Una settimana dopo il paziente morì in seguito ad una bronchite. Nella pleura si trovarono due litri di sangue scuro e nonostante una ricerca accuratissima, non si potè trovare la causa anatomica nè del pneumotorace nè dell'emorragia.

Pure nel 1910 Boland osservò un emopneumotorace idiopatico in un uomo sano di 34 anni. Anche qui all'inizio i dolori erano forti e lo stato generale preoccupante; dopo 3 settimane fu estratto dalla pleura 1 litro di sangue e 15 giorni dopo altri 1200 cc. Il paziente guarì.

Bushby 1913: emopneumotorace spontaneo in giovane diciassettenne. Collasso iniziale. Il paziente guarì. Ci fu un sospetto di diatesi emorragica.

Ness e Allen 1910: idropneumotorace con liquido sieroso emorragico in un uomo di 31

anni con violenti dolori e tendenza al collasso. Il paziente guarì dopo 6 settimane.

Nel 1917 Williams descrisse un emopneumotorace spontaneo in un uomo giovane dove per parecchi mesi il versamento emorragico sempre si riformava. Anche qui segni di collasso.

Kiaer (1923): emopneumotorace in un uomo di 30 anni, prima sano, insorto improvvisamente con dolore alla spalla e dispnea. Il paziente morì dopo 2 giorni di anemia. L'autopsia era completamente negativa. Non alterazioni polmonari, nè alcun fatto che potesse spiegare l'abbondante emorragia (confronta Rolleston).

Nel 1925 Allen descrisse due casi che guarirono: in ambedue furono dimostrate radiologicamente alterazioni tubercolari. In ambedue lo stato generale era grave; tendenza al collasso e dolori violenti. In un caso c'era un quadro pseudo peritonitico. La pleura conteneva in tutti e due i casi sangue puro. Non febbre.

Di speciale interesse è il caso di Fischer 1922: l'inizio acuto, i forti dolori e la contrattura dell'addome simularono tanto una perforazione che fu eseguita una laparatomia. L'autopsia dimostrò emopneumotorace D. con 4 litri e mezzo di sangue puro. Nel polmone soltanto alcuni focolai cicatrizzati ed accanto a questi delle vescichette enfisematose: una di queste era rotta e gli orli della rottura ricoperti da coaguli freschi.

Sopra un caso a decorso favorevole riferì Hurxthal (1928), ma anche qui ci furono dolori violenti, dispnea ed anemia. Febbre soltanto nei primi 4 giorni. Furono estratti 2400 cc. L'indagine coi raggi X eseguita più tardi non dimostrò alterazioni polmonari.

Un caso di emopneumotorace spontaneo saccato è stato descritto da Doria (1928):

Si trattava di un uomo sano di 26 anni. Ripetute indagini radiologiche dimostrarono la presenza di due cavità pneumotoraciche separate fra loro. Nonostante ripetute punture eseguite in differenti punti non si riuscì mai ad estrarre in totalità il liquido fortemente ematico: in complesso fu estratta una quantità relativamente piccola di questo liquido, cioè 400 cc. in due settimane. Ciò nonostante le condizioni generali erano molto alterate: esistevano minacciosa dispnea ed anemia di notevole grado. In 3ª settimana il p. ebbe ancora un attacco di lipotimia, febbre fino a 39°. Residuò obliterazione del seno destro.

Il caso è interessante per la coincidenza di emotorace con due sacche pneumotoraciche. L'autore concluse che probabilmente la presenza di aderenze aveva impedito l'effetto emostatico da pressione del pneumotorace e che così si potrebbe spiegare l'insorgenza del versamento ematico, conclusione questa cui ci si può difficilmente associare se si tengono presenti gli esempi sopra citati di abbondanti versamenti senza aderenze e sopra tutto il caso di emopneumotorace con alta pressione descritto da Kjaergaard e citato più sotto. Così pure mi sembra poco giustificata l'ipotesi di una speciale fragilità vasale o addirittura di arteriosclerosi se si pensa al reperto di Fischer di coaguli ricoprenti gli orli della rottura di una vescicola enfisematosa e, nonostante questa minima fonte di emorragia, 4 litri e mezzo di sangue in pleura.

Nei due casi di Terry (1930) e Milhorat (1931) si ebbe guarigione dopo poche settimane. Ambedue gli autori parlano di dolori violenti all'inizio e stato di collasso. Punture eseguite ripetutamente hanno dimostrato che vi era stata una sola emorragia. Nel caso di Milhorat sappiamo che il liquido era sterile.

Nel paziente di Housden e Piggot (1931) l'autopsia dimostrò una condizione in tutto simile a quella del caso di Pitt cioè strappamento di un'aderenza, mentre nel caso di Dorendof (1932) che pure venne a morte, si trovarono condizioni simili al caso di Fischer cioè una vescichetta enfisematosa rotta e coaguli aderenti ai margini della rottura. In ambedue i casi la pleura conteneva grande quantità di sangue puro.

Sopra due casi riferì Kjaergard (1932). Nel primo caso si trattava di un pneumotorace ad alta pressione iniziato con dolori violenti, dispnea e cianosi crescenti e febbre fino a 38°,7. Durante la puntura che diede notevole sollievo al paziente uscì un po' di sangue. L'indagine radiologica dimostrò la presenza di una piccola quantità di liquido. Il secondo paziente era un uomo di 20 anni, prima sano, ammalatosi improvvisamente con violenti dolori all'emitorace sinistro. La sera dello stesso giorno insorsero dispnea e collasso. Temperatura 38°,8; polso 100; respiro 28; Hb. 35; g. r. 500.000. Radiologicamente si osservò pneumotorace sinistro con versamento che raggiungeva posteriormente in alto la VI costa e spontaneamente del cuore a D. Dopo 6 giorni fu eseguita la puntura esplorativa: il liquido conteneva 53 % hb. Dopo due settimane furono estratti 400 cc. Dopo 3 settimane g. r. 4.500.000 nel sangue. Seguì guarigione completa.

Un bel caso è stato descritto da Patiño, Mayer e Pataro (1934). Gli autori seguirono la formula leucocitaria del versamento ematico e constatarono che alla polinucleosi iniziale si sostituì a poco a poco una linfocitosi relativa. Questo fatto come pure la presenza di febbre

e la dimostrazione radiologica di aderenze indusse gli autori a supporre una etiologia tubercolare. Il paziente guarì, però all'inizio ci fu collasso e lipotimia.

Infine Frey (1935) descrisse un emopneumotorace in un uomo giovane e prima sano. Anche qui all'inizio grave stato di malattia, ma il paziente guarì. La cultura e l'inoculazione in cavia del liquido erano negative. Patiño Mayer e Pataro citano ancora senza ulteriormente specificare i casi di Finlay, Magnus Levi, Bouchu e Beaupère, Palmer e Taft che non ho potuto rintracciare nella letteratura. Inoltre Steffieri (1935) e Aguilar e Ferradas (1935) hanno descritto due casi di emopneumotorace spontaneo, ma purtroppo non mi è stato possibile di leggere questi lavori.

Ad eccezione di questi ultimi casi ne ho potuto raccogliere nella letteratura 20. Si tratta sempre di persone giovani come è la regola nel pneumotorace spontaneo. Soltanto in due casi furono radiologicamente dimostrate alterazioni polmonari tubercolari. Nei 6 casi venuti a morte furono trovati in alcuni focolai vecchi, in nessuno un focolaio fresco. In due casi l'emorragia doveva essere attribuita ad uno strappo di aderenza; in altri due ad una rottura nella parete alveolare e nei rimanenti non fu trovato, nonostante accurata indagine, alcun fatto che potesse spiegare l'emorragia. In tutti i 20 casi i sintomi erano molto pronunciati e tutti dovettero almeno nel primo tempo, essere considerati come malati più o meno gravi. Dorendorf vede nell'emorragia una complicazione sempre pericolosa per la vita, del pneumotorace spontaneo che per sè stesso è spesso molto bene tollerato.

Molto più numerosi sono i casi di versamento ematico in pneumotorace terapeutico. Krause e Heise descrissero nel 1922 un caso di morte in seguito a strappamento di un'aderenza in pneumotorace terapeutico.

Secondo Luzzato-Fegiz questi versamenti potrebbero insorgere sia col meccanismo descritto, sia per Diapedesin. Maccone che nel 1935 ha pubblicato una monografia su tali casi, distingue diversi tipi: un emotorace tipico di origine traumatica, un emotorace con reazione infiammatoria asettica della pleura, un emotorace settico e una pleurite emorragica tubercolare complicante un pneumotorace terapeutico. Soltanto i casi che appartengono all'emotorace tipico hanno somiglianza clinica coi casi di emo-pneumotorace spontaneo. Va rilevato che Maccone mentre afferma che i sintomi di una anemia acuta hanno grande importanza diagnostica nell'emotorace, dice tuttavia che non tutti i casi decorrono con dispnea e parecchi senza dolori. Tanto dalla casistica di Maccone, come pure di altri autori, risulta che anche l'insorgenza rapida di un versamento notevole ed altamente ematico in pneumotorace terapeutico, si presenta spesso, ma non sempre, come un quadro clinico minaccioso. In contrapposto a ciò sostiene Kjaergard che ha forse la più larga esperienza su questo soggetto, che l'anemia a rapida insorgenza è un sintomo costante dell'emopneumotorace spontaneo e che « questa condizione di malattia è sempre molto grave e minaccia per l'emorragia interna, la vita del p. ». Effettivamente non si trova in tutta la letteratura citata nessun caso di emopneumotorace spontaneo che sia in contrasto con questa fra sè. Tuttavia non c'è nessuna spiegazione perchè non ci debbano essere casi di emopneumotorace spontaneo con sintomatologia clinica così scarsa come avviene talvolta nei versamenti ematici con pneumotorace terapeutico.

Nel mio caso si tratta di uno studente ventenne. Dall'anamnesi si ricava che il paziente precedentemente sano e forte, fu colto 7 mesi fa da un dolore abbastanza acuto nell'ascella destra e sotto la spina della scapola, che però non inibiva in respiro. Contemporaneamente leggeri dolori alle ginocchia e febbre fino a 38. Il p. prese salicilato in piccola quantità e dopo 5 giorni i dolori scomparvero. Alcuni giorni dopo insorse ittero che regredì dopo due settimane. Tre giorni prima dell'entrata in clinica il p. prese freddo e il giorno dopo insorse improvvisamente un dolore abbastanza intenso all'emitorace D. Il dolore impediva la respirazione profonda. Il p. però poteva camminare e muoversi senza nessun disturbo e dormì ininterrottamente tutta la notte. Il giorno seguente il dolore era alquanto più intenso, ma le condizioni generali non erano affatto alterate. Non febbre, non tosse, non dispnea. Esame obbiettivo l'8 novembre 1935: il p. è completamente tranquillo, parla con voce forte, si mette a sedere sul letto senza il minimo sforzo. Colorito pallido, ma secondo il p. non più del solito.

Respiro 32, polso 100, temperatura 37,2, pressione 115-65. Il p. preferisce il decubito laterale s. Lieve diminuzione della espansibilità dell'emitorace D. Fremito a D. alquanto diminuito. Lieve ipofonesi alla base D. Voce ascoltata alquanto più debole a D. che a S. Voce afona rinforzata alla base di D. Respiro diminuito a D. Con leggero soffio espiratorio. Cuore non spostato; addome trattabile, indolore. Il giorno dopo l'ottusità alla base di D. è molto più evidente e raggiunge in posizione verticale la spina della scapola. Essa si sposta rapidamente col cambiamento di posizione. Al disopra dell'ottusità suono ipersonoro; fremito abolito a D.; respiro molto indebolito a D. sul confine dell'ottusità egofonia. Succussio; segno del soldo assente; cuore non spostato; polso 95, respiro 28; condizioni generali ottime. Il p. si alza e passeggia senza alcun sforzo. Temperatura 37°,5. Nei giorni seguenti la temperatura è sempre rimasta al disotto di 37. Esame radiologico del 9 novembre: idropneumotorace D. Il liquido orizzontale raggiunge anteriormente la V articolazione sterno-costale. Il polmone si è ritirato ugualmente. Non

aderenze. Polmone S. normale. Cuore leggermente spostato a S. Esame urine; n. n. sangue: H. B. 75; g. r. 5.000.000; g. b. 7400. Non diatesi emorragica. Cutireazione leggermente positiva. B. K. nello sputo negativo. Il 16 novembre si eseguisce puntura nell'VIII spazio intercostale posteriormente. Pressione nella pleura —4 —8. Vengono estratti 20 cc. di un liquido che ha l'aspetto di sangue venoso puro e non coagula. Dopo un certo tempo si forma in alto un settimo strato di liquido sieroso appena tinto in rosa. Microscopicamente globuli rossi ben conservati come in uno striscio di sangue; globuli bianchi in rapporto normale (formula normale). Il p. si sente bene; i dolori sono scomparsi; polso e respiro normali. Esame radiologico il 20 novembre: limite superiore del versamento leggermente abbassato (fino alla VI articolazione sterno-costale) bolla d'aria notevolmente diminuita. Leggero movimento pendolare del mediastino; ombra cardiaca normale. Non movimento paradosso del diaframma. Il 22 vengono estratti 300 cc. di liquido che ha gli stessi caratteri di sopra. Inoculazione nella cavia e culture negative. Il 26 del novembre pressione nella pleura —8 —10. Si introducono 350 cc. d'aria. Pressione —4 —5. Si estraggono 200 cc. di liquido e si iniettano altri 100 cc. di aria. Pressione —2 —4. Il liquido è questa volta alquanto più chiaro; lo strato seroso più largo e più scuro. Soltanto pochi globuli bianchi sono ancora conservati. Esame radiologico il 27 novembre.

Scarso versamento nel seno di D. Bolla d'aria come sopra. Polmone senza alterazioni. Il 3 dell'XI vengono estratti ancora 50 cc. Di un liquido oramai siero emorragico. Poi il p. abbandona la Clinica. Visto dopo tre mesi si trova in perfetta salute, fa dello sport. Non ha più avuto disturbi.

Si tratta dunque di un caso di emopneumotorace spontaneo con decorso notevolmente benigno. Il p. riferiva bensì su dolori abbastanza intensi che impedivano la respirazione profonda; egli poteva però camminare senza nessuno sforzo, eseguire ogni movimento e dormire indisturbato. Non dispnea e nessun segno di collasso o di anemia acuta. In tutto furono estratti 500 cc. di sangue quasi puro. Il decorso e le modificazioni del liquido dimostrano che era avvenuta una sola emorragia in pleura. Inoltre la reazione asettica della pleura fu molto scarsa perchè dopo estrazione quasi completa del versamento ematico, si formò soltanto una piccola quantità di essudato sieroso a differenza dei casi di emopneumotorace terapeutico, in cui il versamento si riforma in genere rapidamente (Maccone).

Quanto alla terapia data la mancanza di segni di alta pressione ci si astenne da principio dall'intervento. Durante la prima estrazione più abbondante di liquido fu introdotta anche una certa quantità di aria, anzitutto per impedire aderenze e poi per impedire che il polmone si distendesse troppo rapidamente. Siccome nelle punture successive non si trovò nessun segno di una nuova emorragia il caso può essere considerato dal punto di vista terapeutico, come un idro-pneumotorace qualunque col vantaggio che la reazione infiammatoria della pleura era molto scarsa. Nulla si può dire sul meccanismo d'insorgenza anatomo-patologico del versamento. Casi precedenti controllati all'autopsia (vedi sopra) hanno dimostrato che l'emorragia può venire sia da una aderenza strappata, sia anche dalla rottura del parenchima polmonare, che però anche in casi di versamento molto abbondante non si può sempre trovare la fonte dell'emorragia. È ben possibile che la pressione negativa nella pleura e la mancanza della coagulazione del sangue in questa favorisca lo stillicidio continuato anche da una piccola ferita. La mobilità del polmone dovrebbe pure contribuire alla continuazione dell'emorragia ma il pnx è di per sè tendente a immobilizzare. Kjaergard ha bensì descritto un caso con pressione alta in pleura, ma proprio in questo il versamento era scarso ed è possibile che esso si sia formato prima che fosse raggiunta la pressione positiva, condizione questa, che non sempre esiste nel pneumotorace (vedi il nostro caso), ed anche viene raggiunta non insorge tutto d'un colpo come se si aprisse una chiusa. La ragione per cui pubblico questo caso è che per quanto io sappia non è stato ancora descritto un caso di emopnx. spontaneo con decorso clinico tanto benigno. Se anche uno se ne trovasse tra i casi a me non conosciuti si tratterebbe sempre di un'osservazione rara. Non si può però sostenere che sia una evenienza altrettanto rara poichè è evidente che proprio i casi a decorso benigno possono sfuggire facilmente all'osservazione.

* * *

Desidero di ringraziare il prof. Chini per i suoi consigli.

RIASSUNTO.

Dopo una esposizione dei casi di emopneumotorace spontaneo descritti nella letteratura, si descrive un caso differente dai precedenti per il decorso particolarmente benigno.

BIBLIOGRAFIA.

AGUILER u. FERRADAS. Ann. Centro Investig. tisiolog., Buenos Aires, 1935.
ALLAN. Clin. J., 54, 440, 1925.
BUSHBY. Brit. M. J., 2, 1624, 1913.
CAHN. Dtsch. med. Wschr., 47, 1918, 1917.
DORENDORF. Beiträge Klinik Tub., 79, 112, 1932.
DORIA. Riforme med., 44, 552, 1928.
FREY. J. A. M. A., 104, 1395, 1935.
HURXTHAL. New England J. Med., 198, 687, 1928.
KJAERGAARD. Acta med. scand., Suppl. XLIII, 1932.

Krause u. Heise. Am. Rev. Tuberc., 3, 788, 1920.
Luzzato-Fegiz. Policlinico, 1929.
Maccone. Riv. Pat. Clin. Tuberc., 1935.
Milhorat. Am. J. Surg., 13, 315, 1931.
Ness and Allan. Brit. M. J., 1, 744, 1910.
Nousden and Piggot. Brit. M. J., 2, 941, 1931.
Patiño, Majer, Pataro. Rev. Asoc. med. argent., 48, 1413, 1934.
Pitt. Tr. Clin. Soc. London, 33, 90, 1999, 1910.
Rolleston. Ibid., 33, 96, 1899, 1910.
Steffieri. Rev. med. Rosario, 25, 29, 1935.
Terry. New York State J. Med., 30, 1100, 1930.
Williamson. M. Clin. Chicago, 2, 1159, 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

I rapporti fra glicemia e glicosuria.

(M. Roch, E. Martin e F. Sciclunoff. *Acta med. scand.*, vol. 88, n. 1, 1936).

Le modificazioni della soglia renale per il glucosio, allo stato normale o patologico, come pure sotto l'influenza di vari medicamenti, sono state studiate da molti autori, senza però arrivare a risultati concordanti, sia per la diversità dei metodi usati, sia perchè alcuni tengono conto della soglia di comparsa del glucosia, mentre altri di quella di scomparsa.

Ora la raccolta di questi due soli dati ci informa soltanto sopra due momenti della permeabilità renale, mentre sarebbe utile il conoscere le modificazioni della soglia renale durante tutto il periodo di esperienza. Così pure, una sola determinazione della glicemia non ci dà che un'indicazione transitoria e momentanea, mentre la prova di iperglicemia ci fa conoscere l'equilibrio fisiologico o patologico della glicoregolazione durante l'esperienza.

Gli AA. hanno studiato il problema provocando a parecchie riprese, nello stesso individuo, una stessa iperglicemia, pure dosando lo zucchero eliminato nelle urine nel corso dell'esperienza. La curva della glicemia rimaneva quindi la stessa, mentre variava quella della glicosuria secondo il fattore che si studiava volta per volta, sicchè si poteva in tal modo valutare la modificazione della permeabilità renale.

Introducevano, pertanto, mediante un goccia-a-goccia endovenoso 200 cmc. di soluzione di glucosio al 20 %. Si ottenevano così delle curve che erano generalmente del tutto sovrapponibili anche a distanza di settimane. In qualche caso, invece, mancava la coincidenza, il che poteva venire spiegato, sia con l'influenza di condizioni generali dell'individuo in esame, sia con l'azione dei fattori che gli AA. studiavano (medicamenti, estratti ghiandolari, regime), i quali possono esercitare la loro azione non soltanto sulla soglia renale, ma anche sulla curva di iperglicemia. In tali condizioni, non si potevano paragonare le modificazioni della glicosuria senza tener conto di quelle che si avevano nel tasso sanguigno, il che gli AA. hanno fatto calcolando l'area del triangolo di iperglicemia, secondo Labbé.

Dal lungo studio, hanno ricavato le conclusioni seguenti.

La soglia renale rimane costante nello stesso individuo, quando le condizioni di esperienza sono le stesse. Invece, la permeabilità renale varia da un individuo all'altro.

Con tutta probabilità, la permeabilità renale è determinata da un elemento costituzionale, modificabile da molti fattori occasionali.

La soglia renale è mobile, specialmente quella di scomparsa. Una maggiore rapidità nell'introduzione della soluzione glucosata eleva apparentemente la soglia di comparsa, ma al tempo stesso, aumenta la permeabilità renale. L'aumento (del doppio) nella concentrazione della soluzione di glucosio (rimanendo costante la rapidità d'introduzione) fa elevare la glicosuria (di 4-5 volte).

Più elevata è la curva dell'iperglicemia e più a lungo essa rimane elevata, più si viene abbassando la soglia per il glucosio e più a lungo dura il periodo della glicosuria. Tale influenza della durata dell'iperglicemia ha un significato importante, potendo essa spiegare l'abbassamento della soglia renale nelle iperglicemie permanenti specialmente nei diabetici.

Nei brightici con ritenzione azotata notevole, la soglia renale è elevata e fissa. Tale elevazione è probabilmente dovuta ad una diminuzione della filtrazione glomerulare e tale fissità rappresenta l'indice di uno stato grave di insufficienza renale.

Un diuretico fisiologico come l'urea, somministrato contemporaneamente alla soluzione glucosata, aumenta il volume urinario e diminuisce la quantità di zucchero eliminato. La somministrazione orale di una certa quantità di acqua produce lo stesso effetto.

Invece, sotto l'influenza di un sovraccarico di cloruro di sodio la diuresi si abbassa e la quantità di glucosio eliminata diminuisce. Tale reciproca influenza dell'eliminazione del cloro e dello zucchero sarebbe interessante a studiarsi nel corso del diabete, specialmente negli stati precomatosi. L'organismo elimina allora, in quantità notevole, da una parte l'anione Cl, in modo da conservare i cationi basici destinati a rinforzare la riserva alcalina, e d'altra parte, del glucosio in forte concentrazione, con una soglia renale estremamente abbassata.

Il salyrgan provoca contemporaneamente una diuresi acquosa e salina notevole ed una elevazione della soglia renale. Non si può stabilire con sicurezza se questo effetto sulla soglia è dovuto direttamente all'azione del sale di mercurio, oppure se esso è secondario alla eliminazione massiva del cloruro di sodio e dell'acqua, eliminazione che, da sè sola, po-

trebbe spiegare una diminuzione della permeabilità del rene al glucosio.

Poichè si ritiene che il salyrgan abbia una azione di ostacolo sul riassorbimento tubulare, si comprende che si manifesti la diuresi acquea e clorata, ma si rimane sorpresi che non aumenti parallelamente anche la glicosuria.

Il regime ha una certa azione sulla permeabilità renale. Gli AA. hanno messo in evidenza che l'influenza del regime grasso e scarso in zucchero si esercita anzitutto sul comportamento del rene e, più tardi, quando il regime è istituito per un certo tempo, sul sistema glico-regolatore sanguigno.

L'eccesso di grasso abbassa quindi la soglia renale e diminuisce la tolleranza agli idrati di carbonio. Doppia azione, di cui si deve tener conto in pratica. *fil.*

Il diabete renale e le sue relazioni col diabete mellito.

(F. RATHERY. *La Riforma Medica*, 13 giugno 1936).

Mentre per molti Autori il diabete renale è una sindrome essenzialmente diversa dal diabete zuccherino, per altri, tra i quali il nostro Autore, esso non è che una manifestazione di taluni « stati diabetici » e costituisce uno dei segni, in abbozzo, del diabete mellito vero.

I caratteri fondamentali del diabete renale sono i seguenti:

a) glicosuria moderata permanente, oscillante intorno a gr. 5-15;

b) glicemia normale od inferiore alla norma;

c) glicemia non influenzabile anormalmente dal saggio della iperglicemia provocata;

d) glicosuria non influenzabile dalla ingestione dei glucidi.

Questa sindrome è dunque rappresentata dal contrasto tra l'esistenza della glicosuria e la mancanza della iperglicemia. L'A. pone quindi il complesso problema se il fatto di costatare in un individuo questi due sintomi fondamentali, permette di concludere per l'esistenza del diabete renale, di una malattia diversa cioè dal diabete mellito o zuccherino. Egli è del parere che no e ciò per i seguenti motivi: anzitutto il metabolismo è lungi dal presentarsi sempre normale; in secondo luogo alcuni infermi si comportano ora come veri diabetici, ora come affetti da diabete renale; in terzo luogo in alcuni diabetici non vi è parallelismo tra curva glicemica e curva glicosurica; in taluni casi poi di cura insulinica, si osserva ipoglicemia, mentre persiste la glicosuria; infine se si osservano per un tempo sufficientemente lungo gli infermi di diabete renale, non è infrequente vederli comportare come malati di diabete zuccherino.

Secondo l'A. vanno distinti nel diabete renale tre tipi differenti:

1) diabete renale vero o puro: malattia familiare ed ereditaria che colpisce generalmente i giovani e si manifesta spesso in occasione di una nefrite di origine anginosa o di altre infezioni ed intossicazioni. Questa sindrome, che resta allo stato di purezza per una durata quasi indefinita, comporta una prognosi relativamente benigna La patogenesi ne è ancora ignota;

2) diabete renale misto od associato: è una modalità di diabete zuccherino e si presenta sotto vari aspetti clinici: in alcuni casi si tratta di diabete zuccherino vero che in alcune fasi di evoluzione si mostra sotto la parvenza di diabete renale (glicosuria senza iperglicemia); in altri casi si tratta di pp. con ipoglicemia, ma forte glicosuria; ma dopo alcuni mesi ed anche anni la glicemia si eleva progressivamente sin che si stabilisce il quadro morboso di un diabete zuccherino;

3) diabete renale complicato: in questo tipo, piuttosto raro, si ha da fare con individui che presentano un perturbamento dei glucidi diverso da quello del diabete mellito vero. In alcuni casi osservati dall'A. la ingestione di glucidi, invece di elevare la glicemia e la glicosuria, la abbassava, e l'una e l'altra erano aumentate dalla ingestione di protidi.

L'A. conclude che il diabete renale è una sindrome complessa che può presentare rapporti intimi col diabete zuccherino; donde la necessità di non emettere mai una prognosi subito favorevole in casi di tale affezione, ma tenere il p. sotto prolungata ed attenta sorveglianza. F. VICENTINI.

Ricerche sulla eliminazione dell'acido urico per via gastrica.

(A. ROBECCHI e F. QUAGLIA. *Archivio per le Scienze Mediche*, aprile 1936).

L'acido urico viene eliminato prevalentementemente attraverso il rene, ma lo è anche in modo non trascurabile a traverso le principali ghiandole del tubo digerente. È stata pertanto distinta una quota « urotropica » ed una « enterotropica » di acido urico eliminato; questa ultima viene versata nell'intestino col succo gastrico, con la bile, col succo pancreatico-duodenale.

Gli AA. riferiscono nel loro lavoro i risultati di ricerche sulla eliminazione dell'acido urico per via gastrica, nei rapporti con l'uricemia, eseguite in numerosi soggetti normali e patologici.

Per i prelevamenti del succo gastrico hanno usato la sondina di Einhorn ed in ogni paziente hanno esaminato il succo da ristagno e quello da sonda.

Per il dosaggio dell'acido urico si sono serviti del metodo di Benedict.

Hanno diviso i casi studiati in tre gruppi: il primo riguarda 11 soggetti senza alterazioni evidenti del tubo gastro-enterico e ad urice-

mia normale, il secondo si riferisce a 61 soggetti affetti da alterazioni acute o croniche dell'apparato digerente, il terzo comprende 50 iperuricemici.

I gruppo: soggetti normali. Dai dati ad essi relativi è confermato il fatto che nel succo gastrico normale è costante la presenza di acido urico in quantità oscillante tra mgr. 0,50 e 0,75 %, nel succo da sonda e intorno a mgr. 0,75 % nel succo da ristagno. Risulta pertanto che la quota enterotropica, almeno nella sua componente gastrica è in condizioni normali assai scarsa e sempre inferiore a quella urotropica, contemporaneamente valutata. Se ne deduce che anche ammettendo una vera e propria capacità di eliminazione da parte dello stomaco per l'acido urico, essa è scarsamente utilizzata ed è condizionata ai valori della uricemia.

II gruppo: soggetti con uricemia normale ed alterazioni patologiche dello stomaco.

a) Gastriti ipogenetiche: i valori di uricemia riscontrati in questi pazienti furono normali; mentre i valori di acido cloridrico e della acidità totale erano abbassati.

I valori della uricogastria risultarono sempre inferiori a quelli della uricemia.

Le cifre assolute della uricogastria apparirono non di rado molto aumentate; però in circa la metà dei casi i detti valori furono normali; anzi in taluni furono al di sotto della norma.

Gli AA. sono del parere che il reperto di una uricogastria un po' diminuita non abbia grande importanza e debba esser messo in rapporto più che con la diminuita attività delle ghiandole cloropeptiche, con una diminuita secrezione delle ghiandole mucipare o con una atrofia della mucosa. Essi annettono poi grande importanza, nella determinazione dei valori di uricogastria, alla presenza di prodotti di distruzione di elementi cellulari dovuti a spiccate alterazioni della parete dello stomaco. Infatti in tutti i casi nei quali vi era forte leucopedesi o in cui l'esame microscopico del sedimento dimostrò grande quantità di prodotti di desquamazione della mucosa, l'uricogastria raggiunse le cifre più alte. Ciò a causa di una quota aggiunta o « enterogenetica » legata alla malattia dello stomaco, in rapporto ai prodotti di distruzione nucleare.

b) Gastriti ipergenetiche (ulcere gastroduodenali). I valori uricemici riscontrati erano tutti normali e sempre superiori a quelli della uricogastria. I valori della uricogastria erano anche essi normali nel massimo numero dei casi, di rado aumentati ed ancor più di rado diminuiti. Confrontando i valori percentuali risultò che i reperti di uricogastria del tutto normali erano per le gastriti ipergenetiche in numero quasi uguale a quelli delle forme ipogenetiche. Ciò confermerebbe la completa indipendenza fra secrezione cloridrica e secrezione urica. Anche nelle gastriti ipergenetiche ha grande importanza la « quota enterogenetica ».

c) Cancro dello stomaco: in tutti i casi vi era acloridria completa ed uricemia normale. Il comportamento della uricogastria fu assai regolare, dimostrando però valori assai elevati, senza rapporto alcuno con i valori della uricemia.

III gruppo: *a*) soggetti iperuricemici da alterazione primitiva del ricambio. I pp. considerati erano affetti da poliartriti uratiche di varia gravità in periodo di remissione clinica dei sintomi. Vario fu il comportamento della uricogastria, in linea generale però pur non essendo nei gottosi i valori di uricogastria elevati non fu possibile notare uno stretto rapporto fra tali cifre e quelle della uricemia sempre alte.

Comunque resta dimostrato che allo stomaco spetta una reale funzione di eliminazione dell'acido urico, che si manifesta con la comparsa di uricogastrie più alte del normale negli iperuricemici.

Gli AA. però negano allo stomaco la capacità di concentrare l'acido urico, capacità che è invece proprietà del rene.

Nei gottosi l'uricogastria aumenta e ciò sta a confermare l'importanza di valutare sempre l'eliminazione di acido urico per la via del tubo digerente, onde potere con esattezza giudicare intorno al ricambio purinico.

b) Iperuricemia da insufficienza renale assoluta. I valori di uricogastria riscontrati furono sempre assai elevati e più scarsa apparve la differenza fra uricogastria e uricemia; infatti valori molto elevati della uricogastria si trovano anche con uricemie poco aumentate. Questo comportamento dimostra che lo stomaco in queste condizioni morbose elimina acido urico in quantità molto maggiori che non in individui normali e nei gottosi.

Gli AA. sulla base delle loro ricerche concludono che nel succo gastrico è costantemente presente acido urico in quantità variabile. Se però lo stomaco rappresenta una via di eliminazione dell'acido urico, non è però in grado di vicariare un rene insufficiente, a causa della mancanza dei poteri di concentrare l'acido urico stesso.

Gli AA. infine pongono, senza peraltro risolverlo, il problema se la eliminazione gastrica di acido urico, e le altre salivare, biliare, pancreatica ed intestinale, possono essere vantaggiose realmente per l'economia dell'organismo. Tale possibilità — essi dicono — è condizionata alla sorte cui va soggetta la scoria purinica immessa nel tubo digerente; non si può infatti parlare di una eliminazione definitiva, se non si arriva ad escludere che l'acido urico secreto possa venire riassorbito nell'ulteriore passaggio a traverso l'intestino.

VICENTINI.

MISCELLANEA.

Sintomi addominali in affezioni toraciche.

(H. BROOKS. *Rev. of Gastroenterology*, giugno 1936).

La divisione dell'organismo in distretti, convenuta per comodità descrittiva o didattica più d'una volta si dimostra fallace nell'analisi semeiotica dei quadri morbosi. Uno degli esempi non rari di sintomi a distanza che possono trarre in errore diagnostico e curativo è rappresentato appunto dalla sintomatologia addominale in alcune affezioni degli organi toracici.

La sindrome appendicolare nelle polmoniti basilari costituisce un fenomeno ben noto a molti dei medici pratici. E che anche i casi del genere richiedono la massima oculatezza viene dimostrato da due osservazioni dell'A.: in ambedue v'è stata coesistenza reale di polmonite lobare e appendicite acuta, confermata quest'ultima al tavolo operatorio. Un altro esempio di affezione contemporanea del torace e dell'addome viene riportato dall'A.: mentre da un medico veniva posta la diagnosi di ulcera duodenale perforata, un altro si pronunciava per trombosi coronaria; l'autopsia ha dato ragione a tutte due le opinioni.

Fra le contingenze più comuni di sintomatologia addominale da lesione polmonare l'A. ricorda la tbc. polmonare che al suo inizio si manifesta con difficoltà di digestione, nausea ed anoressia, dolori vaganti all'addome, meteorismo, stipsi alternata a diarrea e febbre; quest'ultimo sintomo dovrebbe indurre sempre a portare l'attenzione sull'app. respiratorio e praticare gli accertamenti radiologici del caso.

Una sintomatologia del genere, esclusa la febbre, può manifestarsi anche nell'incipiente scompenso cardiaco dipendente da lesioni valvolari, pericardite adesiva ecc. ecc. Nei casi del genere il paziente accusa anzitutto notevole meteorismo cui concomitano eruttazioni ed emissione di gas dal retto; tali disturbi si accentuano coll'ingestione di cibi anche per la frequente aerofagia. L'esame obiettivo dell'addome può trascinare anche il medico verso interpretazioni erronee poichè accanto al meteorismo esso rileva una modica ascite, ingrossamento del fegato (e talora della milza) che è anche lievemente dolente; basta aggiungere che frequentemente coesiste anche evidente ingrossamento delle vene mammarie ed epigastriche, emorroidi, talora modico ittero per capire come il medico venga indotto a formulare la diagnosi di un'affezione del fegato quale epatite e cirrosi ipertrofica; l'esame delle urine, dato il reperto di albumina e cilindri, fa orientare talvolta anche verso la diagnosi di affezione renale, colla quale a sua volta verrebbero spiegati l'edema generalizzato, la dispnea e la cianosi; l'errore diagnostico non viene necessariamente rettificato anche dopo l'esame del cuore di cui la lesione può essere povera di sintomi; anche il criterio terapeutico ex iuvantibus non sempre permette di risolvere il quesito, poichè la sintomatologia addominale cede solo lentamente al trattamento tonicardiaco e richiede spesso una terapia adeguata indirizzata anche verso gli organi affetti secondariamente.

Va notato che lo scompenso acuto può determinare sindromi di addome acuto: l'angina pectoris e l'occlusione delle coronarie più d'una volta sono state diagnosticate quali lesioni della colecisti (del resto anche l'opposto non è eccezionale); l'A. cita inoltre un caso diagnosticato quale appendicite acuta e nel quale l'autopsia ha dimostrato una trombosi coronaria; ad errori simili può dar luogo la pericardite essudativa nella quale oltre al dolore ed iperestesia all'epigastrio possono manifestarsi nausea e vomito, tanto da far pensare all'ulcera gastrica o duodenale; per la diagnosi giusta occorreranno gli esami di laboratorio (ricerca del sangue nelle feci), ma sopratutto l'esame radiologico.

Tutta una serie di affezioni mediastinali, cisti, tumori, diverticoli esofagei, come pure gli aneurismi dell'aorta causano una sintomatologia che può far pensare all'app. digerente; frequente è la tensione del diaframma che si ripercuote sui quadranti superiori dell'addome; va inoltre notato che la nausea e il vomito tanto frequenti all'inizio di qualsiasi malattia acuta sono considerati dai profani (e talora non solo da questi) quali segni infallibili di malattia dell'app. digerente.

Infine l'A. si sofferma sulle affezioni che contemporaneamente o successivamente colpiscono gli organi toracici ed addominali; così sarebbe tutt'altro che rara la concomitanza dell'aneurisma addominale e dell'arco dell'aorta, i neoplasmi con metastasi nelle due cavità; in tutti questi casi la scoperta di lesione in una delle due deve indirizzare verso l'esame accurato dell'altra.

Le considerazioni dell'A. non hanno la pretesa di essere esaurienti nè forse sufficienti; esse dovrebbero costituire un richiamo per la mente del medico in un campo dove l'errore di localizzazione diagnostica è tanto più grave in quanto che può portare indicazioni addirittura opposte, facendo passare l'infermo dalle mani del medico a quelle del chirurgo con conclusioni terapeutiche che possono riuscire anche fatali.

S. MINZ.

A proposito di frenicectomia.

(E. RIST. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 7 luglio 1936).

La sezione del nervo frenico come metodo collassoterapico, fu praticata per la prima volta da Stuerz nel 1911. Oggi l'operazione classica consiste nello strappamento del moncone periferico del nervo per una lunghezza di almeno 12 centimetri.

Per evitare il carattere definitivo dell'operazione, alcuni AA. hanno proposto l'alcoolizzazione del nervo.

La concezione fisiopatologica che ha portato ad adottare la frenicoexeresi era fondata sull'immobilizzazione dell'emidiaframma corrispondente in posizione espiratoria, che essa determina, donde riduzione notevole del volume del polmone, e collasso del lobo inferiore del polmone.

In realtà il diaframma si fissa in posizione spesso tanto alta da ridurre il volume del polmone di più di un terzo, e da diminuire fortemente il murmure vescicolare nel lobo inferiore. Esso non è tuttavia del tutto immobile: all'esame radioscopico lo si vede muoversi ritmicamente cogli atti respiratori. Ma questi sono movimenti passivi, con i quali il diaframma si eleva durante l'inspirazione e si abbassa durante l'espirazione: questo fenomeno descritto da Duchenne e da Kienboeck è il solo segno certo della paralisi del diaframma. E la sua scomparsa segna il ristabilirsi della via nervosa motoria.

Oltre l'azione motoria occorre però prendere in considerazione altre influenze del nervo frenico, per comprendere gli effetti della sua sezione. Luschka ha messo in evidenza fin dal 1853 i filuzzi sensitivi che esso fornisce alla sierosa pleurica ed a quella peritoneale, e le sue anastomosi con il simpatico. Da qualche anno si è studiata l'importanza delle fibre muscolari lisce dei bronchi e del parenchima nel meccanismo del collasso. Può darsi che il frenico eserciti la sua influenza su queste fibre.

L'influenza benefica della frenicoexeresi non si manifesta soltanto nelle lesioni polmonari vicine al diaframma. Talvolta riesce a guarire lesioni alte, parailari, periscissurali o apicali.

I risultati dell'intervento nella tubercolosi non troppo estesa, apicale o extra-apicale sono sembrati tanto incoraggianti a certi AA., soprattutto in ambiente sanatoriale, da proporre di sostituirlo al pneumotorace.

Questa opinione è stata giustamente combattuta dalla grande maggioranza degli AA. Il pneumotorace rimane sempre il metodo collassoterapico più maneggevole, più adattabile ai diversi tipi di lesioni. Esso è regolabile e misurabile a volontà dal medico, e procura un collasso reversibile. Inoltre è sempre possibile sostituire la frenicectomia a un pneumotorace inefficiente, mentre un pneumotorace effettuabile oggi può non esserlo fra sei mesi.

La frenicectomia non deve dunque essere presa in considerazione che quando il pneumotorace si sia dimostrato inattuabile. Ma anche allora si darà la preferenza alla toracoplastica, quando le lesioni sono troppo estese, troppo antiche o troppo fisse.

Un'altra indicazione precisa della frenicoexeresi è costituita dalla interruzione forzata del pneumotorace per obliterazione della cavità pleurica. Essa servirà anche a completare l'azione terapeutica del pneumotorace, quando esistano aderenze inaccessibili alla tecnica di Jacobaeus.

Le cause dell'inefficacia della frenicoexeresi sono talvolta di ordine psicologico e sociale. Occorre ricordare che beneficiano di questo intervento in percentuale assai maggiore i malati sanatoriali che non quelli ospitalieri. Come per gli altri metodi collassoterapici il riposo costituisce un fattore indispensabile.

Il malato frenicectomizzato, tende a sfuggire al controllo medico, poichè crede che l'operazione lo abbia guarito, mentre si è limitata a metterlo in condizioni di guarire con la cura sanatoriale. Questa è la più frequente causa d'insuccesso di questo intervento, che pur avendo dei limiti che bisogna saper rispettare, offre possibilità terapeutiche indiscutibili, quando venga opportunamente applicato, solo od associato ad altri metodi collassoterapici.

E. CARLINFANTI.

Le emorragie meningee nel loro aspetto medico-legale.

(B. B. SPOTA. *La Prensa Medica Argentina*, 13 maggio 1936).

Dal punto di vista etiologico le emorragie meningee possono essere: post-infettive, traumatiche, spontanee. Le malattie infettive che possono causarle sono: la febbre tifoidea, la febbre ricorrente, il reumatismo articolare acuto, l'encefalite letargica, la scarlattina ecc. Tra le cause traumatiche si debbono segnalare: i traumatismi ostetrici nei neonati con antecedenti eredo-sifilitici od eredo-alcoolistici; nell'adulto le contusioni o fratture nella regione fronto-temporale, le ferite penetranti nel cranio; i bruschi atterraggi degli areoplani; l'epilessia post-traumatica con accessi iterativi.

Le forme spontanee sono le più interessanti dal punto di vista medico-legale; esse dipendono da una pan-arterite specifica e sopraggiungono in individui giovani, apparentemente senza causa alcuna od in seguito a cause insignificanti.

Dal punto di vista anatomo-patologico le emorragie meningee si riscontrano nelle meningi craniche o spinali; le prime sono più importanti per la loro frequenza. L'A. fa due grandi gruppi: emorragie sopra-durali ed infra-durali. Le emorragie sopradurali sono quasi sempre di origine traumatica, per rottura della a. meningea media o delle grandi vene che dalla pia madre vanno ai seni, o dei seni e della carotide. Praticamente tutto si riduce alla emorragia proveniente dalla meningea media con la sua caratteristica sintomatologica: intervallo lucido, segni di compressione, fase terminale comatosa. L'intervallo lucido ha un interesse medico-legale di primo ordine e così pure in traumatologia.

Le emorragie subdurali o sopraaracnoidee appartengono alle così dette spontanee: esse si riscontrano in individui alcoolizzati, sifilitici, dementi senili, paralitici generali. Presentano sintomi di claudicazione psichica, ai quali seguono i sintomi neurologici: stasi papillare, disturbi cardio-respiratori, convulsioni, emiparesi ecc.

Le emorragie sub-aracnoidee sarebbero le uniche, secondo Thoinot, a meritare il titolo di meningee: esse dipendono dalla precisa invasione di sangue nella cavità aracnoidea. Sintomatologicamente sono caratterizzate: dall'inizio subitaneo, dalla rapida comparsa dell'ictus, dalla intensità dei fenomeni da irritazione meningea, da fenomeni paretici o paralitici del facciale, oculo-motor-comune o dell'abducente; dalla miosi o midriasi; dal nistagmo, dalle alterazioni cardio-respiratorie; dalla poliuria, glicosuria, albuminuria ecc.

La causa di queste emorragie è attribuita alla rottura di piccoli aneurismi delle arterie della base, già precedentemente alterate da processi di pan-arterite o di peri-meso-endoarterite sifilitica. Secondo Rosenblath invece il rammollimento bianco, il rosso e la emorragia, sarebbero tappe successive di un medesimo processo.

L'importanza medico-legale della emorragia sub-aracnoidea è assai notevole in quanto ad essa vengono imputate un certo numero di morti improvvise.

La forma cerebro-meningea con inondazione ventricolare è caratterizzata dalla straordinaria ipertermia; essa ha una prognosi sempre fatale.

L'A. insiste sulla importanza per il medico legale di conoscere bene le varie forme cliniche della emorragia meningea e le loro cause. Ricorda come le modificazioni tensionali sanguigne da calore eccessivo o consecutive ad abbondanti libazioni, debbano considerarsi come concause di grande valore medico-legale. Riassume infine in un quadro sinottico quanto ha esposto nel suo lavoro. VICENTINI.

Gli incidenti provocati dalla luce.

(H. JAUSION e F. PAGÈS. *Journ. méd. franç.*, aprile 1936).

La fotopatologia si è venuta accentuando da quando la mistica naturista ha diffuso la pratica di cure solari fatte balordamente. Gli incidenti, di fatto (oltre e più che negli individui che si espongono al sole per la loro vita o che vi sono particolarmente suscettibili) si osservano sopratutto di gente di mondo che ha abusato sulle spiagge della cura solare o di « snob » che si sono creduti capaci di fare ogni cosa negli sport invernali; di alpinisti che confondono l'esercizio sano con l'eccesso dannoso o di naturisti, che hanno ceduto al nudismo sotto un sole che non perdona.

Il pericolo fisico della luce è però limitato, ma può essere aumentato per la sensibilizzazione alla luce stessa (fotodinamismo), per cui si può avere una fotoanafilassi. Gli effetti della luce possono dividersi nei gruppi seguenti.

1) *Fototraumatismo*, dovuto al « bombardamento » da parte dei raggi, ogni tipo dei quali (ultravioletti, visibili, infrarossi) ha effetti differenti. Così, quelli da 2800-2970 Angström sono flittenizzanti; i più melanogeni si trovano fra 2500-3000 e quelli eritemizzanti, da 2500 a 3130.

Colpo di sole, di luce, di calore. Quando un individuo non abituato si espone al sole, con temperature di 30°-35°, per 15-20 minuti, si ha la comparsa di eritema primario, di colorito vermiglio a cui, se l'esposizione si prolunga segue l'eritema secondario fotochimico (actinite). Il giorno dopo, alla vitropressione, è visibile un picchiettìo emorragico a cui segue la desquamazione. Fin dai primi tempi, si può scorgere un leggero abbronzamento che può aumentare ed accompagnarsi ad ipertricosi.

La ripetizione di questi fenomeni può provocare una vera actinite iperacuta, con malessere generale, stanchezza, vertigini, nausee, cefalea e febbre. Se il soleggiamento continua e si rinnova, si ha l'edema a cui seguono delle flittene e poi delle escare ed, a distanza delle eruzioni maculo-papulose od anche bollose.

L'actinite pura si osserva dove predomina l'azione della luce su quella del calore (ghiacciai, rive del mare, campi di neve invernali); essa può anche manifestarsi in forma grave, come vera apoplessia luminosa.

Dove invece predominano gli effetti del calore (regioni tropicali, luoghi male aereati e molto soleggiati) si ha il colpo di calore, quale si verifica nei mesi più caldi nelle regioni temperate: vera apoplessia calorica.

Radioluciti. Sono così chiamate le alterazioni cutanee, analoghe alle radiotermiti ed in rapporto con una fragilità costituzionale della pelle, veri fatti di senilità anticipata del tegumento, forse in rapporto con la sifilide dei generatori. Si hanno così: atrofie cutanee, teleangectasie stellari, macchie pigmentarie, a cui possono seguire delle epiteliosi multiple, che dimostrano l'azione cancerigna della luce solare. Ne costituisce un tipo lo xeroderma pigmentoso del bambino, ma possono esisterne delle forme fruste anche negli adulti. Prossime a queste, sono il cancro della gente di mare, la cheratosi senile, le lucìti eritemato-squamose punteggiate.

Melanopatie attiniche. Lo schermo pigmentario può essere difettoso; così è discontinuo nei vagotonici, che sono predisposti all'eczema solare; l'insufficienza della ghiandola trofomelanica determina le efelidi e la lentigginosi profusa. Nei simpaticotonici, il sovraccarico pigmentario si fa in uno strato continuo; me se l'eccitazione tiro-simpatica è troppo

forte, se ne ha la vitiligo, questa leuco-melanodermia simmetrica. Talvolta, sono in rapporto con il sole, il morbo di Recklinghausen e la pityriasis versicolor, nonchè certe acromie postlesionali.

Si tenga poi presente che tutte le dermatosi, specialmente quelle bollose, sono aggravate dalla luce.

II) *Fotodinamismo*. Ve ne sono numerosi fatti in patologia umana. La *sensibilizzazione può essere esogena*: eosinismo, colpo di luce acridinico (che si ha anche con luci deboli e sotto i vestiti); melanosi di Riehl (melanodermia reticolata delle parti scoperte, attribuita alla manipolazione di carboni e di catrame); melanodermia delle essenze profumate, specialmente di quella di bergamotto; acromie parassitarie (viraggio al bianco della pityriasis versicolor); dermite bollosa dei prati, che sarebbe una fotodermite actinoclorofillica, simile alla dermatosi da fichi.

Fra le *sensibilizzazioni endogene*, sono da menzionarsi la pellagra, l'hydroa vacciniforme di Bazin e l'eritema polimorfo solare; nell'hydroa, si ha una ematoporfirinuria caratteristica.

III) *Fotobiotropismo*. Secondo la definizione di Milian, il biotropismo consiste nel risveglio di infezioni fino allora sonnecchianti. Il fotobiotropismo sarebbe quindi l'esaltazione, da parte della luce, della virulenza di microbi fino allora saprofiti o patogeni spenti.

Si osservano, di fatto, foruncoli, impetigini, erpeti, febbri eruttive, acne, che sembra insorgere in occasione di brevi esposizioni al sole; così pure vi sono tubercolosi cutanee, ganglionari o viscerali, aggravate da un soleggiamento troppo brusco.

Complicazioni dovute ad errore di cura; spesso basta, però, di perseverare per vincere i virus che sembravano avere il sopravvento.

Da sottolineare, è specialmente la necessità formale di andar molto cauti con la luce nei tubercolosi e negli acneici.

IV) *Fotoanafilassi*. Tutti i processi di sensibilizzazione sono suscettibili di comparire o di aggravarsi sotto l'azione dei raggi solari.

Così, la psoriasi ed il lichen, che si considerano spesso come allergidi micosici, sono spesso scatenati o peggiorati da deboli dosi di raggi.

Per le vere fotoanafilattosi, sono però necessari quattro fattori: la luce, il suo catalizzatore, un antigene e la suscettibilità dell'individuo. Appartengono a tali forme: l'orticaria solare, le prurigo solari (a cui si può avvicinare la dermite disidrosiforme degli acrocianotici) e gli eczemi solari; questi sono in tutto simili ai comuni eczemi, ma la loro localizzazione è limitata alle regioni scoperte e vi è il commemorativo fotodinamico. Una forma speciale è costituita dagli eczemi foto-microbici, per lo più allergidi streptococciche e che derivano dal riscaldamento di un focolaio piococcico e dalla diffusione delle sue tossine. A partire da un'intertrigine retroauricolare, da una impetigine del cuoio capelluto, ecc. in seguito ad un'azione solare troppo intensa, i rifiuti e le tossine degli streptcocchi s'impongono bruscamente all'organismo come antigeni.

Molto vicine a queste forme sono le prurigini fotomicrobiche.

LA TERAPIA.

Eccettuate le anafilattosi, la cura di un'actinodermatosi si limita a desensibilizzare alla luce.

Indubbiamente, è meglio prevenire, il che non vuol dire di condannare l'individuo al soggiorno nell'oscurità. Si può proteggere il tegumento esposto, con unguenti e spennellature: sugna canforata, resorcina in un veicolo non fluorescente, glicerolato d'amido, resorcinato di canfora, tannino in soluzione alcoolica a 1/10. Infine, il sapone antilux al nafto-solfato di sodio, i naftoli A e B, l'adrenalina, la chinina, l'esculina rappresentano i topici protettivi od i desensibilizzatori locali.

Ma la cedono tutti all'olio di cocco o di coprah, basi essenziali di tutti i prodotti vantati nelle varie stazioni.

Di fronte alle actinodermatosi costituite, si può bloccare l'effetto fisiologico delle radiazioni ricorrendo ai fotocatalizzatori a dose omeopatica. Ma è meglio usare certi difenoli riduttori: resorcina in cartine di 25 cg., presa prima dell'irradiazione o l'iniezione fotodinamica (p. es., di tripaflavina); la pirocatechina, endovena, alla dose di 5 mg. in 7 cmc. di acqua distillata.

Contro gli effetti secondari delle radiazioni, lo xilolo per via orale; a dosi di C gocce al giorno, senza irritare il tubo digerente, previene la formazione di flittene.

Anche l'irradiazione infrarossa, dopo sensibilizzazione con violetto di Hoffmann (1/500) o blu di metilene (1/100).

Si può diminuire la vulnerabilità del paziente, sia abituandolo gradatamente alla luce, sia mediante medicazioni vegetotrope: peptoni, cloruro di calcio, iposolfito di sodio con pilocarpina, autoemoterapia, auto-uroterapia, con le urine del paziente appena emesse ed asetizzate con 2 gocce di fenolo per cmc.

Negli eczemi solari, diminuire la sensibilità neuro-vegetativa ed eliminare la fotocatalisi somministrando 1-2 polv. al giorno con: iposolfito di sodio secco cg. 50 e resorcina cg. 5.

Contro la vitiligo, alternare la sensibilizzazione ai raggi ultravioletti con le iniezioni endovenose di gonacrina, durante l'inverno; d'estate, termocatalisi al blu di metilene, seguita da irradiazioni infrarosse o da semplice esposizione al sole.

fil.

DIVAGAZIONI

Petizione ai signori medici in nome dei malati.

Con questo titolo un po' bizzarro, Maurice Bedel, noto scrittore francese, ha tenuto alle « Giornate mediche di Bruxelles » un'applaudita conferenza, che in parte riportiamo.

Dopo aver confessato che, pur avendo preso la laurea in medicina è solo un dilettante e non soltanto non s'adopera a combattere i mali che affliggono l'umanità ma per la sua professione di romanziere non gli dispiace che ne rimanga il seme sulla terra, dice: « A voi mi presento senza malizia con il cuore aperto e l'anima candida. Siccome la mia salute è ottima posso pure considerarvi con grande libertà di spirito e come le mie lodi non sono interessate così le mie critiche non sono dovute all'acrimonia d'un disgraziato che dispera di voi. Vi prego di considerarmi come un delegato dei malati, a voi inviato dai catarrosi, dispeptici, asmatici, eczematosi, paranoici e portatori di bacilli d'ogni specie, che hanno con voi relazioni abituali e non sempre hanno la sfrontatezza di farvi dei discorsi.

Giungo dalla Turenna: essa pare un giardino fatto per la felicità degli uomini ove fiori e frutti son deliziosi e profumati, paese ove la felicità è alla portata dei saggi che s'accontentano di cogliere le gioie che i giorni offrono. Ci vuole molta buona volontà per decidersi ad ammalarsi in questo felice paese, eppure tanta è l'attrazione della malattia per gli uomini sani che gli abitanti di questa amena regione s'abbandonano ad ogni specie di mali illusori per non esser da meno dei fratelli di paesi meno fortunati.

È provato che nelle colline di Chinon, nelle vigne di Vouvray o sulle rive dell'Indre non si contava più di una dozzina e mezza di malattie al tempo in cui il vostro irriverente collega Francesco Rabelais metteva di moda la terapeutica dell'allegria e delle franche risate.

Volete ora permettermi di citarvi qualcuna delle 144 malattie sparse in questa amabile e sorridente regione chiamata per la bellezza dei suoi paesaggi e la dolcezza del suo clima il « Giardino della Francia » ?

Al tempo dei Valois si conoscevano soltanto la peste, il tifo, la sifilide, il mal della pietra; ora nel XX secolo fioriscono la nefrosi lipoidea, la linfogranulomatosi, la leucosi aleucemica. Si sente parlare di colibacilli e d'aerofagia, di iperviscosità sanguigna e di spirochetosi. Vi chiedo signori: era proprio necessario introdurre la linfogranulomatosi fra queste amene colline? Ai semplici e famigliari stati morbosi d'un tempo avete sostituito sindromi terrificanti che s'assumono la parte che avevano una volta i lupi mannari e le streghe. Quale può essere la disposizione d'animo d'un disgraziato paziente che deve ammettere di accogliere in sè una linfogranulomatosi e con essa divider il suo letto! Probabilmente non sarebbe meno spaventato se gli si comunicasse con molte precauzioni che deve accogliere come compagno di letto il « plesiosaurus dolichodeirus ». Trema, batte i denti, è invaso dal panico sin nel midollo; egli è perduto.

Da qualche anno avete scoperto e descritto una malattia nuova ed assai strana di cui gli esseri umani sin allora facevano a meno: l'*aerofagia*. L'aerofago inghiottisce l'aria come il buongustaio assapora un boccone di fegato d'oca o un sorso di Château-Laffitte. Il suo stomaco diviene l'otre di Eolo, si gonfia e siccome l'aria si scalda in queste profondità del corpo l'aerofago si mongolfierizza e s'attende ognora di elevarsi dalla terra e raggiungere le nubi. Eppure il fascino delle vostre scoperte è così grande che i mangiatori d'aria s'incontrano non soltanto nei saloni, ove si ritiene cosa assai elegante e di indiscutibile buon gusto l'arrivare con l'ultimo battello patologico, ma pure nelle campagne ed infatti anche fra gli abitanti della deliziosa Turenna, mangiatori emeriti che sinora preferivano le pietanze care a Gargantua, ho potuto trovare golosi di tal fatta.

Credo vi siano malattie che bruscamente appaiono per bruscamente sparire e di cui sarebbe meglio non parlare troppo affinchè non dilaghino in epidemie. Una volta il vento dell'est portava l'influenza ai popoli occidentali; i topi propagavano la peste e le capre la febbre di Malta: ora sono i giornali che disseminano le malattie. Da quando il colibacillo invase la stampa pullulò pure nell'intestino d'ogni europeo noto nel campo politico, intellettuale o mondano. Queste sono le conseguenze della pubblicità data alle vostre ricerche prima ancora che il tempo e l'esperienza le abbiano mutate in certezze e così sovente il pubblico vi precede nelle vostre conclusioni, s'abbandona quasi con impazienza alla nuova malattia di cui i primi vostri lavori gli rivelano l'esistenza, e quando voi convenite che la malattia non esiste egli ne è già affetto. Corea, convulsione, isterismo, neurastenia sono passate come sono tramontate le crinoline ed i busti con le stecche di balena. Ma ora più grave è il pericolo poichè allora queste piacevolezze non toccavano che un gruppo ristretto e operavano in un terreno chiuso costituendo si può dire uno dei tanti piaceri della buona società, ora invece grazie ai moderni mezzi di pubblicità pure il popolo ne è affetto.

Aggiungo che pure le leggi per l'assistenza medica sugli infortuni e le assicurazioni sociali hanno contribuito ad aumentare il male, poichè nulla induce tanto l'uomo a sentirsi ammalato quanto la gratuità delle cure che riceve. Per un piccolo stiramento muscolare che una volta da sè stesso avrebbe curato con alcool canforato, ha ora bisogno di un esame radioscopico, una medicazione ben visibile ed un congedo pagato.

Parecchie volte mi sono chiesto se la medicina cessando d'essere un'arte e divenendo una scienza non declinava. La maggior parte dei medici si è fatta questa domanda e molti hanno risposto che la medicina divenendo scientifica più sicuramente raggiungerebbe il suo scopo il quale non è altro che la guarigione dalle malattie e da 25 anni all'incirca i rapporti fra clinica e laborato-

rio si svilupparono in un'atmosfera di tale reciproca confidenza e fiducia che nulla sono al confronto le celebri amicizie fra Oreste e Pilade, Damone e Pizia, Eurialo e Niso. Al laboratorio il medico chiedeva la prova della sua diagnosi o almeno qualche elemento probativo che lo allontanasse dal dubbio clinico ed il laboratorio chiedeva al medico la sostanza analizzabile. Così l'uomo, quest'essere che si credeva tanto simile agli dei passò per i tubi di saggio, le provette e la carta da filtro come un qualunque composto chimico. L'uomo fu trattato come una cavia e abbandonò al microscopio la sua cellula epatica ed i neuroni del suo pensiero. Tutto di lui fu analizzato, pure il suo sangue e questo purpureo flutto che è nobile versare per la patria, non divenne che un orribile fango rosso, carico di spirochete e vibrioni, di urea, urati, urobilina e bilirubina.

Voi introduceste nell'arte medica la divisione del lavoro e sopprimeste l'artista in persona. Il medico del XIX secolo era fatto a somiglianza degli artisti del Rinascimento: in lui v'era un po' di Ruggero Bacone, un po' di Montaigne e pure un po' di Goethe. Uomo fra gli uomini tutto quanto era umano lo interessava. Consigliere ed amico dei suoi pazienti, che a lui confidavano gioie e dolori egli arrivava presso di loro con il suo orecchio per ascoltarli, le sue dita per la palpazione e la percussione, i suoi occhi per osservarli ma pure col suo cuore per comprendere e lenire le loro pene: nulla d'artificiale v'era fra lui ed il malato, nessun apparecchio per ascoltare o prendere la pressione; egli si fidava dei suoi sensi, appoggiava l'orecchio al petto del malato e questo contatto aveva qualcosa di paterno che confortava il paziente; toccava il polso arrivando, come avrebbe stretto la mano. Era questo il tempo felice in cui i medici erano angeli di carità e non s'inquietavano di chiedere aiuto a tutto un equipaggiamento qualificato. Era l'epoca in cui il mio maestro, il prof. Brissaud, aveva pochi clienti, disilludeva i cattivi ammalati ed affascinava i buoni. Per cattivi ammalati intendo quelli che vogliono dar lezioni al medico, lo giudicano dalla complessità delle sue ricette, esigono i prelievi di sangue e gli esami radioscopici: in breve quelli che vogliono immischiarsi proprio di quello che non li riguarda: la loro malattia. Sempre ricordo con piacere i miei anni di studio con Brissaud. Egli era un artista, un artefice della guarigione e saluto la sua memoria come quella di un apostolo delle idee generali in medicina, che vedeva nel medico un filosofo ed un moralista e, scomparso troppo presto, non potè vedere fecondato dopo tanti anni il seme che attorno a sè aveva gettato.

Ora a causa della mania per la specializzazione il paziente dovrebbe passare fra almeno 22 mani prima che la sua diagnosi sia stabilita. Ed allora non la sua malattia sarà diagnosticata ma bensì una malattia impersonale, artificiale, una malattia fatta a serie ed adattata a lui ma non fatta per lui. A dire il vero mi pare che gli apparecchi mirabili di cui ora dispone il medico gli tolgano una parte di quelle doti personali che un giorno così sottilmente l'aiutavano nell'esercizio dell'arte sua e prima fra tutte l'intuizione.

Ora però si sta mutando tendenza ed i medici ritornano alla concezione dell'uomo come individuo: si ritorna ad Ippocrate, si allargano i problemi della medicina, confondendoli con quelli della sociologia, dell'etnologia e pure della cosmogonia. Quando vedo questa disposizione di spirito nei giovani medici, quando li sento dire che un malato è per loro anzitutto un uomo, ne gioisco poichè in ciò vedo un ritorno ai migliori principî. Questo modo di pensare è inoltre un'arma potente contro il pericolo mortale che ora vi sovrasta, contro la minaccia rivolta alla vostra indipendenza professionale. Nel dubbio in cui si smarrisce la ragione umana voi rappresentate quanto v'è di umano nell'uomo, voi soli avete le qualità atte a definire i limiti possibili al di là dei quali la ragione umana cade nell'automatismo e la sensibilità si confonde con l'istinto.

M'accorgo di non parlar ora più a nome dei malati, benchè si tratti ancora di malattie nel mio discorso. A voi l'incarico di formare i vostri giovani colleghi, i principianti di oggi, di allontanarli dagli eccessi scientifici cui li potrebbe condurre la seducente facilità dei laboratori, a voi il ricondurli all'uomo.

Questo è quanto in nome dei malati vi chiedo ben rispettosamente ».

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

L. Antognetti-F. Geriola. *Semeiologia ormonica, chimica e biologica.* Volume in-8°, di pagg. 442, con 74 figure nel testo. Prezzo L. 45.

Riportiamo la Prefazione che l'illustre Prof. Frugoni, Clinico medico di Roma, si è compiaciuto dettare per presentare quest'opera italiana.

L'impulso dato negli ultimi anni alle indagini chimiche e chimico-fisiche applicate alla biologia, ha aumentato grandemente le nostre conoscenze sugli ormoni; ma i testi biologici sono rimasti e si sono dimostrati straordinariamente più sensibili delle reazioni analitiche le più fini ad esprimere ancora una volta che nei fenomeni vitali sono insite proprietà singolari le cui espressioni chimiche e chimicofisiche non hanno sufficiente rappresentazione. Metodi biologici e metodi chimici si sono pertanto vicendevolmente integrati e meravigliosi campi d'indagine sono oggi aperti alla fisiopatologia e alla clinica; lo studio delle correlazioni umorali fra gli organi, anche se in gran parte limitato all'indagine dei mezzi più facilmente accessibili, quali il sangue, il liquor ed alcuni liquidi di escrezione, si è dimostrato sin dai primi tentativi oltremodo promettente.

Il tentare di creare una semeiologia endocrina basata sui fatti acquisiti nella rapida evoluzione delle nostre acquisizioni sugli ormoni,

rappresentava, oltrechè una felice impostazione di lavoro, un arduo compito: alla attuazione di esso Antognetti e Geriola hanno nel modo più efficace portato il contributo di una vasta esperienza personale, di una salda preparazione, d'una mentalità formatasi alla scuola endocrinologica di Pende e per questo quanto mai ben preparata a discriminare il significato di fenomeni particolarmente complessi.

Questa monografia sulla semeiologia ormonica, chimica e biologica, pur avendo spiccate caratteristiche di originalità e personalità dovute sopratutto ai notevoli contributi sperimentali degli autori, è tuttavia inspirata ad un orientamento squisitamente eclettico, onde ogni argomento è svolto con riferimento ai grandi problemi della clinica. Ed io credo sia questa una delle doti più importanti cui uno studio monografico debba mirare; in quanto che, se è vero che sembra oggi più utile per la nostra scienza clinica che i singoli studiosi affrontino isolatamente particolari problemi con specializzate competenze e li indaghino in profondità, è altresì necessario che nei vari settori specializzati volti a ricerche particolari, siano mantenute costanti le correlazioni con le direttive generali del pensiero clinico.

L'opera di Antognetti e Geriola costituisce pertanto una trattazione equilibrata, scientificamente completa e che interessa nel tempo stesso anche chi voglia avere delle attuali nostre possibilità d'indagine endocrinologica applicate alla clinica una panoramica esposizione la quale possa costituire una zona di critica e di revisione anche atta alle deduzioni che derivano dalle sintesi correlazioniste, una riposante utile tappa quindi nel corso di una prosecuzione d'indagini e di una evoluzione di pensiero, talmente rapide e multiformi, che il seguirle diviene spesso estremamente difficile.

Le possibilità d'indagine semeiologica diretta della maggior parte delle ghiandole endocrine sono quanto mai scarse; le stesse loro modificazioni di volume, per quanto valutabili, sono talora poco o niente significative o giungono alla nostra osservazione quando la disfunzione endocrina è da tempo in atto e induce evidente la sindrome clinica: alla moderna medicina orientata anche secondo un indirizzo neoippocratico e preventivo, è necessario invece disporre di mezzi che permettano di dimostrare le abnormi impostazioni umorali nei riguardi ormonici, non solo nelle vere, costituite sindromi endocrine, ma anche in tutte quelle condizioni e sindromi il cui determinismo patogenetico ci sfugge, sebbene al nostro senso clinico la concorrenza di fattori ormonici e neurovegetativi, appaia, se non dimostrabile, logicamente presumibile.

Grande è quindi l'importanza che potrà assumere in clinica una semeiologia ormonica e il volume di Antognetti e Geriola, oltre che portare il contributo di larghe, importanti e ben concatenate ricerche originali; pone l'interessante problema nei suoi termini più precisi e più larghi guidando armonicamente dall'analisi alla sintesi.

Cesare Frugoni.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Rosner Simon. *Tumores malignos de la piel y orificios naturales*. Libreria y editorial « El Ateneo », Buenos Ayres, 1936.

L'A. presenta in due volumi assai ben curati dal lato editoriale, una estesa e completa trattazione dei tumori maligni della pelle e degli orifici naturali, dividendo razionalmente la materia in molti capitoli.

Nel primo volume è dato molto sviluppo alla parte generale. L'Autore tratta anzitutto la patogenesi del cancro, poi la patologia generale, la chimica del cancro, il cancro sperimentale. A questo ultimo capitolo fa seguire la trattazione delle affezioni precancerose della pelle, dopo il quale tratta l'anatomia patologica, la clinica dell'epitelioma cutaneo, la diagnosi e la prognosi di questo.

Si ferma poi in un altro capitolo sui melanomi.

La parte speciale relativa ai carcinomi è illustrata in diversi capitoli: il pene, le labbra, la vulva, il padiglione dell'orecchio, le palpebre.

Seguono i neoplasmi connettivali e cioè il sarcoma, il dermatofibroma e la sarcomatosi del Kaposi.

L'A. chiude la bellissima trattazione occupandosi della parte legale, di questioni sociali e profilattiche.

Da rilevare che una estesa ed imparziale bibliografia accompagna ogni capitolo dell'opera: la quale merita di essere conosciuta non soltanto dai dermatologi, ma da qualsiasi medico perchè l'argomento trattato così largamente investe uno dei problemi più importanti della medicina.

B.

W. Weichardt. *Die Grundlagen der unspezifischen Therapie*. Un vol. in-8° di 83 pag., con 4 fig., Springer, Berlin, 1936.

Come contrapposto alla terapia specifica — di cui è tipo il trattamento antitossico della difterite — quella aspecifica tende ad influire sulla cellula, provocandovi una modificazione che rimane spesso entro i limiti fisiologici, come aumento di prestazione; invece con l'introduzione di dosi relativamente grandi, si ottiene l'effetto opposto della paralisi.

Vari sono i mezzi che abbiamo a disposizione e che sono ormai entrati in terapia corrente:

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

le diverse albumine (p. es., iniezioni di latte), la metalloterapia, la terapia infettiva (p. es. la malarioterapia della demenza paralitica), l'istamina, ecc.

L'A. espone qui la materia, studiando dapprima gli effetti delle singole pratiche terapeutiche sul ricambio, sulla contrazione muscolare, sugli organi emopoietici, l'effetto delle pause, ecc., accennando poi sui singoli mezzi in uso ed alle dottrine che tendono a spiegare i fenomeni. Del resto, le azioni si intrecciano perchè la terapia aspecifica agisce a sua volta sugli stessi germi specifici creando loro sfavorevoli condizioni di vita.

Una ricca bibliografia accompagna il lavoro.

fil.

G. PAISSEAU. *Le lait concentré sucré.* Un vol. in-16° di 151 pag. con 10 fig. e 4 tav. G. Doin, Paris, 1936. Prezzo 15 fr.

L'alimentazione artificiale del poppante è talvolta una dolorosa necessità; sono note le grandi cure che essa esige ed i pericoli che possono esservi connessi.

Molto utile e comodo per tale scopo è il latte concentrato zuccherato, che si può ottenere dovunque, ben conservabile e che facilita grandemente il compito. Per la sua preparazione, il latte è sottoposto a vari procedimenti: pasteurizzazione, concentrazione nel vuoto ed aggiunta di saccarosio, in quantità da 12 a 18 %, che ne assicura la buona conservazione.

Un carattere importante è, oltre alla sua sterilità, il suo contenuto in vitamine, che non vengono alterate nei processi di preparazione.

L'A. ne descrive qui i caratteri, il modo di produzione industriale e l'uso nell'alimentazione del poppante sano, di quello malato e nello svezzamento. Egli è un entusiasta di questo prodotto e dimostra le ragioni per cui è preferibile agli altri preparati di latte.

fil.

Wiener Archiv f. innere Medizin. Vol. 28°, fasc. III, aprile 1936. Di 160 pag., con 17 fig. e 13 curve. Urban e Schwarzenberg, Wien. Prezzo RM. 15,50.

Il presente fascicolo della nota Rivista contiene 9 lavori. Alcuni concludono quelli già iniziati in altri numeri (analisi radiologica della costipazione; le temperature subfebbrili ed il temperamento vegetativo-nervoso; la prova del galattosio negli stati normali e patologici; il valore diagnostico della siero-coagulazione di Weltmann). Gli altri sono i seguenti: W. Berger e P. Ludwig. Le poliartropatie croniche tub. come prova di paragone del problema della bacillemia. A. Edelmann e G. Singer: Iperglicemia e glicosuria. F. Mainzer; L'acido glutaminico come surrogato del sale da cucina. K. Paschkis; Anemia ed anossiemia del miocardio. F. Fleischner; Le strie basali orizzontali nel campo polmonare. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Le Giornate Mediche di Bruxelles

(20-24 giugno 1936).

Alla seduta inaugurale, dove intervennero le Autorità ed i Delegati delle 26 nazioni partecipanti, il Ministro della Salute pubblica parlò delle attribuzioni e funzioni del suo Ministero, — per la prima volta istituito nel Belgio — che raccoglie e coordina tutti i servizi d'igiene, assistenza, educazione fisica e sport. Rileva l'utilità ed il crescente successo delle « Giornale médiche », che hanno lo scopo di rendere note le recenti conquiste e le lacune della scienza medica, ricordando quanto il paese deve al medico pratico, vera base dell'organizzazione sanitaria e sociale. Accenna alle visite mediche preventive ed all'esame periodico. Il Corpo medico belga, egli aggiunge, riunendosi in questi tempi turbolenti, con fini esclusivamente disinteressati a studiare problemi che interessano l'intera umanità, rende a tutti un inestimabile servizio sociale.

Dopo altri discorsi di Nicolas, di R. Beckers e di Danis, prende la parola il noto letterato-medico francese M. Bedel, per la vivace conferenza dal titolo: « Petizione ai signori medici a nome dei malati », che riportiamo in altra parte del giornale.

Numerosi e sontuosi i ricevimenti e le gite. Durante i lavori del Congresso, si tennero varie sedute operatorie da noti chirurghi, nonchè altre della Società belga di medicina e chirurgia del lavoro, della Lega belga contro il reumatismo, ecc.

Più volte, durante il Congresso, fu espressa la stima e l'ammirazione dei medici belgi e stranieri per la nostra Italia ed il Comitato dell'Ambulance Marie José, organizzò un pranzo per festeggiare la vittoria dell'Italia in Etiopia.

Diamo un breve resoconto di alcune delle comunicazioni fatte.

G. VERMEYLEN (Brusselle), passando in rassegna i *disturbi mentali in rapporto alla vitamina C* ricordò che la vitamina C fu isolata da Szent Gyorgyi nel 1928 sotto il nome di acido ascorbico ed affermò che sono specialmente i fenomeni di precarenza quelli che possono interessare la neuropsichiatria e che consistono essenzialmente in cambiamento d'umore, in perdita di iniziativa, in irritabilità e apatia. Inoltre le ricerche sull'eliminazione dell'acido ascorbico con le urine hanno rivelato che i neuropatici si comportano come ipoavitaminici e che questa ipo-avitaminosi sembra procedere di pari passo con l'alcalosi constatata presso questi stessi malati.

F. ALBERT (Liegi) studiò i *disturbi vasomotori riflessi di origine traumatica* mettendo in evidenza quanto le ipotonie e le atrofie muscolari, le infiltrazioni tissurali, le paresi e le contratture, i disturbi termici, ecc. possano aggravare e prolungare l'invalidità dei traumatizzati. Una cura preventiva sarebbe quella di sopprimere tali riflessi con una infiltrazione anestesica della zona traumatizzata. I risultati sono tanto più completi quanto più precoce è stata tale infiltrazione. In seguito si potrà ricorrere alla compressione ar-

teriosa che ha una marcata azione vasodilatatrice e alla simpatectomia periarteriosa o ad interventi più complessi sui gangli simpatici a seconda della gravità delle lesioni.

A. HAIBE (Namur) parlando dell'*asma dei fanciulli* distinse l'asma infantile propriamente detto che è di origine digestiva e compare nei primi sei anni di vita e non è altro che un asma anafilattico alimentare la cui eziologia è dominata dalla eredità: è un asma catarrale umido. L'asma giovanile invece si manifesta tra i 6 e i 15 anni ed è di origine respiratoria riflessa; è un asma secco spasmodico. La cura preferibile è costituita dagli auto-vaccini e dall'antivirus-terapia.

L. PUUSEPP (Tartu - Estonia) esaminando i *gliomi del cervello* ricordò che essi sono i più frequenti fra tutti i tumori cerebrali. Essi possono essere duri, molli, sotto forma di cisti, isolati o multipli; possono rivelarsi acutamente oppure manifestarsi lentamente e progressivamente e questi ultimi sono i più benigni. La loro cura è essenzialmente operatoria e i raggi X non offrono risultati soddisfacenti.

L'O. concluse che un intervento operatorio radicale può essere eseguito con successo solo nel caso di cisti e gliomi delimitati, facilmente estirpabili; di fronte a gliomi diffusi la sola estirpazione del tumore con le parti aderenti di sostanza cerebrale sana può portare ad un risultato soddisfacente mentre qualsiasi sforzo di ablazione parziale del tumore altro non farebbe che intensificare l'attività della parte di tumore rimasta in sito portando così a facili recidive. Una trapanazione decompressiva porta in questi casi ai risultati più favorevoli. In ogni modo occorre tenere sempre ben presente che in tutti i casi di tumori cerebrali, qualsiasi la loro natura, è indispensabile operare al più presto possibile; questo principio è d'importanza capitale specie quando si tratta di gliomi diffusi poichè quanto più il tumore sarà limitato, tanto minore sarà il tessuto cerebrale che dovrà essere sacrificato, riducendosi così al minimo gli ulteriori disturbi funzionali.

DEVRAIGNE (Parigi) illustrando la sua pratica di dieci anni al *consultorio contro la sterilità*, unito alla maternità di Lariboisière, riconosce che i risultati furono dapprima modesti per diventare poi soddisfacenti poichè essi hanno oltrepassato il 20 % e si auspicò quindi che questi centri contro la sterilità vengano istituiti in tutte le grandi città e si sarà fatto allora un gran passo innanzi nella lotta contro la denatalità.

R. DOS SANTOS (Lisbona) affermò che l'*iniezione di soluzioni opache nelle arterie a scopo diagnostico* rappresenta da una parte un metodo generale destinato allo studio in vivo della struttura vascolare di tutte le lesioni e di tutti gli organi e d'altra parte la via arteriosa si è rivelata meno tossica di quella venosa, ad azione più diretta, ad effetto più rapido sovente impressionante e rappresenta così un mezzo molto ricco di risultati clinici ormai acquisiti e fecondo di promesse per l'avvenire, meritando quindi di entrare nella pratica corrente.

MERKLEN (Nancy), esaminando il *valore delle prove cardio-vascolari nello studio dell'attitudine agli esercizi fisici*, ricordò che l'influenza della posizione del corpo sul ritmo del battito cardiaco è conosciuta da lungo tempo, le modificazioni osservate obbedendo a certe regole che da alcuni Autori furono raggruppate sotto il nome di « legge delle attitudini » consistenti essenzialmente nell'accelerazione del polso nel passaggio dalla posizione distesa a quella seduta, e da questa a quella in piedi. I cambiamenti di posizione hanno inoltre un'influenza non ancora ben precisata sulla pressione arteriosa. Anche gli effetti degli esercizi fisici sul ritmo del cuore e sulla pressione arteriosa sono ben noti e da molto tempo si è cominciato a valutare l'attitudine cardiaca dei soggetti in esame in base alle modificazioni apportate al ritmo cardiaco e alla pressione arteriosa sia dai cambiamenti di posizione del corpo sia da esercizi fisici di speciale intensità e durata, a completamento delle ricerche cliniche abituali.

V. DEMOLE (Losanna) affermò che lo *scorbuto* è ormai diventato una rarità; sono invece diventati numerosi gli stati di ipoavitaminosi C, o scorbuto frusto. Una carenza relativa in vitamina C si manifesta nella maggior parte delle malattie delle vie digerenti, nelle affezioni febbrili acute e sopratutto croniche (polmonite, difterite, tubercolosi). L'ipoavitaminosi si sviluppa rapidamente nei lattanti il cui regime alimentare è incompleto. Una parte della popolazione delle zone temperate soffre di ipoavitaminosi C alla fine dell'inverno: è questa la causa della « stanchezza primaverile ». L'adulto ha bisogno all'incirca di cinquanta mgr. di acido ascorbico o vitamina C per giorno che si ritrova in parte nelle orine. Il fabbisogno dell'organismo in vitamina C aumenta nel corso dell'inverno, durante le malattie infettive, durante la gravidanza e l'allattamento. Gli stati nei quali si osserva una ipoavitaminosi C, valutati o in base al potere riduttore dell'orina per la presenza di acido ascorbico o con la somministrazione di dosi elevate di acido ascorbico al fine di provocare la saturazione dell'organismo, segnalata dalla comparsa di forti quantità di vitamina C nell'orina e valutando il deficit dal totale delle dosi somministrate, richiedono una terapia appropriata con l'acido ascorbico che reca sovente ottimi risultati.

G. BLANC (Marocco) affermò che per la *vaccinazione contro il tifo esantematico* s'utilizza al Marocco un vaccino preparato con organi virulenti di cavia (milza, surrenali, ecc.) ad una diluizione finale di 1/2000, posta a contatto per 15 minuti con bile di bue sterilizzata; la dose è di 1 cc. inoculato nel deltoide. I risultati sono stati soddisfacentissimi, modificando la bile, in maniera tuttora oscura, le proprietà del vaccino in modo che esso provoca nell'uomo una malattia inapparente senza che il virus sia nè distrutto nè attenuato.

F. VAN GOIDSENHOVEN (Lovanio) studiando l'*anemia perniciosa* e la sua cura concluse che la malattia va intesa come una malattia di carenza il cui principio antipernicioso esiste nel fegato e nello stomaco e che soltanto una cura sostitutiva permanente e sufficiente è in grado di prevenire le ricadute e tutte le manifestazioni nervose mentre una cura irregolare e saltuaria è assolutamente insufficiente allo scopo.

fil.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Un caso di tetania in corso di nefrite.

Un caso di nefrite con tetania, acidosi e modica osteoporosi con reperto anatomico viene descritto da C. Fan e K. Y. Chi in *Chinese Medical Journal*, aprile 1936.

Clinicamente il caso appartiene al tipo di nefrite con impronta nefrotica per l'assenza di ematuria nel primo periodo, l'edema notevole, la bassa proteinemia e l'inversione del rapporto albumine-globuline. La azotemia, che già nel primo periodo era un po' elevata, divenne assai alta in seguito mentre compariva l'ematuria.

Anatomicamente la capsula non aderente, la superficie renale liscia, e la presenza di semilune epiteliali e di leucociti nei glomeruli e nei tubuli fanno porre la diagnosi anatomica di glomerulo-nefrite subacuta. Le regioni tubulari osservate erano disposte a focolaio e probabilmente secondarie alle lesioni glomerulari, poichè nei casi di vera nefrosi lipoidea le alterazioni tubulari sono generalizzate.

L'interesse speciale del caso sta nel sopravvenire di una tetania con alterazioni nella risposta alla corrente galvanica. Le paratiroidi erano istologicamente normali. La tetania va messa in relazione con lo stato di iperfosfatemia e d'ipocalcemia.

La rarità della tetania come sindrome associata all'insufficienza renale, nella quale la quantità del calcio nel sangue è spesso bassa, viene generalmente attribuita alla coesistenza dell'acidosi che impedisce l'insorgere della tetania aumentando la mobilizzazione del calcio e la jonizzazione del calcio sanguigno.

Nel caso presente i reperti radiologici ed anatomici di osteoporosi, fanno pensare che la tetania sia comparsa a causa dell'esaurimento delle riserve di calcio.

E. CARLINFANTI.

Malaria e febbre ricorrente trasmesse con la trasfusione del sangue.

Prescindendo dagli incidenti da incompatibilità, la possibilità di trasmissione di malattie con la trasfusione è un pericolo che dev'essere sempre tenuto presente. La malaria cronica è difficilmente rivelabile nel donatore. L'ingrandimento della milza costituisce spesso l'unico dato che faccia sospettare l'esistenza di essa, poichè anche ripetuti esami di sangue possono non rivelare il parassita.

Lo sviluppo dei sintomi poco dopo la trasfusione in un ricevitore che nega di aver avuto infezione malarica parla in favore della trasmissione diretta con la trasfusione. L'intervallo fra l'intervento e il primo accesso febbrile varia da 3 a 60 giorni, ma si aggira di solito intorno ai 10 o 15 giorni.

C. W. Wang e C. U. Lee (*The Chinese Medical Journal*, marzo 1936) informa che su 3700 trasfusioni eseguite dagli AA. nel periodo 1925-1935 furono osservati 54 casi di malaria terzana benigna e 6 casi di febbre ricorrente. In un caso una donna gravida infettata da febbre ricorrente con una trasfusione, trasmise l'infezione al suo bambino prematuro che ne morì.

Essendo assai difficile eliminare completamente il pericolo della trasmissione delle malattie infettive, è opportuno in pazienti che abbiano ricevuto di recente una trasfusione di sangue, considerare sempre questa possibilità, quando si presenti in essi una malattia infettiva difficilmente interpretabile.

E. CARLINFANTI.

La guaribilità della cirrosi atrofica del fegato.

La cirrosi ipertrofica ascitogena guarisce abbastanza spesso, mentre ciò avviene assai più raramente per quella atrofica, alcoolica. Pallasse e Ledru (*Lyon Médical*, 24 giugno 1936) ne pubblicano due casi: l'uno di una donna di 55 anni che aveva subìto 23 paracentesi, con evacuazione di 197 litri di liquido, l'altro, un uomo di 31 anni, etilico come la donna, ma con fegato grosso all'origine; 24 paracentesi, con evacuazione di 280 litri; l'ascite è scomparsa da 5 mesi ed il fegato è piccolo.

La terapia non c'entra per nulla in questi casi favorevoli, per i quali non si può certamente parlare di guarigione, ma soltanto di miglioramento dei segni clinici, senza ricomparsa dell'ascite.

Le lesioni della cellula epatica non possono retrocedere e la guarigione anatomica non può aversi. Quando si ha la guarigione funzionale, si tratta di organizzazione di anastomosi parieto-epiploiche, o di notevole vascolarizzazione delle strisce di sclerosi, con neoformazione e dilatazione angiomatosa dei capillari sanguigni, tutte cause che sopprimono l'ipertensione portale. Un altro fatto che entra in giuoco è il calmarsi dei fenomeni peritoneali infettivi, che mantenevano l'essudazione peritoneale.

Un fatto ormai accertato è la tolleranza dei cirrotici alle paracentesi; l'anemia sierosa cronica non è da temersi, la disidratazione è presto colmata e la sottrazione di albumina è insignificante. È quindi consigliabile il praticare una nuova puntura quando si vede il malato senza appetito, dispnoico e tachicardico, tutti sintomi che scompaiono sia pure transitoriamente dopo la paracentesi.

fil.

Medicazioni dell'ulcera gastrica.

Castaigne (*Journ. méd. franç.*, nov. 1935) consiglia:

Carbonato di bismuto . . . g. 10
Sciroppo di belladonna . . g. 20
Emulsione oleosa . . . . g. 20

2 cucchiai prima dei due pasti principali, per 20 giorni al mese.

Oppure:

Talco
Caolino
Carbonato di bismuto, ana g. 100.

Un cucchiaio prima dei tre pasti principali.

Nell'enuresi infantile.

Hamburger (*Wien. Klin. Wochens.*, 1936, n. 1) raccomanda:

Estr. di belladonna . . . . cg. 1
Tint. di Rhus aromatica
Tint. aromatica . . . ana g. 10

S. 10 gocce, la sera prima di addormentarsi. Modificare la quantità secondo l'età e l'individualità del bambino.

MEDICINA SCIENTIFICA

La paralisi facciale periferica è dovuta a lesione arteriosa dei vasa-nervorum.

L'etiologia della paralisi periferica del VII, cosidetta a frigore è sempre stata misteriosa. È certo che se il freddo pare talora veramente in causa, nella maggioranza dei casi ciò non è sostenibile. Il fatto che spesso vi è degenerazione completa del nervo, dimostra che vi deve essere una profonda alterazione nella vitalità del nervo stesso.

Secondo Audibert, Mattei e Paganelli (*Presse Méd.*, 27 giugno 1936) questa perdita di vitalità non può accadere che per un processo circolatorio: la paralisi del facciale a frigore *sarebbe causata da una lesione arteriosa dei vasa-nervorum;* meningea media o stilo mastoidea. Quando la paralisi cede si sarebbe trattato di semplice spasmo.

Le cause di questa alterazione dei vasa nervorum sono parecchie: anzitutto l'arteriosclerosi con o senza ipertensione, poi la sifilide, infine l'alcool, la malaria, il tifo, la tubercolosi stessa possono portare alterazioni dei vasa nervorum.

Si potrebbe ammettere anche una paralisi *per embolia*, ma il piccolo calibro e la sinuosità dei vasa nervorum deve renderla eccezionale.

Il freddo potrebbe intervenire come una causa occasionale creando uno spasmo, o uno squilibrio simpatico che agirebbero come coadiuvanti sempre su una preesistente lesione articolare.

Le conseguenze di queste teorie sono: bisogna curare una paralisi del facciale come si cura una emiparesi. L. Tonelli.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al Dott. L. T. da C.

1) La *fuxina di Ziehl* (per la colorazione del bacillo di Koch) quando è ben preparata si conserva indefinitamente.

2) Il *reattivo di Haynes*, per la ricerca qualitativa dello zucchero nelle urine, è sensibilissimo quanto il liquido di Fehling. I tedeschi anzi considerano la prova eseguita col reattivo di Haynes come la migliore fra le tante proposte perchè presenta pochissime cause di errore.

Il reattivo di Haynes si conserva indefinitamente in boccetta di vetro giallo e chiusa con tappo smerigliato.

3) Il *reattivo di Benedict* si prepara nel seguente modo: si sciolgono in circa 800 cc. di acqua distillata, gr. 200 di carbonato di sodio in cristalli; gr. 200 di citrato di sodio; gr. 125 di solfocianato di potassio. Se la soluzione non è limpida si filtra.

A parte si sciolgono gr. 18 di solfato di rame cristallizzato in 100 cc. di acqua distillata entro un matraccio tarato da 1000 cc. A poco a poco, sempre agitando, si aggiungono 800 cc. della soluzione precedente, indi 5 cc. di soluzione di ferrocianuro di potassio al 5 % e si porta a 1000 cc. con acqua distillata.

La soluzione si conserva a lungo.

A. Alessandrini.

VARIA

Pericoli degli abortivi.

Negli Stati Uniti e in Germania si fa largo uso di paste abortive: interferin, provocol, interruptin, ecc., a base di iodio, soda caustica, potassa caustica, oli essenziali, ecc., incorporati in sapone, grassi, ecc. Questi prodotti sono stati causa di numerose morti, le quali risultano dovute ad embolie (d'aria o di grassi), a intossicazione generale e ad infezioni. Ricerche sperimentali sono state eseguite al riguardo da d'Amour e Kivea: su 44 topine gravide la « pasta di Leunbach » ha provocato 6 morti, che risultarono dovute ad infezioni endoaddominali diffuse: la pasta, iniettata con forza nell'utero, perviene, attraverso le tube, entro la cavità addominale e vi trascina dei germi, che attecchiscono in causa delle alterazioni da essa stessa prodotte.

POSTA AMMINISTRATIVA:

Modificazioni sulla fascetta di spedizione:

Dovendosi quanto prima approntare il rifornimento delle fascette per la spedizione dei fascicoli del " Policlinico ,, agli abbonati, l'amministrazione prega coloro che desiderano apportarvi correzioni, aggiunte, ecc. di volerne dare sollecita comunicazione. mediante cartolina postale affrancata con 30 centesimi, applicandovi possibilmente copia della fascetta con le varianti desiderate.

L'editore L. POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Un caso senza precedenti.

Il medico condotto di un Comune, in seguito a incresciose e penose vicende, fu licenziato *per motivi di salute*, in base al parere di una Commissione tecnica, che era stata nominata dal Prefetto. Respinto il ricorso dalla G. P. A., si svolse in Consiglio di Stato un lungo giudizio e furono pronunziate due sentenze interlocutorie. Ampia fu la istruttoria, essendo state esibite relazioni tecniche autorevoli, in contrasto col parere della Commissione, e attestazioni concernenti le condizioni di salute e la esplicazione della attività professionale, dopo il licenziamento.

Il Consiglio di Stato, con la seconda sentenza interlocutoria, chiese il parere del Consiglio Superiore di Sanità, sembrando contrastanti le prove documentali. Il Consiglio Superiore rispose che era esatto il giudizio di guarigione, espresso dal direttore del Manicomio; manifestamente errato il giudizio della Commissione tecnica; certamente idoneo quel sanitario a prestar servizio di medico condotto, come era confermato dall'attività successivamente svolta; doverosa la reintegrazione. È da notare che la dichiarazione di idoneità si *riferiva al tempo del licenziamento*.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 14 luglio 1936, n. 784, ha accettato pienamente il parere del Consiglio Superiore di Sanità e, quindi, ha annullato la deliberazione di licenziamento. Ciò significa che è stata riconosciuta la idoneità anche nel tempo in cui, per il presupposto erroneo della inidoneità dipendente da malattia, il Comune deliberò il licenziamento. Il medico condotto era, dunque, riconosciuto *sano anche in quel tempo*, ed era esclusa la infermità. La reintegrazione doveva essere piena. Ma il Consiglio di Stato ha fatto questo ragionamento: poichè, fra giudizi contrastanti, la realtà è stata *riconosciuta* ora, in seguito al parere del Consiglio Superiore di Sanità e il Podestà, per considerazioni di prudenza, non avrebbe potuto regolarsi diversamente, al licenziamento illegittimo è sostituito il collocamento in aspettativa, per motivi di salute, dalla data della cessazione del servizio sino a quello della pubblicazione della sentenza! Circa 4 anni. L'errore giuridico è evidente. Oltre tutto, c'è contraddizione intrinseca: si riconosce che il medico condotto non era infermo, ma, come egli sosteneva, era idoneo a prestare servizio; si dichiara illegittimo il licenziamento e, tuttavia, in sede giurisdizionale, annullata la deliberazione del Podestà, si crea una situazione di aspettativa per motivi di salute, che, presuppone, almeno, quello stato di infermità che la decisione stessa ha negato. È chiaro che si è voluto *attenuare la conseguenza patrimoniale*, essendo decorso molto tempo dalla data del licenziamento a quella della decisione definitiva. Ma il ritardo non era dipeso dal medico condotto che, pure attraverso difficoltà, anche per l'opposizione del Comune, aveva conseguito pieno successo. Ripete la decisione che si tratta di una risoluzione di « *specie* »: dichiarazione garbata e prudente per assicurare che questa deviazione, senza precedenti, non avrà nemmeno susseguenti. Sembra che il giudice voglia dire: non lo farò più. Perciò abbiamo segnalato il caso: per tranquillare, cioè, tutti gli uomini di buon senso, escludendo la eventualità di recidive.

Trasferimento da una ad altra condotta.

Il Podestà di Amelia trasferì uno dei medici condotti ad altra circoscrizione che, frattanto, era divenuta vacante. Ne derivò contestazione, perchè un interessato dedusse che al trasferimento si sarebbe dovuto provvedere mediante concorso interno.

Genericamente, le regole fissate dalla giurisprudenza si possono riassumere così: ciascuna circoscrizione è una entità definita, *per sè stante;* il titolare non può essere trasferito, senza il suo consenso, da una ad altra circoscrizione; il trasferimento non è nemmeno possibile, a richiesta dell'interessato, se non sia previsto dal capitolato o dal regolamento locale; divenuta vacante una condotta, si deve provvedere mediante concorso, se all'Amministrazione non sia attribuita la facoltà di trasferirvi un medico condotto del Comune; ma questo potere discrezionale, al quale perciò non corrisponde un diritto del sanitario, deve essere esercitato mediante concorso interno se più siano i medici condotti che possano aspirare al trasferimento.

Nel caso controverso, sopra indicato, il Podestà, che aveva potere discrezionale, trasferì a sua scelta uno dei medici condotti; ma errò, perchè avrebbe dovuto invitare tutti i medici condotti del Comune e poi, considerata la situazione di ciascuno, avrebbe dovuto preferire il più idoneo alle esigenze del servizio, considerando anche le condizioni personali e di famiglia. La controversia è stata decisa dal Consiglio di Stato con sentenza 30 dicembre 1935, n. 1155, che ha annullato l'atto del Podestà, perchè fu omesso il procedimento del concorso interno.

A questo proposito è da avvertire che, nel caso di sdoppiamento di una condotta, alla quale succedano due circoscrizioni, il provvedimento del Podestà approvato dalla G. P. A., è *definitivo* e, quindi, contro di esso, è ammesso ricorso direttamente in sede giurisdizionale (ved. sentenza 1935, n. 1157).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'attività dell'Ufficio internazionale di igiene pubblica.

Il Comitato permanente dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica si è riunito in sessione straordinaria a Parigi, nello scorso maggio, trattando varî argomenti di notevole interesse. Ne diamo un breve cenno.

L'Italia vi era rappresentata da A. Lutrario e da A. Ilvento ed ha contribuito ai lavori con due importanti monografie, una sugli anormali psichici e l'altra sull'anchilostomiasi.

Febbre gialla. Malgrado accurate ricerche, essa risulta rara in Africa, dove però sono state osservate delle forme nervose, una delle quali con la sintomatologia di poliomielite.

Dal punto di vista epidemiologico, presenta interesse il fatto che in certe regioni dell'America del Sud si ha la così detta febbre gialla della jungla, che si contrae al di fuori delle case, senza che vi si trovi l'*Aedes aegypti*, il che fa pensare ad un altro serbatoio di virus diverso dalla specie umana e ad altri modi di trasmissione.

Sono state praticate numerose vaccinazioni per mezzo di un siero immune; è da rilevarsi la frequenza con cui si manifestano delle reazioni nervose, per cui è sconsigliabile la vaccinazione in massa.

Vaiuolo. Il Comitato continua a raccogliere i dati per un giudizio sul grado e la durata dell'immunità data dalla vaccinazione. Il Delegato degli Stati Uniti distingue 3 tipi di reazione da rivaccinazione: 1) pustola vaccinale, con diametro massimo del rossore infiammatorio 8-14 giorni dopo l'inoculazione; 2) reaz. vaccinoide, con diametro massimo 3-7 giorni dopo; 3) reaz. d'immunità, con diametro massimo 8-72 ore dopo. Le reazione vanno misurate dopo 2, 4, 8 giorni. In generale, si deve ritenere che la vaccinazione provoca un'immunità più forte contro il vaiuolo che contro il vaccino. Per una buona protezione, sembra consigliabile la rivaccinazione ogni 5-10 anni.

Difterite. Importanti sono le relazioni sul decorso della malattia nei varî paesi. Così nella Svezia, vi sono stati quattro ricorsi epidemici, a distanza di 18-19 anni; la letalità è caduta dal 30 % prima della sieroterapia al 10 % dopo di essa ed è ora del 2 %; la sieroterapia non sembra però il solo fattore di diminuzione della gravità della malattia.

La vaccinazione è stata resa obbligatoria in Polonia (tutti i bambini sotto i 10 anni) ed in Romenia (tutti quelli da 1 a 10 anni). Si usa in generale l'anatossina Ramon in 2-3 iniezioni. La proporzione delle reazioni di Schick negative è del 90-98 % in Romenia, del 93-94 % al Messico dopo sole 2 iniezioni (da 1 e 2 cmc.). Sono stati fatti tentativi con la pomata di Löwenstein e con l'uso di una sola iniezione di vaccino purificato, combinata con 3 instillazioni successive di anatossina nel naso.

In Francia, si ha una media del 25 % di bambini vaccinati (a Parigi del 40 % ed in qualche compartimento fino ad 80 %). Si usano generalmente 2 iniezioni (1 e 2 cmc.), ottenendo la Schick negativa nel 99 % dei casi. Nel 2-4 % circa dei vaccinati, l'immunità si attenua o scompare dopo il IV anno (vaccinazioni fatte male?).

Poliomielite. Si ha ora una certa confusione nelle statistiche perchè in alcuni paesi vi si introducono anche le forme non paralitiche, il che porta ad un aumento nel numero, ma ad una diminuzione nella letalità.

Malaria. Lo studio fatto nella Serbia porterebbe all'identificazione di un *tipo balcanico di malaria*, che avrebbe dei caratteri epidemiologici un po' diversi dai consueti.

Anchilostomiasi. In Italia, è una malattia essenzialmente rurale, generalmente benigna; nel 1934, sono stati dichiarati 1258 casi. Pure essenzialmente rurale è agli Stati Uniti in cui, pure essendo meno grave che un tempo, ha un effetto sullo stato di salute dei bambini. In U.R.S.S., vi sono dei distretti in cui si ha un'infestazione dei 60-68 % degli indigeni. Nelle Indie olandesi, si arriva al 99 %. È praticamente scomparsa nelle miniere del Belgio, come della Gran Bretagna.

Largamente trattato è stato il tema dell'*igiene mentale*, in riguardo all'educazione dei bambini arretrati ed anormali; varie nazioni, tra cui l'Italia, hanno presentato dei rapporti su tale argomento. Per la classificazione dei deficienti, si adottano sempre delle prove sul tipo di quelle di Binet e Simon. Il deficit intellettuale non esclude la possibilità di attitudini naturali in un campo particolare. Però per acquistare le nozioni minime di lettura, scrittura ecc. necessarie alla vita corrente è necessario un quoziente di almeno 80-85; con 70-85 si può arrivare ad avere alcune occupazioni che esigono una certa sorveglianza; con 55-70 si possono compiere degli atti abituali; al disotto di 55, l'individuo deve essere tenuto sotto tutela.

La proporzione dei deficienti varia secondo i Paesi, tanto più che variano anche i criteri per il giudizio. Le istituzioni in favore di questi bambini consistono anzitutto nello scovarli (a Roma esistono 8 consultazioni esterne ed un centro di osservazione), vengono in seguito le scuole speciali (di cui ne esistono 34 classi a Roma, e molte in altre città d'Italia). In tali scuole, più che delle nozioni scolastiche, è importante il darne di quelle che possono essere utili per la vita sociale ed è essenziale il ricercare le cause della deficienza che possono talora essere rimosse. In generale, è bene non seguire i metodi consueti d'insegnamento, per i quali, questi deficienti hanno una certa ripulsione. Da ciò la necessità di scuole speciali per gli insegnanti, di cui ne esistono due in Italia (a Roma ed a Milano).

Particolare cura esigono poi i fanciulli anormali e quelli delinquenti. In Italia, gli asili-scuola sono destinati a quelli che possono diven-

tare dannosi a sè ed agli altri ed agli epilettici. Molto interessante sarebbe il seguire le varie comunicazioni sulle istituzioni per la delinquenza minorale, fra cui però non vediamo riportate le nuove disposizioni italiane in materia.

Altre comunicazioni e rapporti sono stati fatti sulle cure dentarie, la linfogranulomatosi inguinale ed altre malattie infettive.

A. FILIPPINI.

Cronaca del movimento professionale.

Direttorio Nazionale del Sindacato Medico.

Il 14 giugno si è adunato il direttorio del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, con l'intervento del presidente della Confederazione, on. Alessandro Pavolini.

Il segretario nazionale on. Morelli porse parole di saluto, di ammirazione e di affetto a nome di tutti i medici italiani all'on. Pavolini, reduce dall'A. O., decorato di medaglia d'argento. L'on. Pavolini disse parole ammirative per il comportamento dei medici in A. O., devoti sempre ed ovunque al loro dovere.

Fu vivamente discusso il problema delle Mutue sanitarie. Prevalse come sempre il concetto della libera scelta del medico. Il direttorio fece voti che, come per l'industria, anche per l'agricoltura si addivenga alla libera scelta, che è la salvaguardia della dignità e dell'interesse medico. Discutendo le modalità di pagamento, prevalse il concetto che il medico debba avere la sicurezza di una determinata cifra che sarà stabilita d'accordo fra il Sindacato Medico e le Mutue nelle singole provincie o in caso di dissenso dal Sindacato Nazionale in accordo con la Federazione delle Mutue. L'impressione sicura è questa, che si sta costruendo un accordo soddisfacente tra i medici e la Federazione delle Mutue.

Fu discusso il problema della stampa medica e si addivenne al voto di una lenta ma sistematica riduzione di giornali con rafforzamento dei migliori, perchè non accada una diluizione tale della scienza medica da danneggiare fortemente la scienza stessa e gli studiosi italiani ed esteri che sono messi nell'impossibilità di seguire tutta la letteratura. (Abbiamo già dato notizia di una riunione ulteriore, di direttori dei periodici).

Il direttorio del Sindacato Nazionale stabilì di versare per la fondazione dell'Impero e per coadiuvare nell'opera di ricostruzione L. 100.000 per cento borse di studio da distribuire a medici che si impegnino di andare, se chiamati, in Africa Orientale. (Ne abbiamo già dato notizia).

Le modalità di assegnazione delle borse saranno più tardi stabilite, quando cioè sarà precisato, per accordo intercorrente fra il Ministero delle Corporazioni ed il Ministero delle Colonie, il programma e l'epoca dell'inizio del corso che dovrà essere bimestrale. Ad ogni modo sarà bene che i segretari dei Sindacati Medici raccolgano le domande, le vaglino e le trasmettano in carta semplice al Sindacato Nazionale Medico.

CONCORSI.

POSTI VACANTI. — *RR. Prefetture.*

FOGGIA. — Concorsi per titoli a due posti di medico-condotto presso i Comuni di: CANDELA, stipendio annuo L. 9000, con 4 aumenti quadriennali del decimo; S. FERDINANDO DI PUGLIA, stipendio annuo L. 9000, con 5 aumenti quadriennali del decimo. Scadenza 31 agosto.

SIRACUSA. — Concorso per due posti di medico-condotto: nel Comune di FRANCOFORTE, stipendio L. 10.000 annue, con 4 aumenti quadriennali del decimo; uno nel Comune di SIRACUSA (frazione Priolo), stipendio L. 10.000 annue, con 4 aumenti come sopra; indennità di servizio attivo di L. 900. Scadenza 25 ottobre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La commissione nominata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche per l'aggiudicazione dei Premi di laurea « Lepetit » per l'anno accademico 1933-34 — composta dal prof. Agenore Zeri, presidente; prof. Guido Sotti, on. prof. Sabato Visco e prof. Corrado Tommasi Crudeli, membri — esaminate le tesi presentate dai 37 concorrenti che avevano ottemperato alle norme del bando di concorso, ha assegnato quindici premi da lire 1000 ai signori dottori (delle Università indicate tra parentesi): Angelo Sairati (Torino); Giuseppe Bucco (Napoli); Giuseppe Cafissi (Firenze); Francesco Cedrangolo (Napoli); Ivan Ciaccio (Messina); Ugo Ciulla (Palermo); Carlo De Chiara (Roma); Guido Ferrara Lelli (Torino); Pietro Foà (Milano); Salvatore Folena (Pisa); Federico Parini (Milano); Francesco Schupfer (Firenze); Ezio Silvestroni (Padova); Carlo Spagaro (Padova); Francesco Vacirca (Pavia).

NOTIZIE DIVERSE

Il Convegno di medici a Montecatini.

Abbiamo già dato notizia preliminare di questo convegno, al quale sono intervenuti medici da quasi tutte le provincie d'Italia, i clinici medici di Roma, Padova, Bari, Perugia, i clinici chirurgi di Firenze, Milano, Roma e Pisa, i senatori Giordano e Sanarelli e ha inviato una commossa adesione il venerando senatore Maragliano. Il prefetto di Pistoia, S. E. Lapera, ha aperto l'importante convegno dichiarando che valorizzare Montecatini, significa lavorare, non solo nel campo scientifico, ma anche nel campo nazionale, per una più alta valorizzazione del prezioso patrimonio termale italiano, opera altamente patriottica, specie in quest'ora in cui l'Italia reca nel mondo una parola di civiltà ed ha creato l'Impero. Portata la sua parola di saluto, che ha un significato affettuoso, poichè anch'egli è medico, afferma di essere convinto che l'opera dei sanitari è una delle più importanti nel campo sociale. Auguratosi che le giornate mediche si rinnovino d'ora in avanti annualmente, S. E. Lapera, presi gli ordini dal Duce, ha inaugurato il convegno, nel nome di S. M. il Re e Imperatore, provocando una grandiosa dimostrazione all'indirizzo dei supremi reggitori della Patria.

Il prof. Valenti di Milano, presidente dell'Associazione Idrologica Italiana, dopo avere commemorato il sen. Luigi Devoto tra la commossa attenzione dei convenuti, sinteticamente afferma l'importanza di questo raduno.

Quindi il presidente del convegno prof. Cesare Frugoni, direttore della Clinica Medica di Roma e delle Terme di Montecatini, illustra le finalità del Congresso, prospetta l'interesse scientifico e pratico dei problemi in discussione ed espone il largo contributo portato dal centro di studi di Montecatini, diretto dal Rondoni, sia nel campo delle malattie epatiche e del ricambio, che in quello delle affezioni gastro-intestinali. Le indagini compiute sempre più dimostrano infatti la larga parte che va fatta alle condizioni dietetiche e alla disfunzione epatica, onde la grande importanza delle cure idrotermali, come quelle che hanno la maggiore efficacia nel modificare i comportamenti metabolici che creano lo stato di malattia. Altra finalità del Congresso è da inquadrarsi nelle direttive del Governo, che vuole potenziato tutto ciò che è italiano e l'Italia, come stazioni termali, possiede ciò che vi è di meglio, di più vario, di più completo e di meglio organizzato, sicchè è dovere di ogni medico italiano conoscere e valorizzare il patrimonio idrologico della Nazione.

Dei lavori del convegno riferiremo in altra parte del giornale.

Congresso internazionale dell'insufficienza epatica.

Avrà luogo durante l'Esposizione Universale di Parigi e terrà le sue assisi a Vichy, il 16-18 settembre 1937, sotto la presidenza del prof. Maurice Loeper.

Comprenderà due sezioni: 1ª di medicina e biologia, 2ª di terapia medica, chirurgica e idrologica.

I relatori seguenti presenteranno dei rapporti: K. Glaessner (Vienna), R. Debre, Gilbrin e Semelaigne (Parigi), Binet (Parigi), Lemaire e Varay (Parigi), J. Olmer (Marsiglia), Urbach (Vienna), Parhon (Bucarest), Hamilton Fairley (Londra), Brule (Parigi), M. Villaret, L. Justin-Besançon, R. Cachera e R. Fauvert (Parigi), Piery e Milhaud (Lione), De Grailly (Bordeaux), Gallart-Mones (Barcellona), Pribram (Berlino), P. Duval, Gatelier, J. C. Roux, Goiffon (Parigi).

Segretario generale è il Dr. J. Aimard, boulevard des Capucines 24, Paris.

Ricordiamo che questo Congresso sarà preceduto dal Secondo Congresso Internazionale di Gastro-Enterologia, che avrà luogo a Parigi dal 13 al 15 settembre 1937, sotto la presidenza del prof. Pierre Duval. In questo Congresso saranno studiate le due seguenti questioni: 1) « La diagnostica precoce del cancro gastrico », sotto la presidenza dei proff. P. Duval e Gosset, di Parigi, e del prof. Konjetzny, di Berlino; 2) « L'occlusione acuta e cronica del tenue »; i relatori sono stati scelti in Inghilterra, in Belgio, in Spagna, negli Stati Uniti, in Italia ed in Polonia, per trattare la seconda questione.

Segretario generale: Dr. Alban Girault, rue Pierre-Demours 29-bis, Paris.

Dichiarazioni sui prodotti farmaceutici e medicinali.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale ha diramato ai Rettori di Università e altri Istituti superiori di studio la seguente circolare in data 15 maggio, n. 2536:

« In data 15 gennaio u. s. ho disposto che i professori delle Facoltà di medicina e chirurgia debbano rigorosamente astenersi da rilasciare, per l'inserzione nei giornali, dichiarazioni pubblicitarie relative a prodotti farmaceutici e medicinali.

« Ho dovuto ora constatare che talune di tali dichiarazioni, forse rilasciate anteriormente agli ordini da me impartiti, continuano ad essere inserite nei giornali.

« Occorre che i professori interessati vietino assolutamente ogni ulteriore pubblicazione dei loro attestati anche se rilasciati prima del 15 gennaio. D'altra parte, quanto ho detto in particolare per i professori delle Facoltà di medicina e chirurgia, vale anche per i professori di altre Facoltà.

« Vorrà pertanto la S. V. avvertire in tal senso i professori di codesta Università.

« Le sarò grato se vorrà inviarmi un cenno di assicurazione in merito ».

Visite sanitarie agli spacci alimentari.

Dietro analogo quesito proposto dalla Federazione nazionale commercianti dell'alimentazione al Ministero dell'Interno, circa il rimborso di compensi richiesti dagli ufficiali sanitari di alcuni Comuni, per le visite effettuate ai sensi dell'art. 272 del T. U. 27 luglio 1934, n. 1265, sulle leggi sanitarie, il suddetto Ministero ha disposto che la nota interpretativa emanata il 6 maggio scorso, non può avere carattere retroattivo, e pertanto nessun rimborso può disporsi per le visite eseguite anteriormente.

Dopo quanto ha dichiarato il Ministero dell'Interno resta quindi inteso che le visite sanitarie effettuate dopo la circolare del 6 maggio 1936 s'intendono promosse nell'interesse generale, e devono essere quindi del tutto gratuite.

Un po' dovunque.

Il Capo del Governo ha ricevuto il sen. Castellani, e ne ha elogiato altamente l'opera svolta in A. O., la quale è stata uno dei coefficienti della vittoria perchè ha preservato efficamente la salute delle truppe e degli operai.

Per invito dell'Istituto Coloniale Fascista, che si è fatto promotore di un ciclo di conferenze coloniali alla radio, il sen. Castellani ha tenuto una radio-conversazione, il 26 luglio, sul tema: « L'organizzazione sanitaria nell'A. O. ».

Il sen. Castellani ha tenuto, il 31 luglio, una conferenza nell'Istituto di Sanità Pubblica, sul tema « L'importanza dell'organizzazione sanitaria nella guerra d'Etiopia ». Erano presenti la Principessa Maria di Piemonte, il Sottosegretario Buffarini, altre personalità e molte rappresentanze della stampa estera. Il direttore dell'Istituto, prof. Marotta, pronunziò un breve discorso introduttivo. Dalla conferenza risulta che i militari morti di malattia dall'inizio alla fine della guerra sono stati soltanto 599, di cui 22 ufficiali e 577 uomini di truppa. L'oratore esaltò la previggenza del Capo del Governo.

Una bandiera offerta dalla città di Ravenna alla memoria del medico esploratore ravennate Pellegrino Matteucci, che fu un pioniere nell'A. O., è stata issata sul forte « Dux » di Debra Marcos.

L'Università di Padova ha chiuso l'attività dell'anno accademico con una cerimonia in memoria della Camicia Nera Ruggero Cimberle, studente in medicina, volontario, caduto in A. O.

Nei giorni 19-22 ottobre avrà luogo a Parigi il Congresso annuale della Società francese d'igiene pubblica e ingegneria sanitaria. Presidente del Congresso sarà quest'anno il prof. Leclainche, vice-presidente il prof. Rochaix, segretario generale il dott. Dujarric de la Rivière.

Il Congresso, che si svolgerà nel grande anfiteatro dell'Istituto Pasteur, avrà in programma argomenti d'indole esclusivamente medico-veterinaria (zoonosi).

Malgrado si tratti di Congresso nazionale francese, il prof. G. Penso è stato ufficialmente invitato a parteciparvi ed a riferire sul tema « La maladie des fruitiers » (meningotifo eruttivo).

Il Sindacato francese della stampa didattica organizza un congresso internazionale (2° della serie) a Parigi, dal 16 al 20 luglio 1937, durante l'Esposizione. Rivolgersi al sig. E. Meslet (président du Syndicat de la Presse de l'Enseignement, avenue Bosquet 26, Paris 7e).

Nella R. Clinica oto-rino-laringologica di Bologna si è tenuto un convegno di specialisti dell'Alta Italia in tale ramo della medicina. Il prof. Caliceti, presidente della Società Italiana di O.-R.-L., rilevò l'utilità di questi raduni teorico-pratici e preconizzò d'intensificarli. Il convegno discusse il tema: « Interventi sul condotto nelle otomastoiditi croniche ». Seguì una seduta operatoria.

La delegazione ufficiale italiana al 9° Congresso odontologico internazionale di Vienna è stata così composta: on. prof. Perna (Roma) presidente, proff. Fasoli (Milano), Giorelli (Torino) e Palazzi (Pavia), odontoiatri Goia (Torino) e Guerini (Napoli).

La Società fisiologica tedesca si adunerà dal 31 agosto al 2 settembre in Giessen e Bad Nauheim, sotto la presidenza del prof. Bürker, Physiologisches Institut, Giessen, Germania.

La Società tedesca per la lotta contro il reumatismo si adunerà a Dresda dal 20 al 23 settembre. Per informazioni rivolgersi al Dr. Krone, Bad Sooden-Allendorf, Germania.

Il Ministro dell'Interno del Reich, dott. Frick, ha inaugurato il 29 luglio, nella sede provvisoria del Reichstag, il Congresso internazionale dei medici sportivi, al quale sono intervenuti i delegati di 35 Nazioni, tra cui una forte rappresentanza italiana. Il presidente del congresso, prof. Latarjet di Lione, ha tracciato un ampio quadro dell'attività dell'associazione internazionale, dopo di che il Convegno ha iniziato i suoi lavori.

La « Deutsche Mediz. Woch. » e la « Münch. Mediz. Woch. » hanno dedicato ciascuna un numero speciale alla medicina dello sport in occasione delle gare olimpioniche del 1936. Si tratta di due magnifiche pubblicazioni, nel grande formato dei due periodici; sviluppano rispettivamente 76 e 54 pagine; sono ricche di contributi originali e copiosamente illustrati.

Un gruppo di medici americani, dopo aver visitato le maggiori città settentrionali e le loro opere ospedaliere e di assistenza sociale, sono stati a Roma, accompagnati dal dott. Gastone Gartucci. Il soggiorno nella Capitale ha dato loro modo di compiere visite ai complessi sanatoriali ed all'attrezzatura clinica e scientifica della Capitale. Essi si sono recati anche nell'Agro Pontino ad ammirare l'opera di bonifica compiuta dal Regime fascista.

Con decreto del Ministro dell'Interno l'Università per gli Studi « Benito Mussolini » di Bari è autorizzata ad istituire una Scuola-convitto professionale per infermiere, cui è riconosciuta la capacità di compiere tutti i negozi giuridici necessari per il raggiungimento dei propri fini e di stare in giudizio per le azioni che ne conseguono.

La gestione statale delle Regie Terme di Salsomaggiore ha istituito colonie termali fasciste per bambini inviati dalle Opere assistenziali in seguito a visita dell'ufficiale sanitario. Tali colonie vengono ospitate presso gli istituti di beneficenza locali ed assistite con visite quotidiane da medici specialisti, poste sotto la sorveglianza del Fascio femminile locale e ammesse alle cure gratuite presso appositi reparti delle Terme Statali. I turni comportano circa trecento bambini.

Il dott. Luigi Costa, morto di recente a Buenos Aires, ha lasciato 300.000 pesos per la costruzione di due sale nell'Istituto di medicina sperimentale per lo studio e il trattamento del cancro, diretto dal prof. A. H. Roffo. La famiglia del Costa aveva già donato, allo stesso Istituto, un padiglione e la cappella.

Il Collegio Medico del Bengala, a Calcutta, ha solennizzato il suo centenario. Cominciò con 50 studenti; ora ne conta 754.

La Società d'oto-neuro-oftalmologia di Parigi ha ricevuto dal dott. A. Chauvin, farmacista, la somma di 6000 franchi per un premio destinato ad incoraggiare gli studî di oto-neuro-oftalmologia.

Al sanatorio « Cervello » di Palermo, diretto dal prof. Vincenzo Fici, si è svolta il 21 giugno una festa d'arte e patriottismo in onore del prof. Luigi Manfredi, presidente della Pia Opera contro la tubercolosi; è stata promossa dal medico provinciale dott. Enrico Calamida e offerta dai ricoverati, un gruppo dei quali ha rappresentato la commedia di Giacomo Armò: « Berchet ».

Nell'aula magna dell'Ateneo genovese, in occasione del ritiro dall'insegnamento del prof. Giuseppe Tusini, si è svolta una solenne cerimonia in onore dell'illustre clinico chirurgo. Furono pronunziati commoventi discorsi ed al festeggiato venne offerta una targa d'argento col suo busto in bassorilievo.

Sono andati a riposo col 1° luglio due illustrazioni dell'Università di Budapest: il clinico medico A. Koranyi, pioniere degli esami della funzione renale, e il clinico oculista E. Grosz, presidente della Società internaz. di oftalmologia, promotore dell'insegnamento medico di perfezionamento in Ungheria.

Il prof. Gaetano Fichera è stato commemorato all'Accademia Pugliese di Scienze dal prof. Giuseppe Sangiorgi.

L'ex-deputato romeno Michele Telescu è stato ucciso in un ospedale — ove egli giaceva a letto, in attesa di un'operazione — da un gruppo di otto studenti, entrati di viva forza e che scaricarono su di lui varî colpi di rivoltella.

La moglie del dott. Oscar Compagnoni di Milano è stata aggredita, con una scure, da un ex infermiere, il quale attribuiva al medico il suo licenziamento da una Casa di salute.

Un marinaio inglese ubbriaco è penetrato nell'Istituto microbiologico di Alessandria d'Egitto e vi ha rotto alcune fiale contenenti vibrioni del colera. La notizia ha destato grande panico nella popolazione. Le autorità hanno fatto mettere sotto osservazione alcune persone addette al laboratorio, nel timore che potessero essersi contagiate. Si è prospettata l'eventualità della vaccinazione in massa della popolazione.

La città di Medford ospitava due « sorelle siamesi »; una di esse è venuta a morte; il tentativo di separare il cadavere dalla sopravvissuta si presentava difficilissimo; prima che i chirurghi venissero a una decisione circa l'opportunità e le modalità dell'intervento, l'altra sorella moriva: ella è rimasta più di 24 ore legata al cadavere. Il caso ha destato generale interessamento negli Stati Uniti.

Si è spenta a Catania certa Francesco Bucca, nata il 16 agosto 1828, cioè prossima a compiere 108 anni.

Il prof. LORENZO BORELLI, incaricato di propedeutica medica all'Università di Torino, è rimasto vittima di una disgrazia alpinistica a Rocca Sari, presso Balme. Contava 55 anni ed era apprezzatissimo come clinico e come studioso.

Si è spento a Parma, in età di 82 anni, il prof. AMBROGIO FERRARI, emerito di clinica e patologia chirurgica in quell'Ateneo. Fu un distinto ed apprezzato insegnante.

Si è spento il prof. ARCANGELO ILVENTO, che ha coperto a lungo la carica di vice-direttore generale della Sanità Pubblica e ultimamente è stato addetto ai servizi sanitarî presso il Ministero delle Colonie. Dell'insigne studioso diremo in un prossimo numero.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 17 Agosto 1936 - XIV Num. 33

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE COLONIALE « REGINA ELENA » - ASMARA

I disturbi funzionali del fegato nelle regioni tropicali.

(Fegato tropicale. Congestione o iperemia epatica. Epatite dei tropici)

Prof. FRANCESCO GIUGNI Primario Medico. Dr. GOFFREDO TASSI Capo Sez. I Rep. Med.

La frequenza con cui si riscontrano alterazioni del fegato in individui stabilitisi in alcune zone dell'altipiano eritreo, e l'influenza che tali alterazioni esercitano sul loro stato generale, meritano una attenta considerazione e richiedono uno studio accurato dal punto di vista fisio-patologico.

Già il Castellani, fin dal 1910, nel suo Trattato di Medicina Tropicale, aveva dedicato un capitolo al « fegato tropicale », riassumendone in brevi tratti la sintomatologia, delineando le cause e tracciandone la terapia.

Ma sotto un altro aspetto tali alterazioni epatiche acquistano particolare importanza, ed è per il riflesso che esercitano sull'andamento e sulla fisonomia clinica di alcune malattie comuni; anzi è attraverso l'osservazione di queste che noi sovente scopriamo le turbate funzioni di quest'organo.

Quando la nostra attenzione è stata portata a tale argomento fummo sorpresi della frequenza con cui tali alterazioni si rinvengono specie in individui da poco giunti in colonia, e mentre uno di noi (Tassi) può testimoniare la relativa rarità del loro riscontro negli anni antecedenti, è indubitato che il vasto movimento di uomini e il particolare complesso di circostanze dovuto alla preparazione e alla rapida attuazione della nostra impresa africana ne ha determinato l'attuale frequenza.

Riteniamo quindi opportuno riportare il frutto delle nostre osservazioni che si sono inspirate ai seguenti punti:

1) In quali soggetti si verificano preferibilmente tali disturbi delle funzioni epatiche, e quali sono le cause che li determinano?

2) Attraverso quale sintomatologia si rivelano alla nostra osservazione?

3) Quali rapporti assumono, e quali influenze esercitano sulle diverse malattie intercorrenti?

Di tali quesiti è particolarmente l'ultimo che merita considerazione specie da parte dei giovani sanitari che si accingono all'esercizio in colonia, per l'impronta di gravità che assumono malattie anche lievi, per la speciale fisonomia clinica e per i postumi gravi e protratti che ad esse susseguono quando vi si associa il turbamento di quest'organo che ha molteplici ed importanti funzioni, legate a quelle di altri organi e al metabolismo generale dei tessuti.

*
* *

Gli individui più frequentemente colpiti sono senza dubbio i dispeptici abituali, quelli che da tempo ed a periodi soffrivano di turbe gastro-intestinali, a tipo di ipercloridria, con atonia ed ectasia gastrica, talora con stitichezza alternata a diarrea, soggetti spesso a congestioni emorroidarie. Si tratta talvolta di individui giovani, ma più di frequente sui 40-50 anni, buoni mangiatori e strenui bevitori, che hanno un passato più o meno lungo di queste turbe gastro-intestinali.

Vi sono però altri soggetti in cui tali precedenti non esistono affatto; ma anche per questi le cause determinanti la congestione epatica furono di due ordini:

a) gli abusi nei cibi e nelle bevande, o comunque i disordini alimentari al loro arrivo in colonia;

b) l'effetto del clima di altitudine in queste regioni tropicali, che su tali soggetti esplica una particolare azione.

È raro osservare questi disturbi nel bassopiano dove il clima caldissimo provoca abbondante sudorazione; e comunque i casi di nostra osservazione erano residenti in Asmara o provenivano da zone degli altipiani, raramente dal bassopiano o da medie altitudini.

Si trattava nella grande maggioranza di individui arrivati da uno o due mesi in colonia, che riferivano come l'aria asciutta dell'altipiano con la secchezza delle fauci e il senso di arsura dava loro un impellente bisogno di bere, ed erano perciò portati a bere acqua, spesso commista a vino, ad un vino che per la sua conservazione in questi climi è portato ad alto grado alcoolico; e spesso a bere birra in gran quantità e talvolta anche liquori.

È da notare anche il grande uso di acque minerali, di diversa composizione, bevute inconsideratamente e senza speciali indicazioni. D'altro lato il vitto aveva contribuito a provocare in loro le prime turbe digestive, e non per la quantità ma per la qualità, essendo costituito frequentemente da antipasti conservati in scatola, da carne non sempre fresca e spesso dura, condita con droghe ed essenze proprie alla cucina dei molti cuochi negri, e sopratutto dalla scarsità di verdure e di frutta fresche. Si deve ricercare in questa alimentazione forzatamente seguita da qualche Reparto di truppe in alcuni momenti del rapido e fortunato periodo delle ostilità, la frequenza di congestioni emorroidarie, di coliti e appendiciti verificatesi fra i militari di questi Reparti.

Ciò che è di singolare rilievo è il fatto che molti di questi individui, abituali sofferenti di meteorismo e acidità gastrica, rilevano con gradita sorpresa che nonostante tale impropria alimentazione l'iperacidità è scomparsa. Ed è realmente così, almeno nel periodo iniziale; e la causa sta nell'influenza che il clima di altitudine esercita sulle diverse secrezioni organiche, modificandone la quantità, forse la qualità, e turbandone il ritmo.

Mentre appare necessario che accurate ricerche di fisiologia precisino l'entità e le cause di tali alterazioni secretorie interessanti diversi organi, l'osservazione clinica può segnalare alcuni dati, in parte già noti come dovuti all'influenza dell'altitudine, quali l'acceleramento del respiro, della frequenza dei battiti cardiaci, ecc., e in parte di incerta interpretazione, in rapporto all'altitudine di queste zone tropicali e dipendenti da un complesso di cause quali lo speciale regime dei venti, delle piogge, lo stato igrometrico dell'aria, l'elettricità atmosferica, la bassa pressione barometrica, ecc. Basti accennare che prima della stagione delle piogge, nel periodo di bassissima umidità relativa che ad Asmara può scendere a 18-20° gradi, con conseguente secchezza dell'aria, si ha una diminuzione nelle secrezioni della saliva e del succo gastrico, rilevata dalla aridità delle fauci e dalla cennata scomparsa della iperacidità gastrica nei forti mangiatori che non hanno più bisogno di ricorrere al bicarbonato.

Che anche altre secrezioni presentino irregolarità di ritmo e di quantità, ad esempio la secrezione della bile, risulta da indagini radiologiche in corso nel nostro ospedale, che dimostrano come in questi soggetti la cistifellea non si inietti che scarsamente o assai tardiva-

mente dopo la introduzione endovenosa di tetraiodofenoftaleina (prova del Graham).

È interessante anche un altro rilievo, la diminuzione notevole della quantità di orina emessa nelle 24 ore, diminuzione che è più spiccata durante la notte, a contrasto della abbondante ingestione di liquidi, mentre d'altro lato è scarsissima l'eliminazione del sudore attraverso la pelle arida e asciutta.

Anche il comportamento della pressione arteriosa merita uno studio accurato, avendosi sbalzi notevoli in rapporto a certe ore del giorno e in specie al periodo digestivo.

*
* *

Nell'attesa che su tali fenomeni vengano espletate le opportune indagini d'ordine fisiologico a noi interessa riportare la sintomatologia clinica offerta da questi soggetti.

Come abbiamo accennato è attraverso una accidentale malattia intercorrente che di solito si ha riscontro di tale quadro sintomatologico, ma taluni, indipendentemente a questa circostanza, raccontano che nel primo mese, o nei primi mesi di loro permanenza in colonia si sono sentiti abbastanza bene, o tutt'al più hanno avvertito i soliti disturbi di acclimatazione consistenti in lieve ambascia respiratoria da sforzo. È nel 2°-3° mese che la sintomatologia si delinea, lentamente e subdolamente, specie se in coincidenza con la stagione secca che precede le piogge periodiche degli altipiani. Gli individui s'accorgono di essere diminuiti di peso, talvolta di diversi chilogrammi, nonostante che l'appetito sia in essi conservato e continui generosa l'alimentazione, e sopratutto sono impalliditi, e sul pallore della cute c'è talvolta una lieve tinta subitterica rilevabile alle sclere. Accusano stanchezza, indolenza e svogliatezza, e sovratutto sono dei malinconici che hanno fortemente risvegliata la nostalgia della Patria lontana. Moralmente depressi, insonni alla notte, facili alla commozione, divenuti sessualmente frigidi, accusano in genere un senso di stordimento e talora vanno soggetti a deliqui. Hanno talvolta sensazione gravativa al costato di destra, con irradiazioni dolorose alla spalla dello stesso lato.

Tale complesso di disturbi richiama l'attenzione sull'apparato digerente, e in qualche caso su quello respiratorio e circolatorio. L'appetito di solito è conservato, ma con la sensazione di aridità delle fauci essi presentano una patina biancastra che ricopre uniformemente la lingua; l'alito è pesante, e la digestione gastrica, pur nella scomparsa della iperacidità, si compie stentatamente, con senso di peso e di arresto della digestione, specie nella notte a 5-6 ore di distanza dal pasto serale. A carico delle funzioni dell'alvo esiste generalmente modica diarrea, con 2-3 scariche quotidiane, che seguono talvolta a breve distanza il pasto; e la caratteristica delle feci è di essere poltacee e intensamente colorate da pigmento biliare. Gli esami di queste feci mostrano presenza di abbondanti residui alimentari non digeriti, in generale una esaltazione della flora batterica intestinale, ma non presenza di amebe nè delle loro cisti. La colorazione intensa delle feci scompare talvolta dopo periodi più o meno lunghi, specie in seguito a regolarizzazione della dieta, per ritornare poi a poussée, col riacutizzarsi dei sintomi. Generalmente questi soggetti presentano sonnolenza subito dopo i pasti, a cui segue talvolta un risveglio improvviso con forte concitazione cardiaca dopo il pasto di mezzogiorno, ed una insonnia ribelle a notte tarda e nelle prime ore del mattino.

Riteniamo interessante riportare alcune constatazioni da noi fatte in taluno di questi individui, specie in età di 40-50 anni, relative al comportamento degli apparati respiratorio e circolatorio. Dopo la profonda sonnolenza che segue in essi al pasto serale si ha un abituale risveglio nelle primissime ore del mattino, e allora l'insonnia continua ribelle a qualsiasi medicamento fino al levar del sole, in coincidenza e forse in rapporto al massimo grado di secchezza dell'aria che si ha in quelle ore sugli altipiani, e fors'anche ad altri fenomeni non ben noti, relativi alla elettricità atmosferica. Durante tali ore mattutine la respirazione in questi soggetti si accelera e diventa ansiosa e difficile, assumendo talvolta il ritmo del respiro di Cheyne-Stokes. Nell'atto di assopirsi essi hanno con improvviso sussulto il bisogno di compiere delle ampie inspirazioni che vanno gradatamente attenuandosi, per riprendere poi vivamente a un nuovo sussulto. Che tale fenomeno sia in dipendenza ad un alterato rapporto tra la funzione cardiaca e quella respiratoria lo prova il fatto che esso cessa se l'individuo si alza dal letto, o scompare dietro la somministrazione di eccitanti quali il caffè e il tè, che in tal caso con apparente azione paradossa provocano più facilmente il sonno: si accentua invece coi sonniferi o coi sedativi quali la passiflora, i bromuri o la camomilla.

Più interessante è la constatazione, che conferma la loro origine da influenze climateriche, come al mattino al levar del sole tali disturbi cessino completamente, e può allora subentrare un sonno tranquillo e ristoratore. Possono attenuarsi anche inumidendo ampiamente la camera da letto con teli bagnati, e spesso

scompaiono col sopravvenire della stagione delle piogge: non traggono invece alcuna efficacia dalla ossigenazione della camera da noi effettuata in alcuni casi.

A questa sintomatologia non fa riscontro all'esame obiettivo alcun rilievo importante a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio. Oltre l'anemizzazione a cui corrisponde all'esame del sangue una lieve oligocromocitoemia senza alterazioni della formula leucocitaria, e l'accennata patina linguale, si riscontra un ingrandimento, talvolta notevole, del fegato. Tale organo è ingrandito *in toto*, come si può determinare in alto con la percussione e in basso con la palpazione che lo rivela debordante di 1-2 dita trasverse dall'arcata costale. La sua consistenza è molle, il bordo arrotondato e omogeneo, talvolta leggermente dolente alla pressione specie sotto l'apofisi xifoide.

La milza non è aumentata di volume. L'addome è di forma e volume normale, ben trattabile ed indolente alla palpazione. Le orine, scarse di quantità, di elevato peso specifico, hanno reazione alcalina o leggermente acida; non presentano la reazione dell'albumina nè dello zucchero nè dei pigmenti biliari, e talvolta in alcuni periodi una lieve reazione della urobilina.

In due soli di questi individui abbiamo veduto comparire una itterizia, e per cause accidentali; in uno per un forte spavento (si era incendiata la baracca ove si trovava), nell'altro per un intenso patema d'animo.

Abbiamo voluto ricercare in alcune comunità di individui, indipendentemente ai dati soggettivi, l'esistenza di tale ingrandimento del fegato coi caratteri del « fegato tropicale ». In dodici sanitari addetti ad un ospedale, tre presentavano tale ingrandimento in atto. In 14 individui, di professioni diverse, frequentanti una pensione della città, due avevano sofferto in precedenza di epatite, ed altri due presentavano in atto un ingrossamento dell'organo con la sintomatologia accennata.

Il decorso di questa affezione è generalmente benigno, quando resta come fatto isolato e non si complica ad altre affezioni.

Generalmente in una o due settimane, dietro la attuazione di una dieta che escluda carni molto condite, droghe e specialmente gli alcoolici, il fegato si riduce di volume, e naturalmente il miglioramento si ha più sollecito e la decongestione più rapida dietro il cambiamento di clima, in zone meno elevate.

Come terapia abbiamo adottato con evidente efficacia le piccole dosi di calomelano; 2-5 centigr. associati a 20 centigr. di papaina, di rabarbaro e di bicarbonato sodico, da prendersi, come consiglia il Castellani, dopo i pasti. Efficaci sono pure le acque clorurato-sodiche tipo Montecatini e solfato-calciche di Chianciano, prese al mattino, in dosi ad effetto blandamente purgativo.

*
* *

Era da domandarsi anzitutto se il cosidetto « fegato tropicale » rappresentasse una vera entità clinica dovuta all'influenza di fattori climatici nelle regioni dei tropici, o non fosse piuttosto la conseguenza dell'azione di agenti infettivi localizzati nell'intestino; e le nostre indagini in tal senso si sono indirizzate oltrechè allo studio dei germi dissenterici e metadissenterici con esami diretti e con le relative prove agglutinanti, alla ricerca delle amebe nelle feci, essendo note le frequenti complicanze epatiche della dissenteria amebica; ma tali indagini diedero costantemente esito negativo. Per altro l'andamento clinico delle epatiti da amebe, per il decorso generalmente febbrile, per la qualità e la frequenza delle deiezioni, per il deperimento molto più accentuato e infine per il facile riscontro delle amebe nelle feci si differenzia facilmente dal quadro del « fegato tropicale ». Ed è piuttosto da domandarsi se le complicanze epatiche della dissenteria amebica non siano favorite dalla preesistente congestione dell'organo, con tali caratteristiche del fegato dei tropici.

*
* *

Come abbiamo in antecedenza affermato, il riscontro del « fegato tropicale » si rivela spesso attraverso una incidentale malattia intercorrente che può essere una delle comuni forme endemiche stagionali, come le affezioni reumatiche influenzali, o le tonsilliti, e in queste regioni dei tropici più frequentemente la febbre dengue. Come conseguenza del breve decorso di queste forme febbrili gli individui restano notevolmente depressi, abbattuti e anemizzati, ed è allora che si scopre l'ingrandimento epatico che evidentemente era preesistente.

Altre malattie infettive sono occorse alla nostra osservazione in coincidenza alla descritta congestione del fegato, e il loro decorso ha assunto una speciale gravità, come in due casi di broncopolmonite in cui tale congestione si fece più intensa con comparsa di ittero e pigmenti biliari nelle orine, e in alcuni casi di infezione tifoidea e paratifoidea in cui il decorso fu particolarmente grave e protratto.

Ma l'affezione morbosa più frequente alla nostra osservazione nei mesi di aprile, maggio e giugno è stata la malaria, essendo i malarici

in media nel numero di circa 2/3 sui 400 ricoverati dei Reparti Medicina.

Il reperto di ingrandimenti del fegato in questi ricoverati per malaria è stato frequente, e ci siamo ripetuti la domanda relativa alla dissenteria amebica, se cioè la congestione epatica fosse secondaria alla infezione malarica o invece preesistente dalle altre cause accennate. Era questo il punto che meritava una particolare attenzione, tanto più che l'andamento della infezione malarica in questi soggetti ha assunto uno speciale carattere di gravità; ed ecco in breve le nostre deduzioni:

I ricoverati nel nostro Ospedale per malaria avevano in genere contratto l'infezione nelle località del bassopiano di Massaua, a Moncullo, a Dogali e a Ghinda che benchè a 1400 metri è ancora luogo malarico. Si è trattato in grande maggioranza di autisti, risiedenti ad Asmara o a Decameré, centro automobilistico dell'altipiano poco distante da Asmara, che percorrevano quotidianamente con gli automezzi la strada Massaua-Asmara. Più raramente provenivano dalla zona Dessiè-Quoram, avendo allora contratto la malaria nel Tembien. I dati anamnestici portavano ad accertare che questi individui erano facilmente dediti per la qualità del loro lavoro a gravi disordini nell'alimentazione. Non avendo mai un orario dei pasti e consumando frequentemente e frettolosamente alimenti conservati in scatole, e sopratutto abusando di vino e di alcoolici, avevano presentato spesso disturbi dell'apparato digerente, e la congestione del fegato era in loro favorita oltre che da tali disturbi anche dal clima di altitudine, essendo la loro residenza sugli altipiani.

Impressionante in questi individui era la rapida anemizzazione, il colorito terreo, e il senso di profonda astenia che si manifestavano già in periodo di incubazione della malaria, prima del sopravvenire degli accessi febbrili. In qualcuno di questi soggetti ricoverati in Ospedale in tale periodo prodromico, abbiamo constatato l'esistenza dell'ingrandimento epatico secondario alle cause ricordate, prima ancora che la milza fosse tumefatta, ed abbiamo assistito all'insorgere dei primi accessi febbrili che si sono manifestati con speciale violenza, assumendo talvolta dopo uno o due accessi un carattere di perniciosità. Il valore convenzionale di questo termine dovrà forse essere modificato nella sua interpretazione da uno studio più approfondito della malaria nei tropici.

Riservando ad altra pubblicazione alcune osservazioni sulla infezione malarica, possiamo affermare che quando è associata a tali lesioni del fegato nelle zone tropicali assume sempre un andamento particolarmente grave, e spesso una speciale fisonomia clinica.

***

Attraverso queste osservazioni d'ordine clinico sul cosidetto « fegato tropicale » si prospetta anzitutto la necessità di un complesso di ricerche di ordine fisiologico che studi ed esplori le funzioni del fegato negli individui che si trasferiscono nelle regioni dei tropici.

Le funzioni glicogenetica e uropoietica del fegato dovranno essere studiate in questi soggetti che presentano la congestione epatica descritta, mediante la determinazione del rapporto azoturico, particolarmente in quelli che, come fu accennato, hanno disturbi cardio-respiratori.

Così pure l'urobilinuria dovrà essere attentamente saggiata specie nelle orine delle diverse ore della giornata.

Potrà essere di utilità anche la prova della emoclasia digestiva di Widal, nel senso di constatare una diminuzione della pressione sanguigna e una leucopenia.

Così pure il dosaggio della colesterina nel sangue e nella bile, (ricerche che sono già in atto nel nostro Laboratorio di Igiene) e quello del fibrinogeno nel sangue (Vohlgemuth), e ancora più lo studio della attività biligenetica del fegato mediante la determinazione del ricambio emoglobinico, confrontando cioè la bilirubina dosata nel siero sanguigno col bilinogeno fecale e con l'urobilinogeno, applicati nei casi di congestione epatica di origine tropicale, e nell'associazione del « fegato tropicale » ad altre forme morbose, potranno portare un efficace contributo ad una più precisa interpretazione della sintomatologia clinica.

Tali indagini, coordinate e guidate dalle osservazioni cliniche, porteranno certo ad una conoscenza più esatta di questo capitolo della Patologia Tropicale, e di conseguenza potranno salvaguardare i nostri colonizzatori dall'incorrere in questi disturbi, e nel caso curarli prontamente, garantendo loro uno più facile e pronta acclimatazione nel nuovo grande Impero.

RIASSUNTO.

Gli AA. avendo constatato la frequenza di forme congestizie del fegato in individui da poco giunti in A. O., e risiedenti in ispecie sugli altipiani, ne attribuiscono le cause all'influenza del clima di altitudine delle zone tro-

picali, che agisce particolarmente sui soggetti predisposti per turbe pregresse dell'apparato digerente, o comunque su individui che nei primi tempi di loro dimora in colonia disordinarono nella alimentazione, abusando in ispecie di bevande alcooliche.

Tracciano la sintomatologia clinica dei disturbi da « fegato tropicale », e mettono in evidenza come spesso l'ingrandimento epatico e i disturbi che l'accompagnano si rivelino attraverso malattie intercorrenti, le quali alla loro volta ne vengono influenzate nel decorso, assumendo una particolare fisonomia clinica, e sovente, come nella malaria, un andamento improntato a speciale gravità.

Asmara, giugno 1936-XIV.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI RIMINI

Sindrome di Banti da epato-splenomegalia sifilitica. Splenectomia.

Prof. ACHILLE SEGA
Medico Primario e Direttore Sanitario.

La sifilide epato-splenica nelle sue molteplici varietà cliniche, può rivestire il quadro sintomatologico del morbo di Banti (Micheli, Greppi, ecc.) con splenomegalia più o meno marcata ed epatomegalia, reperto ematologico di una anemia con leucopenia e linfocitosi relativa. All'esame anatomo-patologico; milza amentata di volume con perisplenite, alla sezione polpa scarsa e follicoli prominenti. All'esame istologico focolai manifesti di fibroadenia con sclerosi centrale periarteriolare in alcuni follicoli associata a segni di perimesoarterite ed a quelli di sclerosi anche della polpa.

È questa, delle varie forme di sifilide splenoepatica, quella che meno risente ed in alcuni casi non risente affatto il beneficio dello varie cure antiluetiche anche se intense e protratte e che invece si avvantaggia notevolmente e rapidamente dalla splenectomia seguita dalle consuete cure antisifilitiche.

Il caso che è capitato sotto la mia osservazione e che passo a descrivere rientra appunto nel quadro suddetto. La splenomegalia singolarmente enorme, in quanto il peso della milza raggiungeva quasi i tre Kgr., la sicura eziologia luetica, per quanto l'anamnesi risultasse del tutto muta per una pregressa infezione luetica, il brillante esito operatorio non solo chirurgico ma realmente e durevolmente terapeutico, la immediata efficacia della cura antiluetica prima senza effetto, rendono particolarmente utile dal punto di vista pratico l'illustrazione del caso seguente.

P. A. anni 50, da Rimini, attendente a casa.

Anamnesi. Nulla da segnalare nella a. famigliare e remota della P. ad eccezione di due cugini morti per tubercolosi polmonare. Sposatasi a 20 anni con un uomo sano tuttora vivente, ha avuto sei gravidanze a termine; ad eccezione di due figli morti in tenera età, gli altri sono vivi e sani.

A 25 anni ebbe una raccolta ascessuale alla regione sternale che fu incisa e diede esito ad abbondante materiale purulento. La cicatrizzazione della ferita operatoria avvenne con ritardo ma senza lasciare alcun reliquato patologico. In seguito la P. è stata sempre bene sino al sett. 1934.

In tale epoca cominciò a soffrire di cefalea intensa specie notturna; di dolori piuttosto forti alla regione ipocondriaca sinistra congiunti a stipsi. I famigliari inoltre si accorsero che l'I. era divenuta pallida. Nell'ottobre comparve febbre continua che si aggirava intorno ai 37°,5, raggiungendo il massimo di 38°. In queste condizioni l'I. fu accolta nella Sezione medica dell'Ospedale il 13 novembre 1934.

All'esame obbiettivo era dato rilevare quanto segue: Donna in istato di nutrizione discreto, peso corporeo Kg. 69, stato di sanguificazione un po' scadente. Nulla a carico dell'apparato glandolare linfatico.

All'esame del torace, si nota una cicatrice lineare piuttosto lunga e poco spostabile sui piani sottostanti in corrispondenza della regione sternale.

Nulla a carico dell'apparato respiratorio.

All'esame del cuore e dell'apparato circolatorio si nota quanto segue: Modico aumento di diametro del fascio vascolare e modico ingrandimento del ventricolo sinistro, alla percussione. All'ascoltazione sul focolaio aortico primo tono debole, secondo rinforzato. Polso ritmico uguale della frequenza media di 85 battiti al m'; pressione arteriosa all'omerale destra: Mx. 145, Mn. 80. R. R.

Apparato digerente e addome. Addome ben trattabile, indolente. In corrispondenza della metà sinistra, colpisce, alla palpazione, la presenza di una grossa massa a superficie regolare, di consistenza dura costituita dal polo inferiore della milza enormemente aumentata di volume e che deborda dalle arcate costali di 20 cm. arrivando sin quasi a livello della spina iliaca anteriore-superiore di sinistra. Il margine anteriore della milza oltrepassa la linea mediana di 3 cm. Si apprezza l'incisura splenica 2 cm. al disopra della cicatrice ombelicale. Alla percussione, il margine superiore della ottusità splenica arriva alla sesta costola sull'ascellare anteriore ed alla settima sull'ascellare media. Diametro longitudinale della milza, 33 cm.

La *splenocontrazione adrenalinica,* dopo iniezione sottocute di un mmgr. di adrenalina, ha dato esito negativo; non è stato osservata semeiologicamente, coi rilievi percussori e palpatori, alcuna modificazione apprezzabile nel volume della milza.

Il margine inferiore del fegato deborda dalle arcate costali 4 cm. sulla linea parasternale; 7 cm. sull'emiclaveare e 4 cm. sull'ascellare anteriore; il bordo epatico appare di consistenza dura tagliente. Il margine superiore dell'aia di ottusità

epatica arriva alla quinta costola sulla parasternale; alla sesta sull'emiclaveare ed alla settima sull'ascellare anteriore.

Non segni di versamento liquido nell'addome. Null'altro di notevole all'esame di esso.

Nulla a carico del sistema nervoso.

Durante il breve periodo di degenza (12 giorni) l'I. non ha presentato modificazioni subiettive e del reperto obbiettivo diverse da quelle precedentemente descritte. La temperatura corporea non ha sorpassato i 37°,1.

Ricerche di laboratorio. — Esame morfologico di sangue: Hg. 80 (Sahli); G. R. 4.000.000; A fresco G. R.; normali per forma e dimensione; qualche rara emazia a sostanza granulo-filamentosa basofila. Vg. I. —. G B. 3860 di cui: granulociti neutrofili 60 %, eosinofili 2 %, linfociti 30 %, monociti 8 %.

R. W. nel siero di sangue intensamente positiva.

Nulla all'esame delle urine ad eccezione della presenza di urati amorfi nel sedimento; urobilina assente.

In seguito alla prova della spleno-contrazione adrenalinica, la formula leucocitaria ha mostrato modica mononucleosi adrenalinica (i monociti da 17 % sono saliti a 32 %).

L'*esame radiografico del torace* (radiologo prof. Abati) ha dato il seguente reperto: Arco aortico aumentato di calibro particolarmente a carico del bulbo, animato da ampie pulsazioni espansive, aumento di volume del ventricolo sinistro. Il limite superiore dell'arco aortico, ad ammalata in piedi, giunge al margine superiore dello sterno. Risalto del disegno polmonare specie nelle regioni ilari e parailari.

La *intradermoreazione* alla *Casoni* ha dato esito negativo.

Fu posta in base ai dati clinici ed a quelli di laboratorio la diagnosi di *epato-splenomegalia* e di *aortite* con *ectasia aortica di natura luetiche.*

Non esistevano nell'anamnesi della nostra P. precedenti luetici di sorta nè aborti ma soltanto è da segnalarsi la morte di due figli in tenera età. D'altra parte l'esclusione di altre cause capaci di determinare nella nostra P. la enorme splenomegalia; la coesistenza di una epatomegalia; la febbre, il reperto di una aortite con ectasia aortica, in soggetto non ancora vecchio (50 anni), costituivano elementi sufficienti per dare alla R. W. intensamente positiva nel sangue, valore assoluto eziologico e patogenetico in rapporto alla splenomegalia descritta. Questo io dico, poichè alcuni AA. (Weil, Facchini, Cesa-Bianchi), hanno infirmato il valore di specificità eziologica della R. W. nelle splenomegalie. Weil anzi afferma che oltre la metà dei casi di splenomegalia presentano la R. W. positiva nel sangue e ciò nonostante, l'eziologia luetica non appare convalidata nè dai dati clinici nè dal reperto anatomo-patologico.

Comunque nel caso testè descritto e per gli argomenti suddetti, l'eziologia luetica della splenomegalia ed il valore della R. W. del sangue mi pare non si possano in alcun modo porre in dubbio.

Fu perciò praticata alla P. una energica cura antiluetica (Neosalvarsan-Neo I. C.I. Iodio e Bismuto) che fu iniziata il 19 nov. 1934 e continuata per la durata di 4 mesi consecutivi senza che ne risultasse alcun beneficio apprezzabile. Invariata si mantenne la splenomegalia e così la temperatura febbrile, si accentuò invece lo stato di oligoemia. Un esame di sangue praticato il 20 marzo 1935 diede: Hg. 40 (Sahli), G. R. 2.800.000, Vg. 0,71, G. B. 2480; anisocitosi, poichilocitosi, qualche emazia a sostanza granulo-filamentosa basofila. La formula leucocitaria era: granulociti neutrofili 41 %, basofili 1 %, linfociti 40 %, monociti 18 %.

Constatata la inefficacia della cura antiluetica dopo quattro mesi di trattamento, preoccupati del notevole accentuarsi dello stato di oligoemia, si decide la splenectomia che fu praticata il 23 marzo 1935. All'esame della cavità addominale, il chi-

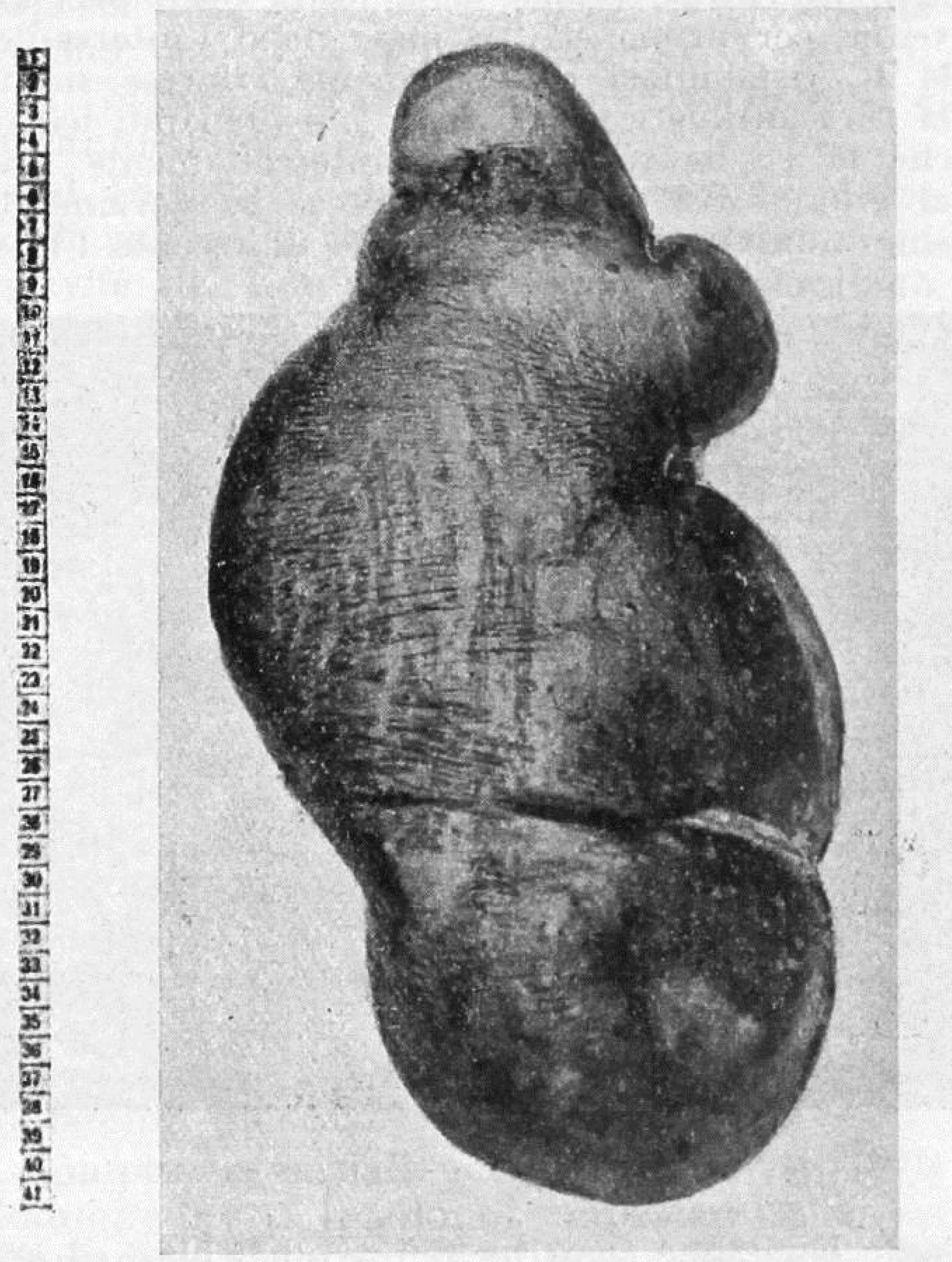


FIG. 1.

rurgo non rinvenne traccia di liquido, riscontrò il fegato aumentato di volume e di consistenza dura. La milza, che presentava qualche aderenza in corrispondenza del polo superiore, fu asportata completamente. Essa appariva enorme, del peso di Kg. 2,980, privata del sangue.

Il diametro longitudinale era di 41 cm., quello trasversale di 22 cm. (v. fig. 1).

All'esame *macroscopico* si notano chiazze di perisplenite in corrispondenza del polo superiore. La capsula fibrosa è alquanto ispessita. Alla sezione la polpa appare piuttosto scarsa ed i follicoli prominenti, si nota inoltre un piccolo infarto emorragico bianco della grandezza di una capocchia di spillo. Negli strisci di polpa splenica colorati col Giemsa, non si notano forme spirochetiche; i linfociti costituiscono gli elementi della serie bianca in prevalenza.

All'esame *istologico* di numerosi preparati presi in punti diversi della milza e colorati sia colla ematossilina-eosina che col Mallory si nota il seguente reperto. Modico ispessimento della capsula fibrosa. Sclerosi fibroadenica intensa ed estesa dei

follicoli, la quale si diffonde anche nel reticolo della polpa (v. fig. 2). Quindi, intensa fibroadenia della polpa nei suoi vari stadi, sino alla trasformazione del corpuscolo malpighiano in un nodulo fibroso poverissimo di cellule. Processi di periendoarterite ben manifesti. Qualche rara emorragia, qualche cellula globulifera; rarissime zolle di pigmento ematico.

La P. subito dopo l'intervento operatorio ebbe per qualche giorno modica febbre che si aggirò intorno ai 37°,5 e 38° e talvolta anche vomito, fenomeni questi che si dileguarono in poco tempo e che sono abbastanza comuni negli splenectomizzati. La cicatrizzazione della ferita operatoria avvenne per prima ed un mese dopo l'intervento, la P. ristabilitasi completamente, riprese subito la cura antiluetica (Neo I. C. I. e preparati iodici) che la P. ha continuato ininterrottamente sino al giugno 1935 e che ha ripreso saltuariamente sino a tutt'oggi. Visitata anche di recente l'I. si

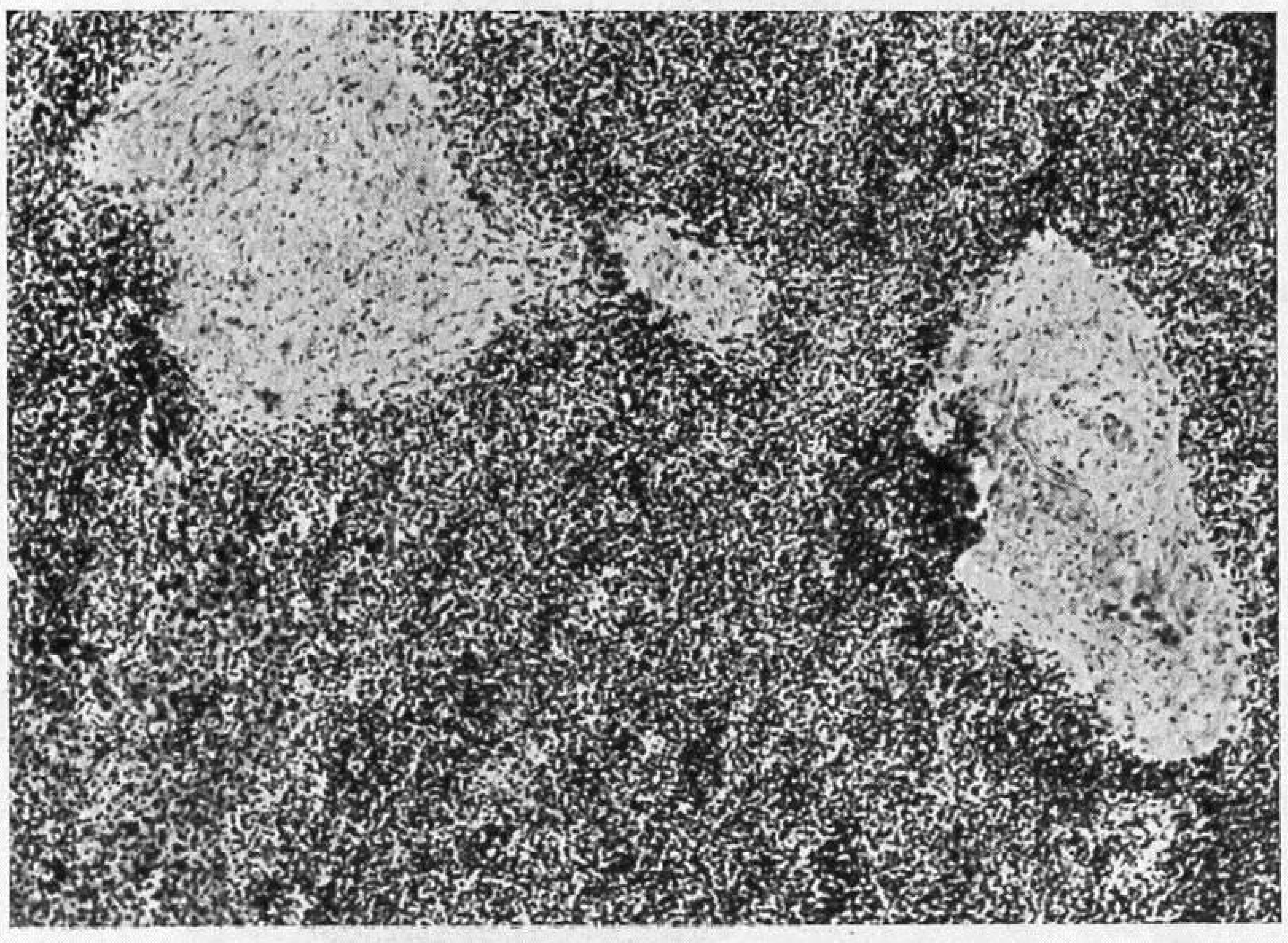


FIG. 2.

sente benissimo, non ha più avuto febbre ed appare in buono stato di nutrizione e sanguificazione. All'esame obbiettivo l'addome si presenta ben trattabile ed indolente. Il fegato permane ancora aumentato di volume, col suo margine inferiore deborda tre dita trasverse dalle arcate costali ed appare di consistenza dura ed un po' dolente alla pressione. La R. W. nel sangue eseguita dopo due mesi d'interruzione della cura antiluetica ha dato esito negativo. L'esame morfologico di sangue praticato di recente ha dato: Hg. 60 (Sahli), G. R. 3.751.000, Vg. 0,80, G. B. 9.300 emazie ben colorite con lieve anisocitosi macro- e microcitosi. Assenza di reticulociti. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 44 %, eosinofili 1 %, linfociti 44 %, monociti 11 %.

L'inferma non ha accusata più alcuna molestia ed è del tutto ristabilita.

Il reperto anatomo-patologico, macro- e sopratutto microscopico della milza ha pienamente convalidato la diagnosi di *sindrome bantiana* da *epato-splenomegalia luetica* già sospettata prima ancora dell'intervento operatorio e per i dati clinici e per il reperto ematologico di una anemia con leucopenia e linfocitosi relativa.

Sono queste le forme di splenomegalia che recentemente un allievo del Micheli, il Ravenna, ha raggruppato in quelle così dette *secondarie autonome* e che dal punto di vista specialmente anatomopatologico Furno ha definito sulla scorta delle osservazioni di Wirchow, come *splenite cronica interstiziale fibrosa al II° stadio* che riproducono appunto un quadro istologico del tutto simile a quello della fibroadenia di Banti.

Il substrato anatomo-patologico precedentemente descritto nel caso osservato, cioè di una enorme splenomegalia con intensa proliferazione connettivale non solo nei follicoli ma anche nella polpa, ci rende ragione della assoluta inefficacia della cura antiluetica e dell'immediato e duraturo beneficio arrecato alla P. dalla splenectomia.

La splenectomia nella sifilide della milza è stata praticata da varii AA. (Mancuso e Zuccaro, Coupland, Hartwel, French e Tourner); Giffin, Balfour Mayo (citati da Cappelli) l'hanno praticata in casi di splenomegalie refrattarie alle cure antiluetiche. Mayo nell'ultimo Congresso Internazionale di Chirurgia del 1923 ha riferito su otto splenectomie per splenomegalie con sette casi di guarigione. Anche Micheli relatore per la parte medica al Congresso di Medicina Interna del 1924, si è dichiarato favorevole alla splenectomia nei casi in cui falliscono le cure specifiche. Il caso da me precedentemente descritto, illustra brillantemente l'effetto quanto mai benefico della splenectomia in quella particolare forma di epato-splenomegalia luetica non solo, ma dimostra altresì l'efficacia della cura antiluetica praticata dopo la splenectomia, efficacia non solo dal punto di vista clinico ma anche da quello sierologico rivelata dalla scomparsa della positività della R. W. in seguito alle cure antiluetiche dopo l'intervento operatorio.

Come corollario pratico di condotta terapeutica in questi casi di splenomegalie notevoli di natura luetica in cui si ha ragione di ritenere in base ai caratteri semeiologici, ai dati ematologici ed a quelli della negatività della splenocontrazione, che si tratti di splenomegalia da splenite interstiziale fibrosa, è da raccomandarsi di non attendersi troppo dalle cure antiluetiche e di non indugiarsi troppo nel praticarle. Fallito il trattamento preliminare antiluetico che è sempre doveroso tentare in queste forme di splenomegalie luetiche, si deve ricorrere al più presto possibile alla splenectomia la quale deve essere seguita immediatamente da una intensa e prolungata cura antiluetica.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di sindrome di Banti da epato-splenomegalia luetica ribelle alle co-

muni cure antiluetiche e che giunse a guarigione dopo la splenectomia seguita dalle cure antisifilitiche. La milza, del peso di Kg. 2,980, presentava le caratteristiche istologiche della fibroadenia di Banti e segni di periendoarterite.

Rimini, 18 maggio 1936-Anno-XIV.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

CAPPELLI. Atti XXI Congresso Nazionale di Chirurgia, ott. 1924.

CESA-BIANCHI. Archivio di Patologia e Clinica Medica, 1922, I, pag. 475.

FACCHINI. *La sierodiagnosi della sifilide.* Cappelli, 1924.

FURNO. Policlinico, Sezione Medica, 1922, pag. 123.

GREPPI. *Le Emopatie. Malattie della milza.* Vol. II, parte I, pag. 509, 1934.

MICHELI. Atti Congresso Nazionale Medicina Interna, 1924.

ID. Athena, 1934, pag. 318.

RAVENNA. Minerva Medica, n. 11, 17 marzo 1936, pag. 255.

WEIL. Citato da GREPPI.

PROBLEMI CULTURALI

Per la valorizzazione dell'ingegno italiano.

Il Consiglio Nazionale delle Ricerche

La sempre crescente complessità della ricerca scientifica fa risentire maggiormente il bisogno che essa venga coordinata ed aiutata, in quanto che la faticosa opera del singolo urta contro difficoltà di ogni sorta e si sperde facilmente senza dare quei risultati a cui si può invece arrivare quando essa sia sorretta da maggiori mezzi e dalla cooperazione di altri studiosi. Inoltre, per quanto lo scienziato sia, in fondo, libero nella scelta dell'oggetto delle sue ricerche, è opportuno, specialmente nel momento attuale, che esse siano dirette allo scopo del bene comune della Nazione e che questa, dal canto suo, abbia a disposizione un Corpo scientifico a cui affidare lo studio dei problemi più vitali.

Valido e prezioso strumento per questo scopo è il Consiglio Nazionale delle Ricerche, che venne istituito con un decreto del 18 novembre 1923 ed, in seguito, ampliato e reso più aderente allo scopo.

Nel Messaggio al Presidente Guglielmo Marconi, il Capo del Governo riassumeva in modo incisivo i còmpiti che intendeva fissare a questo Istituto, rilevando fra l'altro che la invenzione geniale, sorta dal cervello del singolo, abbisogna di essere sviluppata dall'opera di pazienti ricercatori e con mezzi larghi ed adatti allo scopo. « Un paese, come il nostro, povero di materie prime, denso di popolazione, ha assoluto bisogno di una rigida organizzazione per poter risolvere rapidamente ardui problemi, per evitare sperperi di energia, di danaro e di tempo ».

Nella sua costituzione, stabilita con i Decreti del 1928 e 1933, il C. N. d. R. rappresenta il Supremo Consiglio Tecnico dello Stato a cui portano il contributo della loro esperienza oltre 600 scienziati.

Non a tutti, forse, sono note l'organizzazione e l'opera che esso svolge, sicchè riteniamo utile esporla brevemente.

Il C. N. d. R. è costituito da un *Direttorio* di 6 Membri, nominati con Decreto Reale su proposta del Capo del Governo: il Presidente (G. Marconi), i Vice-presidenti (A. Giannini, G. A. Blanc, N. Parravano, U. Frascherelli) e l'amministratore (V. Azzolini).

Dal Direttorio, dipendono le *cinque Sezioni*, di cui le tre prime dirigono e riassumono l'attività dei Comitati Nazionali ed esercitano la consulenza scientifico-tecnica.

La I riguarda la radio-telegrafia, la fisica e l'ingegneria. La II le materie prime, la geologia, la geografia, la geodesia e la geo-fisica, la III l'agricoltura, la chimica, la biologia e la medicina. La IV Sezione esercita la consulenza in materia scientifico-tecnica e la V esercita la vigilanza ausiliatrice sugli Istituti. Stabilimenti, Laboratori scientifici dello Stato e provvede all'attuazione del controllo del prodotto nazionale.

Per ogni singola materia trattata, vi sono poi i Comitati nazionali (tra cui quello medico presieduto dal De Blasi e di cui è segretario il Messea), mentre si hanno 13 Commissioni per lo studio di singoli problemi ed altre autonome per l'esame delle invenzioni e per la conferenza mondiale dell'energia.

Còmpito essenziale dei Comitati e delle Commissioni è quello di impostare e sorvegliare delle ricerche scientifiche affidate ai Laboratori, specialmente di Istituti Superiori delle varie Regioni d'Italia, in modo da considerare specialmente i risultati di interesse generale e per meglio adeguare alla realtà quelli che possono interessare le singole regioni.

Il C. N. d. R. ha inoltre stretto a sè le più importanti Associazioni scientifiche e tecniche italiane, armonizzando la loro attività con la sua alta funzione di coordinatore dello sforzo scientifico e tecnico italiano. Citiamo fra esse il R. Comitato talassografico, la Società italiana per il progresso delle scienze, il Comitato elettrotecnico, ecc., mentre altri Istituti vi sono pure collegati, come quello geofisico di Trieste, quello di biologia marina a Messina, ecc.

Il C. N. d. R. deve coordinare le attività nazionali nei vari rami della scienza e delle sue applicazioni, anche nell'interesse dell'economia generale del Paese e, a tal fine, mantenersi in contatto con i diversi Enti statali per tutte le questioni relative alle ricer-

che scientifiche ed alle loro applicazioni pratiche.

I risultati di tutte le ricerche possono essere seguìti attraverso la « *Ricerca scientifica* », che è la rivista ufficiale dell'Ente e costituisce una serie di memorie precise sui vari argomenti.

Altre importanti attività del C. N. d. R. sono:

Il *Centro di Notizie tecniche*, il quale dà modo ai tecnici ed agli studiosi di ottenere quelle informazioni e quelle notizie di carattere scientifico e tecnico che loro interessano, mediante una documentazione precisa.

La *Bibliografia scientifico-tecnica italiana*, che permette di controllare e seguire tutta la produzione scientifico-tecnica italiana. Se ne pubblicano 5 volumi ogni anno per le diverse materie: 1) Scienze matematiche, fisica, chimica, geodesia, ecc.; 2) Scienze biologiche; 3) Medicina; 4) Ingegneria, industrie, materie prime; 5) Agricoltura.

L'*Istituto per l'applicazione del calcolo*, che si occupa della valutazione numerica dei problemi di analisi matematiche suggeriti dalle scienze sperimentali.

L'*Archivio per le materie prime*, che segue tutto quanto si riferisce a questo importante problema per il nostro Paese.

Il C. N. d. R. ha ora la sua degna sede in un edificio alla Città Universitaria di Roma ed è da prevedere e da augurarsi che esso venga assumendo sempre maggiore importanza. Indubbiamente, anche questa sarà proporzionata ai mezzi disponibili, che sono ora di 675.000 lire annue, oltre a 500.000 per l'impianto della sede e dei laboratori e ad altri fondi per il Comitato talassografico, ecc. Ma è ovvio che istituzioni di questo genere, che svolgono la loro attività sui campi più svariati, hanno bisogno di larghi mezzi, che possono raccogliersi da contributi anche molto modesti. Sappiamo, p. es., che il « Medical Research Council » raccoglie somme ingentissime con il semplice contributo di un penny all'anno per ogni assicurato-malattia. Qualche cosa del genere si potrebbe fare da noi, certi che le somme così raccolte non potrebbero essere meglio spese che per questa istituzione, che fa onore al nostro Paese e che può rendergli tanto utili servigi.

Già lo dimostrano le ricerche fatte per i problemi della nutrizione umana e dell'alimentazione del bestiame, quelle per i combustibili e per i carburanti, sulla radioattività artificiale e la radiazione penetrante, quelle sul tifo e sull'anchilostomiasi, senza parlare di quelle dirette alla migliore utilizzazione ed alla eventuale sostituzione delle materie prime che sono per noi deficienti; problema che è per noi essenziale.

Non è possibile prevedere quali sviluppi avrà questa geniale nostra istituzione a cui il fervore di vita e di lavoro che anima ora ogni italiano assicura il migliore avvenire.

A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Modificazioni del tono e della motilità gastrica in certi stati nervosi simpatici.

(A. C. GUILLAUME. *Soc. de Gastro-entérologie de Paris*, 9 marzo 1936).

Per quanto intuiti dai medici e dai pazienti stessi, sono stati finora poco studiati i disturbi gastrici conseguenti a variazioni dello psichismo ed, in generale, a modificazioni nervose vago-simpatiche.

L'A. ha rivolto la sua attenzione a quelli osservati durante stati simpaticotonici, specialmente negli ansiosi.

Atonia gastrica della emicrania. — All'esame radiologico di un individuo durante l'accesso di emicrania, si rileva uno stato di inerzia gastrica. Lo stomaco è àtono; si riempie rapidamente per effetto di una vera « caduta nel vuoto » della pappa, che si ammassa immediatamente nella parte più declive e riempie in seguito lo stomaco dal basso all'alto, come lo farebbe dell'acqua versata in una sacca. Invece di applicarsi su questo contenuto, le pareti dello stomaco finiscono per allontanarsi come fanno dei tessuti privi di contrattilità.

Le contrazioni abituali tardano a manifestarsi; quando compaiono, sono distanziate, poco energiche, appalesandosi come molli e deboli. Sembra anche che il piloro si trovi in uno stato di spasmo ed ostacoli l'evacuazione. Per tali ragioni, lo stomaco si svuota male o punto.

All'infuori della crisi, si trova un aspetto del tutto differente: il riempimento è normale, lo stomaco si adatta energicamente al suo contenuto, l'evacuazione si fa in un tempo normale.

Atonia gastrica nello « shock » emotivo. — In certi emotivi, che temono il reperto di lesioni gravi, l'esame radiologico provoca un violento « shock » emotivo. Si ha una vera crisi di emotività ansiosa che in certi casi può provocare malessere ed anche svenimento. Si osserva, in qualche individuo, che le contrazioni gastriche, le quali procedevano bene, si arrestano bruscamente, mentre il tono si rilascia e lo stomaco diventa così, ad un tratto, inerte. Poco dopo, il malato si affloscia ed accusa un malessere che costringe a metterlo in posizione supina ed a rianimarlo. La violenta crisi emotiva provoca quindi l'inerzia gastrica.

Altri autori (Ludin) in precedenza avevano osservato durante una lipotimia un improvviso cambiamento dell'aspetto dello stomaco che, dal peristaltismo abituale, si era trasformato in sacco inerte e rilasciato.

Atonia gastrica degli stati ansiosi. — Analoghi disturbi si osservano negli ansiosi, nei

quali possono durare per lunghi periodi o ripetersi e costituiscono così una vera malattia cronica. L'A. riporta il caso di un individuo che si lamenta di non potere evacuare il suo stomaco. Rimane supino, nella posizione consigliata agli ptosici e, ciononostante, dopo 5-6 ore dal pasto, si lamenta che lo stomaco non è ancora svuotato. Si rileva, di fatto, in queste condizioni, un rumore di guazzamento. Questi disturbi si producono a periodi, durano giorni e settimane, durante i quali il malato cessa di alimentarsi a sufficienza e dimagra molto, mentre durante i periodi in cui l'evacuazione è più facile, vi è ingrassamento.

Sottoposto a gastro-enterostomia, per perigastrite, pilorica e periduodenite, il paziente accusa 10 giorni dopo gli stessi disturbi.

Sottoposto all'esame radiologico, 20 giorni dopo, il malato si trova in stato di estrema ansia, con tachicardia violenta, pallore, agitazione, angoscia precordiale. Lo stomaco si presenta come una sacca inerte ed il primo passaggio della pappa nel tenue non si ha che dopo 1/2 ora. L'evacuazione si fa molto lentamente ed a lunghi intervalli; dopo 3 ore, rimaneva ancora 1/3 della pappa nello stomaco. Invece, l'esame radiologico fatto in un periodo senza notevole ansietà dimostra buone condizioni peristaltiche.

I disturbi gastrici degli ansiosi sono stati segnalati da tempo, senza darne una spiegazione. Sono state accusate sensazioni di peso, di malessere gastrico che persiste, secondo il grado e la durata del disturbo psichico, da mezz'ora a parecchi giorni. Cannon, in una donna venuta a consultarlo per disturbi digestivi, trovò al mattino il pasto di prova non digerito, senza acido libero e con abbondanti residui del pasto della sera. Tale ristagno trovò la sua spiegazione nel fatto che nella notte, la donna aveva provata una violenta emozione nervosa di intensa ansia per il marito che non rincasava. L'indomani, il pasto di prova venne evacuato normalmente.

Dall'insieme degli studi clinici e sperimentali fatti sull'argomento, risulta in complesso quanto segue.

1) L'eccitazione del sistema simpatico vero gastrico assiolocale (eccitazione diretta od eccitazione farmacologica) ha un'azione assolutamente inversa di quella del sistema parasimpatico gastrico assiolocale.

2) L'eccitazione del sistema simpatico vero assiolocale provoca sperimentalmente una inerzia gastrica identica a quella osservata clinicamente.

3) Tale inerzia gastrica osservata nell'animale viene pure prodotta in questo dallo stato emotivo, specialmente dalle forti emozioni del tipo di collera, paura, ansietà.

4) Questi fenomeni d'inerzia gastrica prodotti dalle emozioni forti sono molto persistenti nell'animale e possono essere osservati per intere ore in seguito all'emozione.

5) L'inerzia gastrica funzionale va quindi considerata come la conseguenza di un'ipersimpaticotonia gastrica. *fil.*

La chiusura del moncone duodenale nella gastrectomia.

(I. Iacobovici. *Bull. de l'Académie de Médecine de Roumanie*, gennaio 1936).

L'A. nei metodi che adotta si preoccupa sopratutto di migliorare l'affondamento del moncone duodenale sopratutto per evitare le fistole biliari.

L'autore si comporta in due differenti modi a seconda che la resezione dell'ulcera sia impossibile o che il moncone duodenale sia bene mobile. Nel primo caso si comporta come segue: dopo avere sezionato trasversalmente il duodeno fa una incisione longitudinale sulla parete anteriore mettendo in evidenza l'ulcera. Col bisturi elettrico cauterizza la mucosa a questo livello. Arrotola poi su loro stessi all'indietro i due lembi dell'incisione e sutura poi in catgut. Fa poi un secondo affondamento in lino o seta.

Quando il moncone duodenale è bene mobile seziona il duodeno un cm. al di sotto dell'ulcera. Esegue l'affondamento con un sopragitto in catgut n. 0 iniziando dall'estremo inferiore e lasciano un filo lungo 10-15 cm. Terminata la sutura infila i due capi del filo nella cruna di un ago retto che passando a traverso il lume intestinale fuoriesce sulla faccia anteriore un cm. sotto la sutura. Facendo trazione su questo filo si viene a introflettere il moncone duodenale e le sue due estremità che con i comuni metodi sono le più difficili ad affondarsi.

Due suture a borsa di tabacco completano l'affondamento. Con questo metodo l'autore non ha mai avuto alcun caso di fistola biliare e lo ritiene perciò consigliabile nei casi di duodeno sufficientemente mobile.

M. Perez.

Il metodo dello svaginamento secondario nelle resezioni del retto.

(Ebner. *Dtsch. Z. Chir.*, 245, 707, 1935).

Secondo l'A. l'operazione ideale per cancro del retto è certamente il processo per svaginamento, il « Durchzugsverfahren ».

Sono però rari i casi in cui esso si può applicare in un primo tempo, perchè la sua esecuzione va spesso a carico della radicalità della asportazione. Perciò va sempre più aumentando di importanza le op. di Kraske con successiva esecuzione del « Durchzug ». (Hohenegg, Weil).

Ciò però è solo possibile nei casi in cui, in seguito alla applicazione di un ano sacrale si

sia formato un prolasso o una ernia sacrale. Qualora tale circostanza non si verifichi si può provocare facendo praticare al paziente esercizi quotidiani di spremitura in posizione di defecazione. Esistono però dei casi in cui malgrado ciò non forma nè un prolasso nè un'ernia sacrale. Allora l'A. propone di intervenire escidendo il tessuto cicatriziale formatosi intorno all'ano sacrale, resecando nuovamente l'ultimo tratto, e riapplicando un ano sacrale. In tal caso, facendo subito praticare gli esercizi del caso al paziente, si può contare sulla formazione secondaria di un'ernia specie se si abbia cura di suturare il Douglas più in alto possibile.

Dopo circa un anno può eseguirsi il «Durchzug» e quindi ottenere le condizioni ideali di continenza.

A. CALÒ.

Sulla resezione escludente secondo Finsterer.

(POTOTSCHNIG. *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. XII, fasc. 2, pag. 181, 1935).

L'A., dopo aver precisate le indicazioni e la tecnica della resezione escludente secondo Finsterer, che deve essere usata a preferenza della gastro-enterostomia nelle ulcere duodenali inestirpabili, riferisce i buoni risultati ottenuti dagli altri operatori e i suoi propri.

Infatti su 23 casi, l'A. ha ottenuto a distanza di tempo dall'operazione, da 10 anni a 14 mesi, 22 guarigioni complete e 1 sola ulcera peptica post-operatoria; quest'ultima, secondo l'A. non è imputabile al tipo di operazione usato giacchè nella prima operazione era stato asportato tutto l'antro e anche l'anello pilorico; giacchè non esisteva riflesso nell'ansa afferente, come era stato potuto ripetutamente controllare con la radioscopia; e infine perchè la prima ulcera era completamente cicatrizzata, come fu possibile vedere al secondo intervento; l'A. ne spiega invece l'insorgenza per un fattore meccanico, dovuto ad una insufficiente fissazione dell'ansa afferente sulla piccola curva, per cui il cibo colpendo direttamente la parete digiunale posta dinanzi alla stomia, la traumatizzava.

L'A. infine spezza una lancia anche in favore della resezione palliativa secondo Madlener (di cui rivendica la paternità) nelle ulcere dello stomaco vicine al cardias, e quindi molto difficili se non impossibili ad asportare.

G. GENTILE.

SISTEMA SCHELETRICO.

L'osteomielite diffusa invadente delle ossa del cranio.

(DECOULX PATOIR e BÉDRINE. *Journ. d. Chir.*, febbraio 1936, p. 232).

Gli AA. prendono in considerazione soltanto le forme secondarie, le quali sono di solito legate quasi sempre alla sinusite frontale od a sinusite mascellare consecutiva ad otite media, senza mastoidite.

Tale tipo di osteomielite cranica è più frequente negli adulti, specie nella seconda ed ancor più nella terza decade della vita.

Dal pus fu isolato lo stafilococco, lo streptococco e lo pneumococco; ma oggidì si tende ad annettere maggiore importanza allo streptococco, nonostante fosse più difficile il suo isolamento per la presenza dello stafilococco.

Si hanno tali lesioni per inoculazione delle ramificazioni vascolari. La disseminazione è favorita dalla disposizione anatomica del territorio vascolare a tipo lacunare e dalla presenza del tessuto diploico. Le comunicazioni con i vasi sottoperiostali e con quelli sottodurali spiegano il manifestarsi di ascessi superficiali oppure extradurali. Si possono avere suppurazioni lontane dal focolaio di origine, senza interessamento del tessuto osseo intermediario.

Per complicazioni si possono avere ascessi subdurali, flebiti, ascessi del cervello, leptomeningiti. Gli AA. ne riferiscono due osservazioni in un uomo di 30 anni, che in seguito a sinusite del frontale presentò nel corso di circa un anno osteomielite diffusa delle ossa craniche, con sindrome dolorosa violenta, per la quale era stata praticata una resezione del ganglio cervicale superiore destro. L'ammalato venne a morte dopo circa un anno.

Anche in una bambina di 10 anni si ebbero, in seguito ad etmoidite, lesioni analoghe; ella venne a morte dopo 9 mesi.

La prognosi in questi casi è riservata. Su 17 casi di tale tipo di osteomielite postoperatoria non si ebbe mai guarigione, quale che sia stato l'intervento, precoce o tardivo.

JURA.

L'osteocondrite dissecante dei sesamoidi del primo metatarso.

(SIDLER. *Dtsch. Z. Chir.*, 246, 143, 1936).

L'A. ha avuto spesso occasione di osservare casi di dolori della testa del I metatarso nei quali l'esame radiologico dimostrava la presenza di un sesamoide multipartito. In alcuni casi l'A. avendo proceduto alla asportazione del sesamoide alterato ne potè praticare l'esame istologico che dimostrò alterazioni ossee consistenti in zone di necrosi e alterazioni cartilaginee consistenti in degenerazione jalina e proliferazione fibrosa. Si trattava quindi di un quadro di osteocondrite dissecante.

La di- tri- e poli partizione dei sesamoidi è un quadro ben noto, ma non nota era la natura delle alterazioni costituenti la base dell'esame istologico.

La genesi dell'alterazione è meccanica essa si riscontra di preferenza in casi di piede deforme (specie equino). In alcuni casi i disturbi e le alterazioni erano stati preceduti da fratture del I metatarso.

ALDO CALÒ.

La tubercolosi isolata della cartilagine costale.

(Mühlfelder. *Dtsch. Z. Chir.*, 246, 129, 1936).

Fino a pochi anni fa si negava la tbc. isolata della cartilagine costale e tale concetto aveva una base anatomica nella pretesa mancanza di vasi nelle cartilagini stesse.

Dai lavori di Henschen in poi si sono invece andate accumulandosi numerose ricerche sulla vascolarizzazione della c. c. Tale vascolarizzazione si inizia nella vita endouterina, ma solo nel terzo decennio di vita si vengono a formare degli spazi vascolarizzati nella zona centrale della cartilagine. Secondo altri AA. invece tale vascolarizzazione centrale della cartilagine si sviluppa nel primo decennio di vita. Coll'andare degli anni la cartilagine subisce un processo di canalizzazione in modo da aversi un vero midollo.

I vasi provengono dalle a. a. intercostali, mammaria interna, ecc. e sono indipendenti dai vasi della costa.

In ogni caso fra il 20° e 30° anno la vascolarizzazione della costa raggiunge il suo massimo, ed è con questo periodo corrente il periodo di massima frequenza della tbc. della cartilagine costale.

Clinicamente vanno distinte due forme di tbc. della cartilagine costale: pericondrale e encondrale. Gli AA. si occupano solo di questa ultima. Henschen la spiega telologicamente: i bacilli di Koch sfuggono la costa, col suo midollo rosso per inserirsi nella cartilagine, meno dotata di poteri di difesa. È difficile cogliere il processo primario: clinicamente la tbc. condrale si rivela soltanto traverso ascessi freddi che talora successivamente si possono fistolizzare o andare soggetti a infezione mista. È tale fatto che aveva indotto la maggioranza degli AA. a considerare la forma di condrite tbc. costale come secondaria a un processo pericarditico o del vicinato in genere.

Tale punto di vista viene invece contraddetto secondo la scuola di Henschen cui appartiene l'A. sulla base: *a*) delle considerazioni generali sulla vascolarizzazione della cartilagine costale, *b*) della assenza di lesioni specifiche dei tessuti pericostali che possano giustificare l'insorgenza di un ascesso freddo, *c*) della assenza di lesioni ossee.

La terapia consiste in intervento il più radicale possibile (resezione). Aldo Calò.

MISCELLANEA.

Il riflesso temporale.

(S. S. Vermel. *Bulletin Médical*, 20 giugno 1936).

Percuotendo con i polpastrelli di due dita per 10-15 secondi la tempia di un individuo nella zona dell'arteria temporale si vede subito l'arteria gonfiarsi, dilatarsi, fare risalto sotto la pelle, e divenire turgida e tortuosa come nell'arteriosclerosi. Contemporaneamente si rendono visibili tutte le ramificazioni dell'arteria.

È questo il « riflesso temporale » la cui via centripeta è il trigemino mentre quella centrifuga è costituita dai nervi vasomotori.

Non è dubbio che si tratti di una dilatazione vasale attiva perchè non solo l'arteria temporale diventa più larga e grossa, ma anche perchè le sue ramificazioni, prima invisibili, si mettono nettamente in rilievo. Il fenomeno porterebbe un apporto all'esistenza di nervi vasodilatatori, che ancora viene negata da molti.

Del resto l'iperemia della glandula salivare in seguito all'eccitazione della corda del timpano, e l'iperemia dei corpi cavernosi e l'erezione in seguito all'eccitazione dei nervi erigenti sono al riguardo sufficientemente dimostrativi.

Sta di fatto però che la vasodilatazione attiva dei vasi implica l'esistenza di fibre muscolari situate nella loro parete in senso radiale, come quella del dilatatore della pupilla, fibre che effettivamente mancano. È probabile che la dilatazione avvenga per contrazione simultanea delle fibre elastiche longitudinali che sono sparse a diversa altezza nella parete vasale. Si tratta però di un meccanismo ancora poco chiaro.

Il riflesso temporale dà una spiegazione fisiologica dell'allungamento e conseguente sinuosità delle arterie temporali arteriosclerotiche, che era stata attribuita a disordini idrodinamici. Anche in questo fenomeno entrano in giuoco le fibre elastiche. Mentre le fibre muscolari circolari dei vasi fanno muovere il sangue diritto in avanti, quelle elastiche non avviluppando la parete vasale in tutta la sua circostanza, ma solo a segmenti, determinano un movimento del sangue a zig-zag. Le fibre di un lato spingono il sangue verso la parete opposta che si distende e s'incurva. Quando il vaso conserva l'elasticità la parete ritorna nella prima posizione e la curva scompare, ma con la perdita dell'elasticità, come avviene nell'arteriosclerosi, la deformazione ripetendosi successivamente rimane permanente.

Il riflesso temporale ha un carattere patologico rilevando la ipereccitabilità neurovegetativa dell'organismo.

È presente per lo più nelle neurosi (neurastenia), nell'ipertiroidismo con labilità accentuata dal sistema vasomotore, nell'arteriosclerosi e nell'emicrania.

Il riflesso temporale rappresenta un buon segno obiettivo del mal di testa. Esso è presente non solo nell'emicrania ma in tutte le cefalalgie. Vale quindi a dare la documentazione dell'asserito disturbo subiettivo, talvolta anche a determinare la lateralità del disturbo stesso.

Dr.

Noduli sottocutanei nei malati di reumatismo cronico.

(P. MERKLEN, R. WAITZ e J. WARTER, *La Presse Médicale*, 21 marzo 1936).

Gli AA. hanno osservato in 3 pazienti con reumatismo cronico dei noduli, che avrebbero potuto a prima vista prestarsi a confusione con delle nodosità reumatiche. Si trattava invece di una lipomatosi nodulare. I noduli sottocutanei del reumatismo cronico sono identici ai noduli di Meynet del reumatismo acuto e non hanno un valore specifico: essi sono iuxta-articolari e risiedono spesso a livello della faccia posteriore del gomito e del terzo superiore dell'avambraccio e talvolta sulla spalla, sul polso, sulla gamba ed al collo del piede. Di frequente bilaterali, hanno dimensioni che variano da quelle di una lenticchia a quelle di una noce; sono mobili sui piani sottostanti, di consistenza dura, indolori alla palpazione. Istologicamente appaiono costituiti da una zona di necrosi fibrinoide con fenomeni essudativi e turgore delle fibre connettivali: attorno a questa necrosi appare in seguito una reazione granulomatosa con proliferazione connettivale. L'ultimo stadio è costituito da una sclerosi cicatriziale stellata.

I noduli osservati dagli AA. nei loro malati, somigliano a questi noduli reumatici per il loro volume, per la loro consistenza, per la loro sede sottocutanea, per la loro mobilità; ne differiscono invece per la sede e per la struttura istologica. Essi infatti risiedono lontano dalle articolazioni, alla metà del braccio o dell'avambraccio; essi infarciscono i lombi, il dorso, la fronte, il cuoio capelluto, non seguono nessuna simmetria e la loro topografia non è ganglionare. Istologicamente sono dei lipomi nodulari tipici, costituiti da grandi cellule adipose giustaposte, con alcune travate connettivali. Sono circondati da una sottile capsula connettivale.

I noduli reumatici veri sarebbero una conferma della teoria allergica del reumatismo. Ma tale patogenesi allergica non può essere applicata ai lipomi nodulari per quanto il rapporto fra essi ed il reumatismo cronico deformante sia, secondo i nostri AA., innegabile. Ad interpretare tale rapporto essi invocano fattori umorali, metabolici endocrini, in presenza dei quali il reumatismo cronico sarebbe capace di favorire lo sviluppo di tumori benigni, quali i lipomi. VICENTINI.

Formula ematica e velocità di sedimentazione delle emazie da intossicazione porfirinica.

(H. LEHMANN. *Pathologica*, 13 maggio 1936).

In questo lavoro eseguito nell'Istituto di Patologia Medica della Università di Perugia, l'A. riferisce i risultati delle sue ricerche riguardanti le alterazioni provocate dalla ematoporfirina in dosi tossiche sulla formula citologica del sangue in conigli e sulla velocità di sedimentazione delle emazie. Mediante una soluzione all'1:10.000 di ematoporfirina in acqua sterile alcalinizzata con carbonato di Na, egli ha inoculato per via endovenosa o endoperitoneale 34 conigli a pelame bianco, quotidianamente e per vari giorni; di essi alcuni venivano esposti poi alla luce diffusa per parecchie ore al dì, altri alla luce solare, p. 4 ore.

In tutti i casi trattati con ematoporfirina, egli ha notato una diminuzione costante del tasso emoglobinico; il numero delle emazie era pure diminuito e vi era la presenza di numerosi eritrociti policromatici e di una evidente anisocitosi. Il numero dei leucociti non si dimostrò influenzato sensibilmente. Le piastrine risultarono invece in tutti i casi molto diminuite in numero. Il tasso dei reticulociti apparve variamente influenzato.

Rimarchevole è il fatto dell'aumento costante della velocità di sedimentazione delle emazie con forti dosi e poi esposti alla luce solare diretta.

Passando a commentare le sue esperienze l'A. pone in evidenza che sotto l'azione della intossicazione ematoporfirinica, si manifesta una emolisi che si rivela con l'abbassamento del tasso di Hb e con quello del numero dei globuli rossi. Ma a questa emolisi non segue, per le iniezioni di piccole dosi un aumento dei reticulociti, che invece si ha nei casi di animali inoculati con forti dosi. Ciò starebbe a denotare forse l'iperattività compensatrice degli organi della formazione del sangue. Ma questa attività emolizzante delle porfirine non è stata riscontrata da tutti gli studiosi dell'argomento e l'A. cerca di dare una spiegazione plausibile a questo contrasto di opinioni. Nel comportamento delle piastrine poi, egli vede la spiegazione delle alterazioni riscontrate nel processo di coagulazione del sangue, apportate dalle porfirine.

Riguardo all'aumento della velocità di sedimentazione delle emazie ed alla deviazione del fenomeno per cui invece di un limite netto tra eritrociti sedimentati e plasma soprastante, si trova una zona intermedia estesa con globuli rossi ancora sospesi, l'A. dichiara essere molto difficile dare una interpretazione a questi fenomeni.

Sulla base delle sue ricerche conclude che le porfirine producono alterazioni patologiche non solo indirettamente, ma anche per azione diretta su organi e componenti morfologici del sangue. Delle varie teorie emesse sinora sul meccanismo di produzione delle sindromi porfiriniche, due gli sembrano degne di maggiore attenzione: la epatica e la emolitica. Orbene l'azione emolitica svolta dalla ematoporfirina e riscontrata nelle sue ricerche, lo conduce a pronunziarsi in favore di questa seconda teoria. F. VICENTINI.

Ulteriori ricerche in vivo sull'influenza della vitamina C sulla coagulazione del sangue.

(L. COTT. *Haematologica*, fasc. V, 1936).

È noto che il trattamento con acido ascorbico (vitamina C) riduce notevolmente il tempo di coagulazione nelle diatesi emorragiche di tipo emofilico, cioè con tempo di coagulazione abnormemente aumentata.

In ricerche precedenti l'autore ha osservato che il trattamento con vitamina C, mentre costantemente riduce il tempo di coagulazione in casi di sindromi emorragiche, non sempre ha lo stesso effetto su soggetti normali; anzi talvolta è possibile ottenere un aumento del tempo di coagulazione, talvolta veramente cospicuo e persistente (2-3 giorni), che viene dall'autore stesso designato col nome di « reazione paradossa ».

Le presenti ricerche dimostrano che l'acido ascorbico iniettato per via endovenosa in dosi elevate in soggetti con tempo di coagulazione normale ne determina talvolta un prolungamento, talvolta un accorciamento. Il dosaggio della trombina dimostrò un comportamento che nella maggior parte dei casi fu esattamente parallelo a quello del tempo di coagulazione.

Sembra dunque che le variazioni del tempo di coagulazione dipendano da variazioni parallele della attività della trombina. La incostanza di tale parallelismo può essere spiegata prendendo in considerazione anche una maggiore o minore attivazione degli antifermenti, e nel caso specifico dell'antitrombina, che effettivamente fu riscontrata diminuita in alcuni soggetti.

Per interpretare l'inibizione della trombina in seguito al trattamento con acido ascorbico, occorre considerare una serie di fattori fra loro intimamente correlati che interferiscono nel fenomeno della coagulazione.

E. CARLINFANTI.

DIVAGAZIONI

L'evoluzione della sessualità e gli stati intersessuali.

Con questo titolo G. Marañon (1) ha pubblicato un libro che ha destato rapidamente un grande interesse. Alla edizione spagnola è seguita quella francese ed inglese ed ora questa italiana, dalla quale sarà fatta la versione tedesca.

Dobbiamo la traduzione italiana a Mario F. Canella, valente studioso di biologia e di psicologia, già molto noto per i suoi lavori di critica densa di erudizione, spregiudicata, acuta, talvolta tagliente.

Il grande clinico di Madrid non poteva trovare in Italia migliore volgarizzatore della sua dottrina. Sta di fatto che il libro è tradotto in un italiano così puro, in uno stile così personale che sembra pensato e scritto dal traduttore.

Come nella prefazione avverte il Canella, la idea fondamentale della dottrina di Marañon non è nuova, ma egli ha il merito incontestabile di avere raccolto fatti precisi e di averli inquadrati in modo che le deduzioni ne risultano evidente e per lo più sicure. Sono fatti che possono sembrar banali tanto sono di comune osservazione ma che acquistano un significato ed un valore mai sospettato quando sono giustamente interpretati rapportandoli e ravvicinandoli a dati di significato certo.

Talvolta il Marañon si lascia trasportare dai suoi concetti, che diventano apriorismi per spiegare fatti non chiari e ricorre a criteri finalistici, dei quali egli si dichiara, e quasi sempre è, immune.

Ma tutto ciò non toglie valore alla concezione fondamentale ed alla solidità degli argomenti che la sostengono.

Bisogna aggiungere che l'interesse del libro è accresciuto dall'abbondanza delle citazioni, non solo scientifiche, ma anche letterarie e filosofiche. Sorprende, quasi, come un clinico possa avere una così vasta cultura extramedica e sappia così sapientemente sfruttarla. Il Marañon ci ricorda quei nostri grandi maestri della clinica, che sapevano temperare l'aridità della medicina con la freschezza della letteratura e della filosofia.

Non è necessario dire che il libro non presenta nulla di allettante dal punto di vista della pornografia. I fatti dell'erotismo sono trattati con freddezza, quasi con castità, e la prosa assume accenti caldi solo quando si abbandona a considerazioni etiche o estetiche.

Il concetto fondamentale dello studio è che tra i due sessi non esiste una netta distin-

(1) G. MARAÑON. *L'evoluzione della sessualità e gli stati intersessuali.* Traduzione di F. Canella. Editore Zanichelli, Bologna. Prezzo L. 20.

zione, nel senso che i due sessi hanno una comune origine e che nello stesso individuo oltre ai caratteri spiccati del proprio sesso vi sono elementi più o meno numerosi e decisi dell'altro sesso. Il mascolino ed il femminino non sono valori nettamente opposti ma gradi successivi dello sviluppo di un'unica funzione, la sessualità, la quale si accende durante il periodo intermedio della vita, tra l'infanzia e la vecchiaia, con differenze puramente quantitative e cronologiche da un sesso all'altro. La completa differenziazione sessuale è un fatto puramente tendenziale, nella realtà ogni maschio ha abbozzati o spiccati elementi femminili e viceversa.

A questa mescolanza di caratteri dei due sessi nello stesso individuo si dà il nome di intersessualità o anche di bisessualità. Ricordiamo che Freud chiama appunto bisessualità la ambivalenza dell'erotismo. E non è fuori di luogo ricordare anche che la psicanalisi aveva ampiamente considerato e illustrato dal punto di vista psichico quel che ora Marañon studia sopratutto dal punto di vista organico e funzionale.

Se si fa la ricerca sistematica dei caratteri differenziali dei due sessi in un gran numero di uomini e di donne si trova che la percentuale di esseri umani nei quali appaiono associati i caratteri di tipo femminile e quelli di tipo maschile, supera ogni previsione.

Questa associazione può avere gradi diversi: dalla coesistenza dello stesso individuo di tutti i caratteri primari e secondari di ambo i sensi (ermafroditismo completo) alla presenza di piccole o temporanee manifestazioni di singoli o più caratteri secondari del senso opposto.

Al riguardo Marañon fa il seguente schema:

1) Casi nei quali l'intersessualità interessa gli stessi organi germinali, i quali appaiono come netti ovario-testis, e, pertanto, anche la totalità o quasi degli altri caratteri sessuali, primari e secondari (*ermafroditismo*).

2) Casi nei quali le glandole germinali conservano apparentemente la loro differenziazione sessuale, e l'intersessualità si riferisce principalmente a determinate categorie di altri caratteri sessuali, a seconda della natura dei quali si possono avere i seguenti sottogruppi:

a) *pseudoermafroditismo* maschile e femminile nel quale l'intersessualità colpisce profondamente gli organi genitali interni ed esterni;

b) *ipospadia e criptorchidia*, condizioni nelle quali l'intersessualità interessa i genitali esterni;

c) *ginecomastia*, nella quale l'intersessualità si riferisce solo agli organi mammari;

d) *virilizzazione* e *femminizzazione*, quando l'intersessualità si riferisce ai caratteri sessuali anatomici secondari;

e) *omosessualità*, quando l'intersessualità si riferisce principalmente ai caratteri sessuali funzionali;

f) *intersessualità critiche*, che rappresentano bisessualità episodiche in rapporto alle crisi normali della vita sessuale.

L'ermafroditismo vero, netta mostruosità e come tale considerato dagli antichi, è raro. È la condizione nella quale la intersessualità si manifesta in modo più intenso e quindi più evidente.

Il bisessualismo quasi completo degli organi genitali esterni e dei caratteri sessuali secondari coincide con un autentico bisessualismo delle gonadi, che contengono elementi ovarici e testicolari. Clinicamente i tratti dei due sessi sono egualmente rappresentati, ma nella generalità prevale l'aspetto femminile. Talvolta si ha una prevalenza dei caratteri femminili dal lato sinistro, e di quelli maschili dal lato destro, fenomeno, del resto, comune a tutti gli stati intersessuali. La libido è debole, forse perchè gli ormoni delle due gonadi antagoniste si neutralizzano o forse per influenze psicologiche determinate dalla consapevolezza della mostruosità. Interessante è l'evoluzione dell'ermafroditismo: dallo stato d'indecisione sessuale della fanciullezza l'ermafrodito passa alla pubertà ed alla gioventù accentuando i suoi caratteri femminoidi, e finisce per virilizzarsi con la maturità.

Nel *pseudoermafroditismo* la struttura biglandolare non è dimostrabile, e d'altra parte i caratteri clinici maschili e femminili sono mescolati in varia proporzionale, in modo che appare più che nell'ermafroditismo vero la prevalenza di un sesso sull'altro. Si può avere quindi il pseudoermafroditismo maschile o androginoidismo, e quello femminile o ginandroidismo. Gli androginoidi, caratterizzati essenzialmente dalla presenza di testicoli, sono uomini nei quali in luogo di esserci una femminilità fugace ed appena accennata, come nell'uomo normale, esiste una precoce, intensa e duratura femminilità, ed in luogo di una virilità stabile e ben differenziata, una virilità tardiva e spesso incerta. È probabile che la condizione sia dovuta all'esistenza di elementi femminili nelle cellule interstiziali del testicolo, o al fatto che tali elementi pur essendo scomparsi, siano esistiti all'inizio dello sviluppo. Le ginandroidi si differenziano dalle donne comuni perchè in esse la fase di virilismo, che normalmente si presenta appena accennato ed alla fine di una lunga e ben differenziata femminilità, compare molto precocemente e con insolita energia. La patogenesi di questa condizione è più chiara di quella dell'androginoidismo: si tratta quasi sempre di donne portatrici di lesioni iperfunzionali della corteccia surrenale o del sistema Prolan B — corteccia surrenale — corpo luteo. La condotta psicosessuale dei pseudoermafroditi è

grosso modo la seguente: negli androginoidi ha in primo tempo come obiettivo erotico l'uomo, e la donna in seguito; nei ginandroidi accade lo stesso, ma con minore evidenza perchè essendo fondamentalmente donne, esse posseggono qualunque sia la loro tappa evolutiva, una libido poco intensa.

L'*ipospadia* — apertura dell'uretra nella faccia inferiore dell'uretra — e la *criptorchidia* — arresto della migrazione dei testicoli nello scroto — rappresentano manifestazioni di ipogenitalismo e come tali si accompagnano a sintomi generali di femminilità. Pertanto gli individui che ne sono affetti, a seconda del grado della malformazione presentano un'intersessualità più o meno marcata. Comunque in ambedue i casi i fenomeni, rispettivamente, d'impotenza e di eunucoidismo, con il tempo regrediscono mostrando una netta tendenza alla virilizzazione.

La *ginecomastia* può essere un fenomeno transitorio nel neonato, nel corso della pubertà e comparire tardivamente nel corso della gioventù e della maturità. Altre volte rappresenta un sintoma permanente di pseudoermafroditismo e di eunuchismo da castrazione, delle sindromi da ipo- e iperfunzione dell'ipofisi, dell'ipertiroidismo. L'ipertrofia della glandula può essere accompagnata da una vera azione funzionale con secrezione più o meno abbondante, che è un fenomeno schiettamente materno e quindi legato alla secrezione interna ovarica. Può essere unilaterale, e come avviene quasi sempre per i caratteri femminili, localizzato a sinistra. Pertanto nell'uomo le mammelle, organi squisitamente femminili, possono perdere il loro carattere rudimentario, ipertrofizzarsi e diventare anche funzionanti. La ginecomastia, anche in assenza di ogni altro segno d'inversione, rappresenta uno stato di intersessualità.

La *virilizzazione* — insorgenza di caratteri secondari maschili in una donna sino allora apparentemente normale — è un fenomeno estremamente frequente. Si manifesta soprattutto con l'irsutismo, ma si possono avere anche altre modificazioni. Lo scheletro diventa più robusto e la dentatura molto forte; la voce acquista una tonalità bassa; l'adiposità si accentua specie alla faccia, al collo, al tronco, risparmia le gambe, assume insomma la tipica distribuzione maschile dell'adipe. La libido suole intensificarsi nel senso normale o anche invertirsi. Contemporaneamente si indebolisce l'istinto materno e la condotta della donna cambia con tendenza ad uniformarsi a quella degli uomini.

La *femminilizzazione* consiste nella comparsa tardiva di tratti femminili, più o meno accentuati, in uomini sino allora apparentemente sani. È sempre in rapporto ad una lesione testicolare. La sindrome può assumere gradazioni varie. Può ridursi ad un solo carattere come la disposizione femminoide del pelo del pube, l'assenza della barba, la voce molto acuta, l'adiposità femminile, la ginecomastia, l'omosessualità, ecc. Se la femminilizzazione è molto intensa l'inversione può interessare gli stessi genitali esterni che tendono allo pseudermafroditismo. La libido può spegnersi o invertirsi, e anche non alterarsi affatto.

Nella virilizzazione il meccanismo prevalente è uno stato iperfunzionale corticosurrenale e forse pure ipofisario, mentre nella femmininizzazione l'alterazione fondamentale è costituita da ipofunzione testicolare. La femmininizzazione è quindi un fenomeno regressivo o negativo, mentre la virilizzazione è un fenomeno progressivo o positivo. All'uomo basta un'influenza passiva — essere poco maschio — per sembrare una donna; alla donna per sembrare un uomo necessita un impulso attivo che superi la sua femminilità.

L'*omosessualità* è uno stato intersessuale nel quale l'alterazione funzionale è molto più accentuata di quella anatomica. L'omosessualità, è vero, può essere accompagnata da tutti quei segni somatici e psichici del sesso opposto, ma vi sono dei casi nei quali anche un attento esame non riesce a scoprire il menomo vestigio di bisessualità. Tuttavia bisogna rilevare che questi esami si riferiscono all'individuo già maturo, se si passa ai dati anamnestici si rileva che gli omosessuali hanno avuto alcun che di anormale all'epoca dello sviluppo erotico.

Per Marañon il problema della omosessualità non va risolto ammettendo che l'inversione dell'istinto coincida con uno strato di bisessualità organica. Il problema è molto più complesso di quanto possa far supporre la semplicistica ipotesi dell'esistenza di un ormone ovarico nell'invertito e di un ormone testicolare nell'invertita. La bisessualità ormonica è una condizione necessaria, ma non sufficiente perchè l'omosessualità possa manifestarsi. Perchè la primitiva indifferenziazione della libido non si evolva verso l'oggetto normale è necessario che entrino in giuoco elementi costituzionali e fattori esogeni, sopra tutto di natura psicologica. Da questa concezione scaturisce la importanza dell'educazione nella prevenzione dell'omosessualità.

Accanto alle intersessualità anatomiche e dell'istinto (omosessualità) v'è una psicologia, un'affettività, una condotta intersessuale. I due ordini di fatti possono presentarsi associati nello stesso individuo e anche separati. Vi sono uomini e donne di morfologia sessualmente perfetta, di istinto sessuale assolutamente corretto e che, tuttavia, presentano tratti psicologici, affettivi, di condotta sociale, ecc. di marcata natura inversiva. Marañon fa una larga e brillante descrizione di questi particolari atteggiamenti che spesso si raggruppano nello stesso individuo costituendo

tipi molto interessanti di uomini e di donne, che si incontrano frequentissimamente nella vita comune e che s'identificano in spiccate personalità della storia e geniali raffigurazioni artistiche.

Oltre alle forme d'intersessualità finora accennate e che una volta manifestatesi sono da considerarsi più o meno permanenti, vi sono forme connesse alle grandi crisi del sesso — la pubertà ed il climaterio — e che perciò possono chiamarsi *intersessualità critiche*. Non è infrequente che uomini e donne sessualmente irreprensibili durante tutto il periodo della loro maturità presentino nei due momenti critici della vita, cioè all'aurora e al tramonto del loro sesso, segni più o meno spiccati di ambiguità sessuale. Nella pubertà la tendenza inversiva si verifica quasi sempre in ragazzi che tendono perciò ad acquistare una morfologia femminile; il caso opposto, quello di ragazze che tendono al virilismo, è eccezionale. Nella crisi climaterica accade esattamente il contrario: è frequentissimo il caso di donne che acquistano tendenze viriloidi ed è rarissimo quello di uomini che tendono alla morfologia femminile. La libido, però, suole rimanere invariata riguardo alla sua direzione, può soltanto accentuarsi. L'alterazione tipica degli anni crepuscolari del sesso è l'erotomania, l'aumento della libido in senso normale, e ciò tanto nella donna che nell'uomo. Sono le ultime accensioni più luminose e più calde di una lampada destinata a spegnersi, accensioni erotiche forse legate alle modificazioni endocrine e forse anche a particolari stati fisiologici del momento. La fine del sesso è una morte che avviene in noi in piena coscienza; noi la presentiamo acutamente e ci affrettiamo a godere le ultime voluttà riservateci dall'agonia della potenza sessuale.

Per spiegare i fenomeni di intersessualità bisogna ammettere che l'embrione umano, primitivamente bisessuale, conserva, anche dopo la sua maturazione sessuale specifica (maschio o femmina), i resti del sesso opposto, non già come rudimenti morti ma come disposizioni latenti che potranno estrinsecarsi in determinate circostanze, mostruose, patologiche, anormali e anche normali. L'evoluzione della sessualità è condizionata da due elementi: quello zigotico e sopra tutto da quello ormonico. Il sesso precostituito è fissato, sviluppato, armonizzato, rinvigorito da attività endocrine. Le anomalie costituzionali ma sopratutto i perturbamenti ormonici danno ragione del manifestarsi in modo spiccato dell'intersessualità. Il rafforzamento dei caratteri del sesso legittimo e la repressione di quelli del sesso opposto latente si stabiliscono in vario modo nelle varie epoche della vita e con diverse estrinsecazioni nei due sessi. È un bilancio instabile che fattori di minimo valore possono perturbare ed anche alterare del tutto. Tuttavia questi perturbamenti ed inversioni sono più facili e più evidenti nell'uomo, perchè in questo dipendono da un elemento deficitario, più facile a verificarsi, mentre nella donna dipendono da fattori attivi. In effetti l'evoluzione del sesso è più complicata, più lenta nell'uomo che nella donna, nella quale, viceversa è più complicata, l'involuzione. Il fanciullo attraversa due pubertà quella della sua piccola femminilità e quella della sua grande virilità, egli diventa uomo più tardi ed il transito si fa attraverso modificazioni somatiche e psichiche di gran rilievo. Infatti egli deve passare da uno stato di quasi indifferenza sessuale, o di quasi femminilità alla virilità attiva e tumultuosa. Il trapasso della ragazza nella donna sessualmente matura è più precoce, più rapido e senza sostanziali trasformazioni dell'organismo e della mentalità. Viceversa il climaterio segna un periodo di più lenta e profonda metamorfosi. Pertanto se è giusto chiamare il climaterio « l'età critica della donna », si dovrebbe chiamare la pubertà « l'età critica dell'uomo ».

D'altra parte Marañon ritiene di poter dedurre dalle sue osservazioni che la femminilità è una tappa dello sviluppo interposta tra l'adolescenza e la virilità, e che questa, a sua volta, costituisce una tappa che, non per ragioni metafisiche — scrive lo stesso Marañon — ma per motivi strettamente biologici, possiamo considerare come la fase terminale dell'evoluzione organica.

L'evoluzione della sessualità su una base comune di ambiguità o bivalenza del sesso rende conto come l'umanità tenda ad una separazione più marcata, più netta della morfologia e della condotta sessuale in ciascun individuo con la soppressione definitiva degli elementi del sesso opposto: l'uomo tende a diventare più uomo e la donna sempre più donna.

Tuttavia se la donna tende a virilizzarsi non compie nulla contro natura. Questa tendenza collima con l'istinto di identificazione con il più forte, è un'espressione della volontà di potenza. Ma le sue possibilità fisiologiche — somatiche e cerebrali — non consentono l'attuazione di questa tendenza. La millenaria storia umana dimostra che le donne, anche di eccezione, anche di massima virilizzazione, non hanno mai raggiunto i fastigi del pensiero dell'uomo. D'altra parte la maternità — fine biologicamente e socialmente supremo — non consente uno sviluppo morfologico e fisiologico completo.

L'uomo, dal suo canto, non può progredire verso nessuna forma ulteriore. Egli ama e difende la sua virilità. Procura di nascondere gli elementi del sesso opposto che tentano insinuarsi nella sua personalità, e perciò non può aspirare che al perfezionamento della sua virilità.

G. DRAGOTTI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

M. Calabresi. *Elettrocardiografia clinica.* Vol. in-8°, di pag. 616, con 229 fig. L. Cappelli, Bologna, 1936. L. 60.

L'elettrocardiografia, tanto in ragione della mole e dell'importanza dei contributi clinici, quanto in conseguenza della maggiore semplicità di costruzione e di maneggio degli apparecchi, ha assunto in questi ultimi anni importanza non solo di ricerca esatta, accurata e felice di risultati nel campo della fisiopatologia sperimentale, ma anche interesse di tecnica semeiologica alla portata del medico pratico, preziosa di risultati tanto per la diagnosi, quanto, e specialmente, per la prognosi. Il suo campo di applicazione si estende, di giorno in giorno, oltre i confini della clinica delle affezioni cardio-vascolari; dalla medicina assicurativa, all'infortunistica; dalla medicina dello sport, alla traumatologia, ecc.

Un trattato che illumini le tecniche di indagine, i principii teorici, i problemi di fisiopatologia, i risultati clinico-sperimentali; che porti a conoscenza i criteri di giudizio e di valutazione dei risultati: un trattato di tal genere è necessario, e direi quasi indispensabile, oggi, non solo alla biblioteca dello studioso, ma anche alle consultazione abitudinaria di ogni medico, il quale segua il progresso della medicina e voglia servirsi delle più moderne possibilità di indagine nell'esercizio dell'arte.

Il trattato che ci porge l'opera, accurata di preparazione e di sintesi, dal prof. Massimo Calabresi può dirsi veramente adeguato a tali necessità del problema: opera di pensiero, di misura e di felici risultati, in quanto, pur rappresentando una sintesi, direi quasi completa, della letteratura in argomento, tanto da poter servire veramente come opera di consultazione, non perde mai la sveltezza e la vivacità dell'opera di volgarizzazione: riesce gradita anche a chi, nuovo ai problemi scientifici più profondi della elettrofisiologia e della fisiopatologia del circolo, persegua una esatta conoscenza dei fatti clinici, della loro genesi e della loro interpretazione.

Va veramente ascritto alla singolare abilità del Calabresi se il lusso dei dati, delle citazioni, e dei particolari non solo non ingombra, ma addirittura aggiunge efficacia ai singoli capitoli.

L'impostazione dell'opera presenta una particolare originalità anche nella divisione e nello svolgimento dei singoli capitoli. Due grandi divisioni: generalità e clinica. Nella prima, un capitolo tratta e descrive tecniche strumentali ed apparecchi, in modo semplice e preciso, il quale avvicina anche chi non abbia profonde conoscenze di elettrotecnica e di elettrofisiologia. Da questa esposizione, il lettore è già in grado di scegliere l'apparecchio fra i diversi tipi del commercio, a seconda dei suoi scopi e delle sue capacità.

Ampio il secondo capitolo sull'anatomia e sulla fisiologia del cuore, nelle più moderne acquisizioni.

Il terzo capitolo tratta i problemi di elettrofisiologia, aggrediti e illustrati a fondo, con singolare modernità, e sopratutto con vera capacità di volgarizzazione.

Il quarto capitolo analizza l'elettrocardiogramma normale, nel suo significato e nella sua interpretazione.

La seconda parte dell'opera è più precisamente clinica; separa giustamente, e con criterio veramente originale, quelle che sono le anomalie del singolo complesso elettrocardiografico, da quello che si riferisce ai diversi e particolari aggruppamenti in singole forme di aritmia. Così nel primo capitolo l'esposizione, chiara e accurata, illuminata da un sano criterio clinico, ci porta a tutte le diverse anomalie sia del complesso auricolare, che del complesso ventricolare e ai problemi ad esse riferentisi. Problemi che hanno acquistato decisione solo in questi ultimi anni, portando ad affermazioni di notevole valore clinico, sopratutto in rapporto alle conoscenze sulle condizioni del miocardio, nelle diverse sezioni, e della circolazione coronaria: problemi clinici dei blocchi di branca, dell'infarto miocardico, ecc.

Il capitolo seguente invece raggruppa tutte le aritmie, sulla base dei reperti elettrocardiografici: capitolo di accurata semeiologia e di sana clinica.

Il trattato finisce con una parte veramente originale, nella quale l'indagine elettrocardiografica viene considerata nelle singole malattie, non solo del cuore ma anche di quegli organi che, con le loro alterazioni, possono condurre a risentimenti anatomici o funzionali del circolo. Per ogni singolo gruppo di malattie vengono esposte le possibilità riservate alla indagine elettrocardiografica e valutati i singoli reperti ottenuti. Vengono trattati anche i riflessi verso problemi di infortunistica, di medicina assicurativa, di medicina sportiva, e le possibili applicazioni alla pratica chirurgica, tanto per il giudizio di prognosi, quanto per i problemi inerenti alla tecnica di anestesia.

Concetto organico, preparazione accurata, equilibrata misura, larghezza ed evidenza di illustrazioni, per la maggior parte originali: con tali pregi, non facili a raggiungere in un'opera monografica, il trattato del Calabresi si afferma veramente all'interesse tanto dello studioso, quanto del medico pratico e fa onore alla medicina italiana. C. Frugoni.

L. Alzona. *Ghiandole endocrine e apparato cardiovascolare. Studio sperimentale e clinico.* Vol. di pagg. 230, con 40 figure nel testo. Luigi Pozzi, editore, Roma. Prezzo L. 35.

Ecco la Prefazione che l'illustre Prof. S. La Franca si è compiaciuto scrivere per la presentazione di questo libro:

Le connessioni intime e complesse che esistono fra l'esplicarsi delle proprietà dinamiche del cuore, l'attività dei vasi e il sistema ner-

voso della vita vegetativa ne pongono in prima linea l'importanza e prospettano il rapporto che passa fra il sistema degli increti e l'attività dell'apparato circolatorio.

I disturbi che possono determinarsi in tal rapporto possono essere primitivi o secondari, isolati o facenti parte di un quadro morboso di diversa natura e di diversa localizzazione organica.

Complessi quindi e di grande interesse clinico appaiono, e sono di fatto, i problemi che riguardano l'argomento, ed è stato molto lodevole ed opportuno il proposito del prof. Alzona, dell'Istituto di Patologia Medica di Genova, di affrontare il compito in tutti gli aspetti, apportandovi tutta la sua passione di studioso ed una obbiettiva disamina delle varie questioni.

L'A. tratta le varie questioni con chiarezza e con semplicità di esposizione, e con sufficienti e bene scelte notizie bibliografiche, senza un inutile e dannoso sovraccarico di citazioni. Ed è anche molto lodevole la prudenza che dimostra nelle conclusioni da trarre che, pur seguendo un indirizzo personale, non si perdono in avventate affermazioni di vedute unilaterali.

Bisogna riconoscere questi meriti alla monografia e raccomandarla.

Palermo.

S. LA FRANCA.
Direttore del R. Istituto di Patologia Medica.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

W. KREMER. *Die Entwicklung der Lungentuberkulose des Erwachsenen.* Thieme, ed., 1936, vol. di pag. 40 con 55 figure. 4 R. M.

Poche pagine di testo, molti schemi e radiogrammi adatti ad illustrare in modo schematico quella che va sotto il nome di *tubercolosi dell'adulto*. Prendendo le mosse dal focolaio primario, l'A. schematizza il modo di insorgere e di svilupparsi della tubercolosi: dallo stadio di infezione primaria allo stadio di generalizzazione. Secondo l'A. come tubercolosi dell'adulto si intende la forma produttiva cirrotica tubercolare uni- o bilaterale con o senza caverna localizzata specialmente negli apici e nei lobi superiori: gli schemi e i radiogrammi vogliono essere la dimostrazione di quanto l'A. riassume sistemando la materia in tavole schematiche e in radiogrammi praticati in serie.

E. MILANI.

K. LINDBLOM. *A roentgenographie Study of the vascular channels of the Skull.* XXX supplemento degli Acta Radiologica. Stoccolma, 1936, corone sved. 10, pag. 46, fig. 154.

L'A. riassume tutta la roentgen-anatomia normale dei canali vasali del cranio: la circolazione cranica può essere oggi studiata in tutti i suoi dettagli e se la encefalo-ventriculografia e l'arteriografia hanno distratto i radiologi da questo studio, sta di fatto tuttavia che è necessario oggi al radiologo non solo conoscere il modo come si presentano i canali vasali all'indagine radiografica ma anche conoscere le variazioni anatomiche per non fare confusione con possibili lesioni patologiche.

A questa parte normale l'A. aggiunge un notevole contributo riguardante le variazioni di questi canali vasali in caso di tumori intracranici.

Lo studio di Lindblom (che appartiene alla Scuola di Forsell) risulta di indubbia importanza per il radiologo.

E. MILANI.

FITTIPALDI U. E. *I sedimenti urinari.* Vol. in-8° composto di 60 tavole a colori e in nero. Ed. Idelson, Napoli, 1936. L. 70.

Il libro comprende una introduzione di venti pagine circa e 60 tavole a colori e in nero, in cui sono rappresentati gli elementi del sedimento urinario. Ogni tavola è accompagnata da chiari cenni illustrativi, che completano la precisazione degli elementi morfologici descritti, ne indicano il significato e l'origine, completano il quadro differenziale tra elementi simili.

Nella prefazione l'autore insiste sulla delicatezza dell'esame del sedimento urinario e sulla utilità diagnostica di questa indagine; richiama l'attenzione sulla competenza e serietà che tale indagine esige, consiglia l'esame sistematico del sedimento colorato. Per la colorazione dei sedimenti l'A. consiglia un metodo personale da lui applicato da molti anni con costante successo.

Le tavole a colori sono veramente molto belle e chiare; l'A. ha raggruppato gli elementi del sedimento per categoria (epiteli, cilindri, cristalli) e non per quadri morbosi (nefrosi, nefrite acuta ecc.) onde mettere l'analista in grado di costruire caso per caso la diagnosi urologica, interpretando il valore di ogni singoio elemento presente nel sedimento urinario in esame.

Nel complesso l'opera dell'A. è di alta utilità pratica: ogni analista potrà trovarvi consiglio e guida per risolvere le quotidiane difficoltà della diagnostica urologica.

M. COPPO.

Atti dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Vol. VIII, di pag. 205. Roma, 1936. Prezzo L. 50.

Le pregevoli memorie contenute in questo volume riguardano essenzialmente problemi attuariali ed economici; alcune hanno anche un interesse generale, come quelle sulla Impossibilità di accertare le cause delle depressioni

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

economiche (F. Vinci) e sulla Produzione dell'oro ed il livello dei prezzi (A. Degli Espinosa). Di particolare importanza per i medici è la vasta memoria di A. Lutrario sulle visite periodiche nell'età giovane, in cui sono messe in luce le provvidenze adottate in Italia per tali visite, che sono di grande importanza per il benessere individuale e sociale. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Veneziana

Seduta del 20 giugno 1936.

Presidente: Prof. JONA.

Cancrocirrosi del polmone.

Prof. G. JONA. — L'O. riferisce sopra un caso di cancro del polmone, occupante un terzo del lobo superiore di destra, mentre tutto il residuo parenchima dell'intero organo era sede di una intensa cirrosi: si accompagnava una intensa pachipleurite adesiva totale. Nessuna metastasi neppure nei gangli.

La malattia era durata due anni: il cancro potè essere diagnosticato con sicurezza fin dall'inizio, essendosi presentata fin d'allora con sindrome mediastinica, rendendosi così anche sicuro il concetto che, in questo caso, il cancro aveva preceduto la cirrosi.

Il caso non è isolato, ma deve considerarsi esponente (particolarmente significato per la intensità di processo) di un intero gruppo di casi al quale l'O. vorrebbe assegnare il nome di *cancrocirrosi del polmone.*

L'analogia col *cancro-cirrosi del fegato* è notevole, ma non completa. Per ora è prematuro considerare il problema, dei rapporti cronologici e patogenetici tra i due processi canceroso e sclerosante del c. del polmone; problema che è pure importantissimo nei riguardi della profilassi di questa forma, di cui è dimotrata la crescente diffusione.

Ma a trattare di ciò, occorrono altri punti di vista. In questo momento, l'O. deve soltanto fissare l'attenzione sulla possibilità di isolare questa varietà di cancro polmonare, la quale è così individuata:

Anatomicamente: deformazione, retrazione, impiccolimento totale dell'organo; pachipleurite totale, superficiale e interlobare; cirrosi di tutto l'organo mentre il neoplasma è relativamente piccolo, alterazioni istologiche intense, diffuse, col quadro più tipico dei processi sclerosanti del polmone.

Clinicamente: imponente retrazione dell'emitorace colpito, dalla compromissione relativamente rapida di tutto l'organo, così da risultarne una sintomatologia diffusa, nella quale semeioticamente e radiologicamente, diventa impossibile precisare dove è il tumore e dove è il processo sclerosante, segní precisi di ispessimento totale della pleura con costante assenza di versamento liquido; carattere poco cachetizzante e relativamente lungo dell'andamento; assenza di metastasi.

La conoscenza esatta di questa varietà del c. del p. serve non solo a renderne più completo il capitolo, ma anche a facilitarne, in determinate condizioni, la diagnosi precoce.

Discussione: proff. FABRIS, PASINETTI, FORNI, JONA.

Rendiconto clinico operativo del primo anno di attività.

Prof. A. ROMANI. — L'O. riassume in rapida sintesi il lavoro eseguito nella Divisione Chirurgica da lui diretta nel suo primo anno di attività presso l'Ospedale di Venezia.

Durante questo anno furono ospitati nella Divisione 1081 pazienti e furono eseguiti 577 interventi di cui 312 laparotomici.

Segue quindi l'enunciazione numerica degli interventi eseguiti in due tabelle di cui una comprende le laparotomie, l'altra gli interventi non laparotomici.

Ad esse fanno seguito considerazioni critiche d'ordine clinico e di tecnica chirurgica.

Discussione: proff. FORNI, JONA.

Climatologia collinare.

Dott. D'ARMAN. — L'O. ricorda le caratteristiche e le indicazioni terapeutiche del clima collinare, e annuncia la costituzione di un centro di ricerche climatologiche presso Conegliano.

Reazione col balsamo del Perù colloidale nel l. c. s.

Dott. MARZOLLO. — L'O. espone un nuovo metodo di reazione colloidale, per la diagnosi di lue nel liquor c. s. (balsamo del Perù), che presenta dei vantaggi sui metodi colloidali di uso corrente.

Il Segretario.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta straordinaria del 12 giugno 1936.

Presidente: Prof. B. LUNGHETTI.

Contributo allo studio della porpora vescicale.

Dott. O. CARERE COMES. — L'O. riferisce brevemente le alterazioni morbose riscontrate nella parete vescicale in 5 casi nei quali esistevano in quella lesioni tali che facevano supporre l'esistenza di piccole emorragie.

Da queste osservazioni è risultato come il fatto è piuttosto frequente, e come esso solo di rado è il portato di vere emorragie, in quanto più spesso si tratta di piccole ectasie di vasi sanguigni. Questi sono apparsi in preda ad alterazioni varie che l'O. si propone di studiare nella genesi e nelle parvenze morfologiche.

La doppia somministrazione galattosio-glucosio nei cirrotici.

Dott. B. DELLA MAGGIORE e dott. B. MARTINOTTI. — Gli OO. si sono proposti di studiare il fenomeno di Weltmann (diminuita eliminazione del galattosio per contemporanea somministrazione di glucosio) in un gruppo di cirrotici, confrontando i dati ottenuti in questi pazienti con quanto si osserva nei normali.

Dall'esperienza degli OO. risulta che gli individui affetti da cirrosi epatica si comportano di fronte al fenomeno in parola in un modo del tutto simile a quello che si verifica nel normale.

Questa constatazione permette di affermare:

1) che il fegato sembra avere scarsa importanza nel meccanismo del fenomeno di Weltmann; 2) che detto fenomeno non può essere preso come prova di funzionalità epatica.

Sulla reazione iperglicemica da somministrazione orale di zuccheri.

Dott. B. DELLA MAGGIORE. — L'O. dopo aver ricordato le principali teorie sulla interpretazione della reazione iperglicemica da somm. orale di zuccheri, e dopo avere detto dei risultati di sue precedenti ricerche sulla iperglicemia da galattosio passa ad esporre la nuova tecnica ed i risultati ottenuti nello studio del fenomeno per ciò che si riferisce all'interpetrazione dell'iperglicemia da somministrazione orale di glucosio.

La ricerca dell'antigene Vi in ceppi di B. di Eberth di varia provenienza.

Prof. G. BUONOMINI. — L'O. a mezzo di prove di agglutinazione con sieri puri anti-*O* e anti-*Vi* ha potuto dimostrare l'antigene *Vi* in 33 su 70 ceppi tifici esaminati e confermare la relazione di questo con la virulenza per il topolino. L'antigene *Vi* è stato ritrovato con maggior frequenza nei ceppi di recente isolamento (28 su 51) e sopratutto negli stipiti che si erano dimostrati insensibili o parzialmente sensibili alle agglutinine *O* (29 su 35).

Le prove di virulenza hanno dimostrato la scarsa azione patogena di ceppi che le prove sierologiche avevano definito poveri del ricettore *Vi*.

La elettività del terreno di Wilson Blair in confronto con le prove biochimiche sierologiche nella diagnostica del B. di Eberth.

I. STRAUSS. — L'O. al fine di garantirsi della purezza di un notevole numero di ceppi tifici isolati di recente da vari materiali patologici ha provveduto a isolamenti selettivi su piastra di terreno Wilson Blair. Su 109 stipiti presi in considerazione ben 105 crebbero su terreno di Wilson e dimostrarono i caratteri fermentativi e sierologici tipici del B. Eberth; dei 4 che non vi si erano sviluppati 2 risultarono B. coli e 2 fecalis alcoli genes.

L'O. fa alcune considerazioni sull'utilità che la spiccata elettività di tale terreno può avere nella diagnostica del B. tifico.

Il Segretario.

Sezione Laziale della Società Italiana di Gastro-Enterologia

Seduta del 17 aprile 1936.

Presidente: prof. U. ARCANGELI.

Su tre casi di peritonite da causa non comune.

F. STIPA. — L'O. illustra tre casi di peritonite diffusa risultanti rispettivamente da una perforazione da ascaridi, da diffusione nel peritoneo di un ascesso pararenale e infine da un pezzo di legno causalmente capitato nel tubo digerente. Sulla guida di questi casi clinici l'O. si sofferma a parlare delle varie cause di peritonite.

Iconografia radiologica delle varici esofagee.

E. MILANI. — L'O. dimostra la possibilità delle diagnosi di varici esofagee a mezzo dell'esame radiologico. L'esame però deve essere minuzioso ed attento. Presenta un numero notevole di lastre radiologiche da cui risulta la possibilità diagnostica suddetta.

Contributo allo studio radiologico del cancro del ceco.

B. ALLIONI. — L'O., sulla scorta dell'abbondante materiale accuratamente raccolto nel Padiglione radiologico del Littorio, diretto dal prof. Milani, passa in rapida e lucida rassegna tutto quanto si riferisce allo studio radiologico del cancro del ceco. A corredare le sue affermazioni presenta numerosi radiogrammi da cui risulta chiaramente la possibilità di diagnosticare una lesione neoplastica del ceco purchè non vengano trascurati alcuni elementi diagnostici differenziali di grande importanza.

Una lesione rara del neostoma dopo gastro-enterostomia

E. GIUPPONI. — L'O. cita ed illustra un caso capitato alla sua osservazione di un soggetto già operato di gastroenterostomia, il quale è stato nuovamente ricoverato in ospedale per disturbi del tubo digerente. L'esame radiologico mette in evidenza un'imagine diverticolare opaca, dolente, dai radiologi interpretata come ulcera peptica. All'atto operatorio si constata trattarsi di una formazione che l'O. interpreta come un'ernia della mucosa digiunale attraverso la sieromuscolare lacerata nel primo intervento.

Seduta del 15 maggio 1936.

Presidente: Prof. C. FRUGONI.

I vomiti acetonemici negli adulti

U. ARCANGELI. — L'O. occupandosi in una lunga e minuziosa analisi, mette in rapporto i vomiti acetonemici degli adulti, come già in molti casi di vomiti acetonemici dei bambini, con la lues ereditaria di prima e seconda generazione. Questa sua patogenesi l'O. ricava da una casistica clinica discretamente numerosa che egli cita e da cui risulta il risultato efficace ottenuto dalle cure ex juvantibus.

Stenosi sotto epatica delle porte e del coledoco da periduodenite callosa post-ulcerosa.

TORRIOLI. — L'O. riferisce un caso di grandissimo interesse capitato alla sua osservazione di un soggetto portatore di ulcera gastrica silenziosa che progredendo dette luogo ad una periduodenite callosa con stenosi sottoepatica della porta e del coledoco. Dato il decorso e la sintomatologia il caso si è prestato ad una dotta discussione patogenetica ed anatomo-patologica.

I gas intestinali. Studio radiologico.

B. MARINI. — L'O. riferisce molto sommariamente quanto è noto sull'origine dei gas intestinali e sulle maniere più opportune per evitarne la formazione specialmente quando questi gas disturbano gli esami radiologici come frequentemente avviene nello studio dell'apparato urinario.

Alla fine della seduta il Presidente comunica che con questa di oggi si chiude la serie delle riunioni di gastro-enterologia per l'anno scolastico 1935-36. Le sedute saranno riprese in ottobre o novembre del nuovo anno accademico.

Il Segretario: A. BONADIES.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DIAGNOSTICA.

Il dramma epigastrico nelle pleuro-polmoniti acute.

M. A. Bernard (*Gazette des Hôpitaux*, 1 lug. 1936) descrive due casi nei quali il processo pneumonico esordì sotto forma di dolore epigastrico, difesa addominale, alvo chiuso, febbre, mentre la sintomatologia della polmonite si rese evidente in 2ª-3ª giornata. Approfitta di questi due casi per ricordare la diagnostica differenziale fra la perforazione intestinale e la sintomatologia addominale della polmonite.

Lesione addominale.	*Lesione toracica.*
Anamnesi.	
Indigestione, coliche, stipsi, diarrea.	Perfrigerazione, brivido, contagio.
Modo di insorgenza.	
Acuto, qualche volta senza febbre.	Acuto, sempre febbrile. Spesso brivido.
Collasso, sincope, vomito ripetuto.	Raramente vomito, mai ripetuto.
Dolori continui o parossistici irradiantisi verso il basso.	Dolore respiratorio.
Obbiettività.	
Facies peritoneale.	Facies accesa, erpes labialis.
Decubito orizzontale, cosce flesse.	Decubito spesso laterale o semiseduto.
Pelle normale o fredda; umidiccia, cianotica nella pancreatite acuta.	Pelle secca scottante.
Il rapporto $\frac{\text{Polso}}{\text{Respiro}} = 4\text{-}4\ 1/2.$	$\frac{\text{Polso}}{\text{Respiro}} = 2\text{-}3.$
Addome contratto in difesa invincibile.	Addome trattabile dopo palpazione prolungata.
Immobilità respiratoria addominale totale o parziale.	Modesta immobilità respiratoria dell'addome.
Dolore clavicolare o scapolare raramente sottoclaveare.	Dolore il più spesso sottoclaveare.
Iperestesia cutanea.	Non iperestesia cutanea.
Dolore addominale bilaterale.	Dolore ad un lato dell'addome.
Esplorazione rettale: dolore del Douglas, segni dello psoas, dell'otturatore, della dolorabilità del testicolo, qualche volta positivi.	Esplorazione rettale: negativa.
Radiologia.	
Pneumoperitoneo sotto forma di un arco chiaro sottodiaframmatico a malato in stazione eretta.	Non pneumoperitoneo.
Passaggio di pasto opaco attraverso la perforazione.	
Immobilità del diaframma.	Diaframma immobile dalla parte malata.
Non opacità pleuropolmonare.	Opacità totale o parziale di un lobo polmonare e spesso scomparsa del seno costo-diaframmatico.

L. Travia.

CASISTICA E TERAPIA.

Orticaria guarita in seguito ad appendicectomia.

Il problema dell'urticaria sembra strettamente legato a quello dell'anafilassi alimentare, come ha sostenuto recentemente anche M. Joltrain (*Gazette des hôpitaux*, 14 maggio 1936), sviluppando le idee di Widal e della sua scuola.

Due casi pubblicati da Leriche (*Presse méd.*, 6 giugno 1936) inducono a considerare il problema da un altro punto di vista: quello dell'influenza di un focolaio infiammatorio sull'insorgenza dell'orticaria e quello della possibilità di guarigione dopo l'eliminazione del focolaio.

Nel primo caso si tratta di una donna di 37 anni affetta da intolleranza alla carne, che si manifestava con orticaria generalizzata. Dopo due anni crisi appendicolare; l'intervento rivela un'appendice turgida, ripiena di pus. Da dodici anni la paziente non presenta più orticaria, ma da quattro anni ha accessi asmatici.

Il secondo è un caso di orticaria ed edema di Quincke della faccia che si presentano ogni volta che la paziente ingerisce della carne. Dopo sei mesi in seguito ad una crisi appendicolare si trova una appendice distesa, contenente del pus. Da dieci anni non si è più presentata orticaria.

E. Carlinfanti.

La scabbia nelle classi sociali benestanti.

È tutt'altro che infrequente il caso di misconoscere la scabbia quando vi si presenta un individuo delle classi sociali benestanti, che accusa un prurito ostinato; si tratta talvolta di persone, di cui sono note le abitudini di pulizia, che fanno anche il bagno tutti i giorni e l'idea radicata che la scabbia si trovi soltanto nelle classi sociali basse ed in ambienti sudici porta spesso ad errore di diagnosi. Ritengo perciò utile il segnalare le osservazioni di J. H. Stokes (*Journ. amer. med. assoc.*, 28 febbraio 1936) che riguardano 53 casi di scabbia fra le persone « dal cucchiaio d'argento » e della *élite* professionale ed intellettuale. Fra essi, 37 avevano consultato uno o più medici; 8 erano anzi veduti da dermatologi di grido ed in 5 erano state fatte diagnosi sbagliate (1 dello stesso A.). « Avrei pensato alla scabbia se si fosse trattato di uno del popolino », dice per lo più il medico di famiglia ed è appunto questa idea che conduce all'errore. In complesso, nella serie di questi casi, le diagnosi giuste fatte da 49 medici su 37 casi, sono state soltanto 10. Il danno dell'errore risulta evidente dal numero delle nuove infestazioni a cui i casi misconosciuti danno luogo e che furono 61 per 21 casi in cui si fece tale ricerca.

Un quarto dei casi venne riconosciuto dopo un mese, due terzi dopo tre mesi e 2 casi dopo oltre un anno. Un caso, non incluso nella serie, costituì il punto di partenza di una vera epidemia in una città della Florida, che venne attribuita ad un'intossicazione alimentare da cioccolato. Varie sono state le sorgenti incriminate nei diversi casi e fra di esse anche un albergo principesco. Curioso è il caso di un individuo che viaggiava per diporto, in cui era stata fatta diagnosi di ricaduta di sifilide secondaria; al ritorno in patria, dopo aver disseminato dovunque i suoi acari, una cura lo sbarazzò in pochi giorni di tutti i disturbi.

Fra le 33 diagnosi errate, predomina il prurito nervoso, ma ve ne sono state alcune che dimostrano l'imbarazzo del medico, che aveva prescritto lassativi, dieta speciale, ecc.

I criteri diagnostici più importanti sono: 1) l'esistenza dei solchi (ricercarli con una buona lente!) sulle mani, al pene ed ai capezzoli (talora l'unica sede nelle donne); 2) il prurito notturno; 3) la distribuzione dell'eruzione; 4) l'esistenza di un contatto o di un caso che sta all'origine.

La diagnosi può spesso essere resa difficile dalle complicazioni. *fil.*

Nell'iperidrosi ascellare.

Rebuffat (*Bruxelles-médical*, sett. 1935) consiglia:

Niente sottoascelle impermeabili. Lavatura con acqua saponata abbondante; asciugare bene e fare lozione con una soluzione di acido acetico al 3 % in acqua di Colonia; poi spolverare con:

Acido salicilico		g. 1
Acido tartarico		
Acido borico	ana	» 3
Ossido di zinco		
Rizoma di iris polv. . .	ana	» 45

Nel prurito vulvare.

H. Küstner (*Schweiz. med. Wochens.*, 28 marzo 1936) raccomanda l'irradiazione dei genitali esterni e della parte bassa dell'addome mediante la luce rossa; il prurito si calma dopo 1-3 irradiazioni. Nelle forme più lievi, possono riuscire utili gli unguenti (p. es. a base di percaina) oppure i lievi astringenti (formalina od alcool diluiti); evitare le polveri, che aumentano il prurito. *fil.*

La glicerina borica.

Molto usata nelle otiti esterne, lunghe e dolorose, essa tende a prolungare gli stati di rossore del timpano e del condotto uditivo, a causa della sua reazione acida. Basta sospenderla perchè tutto rientri in ordine, o meglio prepararla in modo che sia leggermente alcalina, oppure aumentarne il contenuto in glicerina, secondo la formula che consiglia Lavrand (*Journ. des praticiens*, 27 giugno 1936):

Borato di sodio	cg. 50
Glicerina	g. 10
Acq. distillata	g. 300

IGIENE

Immunizzazione contro la difterite con una sola iniezione di anatossina precipitata.

Numerosi Autori hanno segnalato la possibilità di effettuare la vaccinazione antidifterica con una sola iniezione di preparati ad alto valore antigene, basandosi sul fatto che l'aggiunta di allume all'anatossina difterica aumenta la proprietà immunizzante. B. Palaut, A. Gordine, e M. Mitelman hanno verificato l'efficacia di questo metodo sugli animali e sull'uomo (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, giugno 1936).

Sperimentalmente questo preparato aumenta la produzione di antitossine nelle cavie immunizzate e accresce la loro resistenza alle dosi massive di tossina difterica.

L'anatossina precipitata, che si ottiene aggiungendo allume all'anatossina difterica è un preparato innocuo la cui iniezione provoca, nei bambini di età differenti, reazioni analoghe a quelle che provoca la comune anatossina. Una sola iniezione di anatossina precipitata trasforma la reazione di Schick da positiva in negativa nel 94 % dei casi, ed eleva il titolo antitossico del siero dei bambini immunizzati ad 1 U. A. in 5-9 settimane.

L'anatossina precipitata, lasciata per 15 mesi alla temperatura di laboratorio, conserva il suo valore antigene. E. Carlinfanti.

MEDICINA LEGALE.

Provocazione artificiale degli accessi epilettici.

Può essere utile dal punto di vista medico-legale per decidere se il paziente sia realmente epilettico. O. Muck (*Münch. med. Woch.*, 20 dicembre 1935) consiglia, a tale scopo, di far sedere il paziente sopra una seggiola e di spruzzare del cloruro di etile sulla regione del polso di ambe le mani, per 20-30 secondi, sino a che si forma uno strato di neve. L'individuo normale non presenta alcun disturbo, mentre nell'epilettico, si hanno convulsioni, midriasi, perdita di coscienza, analogamente come nell'accesso comune. *fil.*

TECNICA.

La pratica della trasfusione di sangue.

A. Christ (*Brun's Beitr.* e *Schweiz. med. Wochens.*, 28 marzo 1936) descrive il metodo usato a Basilea, mediante un apparecchio consistente in un *termos* paraffinato, a doppia parete, contenente 10-20 cmc. di una soluzione di citrato di sodio al 10 %; il sangue viene mandato al paziente per mezzo di una specie di soffieria. Per la puntura della vena, viene usato l'ago di Staub, con diramazione laterale; raramente fu necessaria la sezione della vena.

La trasfusione è consigliabile, oltre che nelle gravi perdite di sangue, negli stati setticopiemici (osteomielite, setticopiemia, ecc.), nelle tossicosi (come salasso-trasfusione), nelle ustioni gravi, ecc.; sono state fatte delle prove anche nelle psicosi.

La quantità media trasfusa è stata di 480 cmc.

L'A. riferisce su 700 trasfusioni, di cui 597 senza disturbo di sorta; in 60 casi, si ebbe febbre, in 13 brividi, in altri orticaria ed emoglobinuria.

Ne costituiscono controindicazioni relative l'ipertonia, i vizi cardiaci scompensati, l'uremia (in cui può essere utile il salasso-trasfusione).

L'uso del sangue citratato è preferibile a quello del sangue integro, sia perchè si evita ogni pericolo di coagulazione, sia per la rapidità, sia infine anche per considerazioni psicologiche. Non è affatto provato che tale pratica porti a pericoli maggiori che con il sangue integro. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Ormoni estrogeni e sarcoma dei topi.

Le affinità fra le sostanze estrogene, quelle cancerogene e gli steroli sono molto interessanti, e numerosi studi moderni hanno sempre più dimostrato la complessità di queste relazioni, e, certo, un argomento della più grande attualità è la proprietà cancerogena delle sostanze del gruppo dell'estrina. W. U. Gardner (*Arch. of Path.*, aprile 1936) ha potuto provocare la comparsa di un sarcoma, nel punto di iniezione di sostanze estrogene in topi maschi, appartenenti a 2 differenti covate di una razza selezionata suscettibile ai tumori.

A ciascun animale furono iniettate per via sottocutanea, 10 unità ratto di *Telina*, giornalmente, per un periodo da 68 a 102 giorni, seguiti da una iniezione settimanale di 500 unità internazionali di benzoato di cheto estrina, per un periodo da 12 a 25 settimane. Questi sarcomi crebbero rapidamente nei topi così trattati, e così quelli impiantati in altri topi della stessa razza selezionata. Trapianti fatti in topi di razza diversa non attecchirono, ma attecchirono in animali appartenenti a razze con lontani legami di origine con quelle originarie. L'esame istologico dei tumori primari e di quelli da trapianto mostrò trattarsi di sarcomi a cellule fusate in stato di attiva proliferazione, e con presenza occasionale di cellule giganti. I tumori erano molto vascolarizzati, con aree di edema e di necrosi, e di infiltrazione leucocitaria.

Il neoplasma invadeva i tessuti sani; ma non si sono osservate metastasi.

Questi risultati sono importanti perchè fin ad ora si era dimostrata l'azione delle sostanze estrogene solo sugli epiteli, e son ben noti gli studi degli effetti sull'epitelio mammario di dette distanze. Sembra quindi che queste, sotto ancora mal definite condizioni, possano avere un effetto stimolante sia sugli elementi mesodermici che epiteliali, sì da dar luogo allo sviluppo di un vero neoplasma, nello stesso modo delle così dette sostanze cancerogene.

Zito.

VARIA

Alcune osservazioni sull'impiego di foglie di Fico d'India (Opuntia) come larvicida.

In Algeria sono stati fatti degli esperimenti sul potere larvicida delle foglie di Opuntia, e, pare, con buoni risultati. Le foglie sono state sminuzzate e poste nell'acqua, oppure semplicemente tagliate in grosse fette. Si è detto che questo trattamento di acque infestate da larve, ha lo stesso valore dell'impiego del petrolio.

F. F. Cawston (*The Journ. of Trop. Medic.*, giugno 1936) ha ripetuto questi esperimenti, ed ha anche usato il succo espresso dalle foglie, con i seguenti risultati: anzitutto la mucilagine ottenuta dalle foglie solo per poco tempo resta alla superfice; ed avendo un peso specifico (1,005) superiore a quello dell'acqua va a fondo ed in parte vi si mescola; per questo il suo potere larvicida è limitato. Usato in forte concentrazione uccide solo le larve giovani, ma è senza azione su quelle più adulte e sulle pupe. La sua azione sembra essere semplicemente meccanica. Zito.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la disciplina della stampa medica.

Il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, sempre più convinto che fra le sue missioni vi sia quella di elevare la cultura del medico, d'accordo con la Confederazione Professionisti ed Artisti, crede sia giunto ormai il tempo di risolvere il difficile e delicato problema della Stampa medica. Su questo argomento più volte dovremo ritornare e già fin d'ora il Direttorio Nazionale dichiara che sarà grato a tutti coloro che vorranno portare il loro contributo alla soluzione del grave problema.

Tendenza nostra deve essere quella di aiutare il miglioramento di alcuni giornali che da buoni dovranno divenire ottimi e, per quanto sarà possibile, di favorire la fusione di molti altri giornali che si occupano della medesima materia per formarne pochi ma vitali così da poter sicuramente compiere la loro funzione culturale in Italia e la diffusione della nostra cultura all'estero.

Questo Sindacato Nazionale ha creduto perciò di dover adunare una Commissione alla quale hanno aderito non solo il presidente della Confederazione Professionisti ed Artisti, ma anche i rappresentanti del Ministero delle Corporazioni, dell'Educazione Nazionale e della Stampa e Propaganda.

Dopo viva discussione si addivenne al concetto di costituire nel Sindacato Medico una Commissione della Stampa Medica collegata ad apposita Sezione tecnica del Sindacato Nazionale della Stampa. I diversi Ministeri stanno studiando l'argomento che sarà di prossima risoluzione.

Ad ogni modo pubblichiamo in calce la circolare già emanata dal presidente della Confederazione Professionisti ed Artisti, on. Pavolini.

Molti medici hanno espresso il desiderio che il giornale « Le Forze Sanitarie » metta in evidenza la produzione medica italiana che purtroppo è dispersa in un numero così grande di giornali da non poter essere seguìta dagli studiosi: lo proibisce il fattore economico ed il fattore tempo.

Per assecondare questo desiderio e per diffondere all'estero la produzione medica nazionale, in attesa di provvedimenti ulteriori, il Sindacato Nazionale Medici ha deciso di sostituire per ora la rubrica Autoriassunti con un'ampia Rivista di tutti i lavori italiani meritevoli di segnalazione. Queste riviste potranno essere talvolta redatte con spirito critico: il lavoro sarà iniziato col mese di agosto.

N. B. — Prego tutti i direttori che ancora non avessero inviato il loro giornale al Sindacato Nazionale, di volerne attuare l'invio. La Commissione della Stampa desidera ricevere anche i giornali di scienza pura, desiderando fare anche di essi largo riassunto.

E. MORELLI.

Circolare n. 862/3 della Confederazione Fascista dei Professionisti ed Artisti, in data 6 luglio 1936-XIV, diretta ai Segretari e Commissari dei Sindacati Nazionali dipendenti e per conoscenza ai Presidenti delle Unioni Provinciali:

Questa Confederazione ha riscontrato da tempo la necessità di promuovere l'emanazione di adeguati provvedimenti legislativi al fine di riordinare e disciplinare in generale tutta la stampa tecnica scientifica, dal punto di vista scientifico culturale.

A tal fine è stata tenuta presso il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici una riunione, con la partecipazione dei rappresentanti dei Ministeri delle Corporazioni, dell'Educazione Nazionale e della Stampa e Propaganda e di un rappresentante del Sindacato Nazionale Giornalisti.

La riunione ha approvato all'unanimità una proposta, presentata dal rappresentante della Confederazione, che tiene conto non solo degli interessi dei medici ma anche di quelli di tutte le altre categorie che esplicano una attività scientifica e che hanno comunque interesse di veder disciplinate le pubblicazioni scientifiche culturali. Le proposte stesse sono state poi approvate dalla Giunta Confederale.

In particolare si è approvato di proporre la costituzione, in seno al Sindacato Nazionale Giornalisti, di una sezione scientifica della quale dovrebbero far parte tutti i gerenti responsabili dei periodici non politici.

La Sezione, ai fini sindacali, dovrebbe essere razionalmente suddivisa in gruppi, a seconda della particolare specifica attitudine scientifica svolta dal periodico.

In secondo luogo è stata ravvisata l'immediata necessità di iniziare una classificazione delle pubblicazioni scientifiche, allo scopo di distinguere quelle prettamente scientifiche dalle altre a carattere più o meno pubblicitario e commerciale.

A tal fine si è ritenuto opportuno ed utile, in un primo tempo, ricorrere per tale classificazione ai criteri adottati dai Comitati per la tenuta dell'Albo dei Giornalisti all'atto del riconoscimento della gerenza, in attesa di precise disposizioni legislative in materia e per procedere fin d'ora, « grosso modo », alla divisione delle pubblicazioni attualmente esistenti.

Allo scopo poi di disciplinare nel suo complesso la materia, ed in linea definitiva, con provvedimento legislativo, si è proposto di istituire, presso il Ministero della Stampa e Propaganda, un Comitato permanente con tre rappresentanti dei Sindacati nazionali di categoria interessati all'attività scientifica esplicata dal periodico, e rappresentanti dei Ministeri delle Corporazioni e dell'Educazione Nazionale, della Confederazione Professionisti ed Artisti, del Sindacato Nazionale Giornalisti e del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il Comitato dovrebbe avere il compito di decidere (la prima volta entro il mese di gennaio dopo la sua istituzione, all'atto della rinnovazione delle gerenze e negli anni avvenire nella stessa epoca per le eventuali revisioni) la classificazione dei

periodici quali scientifici o meno; la eventuale soppressione di taluni di essi, non rinnovando la gerenza o l'eventuale invito a fusioni con la concessione delle gerenze stesse. Ogni decisione dovrebbe aver luogo sentito il parere del Sindacato Nazionale di categoria competente.

Il Comitato potrebbe avere il compito di segnalare per aiuti finanziari le pubblicazioni scientifiche ai varî Sindacati Nazionali interessati e all'Accademia d'Italia.

Tanto si comunica per opportuna norma e conoscenza delle SS. LL., con riserva di diramare in merito quelle direttive, che appariranno più opportune nello svolgimento del lavoro e per la parte che si riferisce alla categoria professionale rappresentata, in attesa dei provvedimenti legislativi sollecitati. *Il Presidente*: PAVOLINI.

(Da « Forze Sanitarie », 31 luglio 1936-XIV).

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Croce Rossa Italiana.

Con decreto ministeriale viene così fissato per il biennio 1936-37 il numero di aventi obblighi militari arruolabili nel personale mobilitabile della Croce Rossa:

a) ufficiali del R. esercito di categorie in congedo, n. 2500;

b) sottufficiali e militari di truppa, n. 40.410.

Possono essere arruolati nel personale direttivo fino ad un massimo complessivo di n. 5539 unità e purchè in possesso dei requisiti:

a) gli ufficiali in congedo del R. esercito che:

appartengano alle sole categorie di complemento e di riserva;

abbiano raggiunto il 45° anno di età;

non siano ufficiali superiori medici o chimici farmacisti appartenenti a classi per unità di prima linea;

non siano ufficiali superiori chimici farmacisti appartenenti a classi per unità ausiliarie;

b) i sottufficiali e militari di truppa in congedo, scelti tra quelli di cui al precedente art. 1 lettera *b*), che abbiano compiuto il 40° anno di età e non oltrepassato il 55°.

Possono essere arruolati nel personale di assistenza (ruolo normale) della C. R. I. — fino al raggiungimento della quota di 40.410 uomini messa a disposizione — i rimanenti sottufficiali e militari di truppa in congedo, che abbiano compiuto il 40° anno di età e non oltrepassato il 55° e posseggano i requisiti richiesti dal citato R. decreto 10 febbraio 1936-XIV, n. 484.

Cronaca del movimento professionale.

La disciplina degli incarichi professionali nelle pubbliche amministrazioni.

Circolare n. 867/3 della Confederazione Fascista dei Professionisti ed Artisti, in data 22 luglio 1936-XIV, diretta ai Segretari e Commissari dei Sindacati Nazionali dipendenti e a tutti i Presidenti delle Unioni Provinciali:

Con riferimento alla circolare 8 ottobre 1934, n. 605/S., relativa a incarichi professionali da parte delle pubbliche amministrazioni, si comunica che la Presidenza del Consiglio dei Ministri, interessata insistentemente da questa Confederazione per l'emanazione di norme più precise in merito, a fatto presente di aver diramato a tutti i Ministeri la circolare, che qui integralmente si riporta:

« La circolare 3 settembre 1934, n. 2199, di questa Presidenza stabilisce che gli incarichi di carattere tecnico, legale o sanitario possono essere conferiti dalle pubbliche amministrazioni soltanto a quei professionisti che, oltre ad appartenere alle rispettive organizzazioni sindacali giuridicamente riconosciute, siano in possesso del requisito dell'iscrizione al P. N. F.

In relazione a detta norma ed al fine di evitare diversità di criteri nell'applicazione della norma stessa, si comunica, presi ordini superiori, che le pubbliche amministrazioni debbono, prima di conferire gli incarichi di cui sopra, richiedere alle competenti Associazioni sindacali di liberi professionisti elenchi di persone iscritte nei rispettivi albi ed appartenenti al P. N. F., tra le quali le amministrazioni stesse possono scegliere i nominativi occorrenti.

Si ritiene opportuno far presente che le disposizioni in parola riguardano soltanto gli incarichi che le Amministrazioni, al pari di qualsiasi altro Ente o privato, conferiscono saltuariamente a liberi professionisti senza quindi che si costituisca con essi un vero e proprio rapporto di impiego ancorchè temporaneo. La costituzione di tale rapporto è invece subordinata all'osservanza delle norme di carattere generale vigenti in materia e di quelle particolari esistenti eventualmente per ciascuna amministrazione.

Nel portare quanto sopra a conoscenza di codesto on. Ministero anche per le opportune istruzioni agli Uffici di enti dipendenti, si gradirà un cenno di assicurazione ».

Nel segnalare quanto precede, questa Confederazione, riferendosi anche alle disposizioni del Foglio d'ordini del P. N. F. del 14 novembre 1934, raccomanda di voler entrare in diretto contatto con le Amministrazioni interessate, allo scopo di concretare accordi precisi in fatto di incarichi professionali. *Il Presidente*: PAVOLINI.

Per gli ex combattenti.

Con R. Decreto-Legge 2 giugno 1936-XIV, n. 172, comparso nella « Gazzetta Ufficiale » n. 148 del 27 giugno 1936, le disposizioni in vigore, recanti aumento dei limiti di età e diritti preferenziali nei pubblici concorsi e benefici economici di carriera, secondo i rispettivi ordinamenti, a favore dei personali delle Amministrazioni dello Stato e degli Enti pubblici locali e parastatali, che prestarono servizio militare in zona di operazioni durante la guerra 1915-18, si applicano anche ai cittadini che hanno partecipato nei reparti mobilitati delle Forze Armate dello Stato alle operazioni militari svoltesi nelle Colonie dell'Africa Orientale dal 3 ottobre 1935 al 5 maggio 1936-XIV.

Il Decreto è entrato in vigore dal giorno successivo a quello della pubblicazione nella « Gazzetta Ufficiale » e sarà presentato al Parlamento per la conversione in legge.

CONCORSI.

RR. Prefetture.

POSTI VACANTI.

FOGGIA. — Concorsi per titoli a due posti di medico-condotto presso i Comuni di: CANDELA, stipendio annuo L. 9000, con 4 aumenti quadriennali del decimo; S. FERDINANDO DI PUGLIA, stipendio annuo L. 9000, con 5 aumenti quadriennali del decimo. Scadenza 31 agosto.

SIRACUSA. — Concorso per due posti di medico-condotto: nel Comune di FRANCOFORTE, stipendio L. 10.000 annue, con 4 aumenti quadriennali del decimo; uno nel Comune di SIRACUSA (frazione Priolo), stipendio L. 10.000 annue, con 4 aumenti come sopra; indennità di servizio attivo di L. 900. Scadenza 25 ottobre.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

BRESSANONE (*Bolzano*). — La locale Casa di Cura per malattie di petto, cerca subito assistente medico. Per informazioni rivolgersi al Comune di Bressanone.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso per esami a 60 posti di Assistente Medico-Chirurgo; L. 4500 e indennità c.-v.; riduzioni e trattenute di legge. Età limite 30 anni. Tassa L. 50 al Tesoriere del Pio Istituto. Scad. 30 settembre. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Stefano Burnet è nominato direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi, quale successore del dott. Carlo Nicolle.

NOTIZIE DIVERSE

4° Congresso internazionale di anatomia.

Il IV Congresso Federativo internazionale di anatomia avrà luogo in Milano dal 3 all'8 settembre.

I lavori del Congresso si svolgeranno contemporaneamente in due Sezioni:

1) Istologia, Istofisiologia, Embriologia descrittiva e sperimentale;

2) Anatomia macro- e microscopica.

Le sedute scientifiche saranno tenute nell'Istituto Anatomico (via Mangiagalli 31) e nell'Istituto di Medicina Legale (via Mangiagalli 37). Le lingue ufficiali del Congresso sono l'italiano, la francese, l'inglese e la tedesca.

La quota d'iscrizione è fissata in lire italiane 100 e in lire 50 per ciascun membro della famiglia che accompagna il congressista. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria generale del Congresso, Milano, via Luigi Mangiagalli 31.

Elargizioni della Cassa malattie di Trieste.

Il Consiglio d'amministrazione della Cassa provinciale di malattia di Trieste ha deliberato di solennizzare la fondazione dell'Impero con alcuni provvedimenti tra cui la Istituzione di un fondo perpetuo di rendita italiana 5 per cento, destinando i frutti allo scopo di premiare annualmente una o due opere che trattino problemi di medicina o di assicurazione sociale, con particolare riguardo all'assicurazione dei lavoratori contro le malattie; l'attuazione di un gabinetto psicotecnico presso la sede centrale di Trieste; l'attuazione di un nuovo impianto radiologico presso la sede centrale di Trieste; l'ampliamento della sede dell'agenzia di Monfalcone, con la costruzione di una nuova ala dell'edificio attuale, per sistemare gli ambulatori specialistici; l'ampliamento dell'ospedale V. E. III di Muggia, con la costruzione di una nuova ala dell'edificio attuale; la costruzione di un padiglione ad uso d'ambulatorio nella zona di Sagrado; la costruzione di un padiglione ad uso d'ambulatorio nella zona di Ruda.

Completamento dell'Ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze.

Presieduta dal Prefetto, presenti il Federale, il Podestà ed altre personalità, ha avuto luogo un'adunanza nella quale si è discusso il completamento dell'ospedale di Santa Maria Nuova nei nuovi locali di Careggi. I convitati si sono dichiarati d'accordo nella assoluta necessità di addivenire alla sistemazione di speciali reparti adatti ad ospitare le malattie infettive e quelle d'orecchio, naso e gola.

Ciclo di conferenze del prof. Carlo Foà in Brasile ed in Argentina.

È partito il 6 agosto per il Brasile e per l'Argentina il prof. Carlo Foà, fisiologo generale della R. Università di Milano.

Egli è latore di un messaggio che Guglielmo

Marconi, nella sua qualità di Presidente dell'Associazione Amici del Brasile, invia all'Associazione brasiliana degli Amici dell'Italia.

Il prof. Foà leggerà anche ai medici brasiliani ed ai colleghi nazionali residenti in Brasile un cordiale messaggio dell'on. prof. Eugenio Morelli, segretario del Sindacato nazionale dei medici fascisti.

Invitato dagli istituti di alta cultura di Rio de Janeiro e di San Paolo, l'illustre fisiologo svolgerà alcune conferenze ai medici su argomenti strettamente scientifici e presso gli istituti fascisti di cultura per le comunità italiane residenti in Brasile, terrà altre conferenze intese a far meglio conoscere l'Opera Nazionale Balilla, l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, l'organizzazione sanitaria dell'Impero etiopico ecc. Queste conferenze saranno illustrate da filmi che S. E. Alfieri, Ministro per la Stampa e la Propaganda, ha messo a disposizione del prof. Foà per il tramite della R. Ambasciata d'Italia a Rio.

Il prof. Foà è stato anche invitato dall'Istituto argentino di cultura italica a tenere un ciclo di conferenze alle Università di Buenos Aires, di Cordova e di La Plata.

Un po' dovunque.

Con R. Decreto 9 luglio 1936-XIV, è stata conferita al tenente medico di complemento di Torino Luigi Mollo, la medaglia di bronzo al valor militare con la seguente motivazione:

« Dava continuo e costante esempio di alte virtù civili, militari e di valore personale riuscendo, in condizioni estremamente difficili e sotto il fuoco nemico, a salvare numerose vite umane. Nobile esempio di medico e di soldato ». — Zeban Chercheta - Monte Lata 20-21 gennaio 1936-XIV - Addi Subbahà 28-29 gennaio 1936-XIV - Mai Ceu 31 marzo 1936-XIV.

La Società farmacologica tedesca terrà la 13ª adunanza dall'1 al 5 settembre in Giessen. Rivolgersi al prof. Behrens, Pharmakologisches Institut, Hospitalstr. 20, Kiel.

La Società dei naturalisti e medici tedeschi terrà la 94ª riunione dal 20 al 23 settembre in Dresda, come abbiamo già annunziato. In collegamento con essa, molte altre Società sono convocate: patologica tedesca, di medicina legale e sociale, per lo studio dei gruppi sanguigni, per la storia della medicina, di lotta contro il reumatismo, Röntgen tedesca, di roentgenologia.

Il 1° Congresso Röntgen austriaco è indetto dal 5 all'8 settembre in Vienna, sotto la presidenza del prof. Robert Kienböck. Per informazioni rivolgersi al Zentral-Röntgen-Institut, Allg. Krankenhaus, Ausserstrasse 4, Wien IX.

Il 3° Congresso della Società Medico-Chirurgica degli Abruzzi, che doveva aver luogo a Pescara nel prossimo settembre, è stato rinviato al 1937, con deliberazione della Presidenza, ratificata dal Segretario del Sindacato Nazionale Medico Fascista.

La Società d'ostetricia e ginecologia della Sicilia Occidentale si è adunata a Palermo il 18 luglio, sotto la presidenza del prof. R. Bompiani, assistito dal segretario dott. M. Aglialoro. Sono state fatte comunicazioni dai soci: M. Ciulla, R. Bompiani, L. Zancla, A. Aglialoro, G. Panzeca - U. Santomauro.

La Sezione Pugliese della Federazione It. Naz. Fascista per la lotta contro la Tbc. si è adunata il 26 marzo, sotto la presidenza del prof. L. Ferrannini, assistito dal segretario prof. L. Quaranta. Sono state fatte comunicazioni dai proff. P. Stefanutti e L. Quaranta.

La Società Medica del Friuli si è adunata il 25 giugno, sotto la presidenza del prof. A. Varisco, assistito dal segretario dott. G. Minciotti. Hanno fatto comunicazioni i soci: S. Menghetti, G. Pieri, G. Pieri - L. Mengarelli, P. G. Cantele, L. Mengarelli, M. Miani.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 30 giugno, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Opocher, Tramontini, Vascellari, Rossi, Coletti.

Il chirurgo americano Jacob Sarnoff, direttore del Reparto Chirurgico dell'Israel Hospital di Brooklin (New York), ha tenuto una conferenza nella R. Clinica chirurgica di Roma, affollata di medici e studenti.

Si è tenuto a Cagliari il 3° corso di aggiornamento per medici pratici, organizzato dalla Facoltà medica ad iniziativa del prof Cataldi.

Un corso di perfezionamento in tecnica chirurgica concernente l'apparecchio motore sarà tenuto sotto la direzione dei proff. Ombrédanne e P. Mathieu, presso la Facoltà medica dell'Università di Parigi, dal 12 al 29 ottobre; tassa 250 franchi. Rivolgersi al prof. Paul Mathieu, Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte, Hôpital Cochin, Paris.

La « Rassegna medica sarda » sarà la trasformazione degli « Atti della Società fra i cultori di Scienze mediche e naturali » di Cagliari, Società che ora è presieduta dal prof. A. Businco.

La « Medizinische Welt » ha dedicato il numero dell'1 agosto alla medicina dello sport; il fascicolo reca 15 contributi e articoli varî; è corredato di 12 tavole.

Ad iniziativa del sen. Nicola Pende, viene costituito a Chianciano un centro di ricerche scientifiche, organizzato con criteri moderni; esso provvederà gratuitamente alla cura dei non abbienti.

L'amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma ha deciso di chiudere, a partire dal 15 agosto, il vecchio Ospedale Santa Maria della Consolazione, che da varî anni era stato ridotto ad un posto di pronto soccorso, con 10 letti (5 per uomini e 5 per donne) e con un movimento di circa 700 malati l'anno (2-3 il giorno).

Il 6 luglio furono inaugurati i nuovi padiglioni delle fonti minerali di Baveno.

All'Assemblea nazionale turca è stato presentato un progetto di legge per la creazione ad Angora di una Scuola di medicina, che dipenderebbe dal Ministero dell'igiene.

Si è inaugurato a Budapest un Istituto moderno di radiologia e di curieterapia, intitolato al celebre fisico ungherese Lorando Eötvös; alla costruzione

ha concorso il municipio. L'Istituto dispone di 4842 mg. di radium. Vi sono accolti solo malati atti alla radioterapia e alla curiterapia, e solo per la durata del trattamento, dacchè l'Istituto non dispone che di 100 letti, numero non adeguato ai bisogni. Un consiglio medico, composto di un radiologo, un chirurgo, un ginecologo e un anatomo-patologo, decide sull'ammissione dei malati.

Il prof. Filatov ha creato in Odessa un Istituto oftalmologico sperimentale, che dispone di 100 letti; organizzerà la lotta contro la cecità da cataratta; si occuperà del trapianto della cornea sana.

Il Governo francese ha presentato un gruppo di progetti di legge sull'organizzazione sociale. La medicina e l'igiene vi hanno molta parte. Un progetto si propone di creare dei « Centri di cura », dei « Centri di salute » e delle « Città sanitarie ». Per reagire contro questa minaccia all'indipendenza dei medici, i quali diverrebbero quasi tutti dei funzionari, si è costituito un « Gruppo di difesa della medicina libera » (rue Didot 74, Paris 14e).

Alla « Società contro la tubercolosi » di Amsterdam il prof. H. Van den Berg ha presentato il resoconto per il 1935. Risultano i notevoli progressi realizzati: nel 1918 ad Amsterdam la mortalità per tubercolosi in tutte le forme era di 22,68 ogni 10.000 abitanti, quella da tubercolosi polmonare di 18,03; nel 1934 queste cifre erano ridotte a 4,88 e 4,34; nel 1935, a 3,54 e 3,40, sensibilmente al di sotto a quelle che si riferiscono a tutto il regno: 5,25 e 3,75 e tra le più basse del mondo. Un esame eseguito su bambini fino all'età di 4 anni ha accertato che la tubercolosi poteva essere diagnosticata nel 50,8 % degli effettivamente colpiti. Ruys ha trovato che ad Amsterdam il 12,9 % dei bambini affetti da tubercolosi presentava bacilli di tipo bovino.

L'ex campione di pugilato Max Baer ha dato il suo sangue per una trasfusione al padre.

Un funzionario di Mosca, certo Vladimiro Ariccoff, profittando della facilità con cui in Russia potevano praticarsi matrimoni e divorzi, in 8 anni si è sposato 58 volte ed ha avuto 102 figli! Nuove disposizioni disciplinano ora i divorzi.

A Bariloche (Argentina) la signora Margherita Aldo Nado de Vega ha avuto un parto quadrigemino, di tutte bambine.

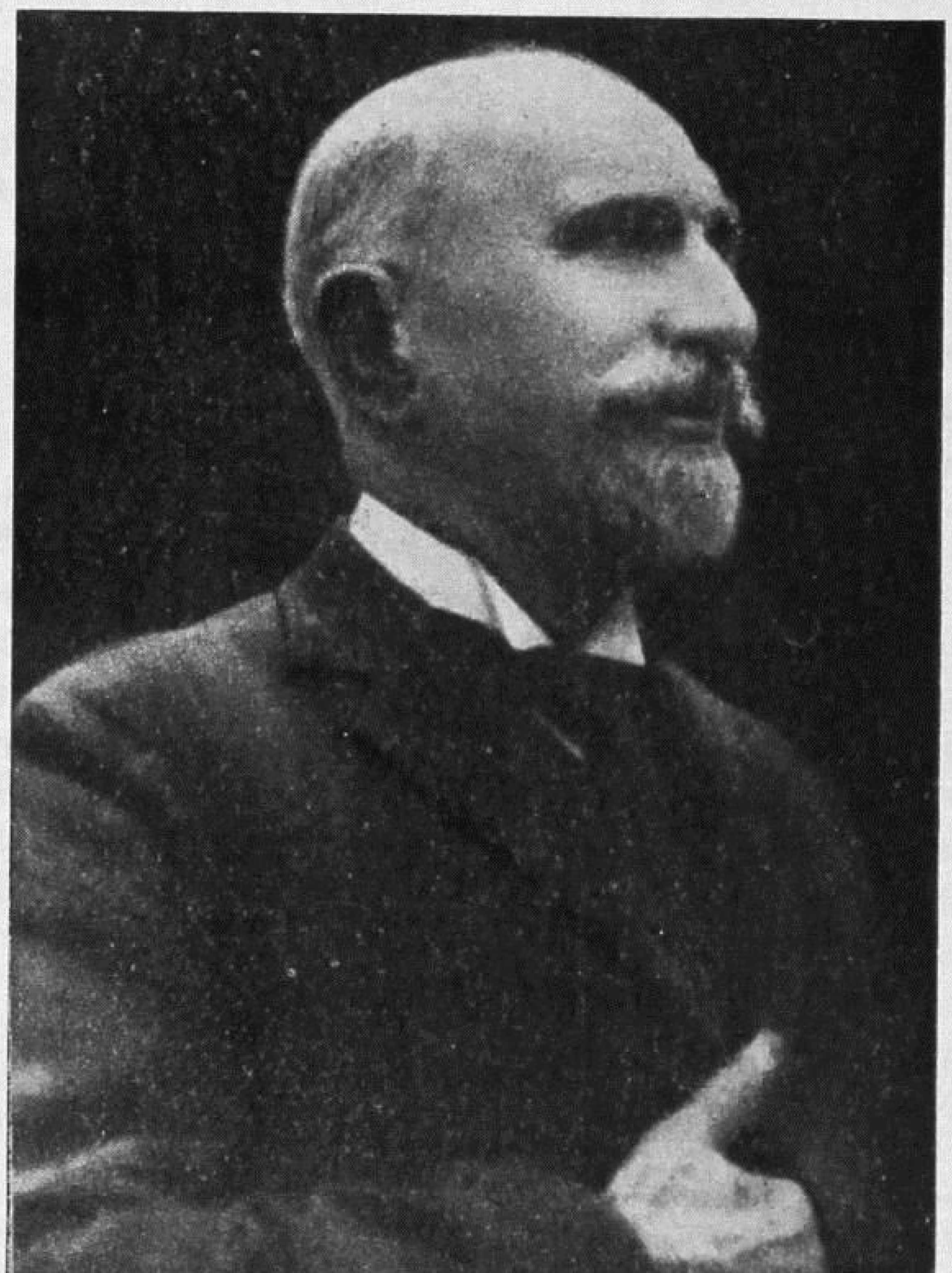
Nella prigione di Stato di Canon City (Colorado) un condannato a vita, certo Carlo Erickson, sessantenne, prescelto tra 600 offertisi come volontari per un esperimento eseguito dal dott. J. Corper, batteriologo dell'ospedale israelita di Denver, è stato graziato, in conformità alla promessa fattagli. L'esperimento, iniziato nel maggio 1934, consistette nella vaccinazione antitubercolare e nell'inoculazione successiva dei bacilli della tubercolosi.

È stato arrestato a Stoccolma un certo Thurnemal, ventottenne, medico, il quale con la complicità di altri tre giovani, dal 1930 ha commesso cinque omicidî a scopi di rapina.

A Parigi un farmacista ex deputato, Henry Schmidt, che pratica la radioestesia, ha subìto un processo giudiziario: il marito di una cliente, morta durante la cura, reclamava 100.000 franchi di danni e interessi. Il Sindacato dei medici della Senna si era costituito parte civile, imputando allo Schmidt l'esercizio illegale della medicina. Il Tribunale ha assolto lo Schmidt dalla imputazione di omicidio colposo e lo ha condannato per esercizio abusivo a 50 franchi d'ammenda, con la condizionale, ed a 100 franchi di danni e interessi da corrispondere al Sindacato.

LUIGI DEVOTO

Con LUIGI DEVOTO scompare una personalità eminente della Medicina Italiana, che a questa ha conferito lustro e decoro.



1864 — 1936

Egli vi contribuì dapprima con la sua opera personale, sempre improntata a rigore tecnico e scrupolosità scientifica, con quella della fiorente Sua scuola in seguito, riuscendo così ad imprimere il proprio suggello ad un periodo glorioso di sviluppo della clinica italiana.

Conoscitore di uomini, animatore impareggiabile, attirò con fine intuito alla Sua scuola un'eletta schiera di giovani che seppe indirizzare verso la ricerca scientifica ed avviare alla Clinica: dalla Sua fucina uscirono ben sei insegnanti ufficiali: Maurizio Ascoli, Carlo Moreschi, Domenico Cesa Bianchi, Felice Perussia, Luigi Preti, Mario Aresu.

Patologo speciale all'Università di Pavia, riuscì a trasfondere la propria passione agli assistenti ed agli interni: da tale fervore di indagini uscirono studi originali per i quali la biochimica e l'immunità potettero penetrare nell'Ateneo pavese, accanto all'indirizzo morfologico ed affermarsi con ricerche che ebbero vasta risonanza anche all'estero.

Luigi Devoto conquistò ancora un primato all'Italia con la concezione e la creazione della prima Clinica del Lavoro a Milano. Qui rifulsero le sue doti di magnifico organizzatore, talchè questo Istituto è stato il modello sul quale si sono andati formando i centri di prevenzione e cura delle malattie professionali sorti nel mondo. Anche nel nuovo ambiente egli seppe circondarsi di collaboratori i quali lo coadiuvarono nell'assicurare fama alla Sua Clinica.

Precorse i tempi anche nel campo dell'invalidità, fondando a Salice per i convalescenti della Clinica una Filiale dal nome suggestivo « Carta del Lavoro ».

Pari alla statura dello scienziato è stata la grandezza spirituale e morale dell'uomo, uomo veramente superiore: caratterizzato lo spirito da nobiltà d'intenti, da rara larghezza di vedute, da un equilibrio eccezionale; il cuore sotto le apparenze di riserbo formale, di una bontà infinita, di una infinita capacità di comprensione, d'indulgenza, di perdono.

M. A.

Registriamo la perdita del prof. Pietro Romualdo Pilotta, accademico d'Italia, che insegnò a lungo botanica e poi fisiologia generale alla Facoltà delle scienze di Roma. Aveva intrapreso e poi abbandonato gli studî di medicina.

È morto improvvisamente, in età di 50 anni, il prof. Luigi Pizzagalli, medico primario nell'Ospedale Maggiore di Milano, direttore della Poliambulanza Ronzoni. Mentre era in villeggiatura a Ponte di Legno, chiamato urgentemente, si recava a Milano guidando la propria automobile; nelle vicinanze di Bergamo, presso Endina Gaiano, si arrestava perchè colto da malore; poco dopo decedeva, senza essere disceso dalla macchina.

Era un sanitario assai colto e stimato.

È morto a Milano il prof. Francesco Denti, primario oculista emerito dell'Ospedale Maggiore, tenente colonnello della riserva.

La scomparsa dell'insigne medico ha prodotto profondo rimpianto in vastissime zone, e soprattutto in quella gloriosissima dei ciechi di guerra, che nel prof. Denti hanno avuto il più grande dei benefattori.

È morto a Londra sir Arnold Theiler, veterinario, insigne studioso delle malattie del bestiame; al suo nome sono intitolate le « theileriosi ».

Era nato in Svizzera; contava 70 anni.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 29 giugno al 5 luglio 1936: Morbillo 351 (1819); Scarlattina 115 (210); Pertosse 234 (824); Varicella 177 (383); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 243 (402); Infezioni paratifiche 60 (85); Febbre ondulante 71 (95); Dissenteria 16 (25); Difterite e croup 176 (332); Meningite cerebro-spinale epidemica 14 (14); Poliomielite anteriore acuta 64 (91); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 12 (17); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 65 (110), dichiarata — (—); Pustola maligna 21 (23); Parotite epidemica 111 (261); Leishmaniosi 5 (5); Febbre puerperale 28 (29).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Bull. Méd., 30 mag. — Numero di tisiologia.

Bruxelles-Méd., 7 giu. — M. De Laet e C. Sillavaerts. La selezione professionale degli aviatori nel Belgio.

Münch. Med. Woch., 5 giu. — H. Schroedern e M. Einhauser. Disturbi di riassorbimento della vitamina C. — G. Neumayer. Cause della morte nell'embolia venosa.

Nutrition, 1. — Pelle e tubo digerente; le simpatosi cuti-digerenti (fascicolo monografico).

Wien. Klin. Woch., 5 giu. — Havas. Micrometodo della reazione di Weltmann. — Newiaodmski. Cellula cancerosa specifica.

Prensa Méd. Argent., 13 mag. — B. B. Spota. Emorragie meningee e loro aspetto medico-leg.

Arch. di Patol. e Clin. Med., I. — V. Migliori. La pressione sanguigna nell'infanzia. — P. Ravenna. Valutazioni matematiche dei risultati di osservazioni cliniche e sperimentali.

Wien. Klin. Woch., 15 mag. — Altmann e Nowotny. Avvelenam. atipico da piombo per acqua di condottura. — Jegorow. Le leggi dell'allergia.

Zbl. f. Chir., 16 mag. — K. H. Schmidt. Fratture delle vertebre toraciche e respiraz. — M. Tiegel. Narcosi con vapori d'etere ad alta tensione.

Klin. Woch., 16 mag. — E. Vagliani e C. Angeleri. Porfirina nel sangue di avvelenati con piombo. — H. Wespi. Disturbi psichici dopo breve soggiorno a 5000 metri d'altezza.

Arch. It. di Chir., mag. — G. Bombi. Alterazioni del fegato nell'appendicite cronica; « epatiti satelliti ». — G. Marcucci. La « maschera ecchimotica ».

Arch. di Antrop. Crim. ecc., mar.-apr. — E. Ciaravino. Avvelenamenti da tallio. — G. Di Macco. Alcoolismo e assideramento.

Bruxelles-Méd., 24 mag. — G. Legrand. Polipeptidemia nella gestante e nel feto.

Med. Welt, 23 mag. — H. Geiger. Fluor vaginalis e diatesi essudativa. — C. Riebeling. Disturbi della funzione renale e psicosi.

Presse Méd., 20 mag. — R. Leriche e A. Jung. Segni renali dell'iperparatiroidismo. — M. Chiray e al. Stasi ileale.

Lancet, 23 mag. — R. A. Peters. Lesioni biochimiche nella carenza di vitamina B. — R. Coope e L. Findlay. Tiroidite acuta suppurativa.

Brit. Med. Journ., 23 mag. — J. M. Robson. Ormoni e gravidanza. — G. W. Theobald. Centri della mestruazione, dell'ovulazione, della gravidanza e del parto nell'ipotalamo.

Rif. Med., 23 mag. — M. Monacelli. Atipie cliniche e diagnosi biologica della leishmaniosi cutanea.

Arch. p. le Sc. Med., mag. — Numero sui tumori.

Sperimentale, apr. — L. Robuschi. Choc anafilattico. — P. Pariscenti. Batteriuria.

Minerva Med., 19 mag. — G. C. Dogliotti e A. Beretta. Glutationemia ed ipertiroidismo.

Riforma Med., 16 mag. — F. Putzu. Echinococcosi in Italia.

Münch. Med. Woch., 22 mag. — O. Gsell. Polmoniti influenzali. — M. Hindhede. Cancro gastrico e sue cause.

Chirurgia Plastica, gen.-mar. — P. Gaifami. Il metodo Pestalozza nella cura operativa del prolasso genitale di origine puerperale.

Acta Med. Latina, mar.-apr. — L. DEVOTO. Clinica del Lavoro di Milano. — R. THIBAULT. Piccola chirurgia della bocca. — P. MARTIN. Coliti da protozoi.

Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp. de Paris, 18 mag. — F. COSTE e al. Radioterapia a piccole dosi in certe algie. — AMEUILLE e al. Arteriografia polmonare.

Deut Med. Woch., 22 mag. — STENDEL e al. I pesci nell'alimentaz. — HARKNAPP, MARX. Ipoglicemia spontanea.

Klin. Woch., 6 giu. — R. RÖSSLE. Posizione nosologica del reumatismo. — F. WIDENBAUER. L'acido ascorbico nei lattanti. — R. ROHLAND. Nefrosi ipocloremica.

Klin. Woch., 23 mag. — F. J. LANG e L. HALSHOFFER. La malattia nota fin'ora come osteite fibrosa. — H. SUGIHARA e al. Taurina.

Riv. di Cl. Ped., apr. — A. BERTAZZOLI. Influenza della dieta precedente sulla curva glicemica del bambino. — P. PALOMBI. Favismo.

Prensa Méd. Argent., 6 mag. — M. R. CASTEE e M. SCHTEINGART. Glutatione e ferro sanguigno. — J. I. SACON. Acrodinia dell'adulto.

Gaz d. Hôp., 3 giu. — H. CLAUDE e F. COSTE. I delirî allucinatori nella paralisi gen.

Cult. Med. Mod., 31 mag. — A. PIRAINO. Profilassi immunitaria della scarlattina. — M. PAVONE. Terapia del dolore.

Prensa Méd. Argent., 20 mag. — V. CARRO. Regime alimentare della gestante obesa.

Riforma Med., 6 giu. — F. SERIO. Ricerche fisio-patologiche su di un caso di splenomegalia emolitica.

Presse Méd., 6 giu. — G. GUILLAIN e M. AUBRY. Il labirinto nella malattia di Paget.

Brit. Med. Journ., 6 giu. — L. TIDY. Trattam. dell'ulcera gastr. e duod. — L. CHEATLE. L'infiammazione.

Sang, 6. — C. MOCHKOWSKI. I leucociti nelle infezioni. — J. FORESTIER e F. BERBAY. Studi critici sulla sedimentaz. globulare.

Ann. di Ost. e Gin., 31 mag. — G. MOTTA. Sindromi poliormoniche genitali. — M. FLORIS. Trattamento della sofferenza fetale. — A. PISTUDDI. Gravidanza prolungata.

Arch. Roum. de Pathol. expér. ecc., mar. — L. MESROBIANU. Gli antigeni glicino-lipidici dei batteri. — ID. Corpi purinici della cellula batterica.

Wien. Klin. Woch., 12 giu. — HAJÓS. Terapia dell'asma. — BARÁTH. Ipertensione tireogena. — BORLÉLY. Terapia della sclerosi mult. con siero emolitico. — IZÜLE. Il compito del tipo bovino nella tbc. umana.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 giu. — A. LEULIER e B. POMMÉ. Permeabilità delle meningi ai medicamenti.

Tubercolosi, mar.-apr. — G. PITTALUGA. Il sistema r.-e. nella tbc.

Lancet, 6 giu. — L. COLEBROOK e al. Chemoterapia delle infezioni streptococciche. — H. CAIRUS. Risultati remoti del trattam. operativo dei tumori cerebrali. — E. DAHL-IVERSEN. Trattam. estrinico della malattia cistica del seno.

Deut. Med. Woch., 5 giu. — SELTER. L'allergia tubercolinica è utile ai tubercolotici? — HASSELBACH. Deficienza di vitam. C nella tbc.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 24 Agosto 1936 - XIV Num. 34

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. ROBERTO ALESSANDRI.

Ulteriore contributo alla ricerca della funzionalità renale con l'urografimetro.

Dott. D. CÌDDIO, assistente volontario.

Fra i mezzi d'indagine radiologica per lo studio dell'apparato urinario, negli ultimi anni per opera di v. Lichtenberg è stata introdotta nella pratica la pielografia discendente; altrimenti detta pielografia endovenosa o pielografia per eliminazione, e che, secondo noi, basterebbe che si nomasse, con tutta semplicità: urografia.

Sebbene questa prova conti pochi anni, tuttavia se ne ha grande esperienza; la quale è stata dettata in numerosi lavori sia italiani che stranieri.

Dal punto di vista della valutazione di questo metodo i pareri furono discordi; e mentre da principio la maggior parte degli AA. ritennero che questa prova presentasse numerosi pregi e pochissimi difetti; in un secondo tempo il metodo fu accusato di manchevolezze e deficienze, e fra gli altri AA. anche da parte dello stesso v. Lichtenberg.

Allo stato attuale l'esperienza vastissima ha dimostrato che l'urografia, pur non essendo capace di eliminare le altre prove di semejologia urologica, tuttavia è veramente importante nello studio di alcune malattie dell'albero urinario specialmente per quanto riguarda l'indagine ed il controllo di fenomeni vitali: fenomeni che nessuna altra prova è in grado di poter risolvere.

Se è vero che lo studio morfologico alcune volte presenta delle manchevolezze a motivo della scarsa opacizzazione delle cavità: non è da mettere in dubbio che con la prova in parola si pongano spesso diagnosi che sarebbe stato impossibile formulare con altro metodo.

Per altro l'urografia permette di visualizzare tutto l'apparato urinario in maniera del tutto semplice e cioè mediante una iniezione endovenosa.

Anche come mezzo diagnostico nelle affezioni tubercolari del rene oggi si dà la preferenza alla urografia; e moltissimi AA. pensano a ragione che col metodo ascendente facilmente si possa trasportare la infezione a tratti immuni.

Infine l'urografia è ritenuta una indagine ideale perchè corrispondente ai postulati della fisiologia.

*
* *

Ma, a parte la grande importanza diagnostica che riveste la urografia dal punto di vista delle assunzioni radiografiche, questa prova è anche utile come teste della funzionalità del rene; e sin dal principio un gruppo di Ricercatori ha voluto compiere ricerche in tal senso. Ed invero, poichè le soluzioni di contrasto mandate in circolo vengono eliminate quasi totalmente dalle vie urinarie, è giusto ritenere che l'eliminazione della sostanza avvenga secondo lo stato dell'organo secernente e secondo la funzionalità delle vie escretrici.

Attualmente i pareri non sono concordi sul valore da dare alla urografia per quanto si riferisce allo studio della funzionalità renale. Alcuni ritengono che i metodi già esistenti, dalla prova della diluizione e concentrazione alla costante d'Ambard, alla eliminazione dell'indigo carminio e della fenolsulfonftaleina, siano da preferire.

Per von Lichtenberg con la prova urografica si sarebbe in grado di poter differenziare lesioni glomerulari da lesioni tubulari, in quanto che i liquidi radio-opachi iniettati endovena si eliminerebbero in massima parte attraverso i glomeruli. Questa concezione ha trovato fautori ed oppositori e fra i primi citiamo il Damm, mentre l'Hecht, avendo riscontrate alterazioni tubulari ritiene che l'eliminazione si compia attraverso il sistema tubulare.

Secondo Porta in linea generale si può ammettere che una comparsa precoce dell'ombra ed una scomparsa dopo tre quarti d'ora dall'endovenosa corrisponde ad una buona funzionalità renale; una comparsa ritardata, una lunga permanenza con un contrasto d'ombra poco chiaro depone per una mediocre funzionalità del rene; la mancanza d'ombra, infine, depone per una cattiva funzionalità.

Secondo Lenarduzzi, che pure ha osservato la comparsa e l'intensità d'ombra direttamente sulle radiografie assunte, la comparsa del mezzo opaco nella pelvi è più corrispondente dell'indigo carminio nei disturbi di canalizzazione estra renali. Il mezzo di contrasto, sempre secondo questo Autore, osservato in radiografie assunte subito dopo l'iniezione endovenosa, dà un giudizio più conforme delle condizioni anatomo-funzionali dei reni. Vallone ritiene che un rene abbia buona funzionalità se dopo dieci minuti dall'endovenosa compare l'ombra pelvica.

Per valutare la funzione del rene oltre che servirsi dell'osservazione diretta delle radiografie assunte tenendo conto dell'inizio della comparsa e dell'intensità d'ombra che presenta il bacinetto renale, metodo veramente semplice, altri AA. hanno determinato il liquido opaco endovenoso o mediante il dosaggio dello jodio nelle urine o ricercando lo jodio nel sangue.

Per la ricerca del mezzo opaco nelle urine alcuni si sono serviti di acidi forti che precipitano il mezzo di contrasto: questo alcune volte è stato essicato e pesato, altre volte misurato in provette graduate. (Velo, Heckenbach, R. Ascoli, Zanetti, Schumacher ecc.).

Altri AA. con tutta semplicità hanno determinato il peso specifico in varii campioni d'urina prelevati dopo l'endovenosa.

Per quelli che hanno osservato il contrasto nel sangue il rene è normale se il mezzo opaco non è più presente in circolo dopo quattro ore. (v. Lichtenberg, R. Ascoli, G. Ravasini, Gissel, ecc.).

Ho saggiato la prova urografimetrica in malati della Clinica che si sottoponevano alla prova della pielografia endovenosa. I casi studiati sono 19, però solo in 13 la pellicola assunta è stata bene sviluppata: di modo che si è potuto leggere il risultato.

Come ho detto in una nota preliminare, l'urografimetria si basa sul fatto che l'eliminazione di un liquido opaco iniettato dentro le vene, si compie con una certa regolarità nel tempo, qualora il parenchima renale sia integro. La eliminazione del mezzo opaco subisce modificazioni se il parenchima renale non è ben funzionante.

Ed allora se si esegue una radiografia di diversi campioni di urine prelevate ad eguale distanza di tempo, dopo l'iniezione endovenosa, assieme ad un certo numero di campioni di soluzioni diluite dello stesso mezzo opaco, a titolo noto; si può osservare il comportamento dell'eliminazione e lo si può dosare, con molta approssimazione e con tutta semplicità. Le modificazioni dei radiogrammi assunti, at-

traverso l'esperienza di un certo numero di casi, permettono di far dedurre per un buono o cattivo stato dei reni.

Per eseguire la prova urografimetrica ideai un piccolo stativo contenente delle provettine tutte delle stesse dimensioni, e che facilmente si possono far fare, senza ricorrere a Case specializzate, occorrendo un falegname ed un vetraio.

Osservazioni cliniche.

Osservazione I. — Fed. Giuseppe, anni 45, coniugato. Entra in Clinica il 9-XII-1935 per noduli disseminati nel sottocutaneo, noduli grossi nelle fosse iliache e nelle regioni lombari, senza segni a carico dell'apparato urinario.

Azotemia gr. 0,39 ‰.

Urine: peso spec. 1012, urea 13 ‰; albumina: tracce; sed. leucociti, cilindri jalini e granulosi.

Pielografia ascendente d.: bacinetto renale non deformato ma fortemente sollevato ed un po' ingrandito; uretere destro dislocato verso sin. raggiungente la linea mediana; difetto di riempimento verso l'uretere iliaco (spostamento e compressione dell'uretere d.).

Urografia. conferma le alterazioni a d.; nulla di anormale a s.

Diagnosi: metastasi sarcomatose multiple.

Non operato; si trasferisce in Clinica il 30-XII-1935.

Urografimetria: scala 20, milliampere 40; secondi 1/10; tubo ad un metro. Elimina bene nel primo quarto e nel secondo raggiunge oltre il 7,50 ‰; nei successivi due quarti non urina; successivamente buona eliminazione per 5°, 6° e 7° quarto d'ora.

Deduzioni: buona funzione renale globale.

Osservazione II. — Seraf. Antonio, anni 63, coniugato. Entra in Clinica l'11-I-1936 perchè si è accorto sin dall'aprile dello scorso anno di emettere urine ematiche, da quell'epca ha pollachiuria, bruciore e nicturia.

E. O.: Prostata della grandezza di un mandarino, liscia, ben delimitata, duro-elastica. Residuo vescicale cc. 50.

Cistoscopia: capacità cc. 250; prostata sporgente in vescica; vescica normale.

Cromocistoscopia: il colore ritorna a s. dopo 4', a d. dopo 3'

Azotemia gr. 0,76 ‰.

Urografia: opacità debole da non poter fare deduzioni diagnostiche.

Urine: in 24h.: 1200 cc.: acide, p. spec. 1018; urea gr. 15,64 ‰.

Diagnosi: ipertrofia prostatica.

Atto operativo: prostatectomia in due tempi.

Esce guarito il 22-III-1936.

Urografimetria: con la stessa tecnica radiografica si fa l'assunzione che risulta scarsa per eliminazione nel primo campione, poi negli altri quattro si mantiene intorno al 5 ‰.

Deduzioni: funzione renale discreta.

Osservazione III. — Coloz. Teresa, anni 35, maritata. Entra in Clinica il 21-I-1936 per dolori al fianco destro che datano da 20 giorni. Il 13 corr. ha partorito senza incidenti; poi febbre per 4 giorni, brividi e remissione della febbre con sudori. Urine scarse, torbide e bruciori alla minzione.

E. O.: Fianco d. sporgente, all'epigastrio si palpa una piccola tumefazione che segue i movimenti respiratori. Giordano positivo a destra.

Cistoscopia: mucosa leggermente arrossata, meato d. edematoso che ejacula pus denso.

Cromocistoscopia: il colore ritorna a sin. dopo 4'; a d. nulla.

Azotemia: gr. 0,45 ‰.

Leucocitosi: 12.000.

Urografia: bacinetto sin. dilatato, a destra assenza completa di ombre.

Urine: acide; albumina traccie; leucociti disfatti e cellule epiteliali abbondanti.

Diagnosi: pionefrosi destra.

Atto operativo: nefrectomia destra.

Esce guarita il 16-IV-1936.

Urografimetria: solita tecnica. Il liquido opaco si è eliminato nei campioni di 8 quarti d'ora sempre intorno al 7,50 %.

Deduzioni: funzione renale ottima.

Osservazione IV. — Palp. Luigi, anni 35, coniugato. Entra in Clinica il 21-II-1936 perchè nel luglio del 1935 ha avuto pollachiuria e disuria durata 40 giorni, le urine davano pus.

E. O.: Nulla di obbiettivo all'infuori del segno di Giordano positivo a d.

Cistoscopia: capacità cc. 500; mucosa arrossata; qualche irregolarità del collo, sbocco d., leggermente edematoso e meno mobile.

Cromocistoscopia: il colore ritorna a s. dopo 5'; a d. dopo 25'.

Azotemia: gr. 0,40 ‰.

Urografia: immagini pieliche invertite (sospetto di rene a ferro di cavallo).

Urine: 1011; urea gr. 9,12 ‰; albumina 0,20 ‰. Emazie, leucociti 30-40 per campo; abbondanti bacterii.

Diagnosi: idronefrosi destra incipiente in rene a ferro di cavallo.

Atto operativo: sezione dell'istmo, di vasi anomali.

Esce guarito il 24-IV-1936.

Urografimetria: eliminazione scarsa nei primi tre quarti d'ora, successivamente la eliminazione sta intorno al tre per cento.

Deduzioni: funzione renale globale: scarsa.

Osservazione V. — Coz. Quinto, anni 23, celibe. Entra in Clinica per coliche renali ed ematuria; nel settembre 1935 ha avuto dolori alla regione lombare d., ematuria totale ed emissione di piccolo calcolo.

E. O.: Rene d. aumentato di volume, dolente.

Cistoscopia: nulla di notevole.

Cromocistoscopia: il colore ritorna a s. dopo 4'; a d. dopo 9'.

Azotemia: gr. 0,34 ‰.

Urografia: calcoli al bacinetto d. pielectasia bilaterale.

Urine: 1018; urea 13 ‰; leucociti abbondanti.

Diagnosi: pionefrosi calcolosa d.

Atto operativo: nefrectomia d.

Esce guarito il 29-III-1936.

Urografimetria: solita tecnica radiografica. L'eliminazione del mezzo di contrasto è scarsa per cui si dedurrebbe dalla nostra prova una funzionalità renale globale piuttosto cattiva.

OSSERVAZIONE VI. — Mosc. Camillo, anni 17, celibe. Entra in Clinica il 10-III-1936. A 10 anni ha avuto dolori dopo la minzione, due anni fa dolori colici con irradizioni al testicolo destro; in seguito stessa sintomatologia accompagnata da febbre e brivido; pollachiuria e nicturia ed urine torbide.

E. O.: dolore alla palpazione del quadrante superiore destro. Giordano positivo bilateralmente.

Cistoscopia: capacità cc. 40; grosso calcolo.

Azotemia gr. 0,52 ‰.

Urografia: dilatazioni dei bacinetti; calcolo vescicale.

Diagnosi: calcolosi vescicale; idronefrosi bilaterale.

Atto operativo: epicistotomia ed estrazione del calcolo.

Esce guarito il 23-V-1936.

Urografimetria: il mezzo opaco si elimina in modo progressivamente crescente ma sempre nei limiti del 3 %.

Deduzione: funzione renale globale scadente.

OSSERVAZIONE VII. — Mann. Guglielmo, anni 52, coniugato. Entra in Clinica il 7-IV-1936 per dolori al fianco destro che datano da venti giorni, con diffusione a tutto l'addome. Urina scura.

E. O.: si palpa il rene destro che è aumentato di volume, liscio e dolente.

Cistoscopia: mucosa leggermente arrossata, sbocchi in sede, mobili.

Cromocistoscopia: l'indigo torna a s. dopo 3', a destra dopo 8'.

Pielografia ascendente bilaterale: lieve grado di pielectasia d'ambo i lati, specie a destra.

Urografia: negativa per calcoli; impianto anomalo congenito degli ureteri; lieve pielectasia bilaterale, più accentuata a d.

Diagnosi: Pielite destra.

Esce migliorato il 14-IV-1936.

Urografimetria: il mezzo opaco si elimina con lieve ritardo nel primo quarto d'ora; nei successivi l'eliminazione è oltre il 7,50 %.

Deduzioni: funzionalità renale buona.

OSSERVAZIONE VIII. — Gir. Rosa, anni 40, coniugata. Entra in Clinica il 30-III-1936. Nel 1918 nefropessia a destra. Nello scorso febbraio ha avuto brivido, febbre a 40° e vomito, con dolori accentuati al fianco destro, bruciori alla minzione ed urine torbide.

E. O.: nel quadrante superiore destro dell'addome si palpa una tumefazione a limiti indistinti, dolente. Giordano positivo a d.

Azotemia: gr. 0,67 ‰; leucocitosi 12.000.

Urine: alaline, 1013, tracce d'albumina, sedimento: leucociti abbondanti e cilindri granulosi.

Urea: a s. gr. 15,37 ‰; a d. gr. 9,96 ‰.

Pielografia ascendente bilaterale: anomalia congenita in rotazione dei due reni; alterazione morfologica della cavità renale di destra, con allungamento del calice superiore ed irregolarità dei suoi estremi papillari.

Urografia: irregolarità e sfrangiamento del calice superiore d.

Diagnosi: ascesso in rene discoide lombo-iliaco destro.

Operazione: nefrectomia destra.

Esce guarita il 30-V-1936.

Urografimetria: i vari campioni radiografati dimostrano che il contrasto si è eliminato egualmente bene in tutti i singoli quarti d'ora: l'opacità raggiunge il 5 %.

Deduzioni: buona funzionalità renale globale.

OSSERVAZIONE IX. — De Fil. Gesualdo, anni 68, coniugato. Entra in Clinica il 14-IV-1936. Da tre giorni soffre di dolori colici diffusi a tutto l'addome, esso è continuo, senza vomito.

E. O.: dolore al quadrante superiore sin. Giordano positivo a sin.

Cistoscopia: capacità cc. 200; iperemia del collo, sbocchi in sede e normali.

Cromocistoscopia: il colore ritorna a destra dopo 3'; a sin. dopo 8'.

Azotemia gr. 0,42 ‰.

Pielografia ascendente sin.: immagine pielografica alterata; con conformazione irregolare delle cavità renali.

Urografia: scarsa imagine.

Urine: acida; abbondanti emazie e leucociti.

Diagnosi: nefrite embolica sin.

Atto operativo: decapsulazione rene sinistro. Resezione a cuneo degli ascessi.

Esce guarita il 2-6.

Urografimetria: eliminazione del mezzo opaco in sette quarti d'ora raggiungente il 5 %.

Deduzione: funzionalità renale globale ottima.

OSSERVAZIONE X. — Bel. Maddalena, anni 45, coniugata. Entra in Clinica il 22-IV-1936. Due mesi fa emissione di urina rosso-scura per la durata di tre giorni, che si è ripetuta in questi giorni

E. O.: negativo.

Cistoscopia: capacità vescicale buona, congestione del trigono, meato sinistro iperemico. Coaguli liberi in vescica. Da sinistra ejaculazione sanguinolenta.

Cromocistoscopia: il colore torna a destra ed a sin. dopo 5'.

Azotemia: gr. 0,42 ‰.

Pielografia ascendente sin.: calice superiore allungato, con immagini piramidali sfumate ed a pennello.

Urografia: leggera pielectasia bilaterale.

Urine: acide, urea gr. 13,25 ‰, sangue.

Diagnosi: tumor rene sinistro.

Operazione: nefrectomia sinistra.

Esce guarita il 24-V-1936.

Urografimetria: scarsa eliminazione del mezzo opaco nei primi quattro campioni (un'ora); in seguito eliminazione che raggiunge e supera il 5 %.

Deduzioni: funzione renale globale discreta.

OSSERVAZIONE XI. — Acc. Romolo, anni 58, coniugato. Entra in Clinica il 1-V-1936. Quattro anni fa ritenzione acuta di urina, che cessò in seguito a cateterismo; dodici giorni fa di nuovo ritenzione: fu siringato ed in seguito elettrocoagulato nell'uretra prostatica, in seguito brivido e febbre alta.

E. O.: temp. 40°, polso 160. Regioni renali indolenti. Prostata non aumentata, indolente. Uretra pervia.

Azotemia: gr. 0,65 ‰. Leucocitosi 13.500.

Urografia: a destra dilatazione dell'ampolla pelvica ed una dislocazione in basso del calice superiore. L'uretere sembra innestarsi ad angolo retto nell'ampolla pelvica, a sinistra immagine urografica incerta ed irregolare.

Urine: acida, tracce d'albumina, piuria intensa.

Diagnosi: pielo-cistite.

Esce migliorato il 17-V-1936.

Urografimetria: eliminazione del contrasto intorno al 3 % nel primo quarto; successivamente opacità di oltre il 5 %.

Deduzione: buona funzionalità renale globale.

OSSERVAZIONE XII. — De F. Salvatore, anni 59, celibe. Entra in Clinica il 6-V-1936. Nel 1929, difficoltà d'urinare; e gli fu fatta diagnosi d'ipertrofia prostatica; fu cateterizzato ma il tratto distale di questo rimase in vescica. Ebbe una lieve cistite perchè non gli fu estratto tutto il catetere residuo che negli ultimi tempi ha provocato ematuria e dolori all'ipogastrio.

E. O.: assenza di punti ureterali dolenti; Giordano leggermente positivo bilaterale. Esplorazione rettale: prostata normale.

Cistoscopia: uretra pervia, capacità cc. 200; nel bassofondo si osservano tre tratti di catetere di gomma riferibili ad una Nélaton N. 20, che si estraggono col cistoscopio operatore. Sopra lo sbocco ureterale sinistro si osserva un piccolo orifizio rotondeggiante che immette in un diverticolo, che si cateterizza per un centimetro.

Cromocistoscopia: il colore torna a d. ed a sinistra dopo 18.

Azotemia: gr. 0,63 ‰; dopo 7 giorni gr. 0,33 ‰.

Urografia: dilatazione abnorme dell'ampolla pelvica a sinistra.

Urine: acida, 1011, tracce abbondanti d'albumina; urea gr. 8 ‰; sed.: leucociti disfatti ed emazie, qualche cilindro granuloso.

Diagnosi: idronefro bilaterale, diverticolo vescicale.

Urografimetria: eliminazione regolare in tutti i campioni, del mezzo opaco nella concentrazione di circa il 5 %.

Deduzioni: funzionalità renale globale buona.

OSSERVAZIONE XIII. — Fav. Giuseppina, anni 65, coniugata. Entra in clinica il 2-V-1936. Dieci anni fa colica renale destra con ematuria, pollachiuria, tenesmo e vomito: la colica durò 8 giorni; gli attacchi si sono ripetuti ogni anno: recentemente sono stati più frequenti ed ha emesso renella. Accusa dolore all'ipocondrio destro.

E. O.: alla palpazione dell'ipocondrio destro si provoca vivo dolore.

Cistoscopia: capacità cc. 250; modica cistite cronica, vescica a colonne; sbocco ureterale destro circondato da piccole ecchimosi.

Cromocistoscopia: il colore ritorna a sin. dopo 6'; a destra dopo 12'.

Azotemia gr. 0,34 ‰.

Pielografia ascendente d.: lieve pielectasia; uretere in alcuni punti dilatato, tortuoso.

Urografia: pielectasia d.; stato spastico dei calici a s.

Urine: acide; scarse cellule di sfaldamento, qualche leucocito.

Diagnosi ptosi renale destra.

Atto operat.: nessun intervento.

Urografimetria: scarsa eliminazione nel primo quarto, in seguito eliminazione che raggiunge il 50 %.

Deduzioni: funzione renale globale buona (figura 15).

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI.

Nelle prove presenti non ho posto nel campionario delle soluzioni quella al 10 %; poichè la eliminazione dell'uroselectan non supera l'8 %. (Ciò è stato anche osservato da quei Ricercatori che si son serviti del dosaggio del mezzo opaco nelle urine prelevate dopo la prova, fra cui l'Ascoli e gli Altri già cennati).

Con la tecnica radiografica adoperata (scala 20, milliampère 40, 1:10 di secondo, distanza del tubo 1 metro) le soluzioni inferiori all'1,50 per cento non risultano nei radiogrammi assunti. Per tale motivo, però, la prova non perde il suo valore.

La distanza del tubo radiografico ad un metro, che abitualmente si adopera nella Clinica di Roma, semplifica la assunzione della pellicola.

Volendo dare un giudizio della prova urografimetrica, dal punto di vista di quanto possa esser utile nella pratica, ritengo che questo esame, che richiede poco tempo e poca spesa, possa essere adoperato e con risultati soddisfacenti, inquanto esso si avvicina alle altre prove in uso per l'indagine della funzionalità renale globale.

Nei casi studiati, qualche volta la eliminazione dell'uroselectan è stata scarsa, tanto da indurre a ritenere che la funzionalità renale fosse scadente. In questi casi, però, si deve ritenere che la eliminazione del mezzo opaco, vada soggetta ai noti fattori inerenti al dinamismo pielo-ureterale. Ma anche le altre prove adoperate per la ricerca della funzionalità renale, non di rado, danno risultati inesatti.

In conclusione i risultati presenti uniti ai casi presi in esame lo scorso anno, mi hanno dimostrato che la prova urografimetrica sebbene non risponda a tutte le esigenze necessarie e sufficienti per valutare la funzione renale globale, tuttavia si comporta (con presunzione) come le altre prove che si adoperano nella pratica.

RIASSUNTO.

Con prove ulteriori, eseguite per studiare la funzionalità renale globale, l'urografimetria ha dimostrato di rispondere se non meglio almeno egualmente agli altri esami che si eseguono correntemente nella pratica urologica.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. *Manuale di Chirurgia*, Pozzi, ed., Roma, 1932.

ASCOLI R. *Contr. Clin. e Sper. allo studio della pielo-discendente, mediante uroselectan*. Atti Soc. It. d'Urol., 1930.

ID. *Due melodi di dosaggio dell'uroselectan nell'urina.* Pensiero medico, 1930.
ID. *Ricerca dell'uroselectan nel sangue.* Riforma medica, 1930.
BOEMINGHAUS. *Zur nephropyelographie und funktionsprüfung, ecc.* Z. Urol. Chir., 1930.
CIDDIO. *La ricerca della funzione renale con l'urografimetro.* Atti Soc. It. d'Urol., 1935.
DE GIRONCOLI. *Pielografia endov. e funz. renale.* Ibid., 1930.
HECKENBACH. *Funktionsuntersuchungen, ecc.* Klin. Woch., 1930, pag. 684.
LENARDUZZI. *Contr. ecc. per la valutazione della funzionalità renale.* Atti Soc. It. d'Urol., 1930.
LICHTENBERG V. *Manuale d'urologia,* vol. II.
RAVASINI G. *L'esame della funzionalità renale globale durante la prova dell'urografia discend.* Cappelli, edit., Bologna, 1931.
VALLONE. *La pielografia endov. con uroselectan.* Ann. It. Chir., 1930.
VELO. *Risultati della pielografia endov.* Atti Soc. med. chir., Padova, 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA
Direttore: prof. P. SISTO

Un caso di afasia motoria da ritenzione acquoso-salina.

Dott. BERNARDO DAVOLIO MARANI, assistente.

Nell'intento di portare un contributo statistico alle afasie di origine renale riferisco un caso di mia osservazione che non trova riscontro (per quanto mi risulta) nella letteratura italiana.

Si trattava di una paziente tubercolotica polmonare presentante inoltre una nefrosi, senza ritenzione azotata, nè ipertensione arteriosa e perciò tanto più interessante per permettere di evitare, nella discriminazione clinica, tutte le altre cause della afasia motoria di origine renale.

Questa afasia presentatasi transitoriamente insieme ad altri segni di cloruremia cerebrale, venne riferita ad una imbibizione edematosa della corteccia cerebrale e precisamente della regione sede dei centri del linguaggio articolato e della scrittura.

Non è mia intenzione entrare ora in merito alla localizzazione precisa delle circonvoluzioni cerebrali interessate nelle afasie di Broca ma discutere della sintomatologia e della patogenesi della sindrome osservata tanto più che per la natura del processo morboso causale e per la transitorietà della sintomatologia una discussione sulle localizzazioni sarebbe nel mio caso difficilmente realizzabile.

Lo studio delle afasie motorie consecutive ad affezioni renali è necessariamente legato allo studio dei numerosi altri sintomi pure cerebrali dai quali esse diversificano soltanto per la diversa localizzazione del processo morboso. Ciò nonostante dalle relazioni statistiche risulta che l'afasia è stata molto più raramente osservata e pochi sono i casi consegnati nella letteratura o per lo meno a me noti.

Inoltre la esigua casistica comporta anche osservazioni che per le cognizioni scientifiche del tempo nel quale vennero raccolte e per la mancanza di dati di laboratorio integranti i rilievi clinici si presentano anche oggi di interpretazione patogenetica dubbia e difficile. Poichè, soltanto quando dal complesso quadro della uremia furono con precisione isolate le tre sindromi renali: azotemia, cloruremia e ipertensione arteriosa, fu possibile risalire alla origine causale dei numerosi sintomi cerebrali e precisarne il meccanismo patogenetico, il più delle volte vario, talora indipendente, talora associato nel medesimo individuo.

È notorio come le tre sindromi renali sopra accennate possano determinare accidenti cerebrali simili. Non è qui il momento di soffermarsi sulle conseguenze nervose azotemiche o da ipertensione arteriosa con i mezzi a nostra disposizione facili a interpretarsi e di cattivo prognostico.

Voglio invece occuparmi di quegli accidenti più attinenti al caso in discussione, insorgenti nel corso di un disquilibrio acquoso salino, che per la natura spesso transitoria del processo morboso causale determinante alterazioni regressibili hanno caratteri particolari e comportano di solito una prognosi benigna.

Tra i sintomi più importanti della cloruremia (ritenzione acquoso-salina) cerebrale sono da annoverare la cefalalgia, l'eclampsia, le paresi, le paralisi, le sindromi jaksoniane, l'ambliopia, l'amaurosi, le sindromi meningee ecc.

La loro patogenesi è tuttavia univoca ed è rappresentata dalla imbibizione di acqua e di sali che colpisce la sostanza cerebrale e le meningi, con manifestazioni diverse a seconda della sede dell'intensità ed estensione delle regioni colpite. Una notevole importanza nel determinismo di questi fenomeni è data dal tempo nel quale l'edema cerebrale si stabilisce.

Un rapido aumento di esso spiega i fenomeni gravi e spesso drammatici insorgenti acutamente al seguito di un attacco, di edema che prediliga il capo come talora ne può far spia la spiccata infiltrazione dei tessuti molli del viso. Che la ritenzione di acqua e di cloruro sodico, sia la causa determinante della poli-

morfa sintomatologia cerebrale lo dimostrano numerose osservazioni cliniche nelle quali non esistevano nè azotemia nè ipertensione arteriosa ma una manifestazione edematosa soltanto. Inoltre è dimostrativa per l'interpretazione patogenetica la coincidenza della comparsa dei fenomeni con un attacco di edema e la loro regressione contemporaneamente o al seguito di una scarica urinaria acquoso-salina.

Tra i più tipici esempi ricordo il caso descritto da Widal e Lemierre nel quale furono osservate diverse crisi eclamptiche, la prima durante una prova dell'eliminazione dei cloruri, le numerose altre per scarti alla dieta. Tutte regredirono rapidamente con l'istituzione di una dieta appropriata.

Altrettanto dimostrativo è il caso pubblicato dal Ferrarini: in questo la crisi eclamptica fu determinata da una iniezione sottocutanea di soluzione clorurata. Osservazioni analoghe più frequenti in passato quando si conoscevano poco gli inconvenienti di una alimentazione ricca di sali vengono fatte anche oggi, e non troppo raramente, non solo in malattie renali, idropigene ma anche in altre affezioni che presentano pure ritenzione di acqua e di sali. Comportano infatti tale interpretazione alcuni accidenti cerebrali come paralisi e afasie ecc., insorgenti in cardiopazienti edematosi, in pneumonici e sia spontaneamente sia per interventi terapeutici come nella osservazione di Achard e Laubry i quali videro insorgere in un pneumonico con ritenzione clorurata una transitoria sindrome meningea non accompagnata da alterazioni del liquor dopo una iniezione di soluzione fisiologica 7 %.

Allo stato odierno delle cognizioni mediche non v'è ormai alcun dubbio sui rapporti causali esistenti tra ritenzione acquosa salina e manifestazioni cerebrali. Soltanto recentemente, quali logiche deduzioni di osservazioni cliniche sono state formulate nuove ipotesi patogenetiche che tuttavia lungi dal negare l'importanza della ritenzione acquosa salina tendono a spiegarne diversamente l'intimo meccanismo di azione.

In piena crisi poliurica, contemporaneamente al riassorbimento degli edemi sono stati ripetutamente osservati accidenti cerebrali quali crisi convulsive, deliri, torpore, coma ecc., quasi esclusivamente in ammalati sottoposti a medicamenti diuretici molto attivi quali la digitale nei cardiopatici, la teobromina nei renali.

Hirzt e Lemaire vollero spiegare tali fenomeni con una disidratazione troppo rapida dei centri nervosi. Tale ipotesi trovò consensi anche in Hidal, Lemierre, Pasteur Vallery-Radot i quali attribuiscono una parte certamente molto importante alla declorurazione troppo rapida per la pronunciata perturbazione molecolare che si determinerebbe nel tessuto nervoso.

Recentemente Ambard e Schmid hanno emesso l'ipotesi che in certi nefropatici la fissazione in eccesso del cloro nella sostanza cerebrale non basti a spiegare l'apparizione delle crisi convulsive che sarebbero dovute soprattutto a brusche variazioni del tasso dei cloruri in combinazione colla sostanza cerebrale. Per non peccare di esclusivismo non si deve disconoscere il valore di queste ipotesi ma ammettere che le modalità patogenetiche siano multiple se anche i vari fenomeni in certi casi possano essere spiegati non tanto con una diminuzione brusca del tenore in cloruro sodico della sostanza cerebrale quanto con un aumento per afflusso a quest'organo di soluzione clorurata mobilizzata da tessuti edematosi di altre parti del corpo. Se si pensa che gli edemi nefritici cambiano facilmente e rapidamente di sede per cause ancora non del tutto chiarite, e che in conseguenza di un tale fenomeno si possano stabilire a carico di certi organi sintomatologie che per la loro apparizione brusca e per la loro gravità intrinseca (edema glottideo e polmonare ecc.) si presentano allarmanti quantunque raramente causa di morte è facile inferirne che indipendentemente da un nuovo apporto salino all'organismo, la spontanea mobilità degli edemi nefritici è sufficiente a spiegare alcuni sintomi acuti della cloruremia.

Il più delle volte la rapida mobilizzazione degli edemi è favorita dai medicamenti molto attivi per cui forte quantità di liquido viene convogliata rapidamente nel sangue per essere eliminata colle urine. Ora, se questi due fenomeni, mobilizzazione ed eliminazione degli edemi, non procedono di pari passo può accadere che il liquido edematoso mobilizzato da certi tessuti vada ad infiltrarne altri più o meno acutamente.

Da ciò si comprende come in tali condizioni si possa stabilire una sintomatologia brusca e talvolta minacciosa, in quanto non hanno modo di entrare in giuoco fenomeni di adattamento locali nè il liquido ha tempo di ripartirsi nei vari tessuti del corpo secondo la elettività abitualmente rilevabile.

Inoltre sembra che nell'assestamento degli edemi possa entrare in giuoco anche una predisposizione locale poichè si è visto che l'edema tende a localizzarsi in maniera predomi-

nante in certi organi o tessuti sede di lesioni acute o croniche e di diversa natura: affezioni sifilitiche tubercolari, da piogeni, traumatismi anteriori, fratture antiche, varici, flebiti, ecc.

Si deve aggiungere ancora che anche indipendentemente da questi fattori predisponenti alcuni organi possono essere sede prediletta di infiltrazioni notevoli anche quando gli edemi periferici sono poco estesi ed evidenti. Widal e Lemaire riportano l'osservazione di un paziente albuminurico senza edemi evidenti sofferente di intensa dispnea che venne interpretata da edema polmonare da ritenzione acquoso-salina perchè comparve col regime declorurato.

Una siffatta patogenesi può trovare analoga applicazione clinica anche per certi accessi di asma cardiaca e di edema polmonare che si sono visti comparire in pazienti a rene integro ed a ricambio salino non palesemente colpito.

In tali ammalati si determinerebbe durante la giornata una discreta ritenzione di acqua e di sali che nel riposo notturno per le facilitate condizioni di riassorbimento legate al decubito supino ed alle minori prestazioni funzionali richieste al cuore, verrebbero rapidamente riassorbite dal sangue, donde la insorgenza dei fenomeni suaccennati.

Premesse queste considerazioni patologiche relative all'offesa più o meno rapida, più o meno vasta, e più o meno duratura di vari organi e tessuti in conseguenza di una alterazione del ricambio acquoso-salino, passo all'illustrazione del caso clinico caduto sotto la mia osservazione che può avere valore di casistica e valore anche per certe particolarità caratteristiche della sindrome e della malattia fondamentale.

* * *

M. I., anni 24, da Modena, nubile, massaia.

Il padre è vivente e sano; la madre trovasi attualmente degente nella locale clinica medica per pleurite essudativa. Ha quattro fratelli viventi e sani. Nell'infanzia soffrì di morbillo e a 14 anni di tifo addominale complicato da colecistite.

A 17 anni ammalò di lupus faciale guarito soltanto sei anni dopo con estesa distruzione del naso per cui si rese necessaria una plastica cutanea.

Le mestruazioni comparvero a 18 anni e furono piuttosto irregolari per quantità ed epoca di ritorno. All'età di 21 anni fu sottoposta ad appendicectomia cui seguì una sindrome aderenziale del quadrante inferiore di destra, causa di disturbi notevoli. L'inizio dell'affezione polmonare risale al maggio 1934. La paziente che trovavasi in un ospedale a Venezia per subire la plastica facciale cominciò ad accusare dolori toracici, tosse con modico escreato mucopurulento, sudori notturni e rialzi termici sui 37°,5 - 38°,5.

Inviata a Modena veniva ricoverata nel reparto tubercolotici alla dipendenza della R. Clinica medica il 13 luglio 1934. Presentando la paziente una tbc. polmonare evolutiva prevalentemente sinistra del tipo ulceroso-caseoso, venne sottoposta a pneumotorace sinistro con rapido e notevole beneficio. A carico dell'addome si rilevava in sede ileocecale un ammasso di anse conglobate responsabili di una evidente sintomatologia da stenosi intestinale. In questo periodo l'alvo era piuttosto stitico: periodi di diarrea cominciarono a comparire soltanto qualche mese più tardi.

Ai primi di marzo 1935 comparve durante il trattamento pneumotoracico sinistro un discreto versamento pleurico, dapprima sieroso poscia purulento, accompagnato da esacerbazioni delle lesioni specifiche polmonari per cui il pneumotorace dovette essere abbandonato.

La febbre, piuttosto alta all'insorgere del versamento, si fece in seguito più bassa, senza però abbandonare la paziente che andò progressivamente peggiorando per l'evolvere dei fenomeni pleuro-polmonari, dei disturbi intestinali e pel sopraggiungere dei sintomi di una lesione renale del tipo nefrosico. Verso la fine del maggio 1935 la paziente cominciò a presentare lieve tumefazione edematosa della faccia e dei malleoli insieme a diminuzione della quantità giornaliera dell'orina che presentava albumina e cilindri. Nonostante la terapia medicamentosa e dietetica la sintomatologia legata alla affezione renale andò notevolmente peggiorando. Gli edemi si fecero più intensi, si estesero alla cute dell'addome, del sacro e del dorso delle mani, comparve anche modico versamento addominale.

La paziente accusava cefalea quasi continua con esacerbazioni passeggere, inappetenza, vomito a periodi. La diarrea che da qualche tempo si presentava alternata a brevi periodi di remissione, divenne costante e sempre più intensa. Colle feci venivano eliminate anche le urine per cui era impossibile determinarne con esattezza la quantità giornaliera. Date queste condizioni non mi fu permesso eseguire le prove della funzionalità renale. Il 18 giugno 1935 verso le ore 15 la paziente che nel mattino aveva presentato un accentuarsi della sonnolenza, della cefalea e della tumefazione del viso, venne colpita da scosse cloniche agli arti superiori di breve durata non accompagnate da perdita di urina o di feci, nè da perdita della coscienza. Scomparso l'accesso convulsivo dovemmo constatare come la paziente non emettesse che suoni inarticolari accompagnati da atteggiamenti mimici del viso e da movimenti delle braccia atti a supplire alla perdita del linguaggio articolato. Offerta alla paziente della carta ed una matita essa non riuscì a scrivere una parola. Era comparsa anche agrafia.

Un contemporaneo esame semeiotico non rilevava alcun deficit motorio o sensitivo.

All'esame generale notavasi facies edematosa, pallida, decubito e semiortopnoico, cute lucente, tesa per notevole infiltrazione edematosa più spiccata agli arti inferiori: addome, sacro, dorso delle mani e viso. Muscolatura atrofica e ipotonica. Riflessi cutanei e tendinei presenti nei due lati senza variazioni sensibili, Babinski assente, riflesso cutaneo plantare in flessione bilateralmente.

Riflesso congiuntivale, corneale, faringeo, presenti.

Nulla di abnorme a carico dei muscoli oculari,

riflessi pupillari normali; fondo oculare con lieve turgore della papilla, visus normale. Lingua sporta diritta, suono della voce normale per tono ed intensità.

All'esame del torace si rilevavano a sinistra i segni di un pneumotorace parziale per aderenze ascellari e posteriori alte con modico versamento pleurico. Fremito v. t. abolito in basso, presente nelle regioni sopra- e sottospinose dove si ascoltava un respiro soffiante con numerosi rantoli a medie e piccole bolle. A destra il suono di percussione era ipofonetico nelle regioni sopra e sottospinose, dove si ascoltavano numerosi rantoli a medie e piccole bolle estesi anche su tutta la regione scapolare.

L'area cardiaca nei limiti di norma; i toni puri in tutti i focolai.

Polso rimtico un po' molle e piccolo 90-100 pulsazioni al minuto. Pr. Mx. 105, Mn. 75 (Riva-Rocci).

Addome pdianeggiante e trattabile all'infuori del quadrante inferiore di destra, un po' dolente e dove la palpazione rilevava un ammasso di anse e provocava rumori di gorgoglio. Modico versamento addominale mobile.

Il margine inferiore epatica si trova sulla linea emiclaveare all'altezza del sesto spazio intercostale; il margine inferiore era palpabile due dita al di sotto dell'arcata costale, un po' ingrossato ma indolente e regolare. La milza debordante quasi un dito dalla arcata costale presentava un margine duro e indolente.

I reni non erano palpabili. Risvegliatasi dallo stato di sonnolenza, la paziente dimostrava comprensione esatta delle domande che le venivano poste. Eseguiva senza esitazione e con precisione i movimenti che le venivano comandati anche se complessi, es.: stringere una mano, toccare il naso con l'indice, portare il tallone di un piede sulla gamba opposta, ecc.

Alle numerose domande rispondeva sempre coll'emissione di suoni inarticolati. Eccitata dall'insistenza dell'interrogatorio cercava rispondere dimostrando con movimenti delle braccia e con intense espressioni mimiche del viso la sua incapacità a parlare. Durante questi sforzi che di solito finivano nel pianto la p. riusciva talvolta ad articolare più o meno alterata soltanto qualche parola della frase (non sono buona di parlare) nel dialetto a lei famigliare.

Nuovi tentativi eseguiti allo scopo di saggiare le condizioni dei centri della scrittura diedero esito negativo, poichè la p. si rifiutava di scrivere allontanando il taccuino e la matita che le venivano ripetutamente porti.

Abbandonata a sè stessa cadde ben presto in un sonno profondo. Il mattino seguente la sintomatologia cerebrale presentò un passeggero miglioramento.

Verso sera l'afasia divenne nuovamente completa e scomparve definitivamente soltanto dopo 48 ore.

Il 23 giugno 1935 si ebbe amaurosi con persistenza dei riflessi pupillari alla luce. Il mattino seguente il virus era ritornato normale senza che si potesse stabilire se il ritorno alle condizioni normali fosse preceduto da transitoria ambliopia od emianopsia. Pochi giorni dopo la scomparsa dei fenomeni cerebrali, sopradescritti, gli edemi presentarono una lieve diminuzione da mettersi sopratutto in rapporto con la diarrea continua, col frequente vomito e con l'inappetenza ostinata. Per un rapido e progressivo peggioramento delle condizioni generali la morte sopraggiungeva il 26 luglio 1935 e con i segni della insufficienza respiratoria e cardiaca e terminale.

Ricerche complementari. — G. R. 2.800.000; Gl. B. 9.500; Hb. 35; V. G. 0,62.

Formula leucocitaria: polinucleati neut. 80, eos. 0, bas. 0, linfociti 16, monociti 4, lieve anisocitosi, assenti elementi immaturi della serie rossa e bianca.

Siero: albumina gr. 55 ‰ al refrattometro; colesterina gr. 2,8 ‰; cloruri gr. 6,20 ‰; azoto residuo mgr. 30-35 %.

Reazione di Wassermann: negativa.

Pressione sanguigna: Mx. 105-110, Mn. 70-75 (Riva-Rocci).

Escreato abbondante mucopurulento, ricerca del bacillo di Koch: positiva.

Urina: colore giallo citrino, torbida, reazione acida; quantità: 400-700 « pro die »; densità: 1012-1018; albumina: gr. 8-13 ‰, cloruri gr. 2-3 ‰; glucosio e pigmenti biliari: assenti; urobilina: tracce.

Sedimento: numerosi cilindri ialini e granulosi, qualche cellula renale, numerosi globuli bianchi; assenti i globuli rossi; i corpi birifrangenti sono presenti.

Il liquido cerebro-spinale prelevato colla puntura lombare durante l'accesso afasico defluisce con pressione modicamente aumentata, è limpido, incolore senza iperalbuminosi o reazione citologica meningea.

Reperto autopsico: anasarca; piopneumotorace sinistro; tubercolosi polmonare ulcero-caseosa bilaterale; esiti di peritonite tubercolare; tubercolosi intestinale; intensi fenomeni degenerativi torbido grassi al fegato ed un lieve grado al cuore, nefrite subacuta; milza amiloide.

Edema delle meningi e della sostanza cerebrale; vasi cerebrali macroscopicamente integri.

Reperti istologici. — *Rene*: la struttura dell'organo è notevolmente alterata: esiste un discreto grado di sclerosi fibrillare del tessuto interstiziale nel quale si notano qua e là zone infiltrate da cellule rotonde. Modica fibrosi della capsula di Bowman ora libera ora aderente alle anse glomerulari per aderenze di solito parziali. Nei glomeruli si notano zolle di sostanza amiloide delimitate da tessuto connettivale giovane, ricco di elementi cellulari. A carico dei tubuli contorti si notano intensi fenomeni di desquamazione cellulare e di citolisi protoplasmatica. Le cellule totalmente omogeneizzate sono molto numerose. La colorazione col Sudan III rileva numerosi granuli lipoidei.

Cuore: la struttura dell'organo è bene conservata; lo stroma è pressochè normale. Lieve grado di atrofia della muscolatura con qualche granulo di pigmento ai poli del nucleo sempre ben colorato. La striatura trasversale è conservata.

Fegato: la struttura lobulare è poco appariscente: esiste una lieve proliferazione dello stroma che si presenta qua e là infiltrato da accumuli di cellule istiocitarie, più abbondanti negli spazi portali. Le lesioni maggiori sono a carico del parenchima che presenta intensi fenomeni di degenerazione torbido-grassa molto spiccati alla periferia del lobulo. Qua e là negli spazi portali in cor-

rispondenza dei vasi si notano dei piccoli focolai di sostanza amiloide.

Milza: il disegno dell'organo è notevolmente alterato per degenerazione amiloide dei follicoli, alcuni dei quali tuttavia sono ben conservati. Anche nella polpa si notano qua e là, per quanto in maniera meno appariscente zone infiltrate di punti dilatati. Esiste un aumento notevole delle sostanza amiloide. I segni venosi sono in alcuni cellule del reticolo, alcune delle quali contengono nel protoplasma dei granuli di pigmento ematico.

La sintomatologia presentata dalla paziente è così dimostrativa nei riguardi delle malattie fondamentali da parermi superfluo dilungarmi in discussioni diagnostiche.

L'affezione pleuro-polmonare di natura tubercolare venne diagnosticata in base all'esame clinico e radiologico ed alla positività dello sputo pel bacillo di Koch.

L'ipotesi poco verosimile di un anasarca cardiaco contrastava col reperto cardiovascolare normale ed era disgiunta da tutti gli altri segni di insufficenza cardiaca destra come il turgore delle giugulari ed il comportamento del fegato che non presentò mai un aumento proporzionabile all'insorgere ed all'estendersi degli edemi.

Il reperto urinario poi non poteva trovare spiegazione convincente in un rene da stasi, ma soltanto in un'affezione renale primitiva evidentemente di natura degenerativa per la presenza di intensa albuminuria, di numerosissimi cilindri granulosi, di cellule renali.

Lesioni infiammatorie glomerulari si escludevano facilmente per la costituzione urinaria con costante assenza nel sedimento di globuli rossi; per di più mancavano sintomi azotemici, l'aumento dell'azoto residuo serico, e della pressione sanguigna: sebbene a quest'ultima potesse assegnarsi minore importanza in quanto che la paziente era tubercolosa e presentava già segni di amiloidosi.

Stabilita la diagnosi fondamentale, trattarsi cioè di una t.b.c. polm. bil. con nefrosi, conviene piuttosto soffermarsi su due fenomeni comparsi improvvisi e transitori, durante il decorso della malattia: l'afasia e l'amaurosi; perchè degni di rilievo in quanto si prestano a varie discussioni patogenetiche.

L'afasia si dimostrò motoria ed associata ad agrafia con buona conservazione della comprensione del linguaggio parlato. L'aspetto della ammalata era in proposito dei più caratteristici ed attestava pel contrasto esistente tra i vari tentativi compiuti per esprimersi e l'inutilità di essi, l'integrità delle zone sensoriali. Le alterazioni interessanti la zona di corteccia dell'emisfero cerebrale sinistro sede del linguaggio articolato e della scrittura si estendevano certamente ben poco indietro ed in alto della zona di Broca od almeno la loro gravità non era tale da determinare fenomeni facilmente rilevabili. Non si riscontravano infatti perdite muscolari o sensitive nè sintomi che facessero sospettare un interessamento notevole della zona sensoriale di Wernicke. Dico notevole perchè data la fugacità della sintomatologia non mi fu possibile eseguire più minute ricerche atte a svelare l'integrità assoluta della zona sensoriale. L'amaurosi per la presenza dei riflessi pupillari diretto e consensuale alla luce dimostrava che la lesione doveva trovarsi posteriormente ai tubercoli quadrigemini e probabilmente nella corteccia dei lobi occipitali.

Prescindendo dal reperto autopsico che portò ad escludere una grossolana lesione anatomica della corteccia cerebrale, l'insieme dei dati raccolti al letto della p. rendevano poco probabile l'ipotesi di una emorragia cerebrale, di un rammollimento per trombosi o di una grossa embolia.

Permettevano di escludere una tale patogenesi la variabilità e transitorietà della sintomatologia disgiunte da un vero coma: ed insorta in una paziente giovane a reazione di W. negativa ed indenne da affezioni vasali od endocardiche. La emorragia meningea era del pari improbabile pei caratteri del liquor cerebro spinale che presentava soltanto un lieve aumento della pressione e per l'assenza di fenomeni di reazione meningea.

Del resto la sproporzione tra la sintomatologia presentata che ebbe a regredire in modo rapido e completo ed il quadro clinico di queste affezioni era troppo evidente perchè esse potessero prestarsi a base di discussione diagnostica.

Soltanto la piccola embolia di arterie cerebrali poteva trovare un appoggio nella sintomatologia della paziente. Siffatta origine, suffragata da osservazioni cliniche è stata invocata da M. Achard, M. M. Gallavardin e Bocca, per spiegare alcune afasie e paralisi transitorie che si possono avere in cardiopazienti. Questi AA. ammettono che il piccolo embolo possa disgregarsi o riassorbirsi rapidamente il che spiegherebbe la scomparsa degli accidenti.

Anche Fruhinsholz e L. Cornil in un caso di afasia transitoria del postpartum hanno espresso una concezione analoga. Gli AA. assegnano alla piccola embolia alcune paralisi transitorie del 2-3 settenario del puerperio anche se la donna ha avuto soltanto un parto accidentato per emorragie, interventi, forcipe, ecc., senza

infezione palese. L'ipotesi su esposta potrebbe adattarsi forse al quadro clinico e alla evoluzione ulteriore del nostro caso, ma non trova nell'esame somatico della paziente un'affezione che fornisca un qualche rapporto di casualità. E allora, esclusa la base anatomica, che anche il reperto autopsico venne poi ad escludere, la causa dell'affezione va ricercata fra quei fattori che possono essere passibili di danneggiare e di regredire spontaneamente e rapidamente.

Avverto che nella nostra p. non esistevano dati anamnestici nè segni oggettivi pei quali fosse presumibile una origine pitiasica dei disturbi. All'infuori di questo, la sintomatologia così caratteristica e corrispondente a definite lesioni a focolaio della corteccia cerebrale si era manifestato insieme ad un peggioramento della malattia organica preesistente. Considerando quindi i possibili rapporti di causalità tra le due affezioni è poco verosimile una ipotesi isterica.

Anche una transitoria anemia cerebrale è poco probabile perchè durante l'accesso non furono rilevati nè abbassamento della pressione arteriosa nè segni di una deficente irrorazione cerebrale per turbe del ritmo cardiaco. E poi la sintomatologia durò vari giorni nonostante il riposo in letto della paziente non dispnoica e con polso regolare.

Esclusa del pari un'origine tossica, in mancanza di una affezione causale, due sono le possibilità diagnostiche meritevoli di discussione: l'edema cerebrale o lo spasmo vascolare e non da uremia in quanto che come già fu detto non esisteva aumento dell'azoto residuo nel siero di sangue.

L'origine angiospastica di accidenti cerebrali transitori, quali ictus, paralisi, crisi epilettiformi, amaurosi, afasie, vere claudicazioni cerebrali, intermittenti secondo Vaquez può in varie contingenze ritenersi come dimostrata.

Tali fenomeni si sviluppano quasi esclusivamente in pazienti affetti da ipertensione arteriosa essenziale o secondaria a nefrite cronica ed in età di solito avanzata e si presentano in genere in occasione di una crisi ipertensiva con relazioni di causa ed effetto non ancora del tutto chiarite.

Verosimilmente in una parte dei casi è la crisi ipertensiva a determinare lo spasmo giacchè l'inalazione di nitrito di amile fa talvolta regredire rapidamente la sindrome. Lo spasmo arterioso potrebbe quindi essere considerato come una reazione di difesa, ma non è escluso che lo spasmo possa precedere e causare la crisi ipertensiva stessa. Secondo Vaquez e Foy ipertensione e spasmo sono sempre soli in causa della sintomatologia.

Ciò non toglie che altre volte le manifestazioni nervose suindicate possano assumere una genesi diversa e che si possa talvolta incriminare un edema localizzato e rilevabile al fondo dell'occhio o nel cervello (Vidal, Lemierre, Pasteur Wallery Rodot).

Verosimilmente più spesso l'origine è complessa ed è espressione di vari fattori agenti simultaneamente, quali ipertensione arteriosa, ateroma delle arterie cerebrali, lacune di disintegrazione e focolai di rammollimento, esacerbazioni azotemiche e cloruremiche, insufficenza circolatoria. Siffatta patogenesi applicabile secondo gli AA. citati ai casi di afasia motoria riportati da Lanceraux, Jocqs, Monod, E. Duprè, A. Grenet e Gilbert spiegherebbe come sulla frequenza di tali sindromi incida l'età avanzata dei soggetti.

Nel nostro caso si trattava di donna giovane, senza ipertensione e senza aumento dell'azoto residuo, che non presentò mai a carico di altri organi sintomi riportabili a fenomeni vasali spastici. Dovendo escludere lo spasmo per la mancanza di condizioni efficenti conviene ricercare nell'edema cerebrale la causa dei fenomeni in discussione. Il dato positivo che con più presunzione permette di formulare questa patogenesi è la comparsa dei disturbi durante un peggioramento spontaneo dell'eliminazione dell'acqua e del cloruro sodico con infiltrazione più spiccata all'estremità cefalica, palesatosi coll'accentuarsi della tumefazione della cute del viso, della cefalea, della sonnolenza, del vomito. Se alcuni di questi sintomi da tempo preesistenti, a tipo continuativo con esacerbazioni accessuali indicavano già la sofferenza della corteccia cerebrale con ogni verosimiglianza la funzionalità corticale ad un disturbo superante i limiti della sua capacità di adattamento rispose con la paralisi di centri nervosi più sensibili.

Paralisi funzionale, quindi reversibile e transitoria alle dipendenze di una esacerbazione edematosa. Che se poi una eventuale meiopragia congenita o acquisita invocata da taluni autori che l'edema cerebrale rileverebbe, possa essere accampata anche nel nostro caso è più questione di ipotesi che di accertamento.

BIBLIOGRAFIA.

1) ACHARD CH. e LAUBRY. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp., Paris, pag. 778, 1903.
2) ANDERBERT, RIBAT e SOL. Bull. d'Obst. et Gyn., pag. 639, 1932.

3) COLOMBI C. e SACCHI U. Arch. dell'Ist. Bioch. Ital., pag. 135, 1934.
4) DONZELOT E. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., Paris, pag. 1510, 1934.
5) DUPRÈ. Semaine méd., pag. 466, 1894.
6) FRUHINSHOLZ A. e L. CORNIL. Bull. d'obst. et Gyn., pag. 145, 1929.
7) GRENET A. Gaz. des hôp., Paris, pag. 1470, 1895.
8) GROSSI F. e M. FANIGLIETTI. Pediatria, pag. 874, 1934.
9) LAURATI F. Policlinico, sez. Med., 1916.
10) LEDOUX M. Presse méd., pag. 1002, 1928.
11) LEDOUX M. e G. JACQUOT. Ibid., 1285, 1933.
12) LEMIERRE A. Gaz. des hôp., pag. 905, 1920.
13) LIVERANI E. Policlinico, sez. prat., pag. 620, 1931.
14) LOPRIORE S. Gaz. degli Osp. delle Clin., pag. 25, 1897.
15) MURATORI A. Pediatria pratica, pag. 146, 1932.
16) VIDAL, LEMIERRE H. e PASTEUR VALLERY-RADOT. *Nouveau Traité de Méd. reins.* Masson, 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

CUORE E VASI SANGUIGNI.

Sull'aritmia assoluta.

(G. PARADE. *Zentralbl. f. inn. Mediz.*, 11 aprile 1936).

L'applicazione dei metodi grafici allo studio della meccanica cardiaca dei quali l'espressione più fine è rappresentata dall'elettrocardiogramma, ha permesso nello spazio di pochi lustri di scrutare a fondo la concatenazione fisiopatologica del più frequente disturbo del ritmo cardiaco e cioè dell'aritmia completa. E se ancora alcuni momenti patogenetici di essa rimangono non definitivamente chiariti, le nuove possibilità di studio hanno fornito alla clinica delle preziose indicazioni pratiche riguardo l'eziologia, la diagnosi, la prognosi e la terapia dell'aritmia assoluta. L'ampio studio dell'A. documentato abbondantemente da tracciati elettro- e flebo-grafici riassume le recenti vedute teoriche e i più importanti aspetti clinici sull'affezione fino a poco tempo fa tanto misteriosa da essere definita quale « delirium cordis ».

L'A. anzitutto ricorda che l'aritmia completa pur costituendo quasi sempre la diretta conseguenza della fibrillazione auricolare, può talvolta riscontrarsi anche nel « flatter »; nell'alloritmia che di solito si riscontra in quest'ultima contingenza per esistenza di un blocco parziale, la forza « inibitrice » di un tale blocco può talvolta oscillare da un momento all'altro, anche irregolarmente dando quindi luogo all'aritmia completa. Del resto la distinzione fra il flatter e la fibrillazione sarebbe talora da considerarsi più che altro come quantitativa; è nota d'altronde la facilità di passaggio di una forma nell'altra sotto l'influsso del trattamento digitalico.

A parte però le rare eccezioni la diagnosi di aritmia assoluta equivale a quella di fibrillazione auricolare; e l'assoluto disordine del ritmo ventricolare è da attribuire, anche secondo i dati sperimentali di Trendelenburg, alla debolezza e molteplicità degli stimoli batmotropi che a loro volta generano disturbi di conduzione di entità ed intensità diverse.

Le ricerche e le ipotesi relative alla patogenesi della fibrillazione tenderebbero anzitutto ad ammettere che la funzionalità del nodo del seno viene in essa lesa solo secondariamente, per una « atrofia da inazione », e che quindi l'elemento protopatico dell'affezione è da ricercarsi altrove. Difatti la funzione del « segnapassi » del cuore viene ripresa in pieno non appena si riesce a vincere la fibrillazione.

Secondo l'ipotesi di Winterberg e Rothberger la fibrillazione (o il flatter che è certamente di patogenesi non dissimile) si origina per effetto della comparsa di un nuovo centro generatore di stimoli frequentissimi; quando la « tachisistolia eterotopa » raggiunge gradi notevoli l'alternanza regolare di sistoli e diastoli atriali non è più possibile e si giunge a contrazioni e rilasciamenti parziali, di cui l'espressone è la fibrillazione. Hering ammetterebbe l'esistenza di centri eterotopi multipli di cui ognuno emette degli stimoli frequenti. La teoria di Mines (accettata anche da Lewis) propenderebbe invece per un altro meccanismo, quello delle cosidette onde circolari, secondo le quali l'onda di eccitamento si propaga attraverso tratti di miocardio eccitabile e quindi contraentisi, lasciando dietro di sè tratti che rimangono refrattari per un tempuscolo breve, per indi ritornarvi di nuovo. Tale teoria che ammette l'esistenza di una « via circolare » presenta punti di contatto con quella di de Boer, secondo il quale un extrastimolo precoce avanza « a tappe » nel tessuto atriale a seconda della refrattarietà o meno dei singoli segmenti di esso; la contrazione di piccole aree muscolari con contemporanea inattività di altre aree significano l'impossibilità di contrazione atriale in toto ed equivalgono alla fibrillazione.

Quasi tutti gli AA. sono d'accordo nel considerare la fibrillazione quale conseguenza di una ipereccitabilità dell'auricola. L'ipotesi di Haberlandt, il quale considera che la fibrillazione consegue ad una ipersensibilità verso il cosidetto « ormone cardiaco » (sostanza stimolante prodotta dal sistema specifico) o alla iperproduzione di questo non è stata per ora universalmente accettata; essa del resto sarebbe in certa contradizione coll'osservazione dello stesso Haberlandt sulle qualità terapeutiche e profilattiche del suo ormone somministrato nei casi affetti o predisposti alla fibrillazione.

La predisposizione alla fibrillazione sarebbe secondo de Boer creata anzitutto dall'alterazione metabolica del miocardio auricolare, e quin-

di la conseguenza di degenerazione miocardica. arteriosclerosi delle coronarie o affaticamento della muscolatura cardiaca; le lesioni dei miocardio auricolare sarebbero quasi sempre rivelate dall'osservazione ecgrafica dei casi già affetti di fibrillazione e nei quali la P. si presenta più o meno deformata.

Le ripercussioni emodinamiche dall'aritmia completa sono in diretto rapporto allo stato della muscolatura dei ventricoli ed alla frequenza delle contrazioni di questi, alla circolazione coronaria ecc. Si tenga presente che la sistole atriale svuotando il sangue nel ventricolo e quindi facendo dilatare questo contribuisce ad una più efficace contrazione ventricolare; colla fibrillazione tale fattore verrebbe a mancare e la dilatazione diastolica rimane solo in funzione della durata della diastole e quindi è inversamente proporzionale alla frequenza ventricolare. D'altra parte la gittata sistolica varierà a seconda della pienezza del ventricolo; nel caso di pulsazioni frequenti e rimanendo dopo una gittata relativamente vigorosa la pressione nell'aorta ancora alta, la contrazione successiva del ventricolo si ripercuoterà solo scarsamente sul circolo periferico. Ora tali condizioni con deficit relativo od assoluto del polso si riscontrano di solito solo nelle tachiaritmie, e deporrebbero secondo l'A. per una lesione del miocardio ventricolare.

L'osservazione flebografica dell'aritmia completa può fornire dei ragguagli sullo stato del circolo venoso. Oltre alla ovvia scomparsa dell'onda *a*, l'attenzione viene richiamata sul collasso sistolico; ora questo si presenta sempre meno pronunciato nei casi di stati venosa, tanto da scomparire completamente e il polso venoso presentarsi a « plateau » con esclusivo rientramento diastolico nella insufficienza cardiaca grave.

Le linee direttive della terapia della aritmia completa sono troppo note perchè vi sia bisogno di insistervi; basta ricordare che nella digitalizzazione abbiamo un mezzo quasi specifico col quale tendiamo a far rallentare la frequenza ventricolare che nei casi del genere rappresenta l'elemento dominante delle condizioni emodinamiche. Molto più delicato si presenta il problema quando si tratta di stati di predisposizione alla fibrillazione o di fibrillazione auricolare « parossistica ». Quest'ultima sarebbe tutt'altro che rara e di solito viene percepita dai pazienti con sensazione di cardiopalmo e oppressione che dura qualche ora; talvolta si riesce sorprendere l'accesso di fibrillazione durante un esame ecgrafico prolungato. Tale accesso è stato qualche volta osservato anche in uomini clinicamente sani, viene provocato da cause occasionali esogene (quali ad es. sforzo, emozione ecc.) od endogene (disturbi gastro-intestinali, meteorismo ecc.); va però notato che esso rappresenta un esponente della predisposizione alla fibrillazione, e spesso precede l'istaurarsi definitivo di essa. Anche alcune sostanze farmacodinamiche quale ad es. la fisostigmina, la muscarina, l'istamina possono provocare l'accesso di fibrillazione; lo stesso è stato osservato dopo l'irradiazione e nelle malattie febbrili. Tutti questi sarebbero i « coefficienti » della comparsa dell'aritmia assoluta, i quali agiscono su terreno preparato; l'A. insiste sul concetto che la fibrillazione rappresenta per lo più una malattia secondaria ad una delle seguenti affezioni: stenosi mitrale, sclerosi coronaria (cuore senile), diverse varianti dell'insufficienza cardiaca, ipertireosi. La stenosi mitrale costituisce indubbiamente la contingenza più frequente che dà luogo alla fibrillazione; questa nel primo tempo è ancora labile e può essere efficacemente curata colla chinidina; più tardi però il trattamento chinidinico può portare ad inconvenienti anche gravi per distacco di trombi parietali colla consecutiva embolia in seguito al subitaneo « cambiamento di regime » dell'auricolo.

Nel cuore senile l'aritmia completa s'impone talvolta come malattia primaria: evidentemente la sclerosi coronaria ha colpito anzitutto l'irrorazione auricolare; nei casi del genere di solito v'è bradiaritmia e sono scarsi i disturbi subiettivi e obiettivi; i pazienti possono esplicare attività fisiche anche notevoli (come p. es. alcuni sports), che riescono utili come continuo allenamento; la terapia chinidinica pur capace di far ritornare il ritmo normale è di scarsa utilità perchè di solito dà risultati non duraturi. Il passaggio della forma lenta a quella rapida dell'aritmia segna l'aggravamento della situazione e corrisponde a quello che si osserva nella fibrillazione da insufficienza cardiaca.

In quest'ultimo gruppo di casi l'affezione primaria può essere rappresentata da qualsiasi vizio valvolare, da lesioni miocardiche, da ipertensione, da *concretio* pericardica; tali lesioni portano all'iposistolia di cui fenomeno concomitante è la fibrillazione. Merita speciale rilievo la fibrillazione nell'angine di petto che si limita a parossismi contemporanei all'attacco di *angor*.

È degno di nota che nelle ipertireosi la fibrillazione si manifesta per lo più dopo il quarantesimo anno di vita, come se fosse la conseguenza del fatto che il cuore non è più capace (in seguito alle prime note di senilità) a rispondere alle continue richieste aumentate; di solito infatti vi concomitano di già anche i segni di insufficienza cardiaca. L'aritmia di solito si manifesta in occasione di uno stimolo che ha agito intensamente sul sist. neurovegetativo irritabile. Non si sa se vi contribuisce direttamente maggior increto di ormoni tiroidei (Nothmann e Parade non hanno potuto nelle loro esperienze provocare la fibrillazione con dosi anche rilevanti di tirossina). Il trat-

tamento dell'aritmia assoluta nelle tireotossicosi dev'essere indirizzato anzitutto verso l'affezione primitiva: quindi terapia con lugol, con la dijodotirossina, tiroidectomia ecc.; solo in secondo tempo si potranno avere buoni effetti colla digitale. La tiroidectomia porta quasi sempre al dileguarsi della sintomatologia cardiaca, che quindi si dimostra perfettamente reversibile.

Come abbiamo visto i principi che debbono guidare nel giudizio diagnostico e terapeutico dell'aritmia assoluta sono relativamente semplici. Essi insegnano a giudicare ogni caso individualmente, tenendo presente anche la possibile eziologia del disturbo del ritmo e vi indicano come non sempre è necessaria la riconquista a qualsiasi prezzo del ritmo normale, la quale talora potrebbe costituire la vittoria di Pirro; anche qui vale la regola generale della fisiopatologia, secondo la quale alcuni adattamenti dell'organismo malato costituiscono un male necessario e compatibile con una esistenza anche lunga. Più che uno schema, il buon senso clinico potrà a dovrà guidare la via terapeutica. S. MINZ.

Osservazioni a proposito della operazione per embolia di Trendelenburg.

(KUSTMANN-HALLEWORDEN. *Dtsch. z. Chir.*, 245, 472, 1935).

Gli AA. dicono che nella Clinica Chirurgica di Frey a Düsseldorf vennero praticate 6 operazioni di Trendelenburg per embolia della polmonare, nel corso di 2 anni. In 3 casi non si ebbe ripresa nè dell'attività cardiaca nè dell'attività respiratoria, malgrado iniezioni intracardiache di adrenalina e di lobelina. In altri 3 casi si ebbe ripresa dell'attività cardiaca e respiratoria e sopravvivenza una volta di 2 ore, una di 23 ed una di 32 ore. Tali periodi di sopravvivenza sono tanto maggiori, quanto più breve è stato il periodo di silenzio della attività cardiaca. In questi 3 casi si ebbero gravi disturbi nervosi: emiplegie, convulsioni, Babinski. Il cervello di due di questi ammalati fu accuratamente studiato e mostrò alterazioni degenerative e ischiemiche. A queste va, secondo gli AA., attribuita la causa principale della morte sopravvenuta in secondo tempo a operazione riuscita. Fondamentale è da questo punto di vista appunto il periodo intercorrente fra cessazione della attività cardiaca e sua ripresa. Assai utile è pertanto l'iniezione intracardiaca di adrenalina o lobelina. È evidente che non si possa sperare in un successo in casi in cui la morte è dovuta a schock cardiaco.

Gli AA. si occupano poi del problema sperimentale del periodo massimo di inattività cardiaca compatibile con la possibilità di sopravvivenza e dei rapporti fra inattività cardiaca e alterazioni cerebrali. Fondamentali sono le ricerche di Läwen e Sievers, recentemente controllate da Polak da cui risulta come sotto determinate condizioni animali da esperimento (conigli) possano sopportare una interruzione di circolo di persino 7 1/2 minuti.

Cifre precedenti date da Nyström comportavano 105 secondi come massimo. Questi autori invece hanno visto come conigli possano sopportare una interruzione del circolo per occlusione dell'aorta e della polmonare di 2 1/2 minuti. Tale periodo si eleva a 3-4 minuti se si compie durante la occlusione respirazione artificiale, a 5-6 minuti se si pratica respirazione artificiale con ossigeno e massaggio del cuore, fino a 7-8 minuti praticando respirazione artificiale con O. e iniezione intracardiaca di adrenalina. A. CALÒ.

Ricerche anatomiche sull'operazione di Trendelenburg per l'embolia polmonare.

(SZABÒ. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 184, pag. 30, 1936).

L'A. dice che anche negli esercizi di medicina operatoria riesce difficile di evitare l'apertura del seno pleurico e ciò specie nei casi in cui il seno aderisce alla lamina endotoracica; il metodo migliore sembra all'A. quello di repertare il limite del seno a livello della II costola, verso la linea mediana specie resecando con la pinza ossivora il margine dello sterno. Nei grassi e negli anziani la manovra è più facile. L'apertura del pericardio deve essere fatta in basso e completata verso l'alto ottusamente per evitare la lesione del frenico e dell'arteria freno-pericardica.

In alcuni casi vi è impossibilità quasi assoluta di riconoscere l'arteria polmonare; l'A. consiglia di ricorrere a due dati che ritiene importanti e cioè al fatto che il vaso ricoperto dall'auricola destra è solo l'aorta e che l'arteria polmonare continua il cono arterioso riconoscibile per il grasso epicardico. L'incisione va fatta solo al disopra di questo limite, non troppo in basso per evitare la lesione delle valvole semilunari, nè troppo alto perchè non si renda impossibile la sutura. Quanto più basso è il taglio tanto più difficile risulta la penetrazione della pinza da emboli nel ramo sinistro. VALDONI.

ORGANI DIGERENTI.

Nuove possibilità terapeutiche nella ulcera gastrica.

(C. BAYER. *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 17 e 24 apr. 1936).

Nella ricerca di un mezzo terapeutico atto a combattere le discinesie gastriche nei casi accertati o sospetti di ulcera gastroduodenale, l'A. sin dal 1934 ha potuto osservare l'efficacia di soluzioni anestetiche (anestetizzanti mucosi quale ad es. la larocaina in soluzione di 0,25-0,50 %) introdotte nello stomaco. Tali soluzioni si dimostrarono nettamente superiori ai comuni spasmolitici del genere di atropina o

papaverina, specie nei riguardi della contrattura pilorica; sotto l'azione degli anestetici scomparivano le alterazioni funzionali dell'attività muscolare gastrica che oscuravano precedentemente le lesioni anatomiche eventualmente esistenti; la cinetica dello stomaco assumeva un aspetto normale.

L'influsso favorevole degli anestetici viene dall'A. attribuito all'eliminazione degli stimoli riflessogeni che, partendo dalla mucosa gastrica, vengono a provocare un'attività abnorme dell'innervazione estrinseca dello stomaco (stimoli distrettuali del vago e dello splancnico); mentre l'attività normale della muscolatura gastrica continua ad essere governata dalla rete ganglionare intramurale che possiede una certa autonomia anatomo-funzionale.

Nel corso di tali indagini l'A. ha potuto notare che il trattamento colle soluzioni anestetiche nei casi di ulcere recenti ha influito con una rapidità che può dirsi sorprendente (10-12 giorni) sul quadro morfologico dell'affezione: in tutta una serie di casi, di cui l'A. riporta la documentazione clinica e radiologica l'immagine tipica della nicchia veniva a scomparire; e la guarigione anatomica sopravvenuta era convalidata in numerosi controlli radiografici dall'aspetto cicatriziale a raggiera della mucosa gastrica nella zona corrispondente all'ulcera progressa.

Secondo lo schema del trattamento elaborato dall'A. la soluzione anestetica a 0,25 % viene somministrata la mattina a digiuno, nella quantità di 200 cmc., da ingerire lentamente nello spazio di un'ora con successivo riposo in posizione supina; la colazione ha luogo solo dopo un'altra ora e mezzo; il regime dietetico è piuttosto blando (secondo Leube); il controllo radiografico è da eseguirsi dopo dieci giorni.

Gli effetti della medicazione « larocainica » erano talmente costanti nei casi di ulcere recenti che in base ad esito positivo o eventualmente negativo della cura l'A. avrebbe distinto le forme cosidette «acute» e quelle «croniche» dell'ulcera; queste ultime reagiscono solo scarsamente al trattamento anestetizzante (lo stesso vale naturalmente anche per gli *ulcus carcinomatosi*); le prime secondo l'A. sarebbero quindi ulceri accessibili alla terapia medica, le ultime solo a quella chirurgica.

Per la interpretazione dell'effetto curativo della medicazione anestetizzante l'A. si riferisce alla patogenesi dell'ulcera gastrica, la quale secondo lui sarebbe l'effetto finale di un processo infiammatorio (inteso nel senso lato); egli vi si sofferma ampiamente appellandosi anche ai recenti studi di Bergmann sull'importanza del sistema neurovegetativo nella fenomenologia dell'infiammazione e dei processi di metabolismo ad essa relativi, dedicando finalmente un'ampia trattazione al fattore percettivo del dolore nella genesi dei fenomeni reattivi infiammatori che sono l'espressione di « riflessi vegetativi ». Nella sua esposizione egli ricorda le recenti ricerche fisiopatologiche di Westphal sul cosidetto «stomaco eccitabile» e quelle di Stoehr relative alle ultime « proiezioni periferiche » del sistema neurovegetativo della parete gastrica.

Non possiamo riportare qui neanche per sommi capi la ragionata esposizione dell'A. in base alla quale l'A. conclude che eliminando i « recettori vegetativi » mediante l'anestesia, si verrebbe ad escludere tutto un sistema che presiede alla genesi ed al mantenimento della reazione, di cui l'espressione anatomica è rappresentata dal processo ulcerativo mentre quella funzionale dalla discinesia gastrica.

Nelle sue conclusioni l'A. saggiamente osserva che le interpretazioni da lui prospettate non costituiscono che un'ipotesi di cui solo lo studio ulteriore potrà dare la conferma; per ora l'importanza pratica delle sue osservazioni supera il loro valore teorico ed invita a larga applicazione del nuovo metodo curativo dell'ulcera gastrica.

A noi pare interessante aggiungere che effettivamente, anche prescindendo dalla teoria dell'influsso curativo di anestetici, l'importanza terapeutica di questi viene sempre più messa in evidenza nei moderni sistemi terapeutici; tanto per citare un esempio di un campo del tutto diverso ricordiamo le recenti applicazioni di anestesia locale nel trattamento delle distorsioni, le quali, nelle mani di AA. francesi e belgi, avrebbero dato dei risultati brillanti con ricupero funzionale immediato e mancanza di reazioni anatomo-patologiche notevoli. Sembrerebbe che l'antico precetto medico che raccomanda a dominare le reazioni dell'organismo, quando queste diventino dannose per eccesso, possa essere efficacemente realizzato mediante il trattamento anestetizzante che viene a moderare od annullare il primo stimolo alla reazione, giungendo in questo modo addirittura alla « profilassi » della reazione presumibilmente nociva. S. Minz.

L'intubazione nel trattamento dell'ulcera peptica.

(W. C. D. Maile. *British med. journ.*, 13 giugno 1936).

L'A. ha trattato 25 casi di ulcera peptica (14 gastrica e 11 duodenale) con il metodo proposto da Bourne nel 1934, cioè con l'alimentazione duodenale a mezzo di sonda.

Si è basato sopra un contenuto calorico totale di 2000 calorie al giorno, che sono da considerarsi come un minimum per un individuo in riposo. Nel calcolare la quantità della dieta, si deve tener conto, oltre che del contenuto calorico, anche del piccolo calibro del tubo, sicchè la quantità massima di nutrimento che si può somministrare al giorno è di 64 once (circa 1900 g.), da dividersi in 8 « pasti » (ogni 2 ore, lasciando libere 8 ore per il sonno), ognuno da 240 g. circa.

L'A. ha provato 5 tipi di « pasto », di cui il meglio tollerato è il seguente: Latte g. 240; glucosio g. 3,5; mezzo uovo; haliverol gocce 3. Conveniente sarebbe il pasto con latte di soja: Latte g. 240; glucosio g. 7; un uovo; haliverol gocce 3; alternato con latte di soja in latte vaccino. Vi è però la difficoltà di preparazione, in quanto che la soja va prima rammollita in acqua per un paio di giorni. L'uso dei semi di soja freschi eviterebbe tale difficoltà.

In alcuni casi, la dose di 240 g. di latte provocò cianosi, dolore acuto all'epigastrio, palpitazioni e vomito, con espulsione del tubo. Con la riduzione del latte a 180 g., tutti i sintomi scomparvero e dopo qualche giorno, si poterono somministrare 240 g.

Nessun paziente potè sopportare più di 7 grammi di glucosio, poichè si hanno dolore, malessere generale e diarrea. La regolarizzazione intestinale si ebbe introducendo dell'infuso di senna per il tubo stesso. Contro la pirosi, si somministrò la polvere di MacLean che, se presa a lungo, provoca diarrea (in tal caso tralasciare il carbonato di magnesio).

In generale, non si provò nessuna difficoltà nell'introduzione della sonda che si fece dopo cocainizzazione della gola e facendo ingoiare dei sorsi d'acqua durante la deglutizione. Dopo le prime 24 ore, la sonda veniva ben tollerata, senza dare disturbo di sorta. Ogni « pasto » prendeva circa 20 minuti; in seguito, i pazienti impararono a nutrirsi da sè.

In qualche caso, il tubo veniva « bloccato » e doveva pertanto essere estratto, lavato e reintrodotto; per evitare tale inconveniente, è consigliabile di lavarlo, prima e dopo ogni pasto, con 10 cmc. di acqua sterile.

Dopo la prima settimana, che il paziente passa a letto, esso può alzarsi e stare in piedi quasi tutto il giorno. Nessuno si è mai lamentato di fame e soltanto un uomo soffriva di non poter fumare. È necessario fare spesso lavature della bocca con glicerina al timolo.

Non si è affatto osservata la perdita di peso che si ha con il consueto trattamento; la maggiore perdita avuta è stata di 2 kg. e 1/2. Si ebbe perdita in 13 casi (in media kg. 1800) ed aumento in 11 (in media 450 g.). Nessuna differenza si osservò per questo fra i diversi tipi di pasti.

La permanenza in letto fu limitata ad una settimana (invece di 3 come di consueto). In tutti i casi, il dolore scomparve immediatamente dopo la intubazione. Un solo paziente ebbe, dopo 8 mesi, un ritorno dei sintomi, ma si vide che era necessaria la gastro-enterostomia. In due casi di gravi ematemesi, la possibilità di nutrire subito il paziente potè vincere la grave debolezza dovuta alle perdite di sangue.

In complesso, sembra che il metodo presenti parecchi vantaggi in confronto del consueto trattamento col riposo in letto, il latte e le polveri alcaline. *fil.*

DIVAGAZIONI

Il problema del suicidio.

Il suicidio costituisce uno dei fenomeni più complessi della vita umana in quanto si tratta di un atto che contrasta con un potente istinto fondamentale, quello della conservazione. Pertanto nelle ordinarie condizioni i fattori che inducono al suicidio devono avere una straordinaria forza determinante, tale da far ritenere ulteriormente intollerabile la vita. D'altra parte in condizioni anormali la spinta al suicidio può essere ricercata in infiacchimento dell'istinto di conservazione, in una alterazione profonda del tono sentimentale, in un disordine dei poteri critici. Infine vanno segnalati i casi nei quali il suicidio viene deliberato ed effettuato in piena lucidità mentale, senza immediati motivi personali, ma per scopi familiari, civili o religiosi.

C. Stanford Read (*British Medical Journal*, 28 marzo 1936) rileva come la frequenza del suicidio sia continuamente in aumento. Durante il periodo della grande guerra si ebbe un arresto di questo incremento dell'autosoppressione, che poi, però, riprese il suo ritmo ascendente.

È interessante il fatto che la distribuzione geografica del suicidio è tutt'altro che uniforme. Le maggiori percentuali si hanno in Austria, Francia, Svizzera, Cecoslovacchia, e nel Giappone, dove costituisce un costume tradizionale di omaggio e di punizione. Una posizione media hanno gli Stati Uniti d'America, la Svezia, il Belgio, la Danimarca e l'Australia, mentre la Norvegia, l'Olanda, la Spagna, il Portogallo, l'Italia, l'Inghilterra e l'Irlanda hanno una bassa mortalità per suicidio. In alcuni paesi (Svezia, Francia, Danimarca, Spagna) c'è una tendenza alla diminuzione; negli altri paesi europei la tendenza all'aumento è sempre marcata.

Nella fanciullezza i suicidi sono meno comuni, ma non così come si potrebbe sospettare: in Germania si sono avute vere epidemie di suicidio tra i ragazzi delle scuole elementari. Con la pubertà si ha uno sbalzo deciso della tendenza suicida che aumenta progressivamente: più di una metà dei suicidi hanno un'età superiore ai 45 anni.

Gli uomini si uccidono più frequentemente delle donne: su sette suicidi cinque sono maschi. Per altro non c'è corrispondenza tra la percentuale dei suicidi degli uomini e delle donne nelle varie età della vita. Nelle donne la percentuale massima che poi rimane stazionaria, viene raggiunta all'età di 30 anni.

In molti paesi europei, non in tutti, la frequenza dei suicidi è molto più alta nelle città che nelle campagne.

Le statistiche tendono a dimostrare che attentano più frequentemente alla loro vita gli individui che godono di uno buono stato sociale e di buona posizione negli affari. In rap-

porto alle professioni la maggiore percentuale si ha tra i medici e gli avvocati e la minore tra gli insegnanti. Le classi lavoratrici si mantengono intorno alla media, mentre la frequenza ritorna alta nelle classi molto povere.

La religione ha una spiccata influenza sulla frequenza dei suicidi. Questa è molto bassa nei paesi prevalentemente cattolici (Irlanda 2,8 su 100.000 abitanti, Spagna 3,5, Italia 9,6) mentre è alta nei paesi protestanti (Germania 27,8 su 100.000 abitanti, Danimarca 17,6, Svezia 15). Durante il secolo scorso tra gli ebrei il suicidio non fu frequente, ma ora è diventato estremamente comune forse in ragione della depressione economica di cui essi hanno più sofferto, nonchè della recrudenscenza dell'antisemitismo.

Per quel che riguarda il suicido nelle antiche civiltà sembra che Roma e la Grecia non lo considerassero un'azione riprovevole. Compare parecchie volte nelle antiche leggende elleniche e in Omero. Fu strenuamente censurato dai vecchi filosofi, come Platone e Pitagora, fu invece approvato ed incoraggiato dagli stoici.

Con l'avvento del cristianesimo si ebbe una progressiva modificazione dei vecchi concetti etici sul suicidio, ed infine considerato come un peccato e severamento condannato dalle leggi ecclesiastiche. La vita è considerata come un dono divino, e la sua soppressione volontaria costituisce pertanto un'offesa a Dio. Il corpo del suicida non poteva essere benedetto ed era esposto al ludibrio di tutti. Sta di fatto che durante il Medio Evo il suicidio era presso che sconosciuto, non si sa se per paura delle sanzioni religiose che esso importava o perchè veniva nascosto.

Nel secolo XVII una nuova filosofia della vita cominciò a modificare le opinioni sull'argomento. Le tendenze individualistiche di quel periodo riconobbero ad ogni uomo il diritto di togliersi la vita. Nel secolo XVIII queste tendenze presero ampia diffusione e Hume e Voltaire insieme ad altri scrittori difesero strenuamente il diritto al suicidio e si scagliarono violentemente contro coloro che condannavano i suicidi. Nel secolo XIX e successivamente il criticismo scientifico fece giustizia completa su tutti i vecchi preconcetti al riguardo. Tuttavia la chiesa ortodossa continua a considerarlo un peccato e la legislazione penale, specie militare, di alcuni paesi a sanzionarlo come reato.

Il Bramismo ed il Buddismo lo incoraggiano, la religione musulmana lo condanna.

Si ritiene comunemente che il suicidio sia poco diffuso tra i popoli primitivi, ma al riguardo non si può generalizzare.

Il numero dei suicidi raggiunge il massimo nei mesi di Maggio e Giugno, decresce nei seguenti mesi estivi fino a toccare il minimo in novembre e decembre; da questo mese ricomincia l'ascesa.

I metodi adoperati per il suicidio sono molteplici: impiccagione, annegamento, avvelenamento per via intestinale, ipodermica o per inalazione di gas, specialmente di gas illuminante, precipitazione dall'alto, ferite con arma da fuoco, ecc. La scelta del mezzo dipende prevalentemente dal mezzo che si ha a disposizione, ed anche da fattori psicologici nel senso dell'impressione che si vuol destare negli altri. È interessante il fatto che spesso si hanno epi-
interessante il fatto che spesso si hanno epi-
demie di suicidio con lo stesso mezzo: si verifica una specie di suggestione non solo per la determinazione all'atto, ma anche per la teatralità da dare al gesto.

Naturalmente il motivo più frequente del suicidio è costituito da fatti per i quali non si ritiene di poter sopportare più il peso della vita, da dolori fisici o morali, da colpe o situazioni ritenute insostenibili. Si tratta, comunque, di fatti comuni che generalmente non inducono ad una soluzione così radicale. Ciò prova che tutti i motivi acquistano un potere determinante in quanto agiscono su individui costituzionalmente predisposti o momentaneamente tarati nel loro psichismo.

Nei fattori psicologici dell'autosoppressione hanno una parte importante i fenomeni inconsci, ossia i conflitti mentali che agiscono senza affiorare alla coscienza. Nel corso dello sviluppo si stratificano nella profondità dello spirito tendenze con forme antagoniste, risultanti dal conflitto tra i desideri istintivi e la loro soddisfazione o insoddisfazione. Tutto il nostro psichismo è impregnato di tendenze contraddittorie che ci spingono in direzioni opposte. Così a secondo le circostanze e gli ambienti si è sollecitati verso l'amore o l'odio, il piacere od il dolore, l'attività o l'inerzia, la vita o la morte.

Questi conflitti sono i residui o le riattivazioni delle esperienze dell'infanzia. La insoddisfazione e la repressione delle tendenze istintive provoca nel ragazzo un sentimento di ostilità e di odio e sopratutto il desiderio della morte di colore che si oppongono a tali tendenze. Ma questo sentimento è represso nella incosciente dal sentimento contrario dell'amore, che rende l'odio e l'ostilità repugnante alla personalità. Si deve osservare che il desiderio del ragazzo della morte altrui non è quello che può avere un adulto, esso si limita all'idea di allontanamento, dall'ambiente della persona ostile.

Con lo sviluppo normale questi complessi mentali s'indeboliscono o sono soggiogati ed il loro potenziale viene utilizzato per tendenze utili e costruttive. In circostanze sfavorevoli essi hanno una forza esagerata e negli strati profondi dell'inconscio, dove sono repressi, conservano un dinamismo che agisce producendo una disarmonia mentale. Le tendenze ostili che costituiscono il basso fondo dello

psichismo non si risolvono in azioni aggressive e omicide solo perchè controllate e dominate. Tutti noi siamo odiatori e assassini potenziali. E la psicanalisi sostiene che l'autosoppressione non è che risultante di questo fatto mentale: il suicida in fondo desidera la morte di qualcuno: e compie su se stesso l'atto che vorrebbe infliggere ad altri.

Per accordare questa concezione con l'istinto di conservazione Freud ammette un istinto della vita ed un istinto della morte. Egli pensa che accanto a quell'istinto che costringe ogni essere vivente ad essere attaccato alla vita, c'è un desiderio talvolta altrettanto operante di non essere. Di solito l'istinto della vita è molto più forte perchè l'amore di se stessi (narcisismo) è potentissimo e respinge ogni attentato all'integrità delle personalità. Poichè l'istinto della vita s'identifica con l'istinto sessuale, si comprende come il binomio amore e morte non sia solo una fantasia poetica ma una realtà psichica. In alcuni tipi di persone ogni ostacolo sulla via di Eros, determina una affermazione e un rafforzamento dell'istinto della morte. L'amore e l'attrazione si tramutano in odio ed aggressione, e l'istinto della morte rivolto verso l'esterno finisce per estrinsecarsi contro l'individuo stesso. In altre parole l'istinto di morte può tradursi in atto con l'omicidio o con il suicidio, e non di rado prima con l'omicidio e con il suicidio poi.

Un altro fattore importante di suicidio è l'idea di colpa. La vecchia legge giudaica « occhio per occhio, dente per dente » entra in giuoco. L'autosoppressione, diventa una specie di espiazione, di autopunizione, un castigo necessario per le tendenze ostili e aggressive verso altri.

Ma a parte questi fattori più o meno inconsci vi sono motivi perfettamente lucidi che affiorano chiaramente alla coscienza: il desiderio di unirsi ad una persona amata perduta, un vago desiderio di unirsi a Dio e di confondersi con l'infinito.

Vi sono casi di suicidio cronico, nei quali l'individuo non si sopprime violentemente, ma segue una linea di condotta che lo conduce inevitabilmente alla malattia e alla morte. Tra lo stesso gruppo vanno annoverati quegli individui che trascurano ogni precauzione per sottrarsi ai comuni accidenti causa di morte. Può sembrare che questi individui siano dei coraggiosi o dei temerari, ma in effetti si tratta di una linea di condotta che viene determinata da motivi consapevoli, o da complessi che covano nell'inconscio.

Che il suicidio sia risultante di conflitti mentali è comprovato dal fatto che in un buon quinto di casi i suicidi sono pazzi e che in un buon numero di casi si possono rilevare tare psiconeurotiche individuali o familiari. Per lo più si tratta di stati depressivi semplici, di malinconia o di psicosi maniaco-depressiva. Seguono la demenza precoce, la paranoia allucinatoria persecutoria, la paralisi progressiva, la psicosi alcoolica. Gli stati neurapsicastenici accompagnati da insonnia inducono spesso al suicidio. L'insonnia è insieme effetto e causa di uno stato depressivo che conduce alla disperazione e quindi al desiderio di sottrarsi al tormento della vita. *argo.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

BREDERECK HELLUMT. *Vitamine und Hormone und ihre technische Darstellung.* Vol. in-8° di pag. 100. S. Hirzel, Lipsia, 1936, RM 6.

Il trattato di cui qui presentiamo la prima parte, ha per sottotitolo « tecniche per il riconoscimento e l'identificazione degli ormoni e delle vitamine »: Questa prima parte è l'introduzione alla seconda, che si rivolgerà appunto ai problemi di tecnica sopra citati.

Qui sono esposti i risultati delle ricerche di ogni genere finora eseguite sugli ormoni e le vitamine, sì che in queste 100 pagine è raccolto in sintesi lucidissima, si può dire tutto ciò che oggi si sa sulle vitamine e sugli ormoni.

Dopo due paginette in cui è riassunta la storia della scoperta delle vitamine, l'autore tratta successivamente di ciascuna di esse: in ordine alfabetico. Di ogni vitamina descrive il quadro della relativa carenza, la natura chimica, la distribuzione biologica, la sintesi.

È degno di particolare rilievo il capitolo dedicato alla vit. B_2 (o lattoflavina) e perchè vi sono riferite le più moderne ricerche di Kuhn sulla sintesi delle flavine e perchè i risultati di quelle ricerche consentono la conoscenza completa della struttura, sintesi, azione della vitamina stessa. Invero chi legge questo libro rimane sorpreso di quanta strada si sia fatta nella dottrina delle vitamine; di quanto profonda sia oggi la nostra conoscenza sulla natura di queste sostanze che non molti anni or sono Funk chiamò vitamine esprimendone ad un tempo l'importanza ed il mistero dell'intima natura.

Vitamina B_2, C e D ci sono oggi completamente note e ne è possibile la sintesi artificiale.

L'A. dedica un cenno anche alle vitamine meno note e più discusse, quali la H (della difesa della cute) e K (antiemorragica).

Segue la trattazione degli ormoni fatta con lo stesso metodo e la stessa chiarezza.

Anche in questo campo, quanta strada dalle prime comunicazioni sulle sindromi da ectomia di queste o quelle ghiandole.

Sopratutto i capitoli sugli ormoni sessuali sono densi di novità. La struttura ne è espressa dalle relative formule chimiche di struttura. Segnaliamo il capitolo dedicato agli ormoni dell'estro (ormone follicolare) e quello dell'ormone del corpo luteo (progesteron). Una ampia tavola di formule rappresenta le tra-

sformazioni che conducono dalla colesterina, agli ormoni dell'estro e ai corrispondenti ormoni maschili (testosterone, androsterone).

Accanto agli ormoni più noti (insulina, paratormone) l'A. tratta anche dell'« ormone circolatorio » della secretina, del principio di Castle e degli ormoni delle piante.

Ciò dà la misura della modernità del libro e del suo interesse per i vitaminologi e gli endocrinologi.

M. Coppo.

Torsten Halfström. *Takatas modifizierte sublimat Fuschsinreaktion om Blutserum als Diagnostikum bei Leberkrenkheiten.* Acta Med. Scandinavica, suppl. LXII, pp. 160, 1935.

L'A. con l'aiuto di altre 12 persone citate per ringraziamento nella prefazione ha eseguito la R. T. modificata secondo Staub-Jezler in 212 casi di malattie epatiche varie.

Nel primo capitolo è esposto quale è il concetto della reazione e come va eseguita sul siero di sangue degli epatopazienti — è anche detto qualche cosa sul possibile suo intimo meccanismo. Successivamente l'A. espone la tecnica della *lettura* dei risultati delle reazioni. secondo uno schema che è analogo a quello proposto da Goebel per la reazione del mastice e universalmente adottato. L'A. tratta anche diffusamente del valore delle modificazioni del colore della fucsina che si osservano alle varie diluizioni di siero realizzate nella prova. Segue l'esposizione dei risultati ottenuti nei casi studiati, classificati secondo la *diagnosi.*

Di moltissimi, l'A. dà un cenno anamnestico e clinico, di molti segue il reperto autoptico. La reazione venne studiata dall'A. nelle seguenti malattie: soggetti sani o affetti da malattie non epatiche, cirrosi epatica, tumore e lue del fegato, infezione ed ostruzione nelle vie biliari, fegato da stasi, epatite acuta, morbo di Weil, epatite asettica, fegato amiloide e adiposi epatica.

Da tutto ciò l'A. conclude che l'importanza della R. T. deriva dal fatto che essa costituisce un sicuro criterio differenziale fra le lesioni diffuse del parenchima epatico (epatiti) da un lato, e l'ittero per ritenzione di tutti i tipi dall'altro. La R. T. costituisce secondo l'A. la migliore di tutte le prove di funzionalità della cellula epatica, la più fedele e la più pratica. Anche per la diagnosi di cirrosi il risultato della reazione ha molto peso: essa consente la diagnosi vitale nei casi in cui non sono chiari altri segni clinici di lesione epatica e di solito l'esito della reazione è confermato all'autopsia.

Tali conclusioni non sono però universalmente accettate, nè per quel che riguarda il meccanismo della T. R. nè per quel che si riferisce al suo valore di prova di funzionalità epatica. Nella nostra Clinica sono in corso ricerche che a questi problemi si riferiscono direttamente.

M. Coppo.

CONFERENZE.

L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d'Etiopia.

(3 Ottobre 1935 - 9 Maggio 1936).

(Conferenza tenuta nell'Istituto della Sanità Pubblica il 31 luglio 1936-XIV da S. E. il prof. sen. Aldo Castellani alla presenza di S. A. R. la Principessa di Piemonte).

La guerra cominciò il 3 ottobre 1935 e terminò il 9 maggio 1936, colla proclamazione dell'Impero. Durante questo periodo le truppe nazionali del fronte nord e del fronte sud ascesero a circa 500.000 uomini e ad essi devono aggiungersi più di 100.000 operai bianchi. È la prima volta nella storia del mondo che una così imponente massa di truppe bianche è stata portata ed ha combattuto in zona tropicale, gran parte della quale a clima torrido.

L'unica altra guerra coloniale, paragonabile da questo punto di vista ma soltanto lontanamente alla nostra, fu quella britannica contro i Boeri, ma in tale guerra le forze bianche presenti all'inizio erano di circa 50.000 uomini, e più tardi si aggirarono sui 200.000 uomini e le operazioni si svolsero in parti subtropicali e non tropicali del Continente Nero.

Il pensiero che mezzo milione di giovani nostri soldati si trovava in zona tropicale fece tremare il cuore a molti. Nella stampa estera, anche quella a noi favorevole, si pubblicarono spesso articoli in cui si diceva che i soldati italiani anche se risparmiati dai proiettili abissini sarebbero stati distrutti dalle malattie. Ma il Capo del Governo — Genio lungiveggente — intuì subito che in una guerra coloniale la preparazione medica è altrettanto importante della preparazione puramente bellica, e prese a tal riguardo le opportune misure che furono complete e perfette. Enumeriamone alcune dando delle cifre:

R. Esercito. — L'Esercito aveva in Africa durante il periodo bellico:

1) 135 ospedali di base e da campo. Ciascun ospedale di base possedeva un laboratorio batteriologico ed un gabinetto radiologico;
55 ospedaletti someggiati (sezioni di sanità someggiate);
13 unità chirurgiche;
15 ambulanze radiologiche;
11 ambulanze odontoiatriche;
4 istituti centrali di analisi;
12 sezioni di disinfezione;
6 stazioni di bonifica;
139 potabilizzatori;
4 magazzini generali di materiale sanitario.

2) La R. Marina aveva 20 ospedali ed infermerie lungo le coste e otto navi ospedali splendidamente equipaggiate, sei delle quali ad aria refrigerata e condizionata.

3) La Regia Areonautica aveva 22 infermerie.

4) Il servizio Coloniale Medico riorganizzato e vivificato da S. E. Lessona mise a disposizione della Sanità Militare i suoi 30 ospedali, infermerie e laboratori nelle due colonie. Questo servizio deve molto all'opera ammirevole e costante di S. E. Guzzoni Governatore dell'Eritrea e S. E. De Rubeis Vicegovernatore della Somalia.

5) In Madre Patria la Direzione di Sanità del R. Esercito (con a capo il tenente generale medico Franchi) e la Scuola di Sanità Militare (col. Giordano, col. Bruni e gli altri valorosi insegnanti), la Direzione di Sanità della R. Marina (con a capo il tenente generale medico Falso), l'ufficio di Sanità della R. Areonautica (col. Arturo Monaco), la Direzione di Sanità della Milizia Nazionale (con a capo il luogotenente generale medico De Plato), l'Ispettorato di Sanità Coloniale (prof. Ilvento), la Direzione della Sanità Pubblica (con a capo S. E. il prof. Petragnani), l'Istituto di Sanità Pubblica (con a capo il prof. Marotta), aiutarono con opera indefessa e sapiente lo svolgersi delle operazioni sanitarie in Africa Orientale. La loro opera preziosa ed efficace fu possibile grazie all'interesse addimostrato nelle cose sanitarie da S. E. Baistrocchi, da S. E. Cavagnari, da S. E. Valle, da S. E. Starace, da S. E. Lessona e da S. E. Bufarini.

PERSONALE MEDICO E SANITARIO. — Vi erano in Africa:

Ufficiali medici del R. Esercito	1.889
Ufficiali medici della R. Marina	117
Ufficiali medici della R. Areonautica	42
Ufficiali medici della Milizia	316
Medici delle Colonie	120
Totale	2.484

Vi si possono aggiungere una mezza dozzina di medici di aziende private, quali la Ditta Gondrand, che furono sempre pronti a dare il loro aiuto ai colleghi militari.

Tutti i medici fecero il loro dovere magnificamente.

Per ordine del Capo del Governo la grande maggioranza degli Ufficiali medici del R. Esercito destinati in Africa Orientale, prima di partire, fecero un corso alla Clinica delle Malattie Tropicali di Roma.

Sorelle della Croce Rossa Italiana (sulle navi ed a terra in A. O.) 384

Tutte dettero con abnegazione la loro opera e fra esse, fulgido esempio, la Sorella Maria di Piemonte.

La nostra rispettosa gratitudine vada alla Augusta Principessa che prima iniziò fin dalla guerra libica il servizio delle Sorelle Volontarie: S. A. R. la Duchessa D'Aosta Madre.

La Marchesa Di Targiani, l'ammirabile direttrice generale delle Sorelle della Croce Rossa Italiana dispose che tutte le Sorelle destinate in Africa Orientale, prima di partire, facessero un corso alla Clinica delle Malattie Tropicali di Roma.

Suore ospedaliere e missionarie di varî ordini 200

Tutte accudirono con profonda dolcezza al sollievo dei malati.

Soldati di sanità ed infermieri 15.500

Buoni e bravi, sempre pronti non solo all'assistenza dei malati, ma anche quando questi erano scarsi negli ospedali (e ciò avvenne spessissimo) ad andare volontari a costruire strade, forti e trincee.

Infermieri di marina (sulle navi ospedali, navi da guerra ed a terra)..... 639. Tutti bene addestrati: fecero ottimo servizio.

A capo dei servizi sanitari era in Eritrea un maggiore generale medico di lunga esperienza coloniale (il gen. Ferdinando Martoglio), in Somalia un esperto colonnello medico (il col. Maurizio Bedei), sulle navi ospedali un colonnello o tenente colonnello medico anziano per ognuna. (Andruzzi, Gelonesi, Peruzzi, Caselli, Ceccherelli, Cavallini, Marcone, Basile, Maiorca, Rallo, Micheletti, Martorano, Andrenelli).

Alcuni mesi prima che le ostilità iniziassero S. E. il Capo del Governo creò il posto di Alto Consulente Sanitario ed Ispettore Superiore Generale di tutti i Servizi Sanitari Militari, Navali, Coloniali e Civili per l'Africa Orientale onde collegare e coordinare le attività di questi varî servizi medici.

È un posto nuovo nella storia della Medicina Militare.

Questa brevemente la organizzazione sanitaria. Studiamone i risultati in riguardo specialmente alla prevalenza di malattie che comunemente affliggono gli eserciti in campagne coloniali.

Malaria. — In molte guerre coloniali e non coloniali del passato la malaria è stato un flagello che ha interferito grandemente sulle operazioni belliche.

Nella guerra mondiale 1914-1918 la causa vera che paralizzò l'avanzata degli eserciti alleati in Macedonia per tanto tempo fu la malaria. Nella famigerata valle dello Struma, ho visto reggimenti che avevano il 95 % dei soldati e degli ufficiali affetti dal morbo dopo un mese della loro venuta da Salonicco. Anche in Albania il numero dei soldati affetti fu enorme.

Nelle operazioni in Africa Orientale durante la Guerra Mondiale vi furono nelle forze Sudafricane e Britanniche colà dislocate numerosissimi casi; dal 3 giugno 1916 al 27 ottobre 1917 furono infatti ammessi negli ospedali per tale malattia 3.036 ufficiali e 104.666 soldati.

Durante la nostra recente guerra, invece, contro l'Etiopia, la malaria non ha mai dato realmente serie preoccupazioni, ed è da notarsi che nel fronte nord parecchie zone, quali il Mareb, erano fortemente malariche e sul fronte sud *tutte* le zone di operazione erano intensamente tali, la malattia essendo assolutamente generale nella popolazione indigena somala. Durante la guerra Etio-

pica noi in un esercito bianco ammontante approssimativamente a 1/2 milione d'uomini abbiamo avuto un totale di 1.241 casi di malaria primitiva con 23 casi di morte da perniciosa.

Secondo la esperienza della Macedonia e dell'Africa Orientale Tedesca si dovrebbe avere avuto al minimo 200.000 casi.

Quali misure profilattiche furono prese? In pratica si vide presto che con truppe continuamente in movimento le misure di protezione meccanica, quali reticelle e zanzariere, e le misure antilarvali, erano spesso impossibili. Fino dall'inizio si insistette sulla profilassi chininica: ogni soldato riceveva tre pastiglie al giorno dallo Stato (centigr. 60) e le prendeva; l'esempio veniva dall'alto: alla mensa di S. E. Graziani il Generale e tutti gli Ufficiali prendevano regolarmente il chinino prima di ogni pasto.

S. E. Starace sul fronte Nord prendeva il chinino e ciò mi facilitò molto la profilassi chininica tra le Camice Nere.

In Somalia trovai una volta un gruppo di Camice Nere un po' restie a fare la profilassi chininica; il Vice-Caposquadra che era stato a lungo in Brasile affermava che il miglior mezzo di profilassi era bere una buona quantità di vino giornalmente. Quando seppe però che S. E. Starace prendeva il chinino si ricredette — o per essere più esatti — aggiunse la profilassi chininica a quella da lui adottata. Deve notarsi però che il profilattico da lui preferito era ottenibile solo in piccola quantità e soltanto la sera.

Fu istituito in Somalia uno speciale servizio antimalarico con alcuni Ufficiali medici il cui solo compito era la lotta antimalarica. I risultati furono eccellenti.

Vi furono naturalmente un certo numero di casi e qualche rara perniciosa, ma il totale dei casi e la mortalità furono infinitamente minori a quello che ci si aspettava.

Dissenteria. — La dissenteria è stata sempre uno dei peggiori flagelli degli eserciti in guerra. I generali dell'antichità temevano il cosidetto « flusso sanguigno » più delle armi nemiche, come si può vedere dalle opere mediche greche di Ippocrate ed indiane di Susruta.

Nel Medio Evo la dissenteria fece strage durante tutte le Crociate. Nel 1270, durante la VII Crociata, a Tunisi e a Cartagine, un'infinità di soldati cristiani morì di tale morbo, tra cui Re Luigi IX di Francia e suo figlio Tristano.

In tempi moderni e contemporanei basta rammentare le spaventose perdite per dissenteria avute dai Francesi nelle operazioni dell'Algeria e di Tunisi, nella guerra dell'Indocina, nella spedizione del Madagascar. Nella guerra Boera più di un terzo dell'esercito soffrì di tale morbo e le perdite nelle truppe inglesi a Gallipoli per dissenteria, durante la Grande Guerra, furono enormi.

Come è bene risaputo vi sono due forme di dissenteria, l'amebica e la bacillare. La grande maggioranza dei casi è stata certamente amebica; invero tutti i casi di dissenteria occorsi in A. O. furono diagnosticati come amebici. Non si può escludere che qualche piccolo errore di diagnosi differenziale tra dissenteria amebica e dissenteria bacterica sia avvenuto, ma quello che importa a noi è il numero totale dei casi di dissenteria clinica e la mortalità.

Ebbene durante la guerra noi abbiamo avuto un totale di 453 casi ospitalizzati di dissenteria con un solo caso mortale, e in questo caso la morte avvenne per una complicanza qualche giorno dopo finita la guerra. Si può dire quindi che durante la guerra non si ebbe alcun caso di morte per dissenteria. Secondo l'esperienza delle guerre coloniali passate noi si avrebbe dovuto avere al minimo tra gli 80 e i 100 mila casi di dissenteria, con tre o quattro mila morti.

Tifo-Paratifo. — Le infezioni tifo-paratifiche sono state comunissime in tutte le passate guerre coloniali. Nelle operazioni belliche di Tunisia da parte dei Francesi nel 1881 vi furono nelle loro truppe ammontanti a 20.000 uomini 4.200 casi di tifo con 1.039 decessi. Nella guerra Boera vi furono 59.750 casi di tifo con 8.227 decessi in un esercito della forza media di circa 200.000 uomini. Nella guerra ispano-americana (1898) gli Americani inviarono a Cuba una spedizione di 107.973 uomini. Durante poco più di sette mesi, circa la stessa durata della nostra guerra, vi furono 20.738 casi di tifo.

In Somalia questo gruppo di malattie è stato quasi completamente assente. In Eritrea vi sono stati un certo numero di casi, ma il totale dei casi è stato inferiore a quello avveratosi nello stesso periodo di tempo e nello stesso numero di truppe in Madre Patria. Tra la Somalia e l'Eritrea abbiamo avuto un totale di 458 casi con 161 decessi (i piccoli episodi di tifo-paratifo nei tropici hanno sempre alta mortalità). Secondo l'esperienza delle passate guerre coloniali ci dovevamo aspettare una cifra di almeno 50.000 casi con molte migliaia di decessi.

Tra le previggenze prese, una importante è stata la vaccinazione con vaccini multivalenti molto bene preparati sia dai laboratori dell'Istituto di Sanità Pubblica, sia in alcuni istituti privati.

Tifo petecchiale. — È una delle malattie più importanti degli eserciti in campagna. Basta rammentare la terribile epidemia di tifo petecchiale nell'esercito serbo in Macedonia; un quarto di esso fu distrutto da tale malattia. Durante la recente guerra gli abissini, secondo notizie datemi dai medici stranieri ad Addis Abeba, ne ebbero migliaia e migliaia di casi; si calcola un minimo di 20.000. Nei nostri eserciti non si ebbe *neanche un caso.* Quale è la ragione? La rigorosa pulizia delle nostre truppe.

Febbre ricorrente. — Dove vi è tifo petecchiale vi è generalmente anche febbre ricorrente, perchè le due malattie sono inoculate dallo stesso insetto. Le truppe abissine hanno sofferto moltissimo di febbre ricorrente. Nelle nostre truppe è stata malattia eccezionale: abbiamo avuto un totale di 17 casi senza alcun morto.

Vaiolo. — Numerosi casi negli eserciti abissini. Era comune anche nella popolazione civile. Durante i primi giorni dell'occupazione di Addis Abeba io vidi con i miei occhi parecchi casi che passeggiavano tranquillamente nel mercato pubblico: furono immediatamente prese le misure necessarie di isolamento.

Durante la guerra nelle nostre truppe si ebbe un solo caso e guarì.

Colpo di calore. — Si è parlato in giornali esteri di migliaia di casi nelle nostre truppe; invece il colpo di calore nelle nostre truppe è stato quasi completamente assente, sia in Eritrea che in Somalia: abbiamo avuto un totale di 30 casi con 7 decessi.

Le precauzioni principali sono state le seguenti: 1) L'uso del casco da parte di ogni soldato; 2) nessuna bevanda alcoolica, neppure un bicchiere di vino, eccetto dopo il tramonto; 3) ogni qualvolta è stato possibile si sono evitate le marce e le truppe si sono mosse in colonne motorizzate.

Prima dell'inizio delle operazioni si fecero durante l'estate dell'anno passato alla Clinica Tropicale di Roma molti esperimenti per trovare il miglior tipo di casco.

Beri-Beri. — In parecchie operazioni belliche passate — in paesi tropicali e subtropicali — vi sono state epidemie di beri-beri, come ad esempio nella campagna dell'Arabia durante la grande guerra. La malattia è dovuta ad una dieta deficiente in vitamina B. Il soldato si sente stanco, affanna facilmente, trova difficoltà nel marciare: poi tutto il corpo si gonfia, diventa edematoso. In uno stadio ulteriore l'edema sparisce, i muscoli si atrofizzano ed il malato diviene scheletrito, ridotto a pelle ed ossa.

Secondo le notizie da me avute ad Addis Abeba nell'esercito abissino se ne ebbero parecchi casi: da noi nessuno. Un solo caso si è sviluppato dopo il termine della guerra ed è attualmente ricoverato nella Clinica Tropicale di Roma.

Scorbuto. — Da tempi antichissimi lo scorbuto è stato uno dei flagelli degli eserciti in campagna. È dovuto ad una dieta deficiente in vitamina C. Il soldato si sente stanco, ha dei dolori nelle giunture, le gengive gli si gonfiano e sanguinano. Più tardi la pelle si copre di macchie rosse (petecchie) e vi sono emorragie. Il soldato non può più marciare ed è inutilizzabile. Lo scorbuto ha fatto strage nell'esercito abissino, sul fronte Somalo. Secondo notizie avute dai Medici delle Croci Rosse straniere ve ne sono stati 30.000 casi. Nel nostro esercito neanche un caso. La ragione? Una piccola previggenza; ogni nostro soldato riceveva un limone un giorno sì ed un giorno no: il succo di limone è ricco di vitamina C che previene la malattia.

Lebbra. — Alcuni prigionieri abissini sono stati trovati affetti da lebbra la quale è assai comune in Etiopia. Nelle nostre truppe nessun caso.

Peste. — Nessun caso.

Colera. — Nella stampa estera sono state spesso riportate voci che le nostre truppe erano decimate dal colera. Posso affermare che non ve ne è stato neppure un caso.

Traumi da belve feroci e morsi di serpenti velenosi. — In alcune regioni della Somalia abbondano le belve feroci e i due grandi fiumi Giuba e Shebelì sono ricchi di coccodrilli. In alcune zone vi sono serpenti velenosi. Le nostre truppe ne hanno ricevuto minimo danno. Qualche soldato pontiere caduto nell'acqua fu sfortunatamente qualche volta preda dei coccodrilli. Nessun caso di morte per morsi di belve feroci o di serpenti.

Malattie minori. — Abbiamo parlato delle malattie importanti o così dette « malattie maggiori » degli eserciti in campagna; ma dato il fatto che queste sono state in realtà di poca frequenza nelle nostre truppe, noi ci siamo occupati molto delle così dette « malattie minori », le quali benchè non diano alcuna mortalità arrecano noia e disturbo al soldato.

Vi sono numerose « malattie minori » che affliggono i soldati in campagne tropicali; si possono separare in due gruppi: *a*) malattie minori interne; *b*) malattie minori esterne o della pelle. Del primo gruppo, in Africa Orientale la principale è il dengue; del secondo il lichene tropicale, la pulce penetrante, l'epidermofitosi inguinale.

Dengue. — Il dengue è una malattia causata da un virus ignoto che viene inoculato da una zanzara Aedes aegypti, la stessa zanzara che inocula la febbre gialla. Il dengue è malattia importante dal lato militare, perchè benchè mai mortale, incapacita il soldato per circa due settimane. È vero che la malattia dura soltanto 6 o 7 giorni, ma per sei o sette giorni appresso il paziente si sente così stanco e debole che non può essere occupato. Il dengue inizia subitamente con forti dolori alla schiena e febbre alta senza brivido; al terzo o quarto giorno la temperatura cade al normale o quasi, e allo stesso tempo appare una eruzione maculosa rossa su tutto il corpo; dopo 12 o 24 ore di apiressia la febbre torna per cadere permanentemente 48 ore più tardi.

I medici che non hanno molta esperienza di questo morbo lo sbagliano spesso col morbillo.

A Massaua il dengue è comunissimo in certe stagioni dell'anno nella popolazione civile; infieriva nella popolazione civile specialmente un anno fa, proprio durante lo sbarco del grosso delle nostre truppe. La precauzione istituita per prevenire il colpo di calore prevenne anche il dengue, benchè le due malattie siano di etiologia così differente; le truppe sbarcavano e immediatamente montavano su autocarri, che partivano subito per l'Altopiano; così non vi era il tempo che i soldati fossero morsicati dalla zanzara che porta la malattia.

Ed infatti nelle truppe nazionali durante la guerra si sono avuti rarissimi casi: *cinque* in tutto.

La malattia invece fu abbastanza comune negli equipaggi delle navi da guerra e di linea a Massaua, ma con nessuna mortalità.

Malattie minori esterne o della pelle. — Le principali in Africa orientale sono: il Lichen tropicale, la Pulce penetrante e l'Epidermofitosi inguinale.

Lichene tropicale. — Il lichene tropicale è una eruzione generalizzata composta di piccole papule rosse con terribile prurito e con iperidrosi. In Somalia, ad Assab, a Massaua e nel Bassopiano Eritreo il lichene tropicale fu comunissimo, ma i soldati affetti poterono sempre accudire ai propri servizi. Speciali misure profilattiche non furono necessarie. Come curativo si usò molto una lozione preparata su mia formula dalla Farmacia del R. Esercito in Firenze e distribuita dalla Intendenza largamente e gratuitamente alle truppe.

Pulce penetrante. — Il paziente si lamenta di fortissimo prurito in un dito dei piedi. L'ispezione mostra dapprima un punticino nero circondato da un alone arrossato: più tardi una vescicola bianca. Il punticino nero è il parassita: la vescicola bianca il parassita ripieno di uova. Vi furono parecchi casi in Somalia, specialmente nei dintorni di Mogadiscio, ma *tutti i soldati affetti continuarono il loro servizio.* La misura profilattica personale più utile è l'ispezione giornaliera dei piedi rimovendo con un ago sterile il piccolo parassita. In accampamenti semipermanenti la misura più efficace è la pavimentazione a cemento, che può essere lavata tutte le mattine con un disinfettante.

Epidermofitosi inguinale. — Il soldato si lagna di fortissimo prurito nella regione dell'inguine e dello scroto. L'ispezione mostra chiazze rosse festonate. L'esame microscopico di materiale preso per raschiamento fa vedere segmenti o filamenti di fungo: l'Epidermophyton cruris o il Trichophyton rubrum. Il numero dei soldati affetti da tale eruzione fu abbastanza alto in alcuni reparti della Somalia e del Bassopiano Eritreo, ma nessuno dovè essere messo a riposo per tale affezione. Tale morbo fu comunissimo in alcune navi a Massaua, in cui avvennero delle vere piccole epidemie di nessuna importanza pratica però, perchè nessun marinaio lasciò di far servizio per tale malatia. Come misura preventiva si usava spolverizzare le parti con talco borico o simili polveri. Come mezzo curativo si usavano generalmente due preparati fatti su mie formule dalla Farmacia Militare di Firenze, e cioè l'ungento antinicotico e la lozione alla fucsina, distribuiti dalla Intendenza Militare gratuitamente e con larghezza.

Riassunto sulle condizioni di salute. — Le condizioni di salute delle nostre truppe durante la guerra (e posso aggiungere anche prima e dopo il periodo bellico) sono state sempre ottime. Invero — cosa quasi incredibile — la morbilità complessiva e la mortalità dell'esercito in Africa orientale furono inferiori alla morbilità complessiva ed alla mortalità dell'esercito in Italia.

Questo è notevole, poichè in tutte le guerre coloniali passate la mortalità per malattia nelle truppe bianche è stata sempre enorme e sempre superiore a quella dovuta ad offesa nemica.

Nella spedizione Francese al Madagascar un terzo delle truppe bianche morirono di malattie. Nelle operazioni belliche nel Kamerum i Tedeschi ebbero una mortalità per malattia superiore al 112 per mille.

Nella guerra Boera il numero dei morti per malattie in confronto al numero dei morti sul campo e per ferite, fu nella proporzione di 1,98 a 1, quindi il numero dei morti per malattia fu praticamente il doppio di quello per offesa nemica.

Riguardo alla mortalità e alla morbilità durante la guerra Boera gli Autori Inglesi se ne occupano cominciando dal 10 febbraio 1900, per la ragione che solo da quella data si hanno statistiche. Nello specchietto Ufficiale pubblicato nel « British Medical Journal » (numero del 18 gennaio 1902) per l'anno 1900 non vi è nessuna cifra per il gennaio nè per i primi dieci giorni di febbraio nè per l'ultima settimana di febbraio; considereremo quindi il periodo di sette mesi che va dal 1° marzo 1900 al 30 settembre 1900. Durante questo periodo vi furono nelle truppe bianche ammontanti da prima a 194.000 uomini e poi a 200.000 uomini, 5.219 decessi per malattia (traumatismi non inclusi). Statistiche per tutto l'esercito durante i primi mesi (la guerra iniziò l'11 ottobre 1899 con forze britanniche inferiori a 50.000 uomini) non sono pubblicate, ma esistono statistiche parziali di uno o due settori. Le truppe bianche a Ladysmith ammontanti a 13.496 uomini ebbero durante i primi quattro mesi (novembre 1899-febbraio 1900) oltre 10.000 uomini ospedalizzati con più di 2000 decessi.

Nella guerra italo-etiopica il numero dei morti per malattia è stato di gran lunga inferiore al numero dei morti per offesa nemica, e, considerando che il numero dei morti per offesa nemica è stato — grazie al cielo e grazie alla meravigliosa strategia del Maresciallo Badoglio, del Maresciallo Graziani e del Maresciallo De Bono — relativamente minimo, il risultato ha del meraviglioso.

Il seguente specchietto mostra le perdite nelle truppe nazionali durante la guerra:

Morti durante la guerra Etiopica.

(3 ottobre 1935 - 9 maggio 1936).

Sul campo o deceduti per ferite:

Ufficiali	119
Truppa	980
Totale . . .	1099

Per malattia:

Ufficiali	22
Truppa	577
(*) *Totale* . . .	599

Vada a questi Eroici Morti il nostro riverente saluto.

Secondo l'esperienza delle passate guerre coloniali, i morti per malattia nel nostro esercito dovrebbero essere stati in numero superiore a 20.000.

(*) Devesi notare che nelle statistiche dello Stato Maggiore i morti da traumi e qualsiasi accidentalità che non sia di guerra (accidenti automobilistici, annegamenti ecc.) vengono compresi nella colonna dei morti da malattia. Il numero esatto dei deceduti da malattia (ufficiali e soldati) fu 516.

Mi sia permesso il citare, leggermente abbreviato, quello che ha detto il missionario e corrispondente dell'United Press Sig. James L. Rohrbaugh, testimone oculare, in una corrispondenza da Addis Abeba del 10 luglio 1936: (United Press Red Letter, New York, july 11, 1936).

« Negli eserciti abissini i malati erano numerosissimi: più della metà era dissenteria. Lo scorbuto distruggeva l'armata del fronte sud: il vaiolo decimava l'armata di Mulughietà sul fronte nord. A Dessiè infieriva la polmonite. Il terribile tifo petecchiale passava da un campo all'altro uccidendo in pochi giorni. La malaria e la febbre ricorrente erano comuni. Donne e bambini partirono a migliaia con i soldati, ma soltanto pochissimi ritornarono essendo stati uccisi dalle malattie.

I medici della Croce Rossa inutilmente si sforzavano di aiutare le truppe: essi riuscivano a compiere il loro dovere soltanto in piccole zone. L'esercito fu distrutto in gran parte dalle malattie e dalla fame.

Il corrispondente così finisce il suo articolo, testualmente:

« It obviously is no exaggeration to say that one of the prime reasons for Italian success was the continued health of its armies due to the efficiency of their medical service. It also might be observed that medical science made it possible for people to live in unhealthful climates under adverse conditions, and to remain in better health than natives acclimatized by hundreds of years of continuos abode ».

Traduzione:

« È ovvio che non è una esagerazione il dire che una delle principali cause del successo italiano fu lo stato di salute sempre ottimo dell'esercito dovuto all'efficienza dei servizi sanitari. La scienza medica riuscì a far sì che masse di uomini bianchi potessero sopportare climi malsani e in avverse contingenze in migliori condizioni di salute degli indigeni, acclimatizzati da centinaia di anni di residenza in quei luoghi ».

In conclusione — io credo che noi italiani possiamo veramente essere soddisfatti. L'Italia guidata dal Duce Immortale, combattendo sotto il glorioso segno della Bianca Croce di Savoja intrecciata ai Fasci, ha vinto in tutti i campi: nel campo militare, nel campo logistico, nel campo politico e non di ultima importanza nel campo sanitario.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta ordinaria del 17 luglio 1936.

Presidente: Prof. U. D'ANCONA.

ROMANIELLO dott. G. — *L'attività motoria dell'utero isolato di cavia e di coniglio, studiata con la contemporanea registrazione delle contrazioni sia delle fibre longitudinali, che delle fibre circolari.*

MARTINI dott. LUIGI. — *Su una « pioggia di terra » avvenuta a Siena nel 1830.*

Azioni farmacodinamiche e diuretiche del galattosio in vena.

DELLA MAGGIORE dott. B. — L'O. dopo un rapido accenno agli effetti farmacodinamici e diuretici del glucosio iniettato in vena passa ad esporre la tecnica delle sue ricerche nelle quali ha seguito glicemia, polso, pressione arteriosa e diuresi prima e dopo iniezione endovenosa di galattosio in un gruppo di ammalati, in buona parte ipertesi; esamina i risultati in seguito ai quali conclude che le sole modificazioni degne di rilievo che si sono verificate in queste esperienze sono quelle a carico della diuresi che è diminuita in due casi di poliuria mentre è aumentata nella maggioranza dei casi nei quali normalmente c'è oliguria (queste conclusioni si riferiscono sopratutto alle prime ore dopo l'iniezione). Poichè sono scarse le modificazioni farmacodinamiche e della glicemia in seguito all'iniezione endovenosa di galattosio conclude col dire che l'aumento della diuresi è verisimilmente da mettersi in rapporto con proprietà chimiche intrinseche dello zucchero.

Sulla possibilità di sfruttare le proprietà oligodinamiche dello Zn. per la depurazione batterica delle acque.

MAZZETTI prof. G. — L'O. riferisce su suoi studi sulle proprietà oligodinamiche dello Zn. molto nette e che sarà possibile sfruttare nella pratica anche perchè la patina di sali insolubili che lo Zn. metallico forma a contatto dell'acqua non impedisce l'estrinsecazione del potere battericida. Rende note poi alcuni osservazioni per cui crede probabile il passaggio dal metallo nell'acqua di sostanze più o meno complesse di natura colloidale.

MAZZETTI prof. G. e ZAMPETTI dott. M. — *Ulteriori osservazioni del batteriofago nel suolo.*

Rilievi sulla ricerca quantitativa dei germi negli esami batteriologici di acqua.

BARSINI dott. G. — L'O. studiando i risultati numerici di 200 analisi batteriologiche di acqua, ha messo in evidenza una corrispondenza tra numero totale dei germi in agar e numero totale dei germi in gelatina in relazione al numero dei germi fluidificanti la gelatina. Seguendo tale rapporto su un grande numero di analisi batteriologiche di acqua, purchè eseguite con metodo rigorosamente standardizzato, l'O. è dell'opinione che si possa giungere a riservare le culture in gelatina per la ricerca quantitativa dei fluidificanti, potendosi trarre ad un dipresso il numero dei non fluidificanti da quello dei germi nati su agar, con grande risparmio di tempo e di strumentario.

Modificazioni della costituzione antigene del B. di Eberth per migrazione attraverso candela porosa.

BUONOMINI prof. G. — L'O. durante ricerche sull'antigene *Vi* del B. di Eberth ha avuto modo di constatare il particolare comportamento delle proprietà antigene dei ceppi di B. di Eberth fatti migrare attraverso candela porosa.

Infatti in una serie di ricerche allestite con gli opportuni controlli, l'O. ha potuto dimostrare che i ceppi di b. del tifo migrando per Chamberland L_3, perdono l'antigene *Vi* ed acquistano l'agglutinabilità O ed H che prima gli stessi ceppi non possedevano. L'O. si propone di completare le ricerche con opportune prove per determinare la virulenza dei ceppi migrati.

Il Segretario: Prof. G. MAZZETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il fegato nella polineurite alcoolica.

L'azione dell'alcool sul fegato, è nota: però il carattere della lesione epatica nella polineurite etilica è tutta speciale.

Lo studio di Villaret, Justin-Besançon e Klotz (*Bullet. et mémoires de la Soc. des hôpt. de Paris*, 13 luglio 1936) è stato fatto su 50 casi di polineurite alcoolica. Risulta, anzitutto, la costanza delle alterazioni epatiche; un secondo fatto è la precocità di questa lesione: come per le manifestazioni gastriche, i disturbi epatici precedono sempre di più mesi la comparsa dei sintomi nevritici, e sono caratterizzati clinicamente da crescente anoressia, sensazione di pesantezza epigastrica o nell'ipocondrio destro, vomiti biliosi, specie di mattina, alternative di costipazione e di diarrea, con feci fetide e poco colorate. Il fegato è grosso e doloroso. Ultimo carattere di questa epatite è di essere raramente cirrogena: su 50 malati la vera cirrosi è stata ritrovata in 12, ed in questi casi non si trattava di una cirrosi atrofica banale, ma di cirrosi ipertrofica grave con grandi segni di insufficienza epatica. In 30 su 50 non esisteva nè ascite, nè circolo collaterale, ma solo una ipertrofia isolata e spesso considerevole della glandola epatica, liscia, regolare, sensibile spesso alla pressione. Epatomegalia con subittero, gengivorragia, dimagramento considerevole: zona di ottusità splenica sensibilmente normale.

È stata praticata l'autopsia in 12 casi di polineurite etilica mortale: essa ha confermato i fatti clinici ed ha mostrato l'esistenza di una degenerazione grassa, e travate sclerose più discrete che nelle comuni cirrosi ascitogene. Quindi una epatite grassa degenerativa.

Queste osservazioni confermano quanto nel 1911 diceva Gouget: « le polineuriti sono appannaggio delle cirrosi grasse e non delle cirrosi alcooliche comuni, e mostrano l'importanza della insufficienza epatica nella loro patogenesi ».

Se la sindrome cirrogena, in effetti, non può essere ripetuta, sperimentalmente, da ingestione di alcool, e se si è dovuto invocare l'azione di fermentazioni intestinali, o della rameizzazione o solfataggio delle viti, od una specificità associata, la steatosi epatica è al contrario riprodotta di sicuro con l'ingestione di sostanze alcooliche. Essa sembra dunque legata all'azione diretta dell'alcool sul parenchima epatico. Tuttavia se riavviciniamo il fatto clinico dell'esistenza nei soggetti colpiti da epatite grassa, di una gastrite atrofica che manca nei soggetti cirrogeni, al fatto sperimentale che le epatite grassose sono state riprodotte con l'ingestione di sostanze alcooliche e che l'ingestione parenterale di queste non dà alcun risultato, si è tentati di stabilire un rapporto di causa ed effetto fra le lesioni gastriche e lo sviluppo dell'epatite grassosa. In caso di etilismo si può supporre che la gastrite atrofica possa determinare una carenza, o meglio uno squilibrio nutritivo di cui l'epatite grassosa sarebbe testimone. Resta però il fatto del parallelismo fra l'importanza delle lesioni gastriche e lo sviluppo dell'epatite grassosa. Avviene come se di fronte all'intossicazione alcoolica esistessero due specie di reazioni, differenti ed eccezionalmente riunite. Talora i soggetti reagiscono a questo tossico con una sindrome cirrogena epatosplenica tardiva ed isolata, talora con una sindrome degenerativa gastro-epatica, più precoce e rapidamente complicata da polineurite. Monteleone.

Nuove osservazioni di accidenti biotropici.

A mano a mano che la dottrina del biotropismo è meglio conosciuta, nuovi fatti nel dominio della patologia vengono ad essa ricondotti: le osservazioni del Monnerot-Dumaine (*Paris médical*, 1° agosto 1936) ne costituiscono un ulteriore contributo.

Anzi tutto due esempi di eritemi fenilchinoleinici: siccome le eruzioni dovute all'atofan, sono spesso prodotte da piccole dosi, Quick ha sostenuto la loro natura allergica; tuttavia le reazioni cutanee e le reazioni di precipitazione sono in questi malati negative, e ciò parla in favore della loro natura biotropica. Nel primo paz., di 38 anni, con dolori articolari, otto giorni dopo l'inizio della cura di atofan, compare una eruzione scarlattinosa con albuminuria e febbre, con persistenza di delirio verificatosi da qualche giorno. Regressione rapida senza relitti. Per essere completi riporteremo anche che il p. il primo giorno di malattia, aveva ingerito 8 compresse di atofan Schering, 6 il secondo giorno, 6 il terzo. Il secondo malato, di anni 28, reumatico e con idrartrosi del ginocchio, prese per cinque giorni un grammo di atofan al giorno: dopo due giorni urticaria con lieve edema.

Un terzo malato, stiptico ostinato, prende ogni giorno 4 ctgr. di calomelano; al nono giorno, eruzione morbillosa netta, senza alcuno dei segni del vero morbillo. Scomparsa rapida dell'eruzione.

Il quarto malato, di otto anni, è curato per una malaria: al nono giorno di assunzione di 50-75 ctgr. di un sale di chinina, eritema morbillo-simile.

Il quinto malato è curato radioterapicamente per un erpete crurale ostinatamente recidivante da più anni; all'ottavo giorno dopo l'ultima applicazione, si produce una poussée d'erpete crurale; lo stesso fenomeno, dopo al-

tra radioterapia eseguita due anni dopo, ed anche una terza volta nel successivo 1934.

Un ultimo p., infine, desta interesse perchè in seguito a trattamento arsenobenzolico, ha un eritema al nono giorno ed alla ripresa della cura una crisi nitritoide: associazione quindi di un accidente biotropico e di un accidente da intolleranza.

La questione del biotropismo è in pieno sviluppo: ma già si può ritenere che nel suo quadro debbono rientrare tutte le « infezioni di sortita », tutte le « malattie secondarie ». Le cause di questi episodi sono multiple: cure chimiche, radiazioni di diverso tipo, vaccini, malattie infettive. MONTELEONE.

L'effetto paradosso del chinino.

Dosi forti o media di chinino, dico Budelmann e Krauel (*Klin. Wochenschr.*, n. 7, 1936), in generale determinano un abbassamento della temperatura, non soltanto in caso di febbre ma anche se la temperatura era normale. Si attribuisce l'abbassamento della temperatura ad una diminuzione della produzione di calore in seguito all'abbassamento della energia chimica dei protoplasmi cellulari. In alcuni casi si è osservato, sia negli animali che nell'uomo, una elevazione della temperatura in seguito a somministrazione di chinino: comparsa di accessi febbrili mentre prima la temperatura era normale, oppure aumento della febbre già esistente. Non si conosce la causa di una tale azione paradossa del chinino; alcuni la hanno attribuita a fenomeni di ipersensibilità, altri ad anomalie della termoregolazione. Nell'uomo pochi casi sono riferiti nella letteratura. Nel caso descritto dagli AA. una donna di 57 anni, affetta da vizio cardiaco e tireotossicosi, presentava accessi febbrili fino ai 40°, ogni qualvolta le venivano somministrati 10 centigrammi di chinidina per rimuovere una fibrillazione auricolare. L'accesso febbrile compariva con brividi 2 ore dopo la somministrazione orale del medicamento, si manteneva all'altezza di 40° per circa due ore, quindi cadeva lentamente. Gli AA. pensano che l'azione paradossa del chinino potrebbe dipendere da una emolisi chininica: a sostegno di questa ipotesi essi hanno però potuto constatare nel caso studiato, soltanto delle alterazioni del valore refrattometrico del siero. La curva di queste alterazioni (aumento da 52 a 55,3 2 ore dopo somministrazione, poi fino a 56) corrispondeva quasi del tutto con la curva termica.

R. POLLITZER.

Gli arsenicali nella sifilide cardio-vascolare.

Earle Moort, Danglade e Reisinger (*Arch. malad. du coeur* e *Journ. des praticiens*, 4 luglio 1936) mettono in rilievo il pericolo che possono presentare gli arsenicali nella sifilide cardio-vascolare, avendo osservato 4 casi di morte in seguito al loro uso. Meglio tollerato è il neosalvarsan, somministrato a piccole dosi (10-30 cg.). Allo scopo di evitare ogni intolleranza, si farà dapprima un trattamento mediante il mercurio od il bismuto, per parecchi mesi. Si tenga presente che la persistenza della Wassermann è la regola in questi casi, il che scoraggia spesso il malato. In complesso, il trattamento di scelta consiste nell'usare dapprima il mercurio e poi il bismuto. *fil.*

La terapia di alcune complicazioni del diabete.

Se ne occupa O. Leyton (*Brit. Med. Journ.*, 8 agosto 1936).

La neurite, spesso bilaterale, è una complicazione piuttosto frequente del diabete: sono colpiti per lo più i nervi sensitivi (parestesie, dolore), più di rado i nervi motori (diplopia, paralisi degli arti). Il trattamento consisterà nel sorvegliare la glicemia, nel somministrare aspirina e se necessario oppiacei durante la notte.

Lo xantoma si constata in genere nei diabetici gravi e tenuti a dieta troppo ricca in grassi. La colesterinemia è aumentata. Oltre a somministrare insulina si dovranno eliminare dalla dieta le uova e la maggior parte dei grassi.

La cataratta diabetica è rara; essa conduce alla opacità completa del cristallino in poche settimane. Si cercherà di ridurre rapidamente la glicemia alla norma, contenendo la dieta e somministrando insulina. Bisogna però ricordare che la prognosi di questa complicazione è assai riservata, e che se è possibile spesso arrestarne il decorso, solo eccezionalmente si otterrà il miglioramento della vista. La prognosi è ancora più riservata quando si tratta di cataratta senile in soggetto diabetico.

Le emorragie retiniche sono dovute ad una alterazione vasale localizzata. L'ambliopia è dovuta per lo più all'azione combinata dell'alcool, del tabacco e del diabete, e migliora rapidamente quando si sospenda l'uso del tabacco e si riduca l'uso dell'alcool, adottando una dieta adeguata e somministrando insulina.

La cura dell'eczema dei genitali consiste nel pulire con una soluzione borica l'uretra dopo la minzione. Nel prurito della vulva si prescriveranno lavaggi all'acetato di piombo o unguento al mentolo.

Nell'ulcera perforante della pianta del piede, che si verifica specialmente in soggetti affetti da neurite (assenza del riflesso achilleo), il trattamento non dovrà essere necessariamente chirurgico, se è possibile ottenere dei buoni risultati mediante impacchi e bagni in soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio.

Il favo costituisce una complicazione che causa la morte del diabetico nel 20 % dei casi; ma essa è tanto meno pericolosa quanto più si eviteranno interventi inopportuni sul focolaio (spremitura, incisioni), che causano facilmente embolie settiche. Oltre il trattamento locale durante questa complicazione, come anche durante la foruncolosi, si seguirà con molta attenzione l'andamento della gli-

cemia; l'assorbimento delle tossine microbiche rende infatti il contenuto in glucosio del sangue estremamente variabile, e richiede una terapia insulinica assai oculata.

La tubercolosi è una complicazione frequente del diabete, e sfugge spesso ad una diagnosi tempestiva, perchè è per lo più apirettica, e perchè la compromissione dello stato generale viene erroneamente attribuita al diabete. La dieta deve essere aumentata quanto più è possibile, e l'insulina somministrata a dose adeguata. Spesso questo trattamento è efficace finchè l'infezione è limitata al solo bacillo tubercolare, diviene insufficiente quando si sovrappongono infezioni secondarie.

E. CARLINFANTI.

Trattamento delle nefriti.

Dopo aver rapidamente accennato alle turbe chimico-fisiche che si producono nel nefritico, René S. Mach (*Rev. Med. Suisse Romande*, 28-6-1936), si intrattiene sulla terapia dei principali sintomi delle nefropatie e perciò parla della terapia degli edemi, della ritenzione azotata ed infine accenna alla reclorurizzazione.

1) Indica un regime dietetico consistente in 500 gr. di latte, 50 gr. di carne ogni due giorni, legumi, frutta zuccherate, poco pane o il regime crudo tipo Bircher-Bermer ricco in vitamine, variato, molto gradito dai pazienti, alcalinizzante. Allorchè si sono riassorbiti gli edemi è da tentare la prova del cloruro di sodio somministrando 2 gr. al giorno di sale di cucina e sorvegliando poi il peso del paz., o dosando il cloruro eliminato. Nei casi in cui non è sufficiente la dieta, si somministreranno diuretici del tipo purinico (teobromina, caffeina, teofillina, diuretina) o meglio mercuriali (neptal, novasurol, salyrgan) i quali sono poco lesivi per il rene poichè il mercurio non si elimina come tale ma combinato; sono da evitare invece quando c'è ematuria.

2) Allorchè l'azotemia è inferiore all'1 ‰ ed il potere di concentrazione buono, è indicato il regime ipoazotato (50 gr. di carne ogni due giorni, frutta, legumi); se l'azotemia supera il 2 ‰ è utile l'ingestione di polveri inerti (carbone) per adsorbire i fenoli e i cresoli che si trovano nell'intestino; è da preferirsi però la somministrazione per via endovenosa di 300-400 cc. di soluzione di glucosio 20 %; si otterrebbe con questo trattamento, secondo l'A., miglioramento della sindrome uremica e caduta della pressione arteriosa che si manterrebbe bassa per diverse settimane.

3) La somministrazione di cloruro di sodio è indicata nelle iperazotemie cloropeniche con alcalosi determinatesi in seguito a vomiti o diarree e nelle nefriti tossiche da sublimato nelle quali si ha una rapida caduta dei cloruri.

L'A. ricorda infine le forme di iperazotemia da nefrite nelle quali per notevole ritenzione del cloruro di sodio nei tessuti, si ha bassa cloruremia, in questi casi la somministrazione di sale può produrre incidenti mortali.

L. TRAVIA.

Nel foruncolo e nell'antrace.

K. Fraser (*British med. journ.*, n. 3905, 1936) raccomanda di ricoprire il foruncolo con del cerotto occlusivo, che si cambia soltanto quando la secrezione è eccessiva. In 20 casi, si è avuta la guarigione entro 11-12 giorni, cambiando 2-3 volte il cerotto.

TECNICA

Differenziazione di tipi nel gruppo Brucella mediante cultura su terreni addizionati di acido lattico.

Malgrado le numerose ricerche in proposito la differenziazione dei diversi tipi appartenenti al gruppo delle Brucelle (*Brucella hominis seu melitensis, Brucella abortus seu bovis, Brucella suis*) presenta ancora grandi difficoltà.

I metodi più recentemente proposti sono basati su proprietà culturali e biochimiche dei germi in questione. Di essi il migliore è la prova della batteriostasi.

G. Izar e S. Famulari (*La Riforma Medica*, luglio 1936), propongono di utilizzare l'azione dell'acido lattico sulle Brucelle come criterio differenziale. La tecnica della prova è la seguente: Lo stipite di Brucella in esame viene seminato in tre tubi di brodo addizionati di acido lattico nelle proporzioni rispettivamente del 10, 1,25, 0,625 ‰. I tubi vengono lasciati in termostato per almeno 72 ore. Facendo successivamente delle semine dai tre tubi su agar a becco di flauto, è possibile stabilire il tipo di Brucella sapendo che:

la *Brucella suis* si sviluppa in tutti e tre i tubi;

la *Brucella bovis* non si sviluppa in nessuno dei tre tubi;

la *Brucella hominis* si sviluppa solo negli ultimi due tubi contenenti rispettivamente l'1,25 e il 0,625 ‰ di acido lattico.

E. CARLIFANTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'abbonato F. D. da Alb. (6010-1):

Autorizzazione all'imbarco in qualità di medico di bordo. — Ai sensi dell'art. 2 del R. D. 10 ottobre 1935 n. 2022.4, occorre rivolgerne regolare domanda al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica), corredata dei certificati di iscrizione al Sindacato Medico Fascista e al Partito Nazionale Fascista. È opportuno che nella istanza vengano indicati i porti, presso ai quali il richiedente preferirà imbarcarsi.

Il libretto di navigazione viene rilasciato dalla Compagnia di navigazione a disposizione della quale viene messo il medico di bordo in caso di richiesta.

t.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per l'organizzazione e la disciplina della stampa medica italiana.

Il dott. F. Salpietra pubblica su questo argomento, nella « Rivista Sanitaria Siciliana » del 15 luglio, un articolo che traccia le vicende dei tentativi d'organizzazione e di disciplina della nostra stampa medica.

L'articolo è molto chiaro, equanime e preciso. Vorremmo solo rilevare che la sigla dell'A.S.S.I.M. — la quale per molti anni comparve in tutti i periodici medici italiani — data sin dalla fondazione dell'ente. Tra le attività utili svolte dall'Associazione Italiana, vanno ricordate le ottime norme fatte accettare dall'Associazione Internazionale: così l'obbligatorietà di un sunto alla chiusa dei lavori e il divieto di pubblicazione di uno stesso lavoro in più periodici della stessa lingua. Nell'immediato dopo-guerra l'Associazione Italiana recò un sensibile beneficio ai periodici medici più diffusi, facendo assegnare la carta ad un prezzo ridotto. Ottenne poi anche un provvedimento vantaggioso nei riguardi delle tariffe postali: molti periodici medici continuano a valersene.

Tanto diciamo per contribuire a provare l'utilità dell'unione e dell'organizzazione della stampa medica, quantunque l'attività dell'Associazione Italiana non sia mai stata molto brillante.

Dopo aver dato notizia del Convegno tenuto il 15 giugno presso il Sindacato Medico e del quale i nostri lettori sono già informati, l'interessante articolo del Salpietra conclude:

« Non vi è dubbio, ormai, che la disciplina della Stampa Medica si avvia alla soluzione, affidata come è agli organi responsabili dello Stato, i quali, come hanno già da anni risolto il problema della Stampa quotidiana, formandone un fascio compatto ed elevato di affermazione politica e culturale, risolveranno anche il problema della Stampa Medica, che anch'essa ha un'alta mèta culturale e nazionale da raggiungere.

« Non ho voluto appositamente avanzare suggerimenti e proposte, data l'alta competenza degli organi dello Stato a cui è demandata la soluzione del problema; lo farò, se del caso, quando le proposte definitive saranno rese note ».

Della stampa medica italiana e latina si è occupato « Rinascenza Medica » del 15 luglio, col brio e la vivacità abituali a questo periodico, con franchezza e spirito critico il quale a volte diviene anche caustico. « Rinascenza Medica » prospetta la necessità di risolvere i problemi economici, che sono importanti per la vita della stampa culturale — tasse, facilitazioni di spedizione, acquisto della carta ecc. Richiama al dovere di discutere con chiarezza e franchezza, « con coraggio fascista ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

CHIETI. — Concorsi per medico condotto nei Comuni di: Atessa (2ª condotta), Altino, Ortona a Mare, Pretoro. Scad. 15 settembre.

PIACENZA. — Scad. 31 ottobre. Concorso per titoli ed esami a Medici condotti di FARINI D'OLMO (2ª zona), PODENZANO, VILLANOVA SULL'ARDA.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

POLA (*Istria*). *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Concorso al posto di Direttore della Sezione Dispensariale di Albona. Stipendio annuo L. 3600 soggette alle riduzioni e ritenute di Legge. Indennità di trasferta prevista dal Regolamento. Tassa concorso L. 50. Domanda, documenti e informazioni vanno dirette alla Presidenza del Consorzio Prov. Antitub. dell'Istria, a Pola. Scadenza 11 settembre 1936.

VARESE. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Concorso al posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale. Obbligo di risiedere nell'interno dell'Istituto. Stipendio annuo iniziale lire 26.000 suscettibile di due aumenti. Indennità servizio attivo L. 6000. Alloggio non mobigliato per sè e famiglia nei locali dell'Istituto. Quanto sopra è soggetto alle riduzioni e trattenute di legge. Tassa di concorso L. 50. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria della Amministrazione Provinciale di Varese. Scadenza 10 settembre 1936.

ZARA (*Dalmazia*). — Concorso al posto di Direttore Medico del Consorzio e del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Zara. Stipendio annuo L. 20.000, più indennità di servizio attivo annue L. 4000 con 4 aumenti quadriennali del decimo. Riduzioni e ritenute di legge. Tassa di concorso L. 50. Per ogni altra informazione rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Zara. Scadenza ore dodici del 10 ottobre 1936.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso per esami a 60 posti di Assistente Medico-Chirurgo; L. 4500 e indennità c.-v.; riduzioni e trattenute di legge. Età limite 30 anni. Tassa L. 50 al Tesoriere del Pio Istituto. Scad. 30 settembre. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Portocivitanova II, Grottammare, Pesaro I, Pescara II (Ancona); Bari I, Brindisi II, Castellaneta, Grumo Appula, Santeramo, Taranto IV (Bari); Legnago I, Pontelagoscuro, Pontenure (Bologna); Bagni di Lucca, Castelnuovo Garfagnana, Chiusi II, Firenze IV (Firenze); Calitri Pescopagano, Taurasi (Foggia); Frugarolo, Genova Rivarolo II, Genova Sampierdarena III, Villalvernia (Genova); Brescia II, Crema, Dervio, Mandello del Lario, Milano Lambrate, Oleggio, Piacenza III, Verdello, Vergiate (Milano); Morcone, Teano (Napoli); Caltanissetta III, Naro

(Palermo); La Spezia II, Nozzano (Pisa); Catanzaro II, Catanzaro Marina II, Feroleto Antico, Montegiordano, Reggio Calabria Gallico (Reggio Calabria); Civita D'Antino, Vicovaro (Roma); Acqui II, Asti II, Cantalupo, Casale-Monferrato II, Chiomonte, Garessio, Saint-Vincent, Santuario, Spigno Monferrato, Tenda, Vernante (Torino); Brunico, Mattarello, Rovereto (Trento); Portogruaro I, Ronchi dei Legionari, San Giorgio di Nogaro, Tarvisio (Trieste); Casarsa, Cornuda, Forgaria, Padova II, Padova IV, Venezia I, Vicenza III (Venezia). Inviare domanda e chiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 14 settembre 1936-XIV.

BRESSANONE (*Bolzano*). — La locale Casa di Cura per malattie di petto, cerca subito assistente medico. Per informazioni rivolgersi al Comune di Bressanone.

OVINDOLI (*Aquila*). — Cercasi medico condotto interino con probabilità di nomina stabile. Assunzione del servizio col 1° settembre prossimo. Rivolgere subito le domande a quel Podestà.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

S. E. il sen. prof. Aldo Castellani, Alto Commissario e Consulente di tutti i servizi sanitari per l'A. O. è stato, con decreto 20 giugno u. s., promosso per meriti eccezionali Tenente Generale R. N.

In un anno circa di permanenza in A. O. egli aveva coordinato i varî servizi sanitari in modo da ottenere una brillante vittoria nel campo medico e da ben meritare la promozione per meriti eccezionali.

NOTIZIE DIVERSE

30° Congresso italiano di dermo-sifilografia.

Come abbiamo già annunziato, la XXX Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia avrà luogo a Roma dal 12 al 14 ottobre prossimo, nei locali della R. Clinica Dermosifilopatica.

Nella seduta inaugurale sarà celebrato il 50° anniversario di fondazione della Società che è una delle più antiche del mondo.

Il programma dei lavori è stato per l'occasione dedicato esclusivamente ad argomenti di interesse sociale:

1° Dermatosi professionali (assegnato alla R. Clinica Dermosifilopatica di Firenze).

2° Valutazione del danno sociale in Italia da sifilide e blenorragia.

1) Valutazione del danno demografico (assegnato alla R. Clinica Dermosifilopatica di Perugia ed al prof. De Amicis).

a) Denatalità e mortalità infantile.

b) Diminuzione di nuzialità.

c) Morte anticipata da sifilide quale causa diretta e quale concausa o causa indiretta.

2) Valutazione del danno nella produzione lavorativa (assegnato alla R. Clinica Dermosifilopatica di Cagliari).

a) Diminuzione della capacità lavorativa.

b) Invalidità temporanea e permanente da sifilide e blenorragia.

c) Valutazione del danno familiare e sociale da morte anticipata per sifilide.

3) Gravami finanziari di Enti pubblici per la profilassi, la cura e per il ricovero di minorati da sifilide acquisita e congenita (assegnato al prof. Pier Angelo Meineri).

Appendice: La sifilide della madre alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche e nei riflessi demografici e sociali (assegnato al prof. Mario Monacelli, Messina).

La Presidenza invita tutti i colleghi che desiderano intervenire anche non soci e cultori di branche affini.

Rivolgersi al presidente prof. L. Tommasi, direttore della R. Clinica Dermosifilopatica, Palermo.

12° Congresso di medicina del lavoro.

Nel prossimo ottobre, organizzato dalla R. Clinica del Lavoro di Napoli, diretta dall'on. prof. Niccolò Castellino, si svolgerà in Napoli il XII Congresso di Medicina del Lavoro, il quale assumerà importanza sia per il numero delle personalità che hanno dato la loro adesione ed assicurato il loro intervento, sia per gli argomenti di carattere scientifico e sociale che saranno oggetto di discussione.

Il programma dei lavori risulta sinora così stabilito: 1) Temi di relazioni: *a*) « Le malattie e le lesioni della colonna vertebrale in occasione di lavori », relatori: proff. L. Preti (Milano), G. Caso e L. Di Prisco (Napoli), L. Chiariello (Bari); *b*) « Igiene e patologia dei rumori », relatori: proff. Malan (Torino) e B. Bruzzi (Napoli); *c*) « La patologia delle sostanze chimiche delle nuove industrie », relatori: on. prof. Niccolò Castellino e suoi collaboratori della R. Clinica del Lavoro di Napoli; *d*) « Esperienze della legge sulle malattie professionali », relatore: un medico designato dell'Istituto Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro.

Saranno presentate al Congresso comunicazioni sul tema: « Atteggiamenti e lesioni da lavoro nei rurali italiani per l'uso degli attrezzi a mano », a cura di un medico della Confederazione Fascista Lavoratori dell'Agricoltura.

Mostra della stampa medica italiana.

In occasione del IV Congresso della Stampa Medica Latina (Venezia, 29 settembre - 3 ottobre 1936-XIV) si terrà, nei locali adiacenti alla Biblioteca dell'Ospedale Civile dove si svolgeranno le sedute, una Mostra della Stampa Medica Italiana.

Le Case Editrici Italiane hanno già promesso di inviare libri e pubblicazioni di medicina; per rendere più interessante e completa questa rassegna del movimento scientifico del nostro Paese dovrebbero figurare nella Mostra i Giornali e le Riviste di medicina, di chirurgia e delle specialità.

Il Comitato organizzatore prega perciò di voler cortesemente e sollecitamente mandare un cenno di adesione, specificando quale materiale verrebbe inviato alla Mostra: i primi numeri usciti, le annate 1935-1936, pubblicazioni varie riguardanti la storia del Giornale, ecc. ecc.

Per facilitare la partecipazione alla Mostra del maggior numero possibile di Riviste e Giornali, il Comitato non ha stabilito una quota fissa, lasciando libera ogni Amministrazione di Giornale di versare un contributo anche modesto per co-

prire le spese della Mostra: la quota di inscrizione al Congresso del direttore o del redattore-capo del Giornale è sufficiente per partecipare alla Mostra.

Il materiale da esporre deve essere inviato entro il 10 settembre al prof. S. Gabrielli, 2ª Div. Chir., Ospedale Civile di Venezia. Le spese di spedizione sono a carico dell'espositore.

Ricordiamo che presidente del Congresso è il prof. sen. D. Giordano; segretario il prof. U. Saraval, Ospedale Civile, Venezia.

Un po' dovunque.

In data 9 luglio 1936 con R. D. è stata concessa la medaglia di bronzo al valor militare al dott. Mario Anagni di Acuto, ten. medico, dirigente il servizio sanitario di un gruppo di battaglioni eritrei. Passo Mecan, 31 marzo 1936.

Rallegramenti vivissimi.

Proveniente dall'A. O. è giunta a Napoli il 13 agosto la nave ospedale « Vienna » che ha trasportato 582 tra ammalati e convalescenti, nonchè un certo numero di ufficiali, soldati e operai che rimpatriano.

L'Associazione francese per il Progresso delle Scienze si è adunata a Marsiglia dal 16 al 22 luglio; vi hanno avuto molta parte le scienze mediche, l'igiene, la sanità. Per gli atti rivolgersi al segretario generale Dr. R. Pontiers, rue Dragon 79, Marseille.

La Società tedesca di infortunistica si adunerà il 17 e il 18 settembre ad Amburgo, sotto la presidenza del prof. zur Verth. Temi principali: « Eredità e costituzione nei loro rapporti con l'assicurazione », relatori: Aschoff (Friburgo), Weitz (Amburgo), Siemens (Leida); « Lesioni del menisco », relatori: Burkle de la Camp (Bochum), Ceelen (Bonn).

La Sezione Regionale del Lazio della Federazione Naz. Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi si è adunata il 28 maggio, il 17 giugno e l'8 luglio, sotto la presidenza dell'on. prof. E. Morelli, assistito dal segretario prof. A. Omodei Zorini, delegato regionale. Nelle tre sedute sono state fatte complessivamente 18 comunicazioni.

La Società Medico-Chirurgica della Romagna si è adunata l'8 marzo sotto la presidenza del prof. F. Giugni e il 22 luglio sotto la presidenza del prof. L. Silvestrini. Sono state fatte comunicazioni da: V. Silvestrini, A. Parini, D. Marcucci (due comunicaz.), A. Ceredi, A. Lega.

Il Ministero delle Colonie ha istituito un centro di studi di carattere scientifico sull'Africa Orientale Italiana; avrà sede in Roma e in Addis Abeba; è affidato alla Commissione della Reale Accademia d'Italia, già nominata a tale scopo dal presidente dell'Accademia stessa.

La Regina ha visitato a Torino, nella clinica Sanatrix, i pazienti con postumi di encefalite, da lei fatti ricoverare. È stata accompagnata dal dott. Lanfranchi e da altri dirigenti la casa di cura. Ha espresso ai sanitari il proprio vivo compiacimento.

Gli eredi del sig. Angelo Tavecchia, morto a Milano, hanno donato all'Ospedale Maggiore di questa città L. 174.000, per onorare la memoria del loro congiunto scomparso, nonchè della predefunta moglie sig.ra Elena Guidi.

Da una relazione del prof. Vito Massarotti, presidente dell'Istituto medico-chirurgico XXVIII Ottobre dell'Azienda tramviaria di Milano, risulta che nel 1935 furono espletati 72.652 atti sanitari, contro 62.926 nel 1934 e 45.648 nel 1933; che nel Convalescenziario di Limonte sono stati passati 11.970 giorni di degenza, contro 9170 nel 1934; che è stato creato un centro antidiabetico.

Un'ordinanza del Governatore di Addis Abeba disciplina i prezzi dei medicinali e detta norme per l'esercizio delle farmacie.

L'Istituto di Sieroterapia Emopoietica di Milano, produttore dell'Hemostyl e dell'Hepamoxyl, previa autorizzazione del Ministero delle Colonie, si è assunto l'iniziativa di offrire un copioso quantitativo di fiale di Hemostyl ai militari ed agli operai dell'A. O. A questo scopo il personale offre gratuitamente il lavoro di una giornata al mese e l'Istituto a sua volta mette, pure gratuitamente, a disposizione il siero e tutto il materiale necessario per la preparazione del prodotto. L'invio in A. O. viene fatto mensilmente a mezzo della Croce Rossa Italiana, la quale provvede a che il quantitativo di Hemostyl così offerto venga distribuito ai militari ed agli operai bisognevoli di cura.

Al Congresso Internazionale di Medicina Sportiva di Berlino e dinanzi alle organizzazioni giovanili hitleriane è stato proiettato a cura del Guf di Roma, in occasione delle Olimpiadi, il film « Luce » che il sen. prof. Pende ha fatto eseguire per illustrare il suo metodo biotipologico ortogenetico di selezione e di controllo scientifico dei candidati all'atletismo. Il film ha riportato un grande successo, ed ha dimostrato a quale grado di perfezione l'Italia fascista ha portato la tutela scientifica dell'educazione fisica e sportiva delle sue nuove generazioni.

Durante il 6º Congresso internaz. della stampa cinematografica, al Cinema Barberini di Roma, in serata di gala, e alla 4ª mostra cinematografica di Venezia, è stato proiettato un film della « Warner Bros » intitolato « La vita del dottor Posteur », lavoro accolto con entusiasmo dal pubblico intellettuale e dalla stampa. Esso mette in piena evidenza le nobili ed umanitarie fatiche dei rappresentanti la scienza medica e costituisce un'esaltazione dello spirito di sacrificio della classe medica. Pasteur è impersonato dal grande artista americano Paul Nuni; il lavoro è stato diretto da William Dieterle.

L'« Archivio di Antropologia Criminale, Psichiatria e Medicina Legale », fondato da Lombroso, ha pubblicato un fascicolo supplementare (giugno 1936) in onore del prof. Gian Giacomo Ferrando, allo scopo di celebrarne il giubileo didattico, raggiunto dopo 38 anni d'insegnamento dedicato alla Scuola, alla Scienza e alla Patria. Costituisce un grosso volume di 650 pagine, che reca 48 memorie originali, corredato di figure e del ritratto dell'insigne Maestro.

La « Lega tedesca di roentgenologia e radiologia » della Repubblica cecoslovacca, per festeggiare l'80º compleanno del proprio presidente, prof. Rudolf Jaksch-Wartenturst, ha deciso di fondare un « Premio Jaksch », che verrà assegnato tutti gli anni ad un giovane radiologo, il quale si sia distinto con un contributo scientifico.

Nel fascicolo scorso, p. 1513, 1ª col., l. 25, leggere: Pirotta.

ARCANGELO ILVENTO

La notizia, rapidamente diffusasi negli ambienti sanitari, della improvvisa scomparsa di quella nobilissima figura di scienziato, di apostolo e di organizzatore che fu ARCANGELO ILVENTO, ha destato in tutti un senso di smarrimento, quasi di incredulità.



14-XI-1877 — 3-VIII-1936

Non sembrava possibile! Noi stessi, che legati a Lui da vecchia e fraterna amicizia, eravamo accorsi al Suo letto di morte senza avere il conforto di trovarLo ancora in vita, noi stessi, pur fissando il pallido volto dell'Amico estinto, non potevamo persuaderci che Egli non fosse più, che quella intelligenza veramente latina, agile e pronta, quella mente aperta a tutte le superiori verità della scienza e della fede in ogni cosa buona e bella, non dessero più luce!

Eravamo troppo abituati a considerarlo guida e maestro a cui era dolce rivolgersi con la sicurezza di averne lume e consiglio nel dubbio, amichevole appoggio nell'incertezza.

Forse non tutti lo compresero, nè seppero leggere, attraverso ad un esteriore che sembrava freddo e chiuso in sè stesso, la bontà dell'animo sempre pieno di umana comprensione.

Malgrado la sua poderosa opera di studioso, malgrado i suoi numerosi lavori scientifici, che si sono svolti in più di un centinaio di pubblicazioni (*), altri vedendolo austero e silenzioso, chino al suo tavolo di lavoro, sempre immerso nelle carte e nelle pratiche sanitarie, lo giudicava un uomo d'ufficio, un burocrate poco propenso e poco adatto all'azione.

La semplice esposizione della sua purtroppo non lunga vita basta invece a mostrare « *il cor ch'egli ebbe* ».

Nato a Grassano (Potenza) il 14 novembre 1877, perdè il padre all'età di 12 anni e per poter continuare gli studi non furono poche le difficoltà che ebbe a superare.

Laureatosi a 22 anni, fu subito assunto per concorso come assistente negli ospedali di Napoli, e, dopo aver lavorato anche presso la scuola di batteriologia partenopea, optò per la carriera della Sanità Pubblica.

Nel 1904, riuscito primo al concorso di medico di porto, divenne direttore del servizio di sanità marittima di Palermo, distinguendosi nell'attuare una vittoriosa difesa contro una epidemia vaiolosa che infieriva a Riesi (Caltanissetta), nell'organizzare la stazione sanitaria nel porto di Palermo, ed in funzione di medico provinciale, dirigendo l'opera di profilassi durante una epidemia colerica ed un'altra, più grave, di vaiolo.

Nel 1908, divenuto docente di igiene pubblica presso l'Università di Palermo, vi dettava fino al 1911 le Sue lezioni assai apprezzate dagli studenti, e nel contempo provvedeva alla preparazione tecnica dei disinfettori, che dovevano costituire secondo il Suo concetto un corpo per la difesa costiera contro le epidemie che minacciavano dal mare.

Intanto le migliori energie della Patria si protendevano verso la guerra d'oltre mare, e noi troviamo Ilvento tra i primi Italiani sbarcati a Tripoli insieme alle truppe di occupazione, con la missione di organizzarvi il servizio della sanità marittima, attuando nel contempo la riorganizzazione ed il completamento di quello ospedale civile, nonchè di uno speciale lazzaretto provvisorio per i colerosi, e provvedendo al regolamento del servizio sanitario comunale della città, mansioni tutte egregiamente assolte.

Nominato nel 1913 per merito distinto medico provinciale, di nuovo la Patria ha bisogno dell'opera Sua di igienista ormai provetto, allorchè,

---

(*) Elenco delle principali pubblicazioni del prof. Ilvento:

A) Batteriologia: Inagglutinabilità del b. tubercolare (1901); Importanza delle citasi; Azione dei veleni da infuso di carne nei centri motori del midollo spinale; Dissociazione di coltura del vibrione colerico (nel 1910, quando il fenomeno non era noto); I germi del vino di palma consumato a Tripoli; I germi del ioghurt consumato a Tripoli; La presenza del bacillo della peste nelle glandole linfatiche di un uomo sano (confermato sette anni dopo nelle Colonie dell'Africa Equatoriale francese) ecc.;

B) Epidemiologia: Epidemia di vaiolo a Riesi; Epidemia di guerra a Tripoli (1911-1912); Epidemiologia e malattie dominanti a Tripoli (1913-14); Epidemia di peste a Tripoli il 1913-14, con un sistema di cura della peste bubbonica; Cura della malaria con la berberina; Epidemie nella guerra mondiale; Epidemie di tifo petecchiale nel passato; Epidemie d'influenza nel passato; Epidemiologia nel bacino del Mediterraneo nel primo quarto del secolo XX (scritta per incarico della Commissione per le calamità mondiali dell'Accademia dei Lincei);

C) Ingegneria sanitaria: Le stazioni di sanità marittime; Costruzioni ospedaliere per climi caldi; Organizzazione di grandi ospedali; Edilizia urbana e rurale e morbilità; La casa nell'igiene sociale, trattato ecc.;

D) Medicina sociale: Igiene della scuola (trattata in collaborazione col prof. Lustig); Importanza della farina bigia nell'alimentazione; Orari di lavoro e fatica (lavoro edito dal Governatorato di Roma); La scuola e la difesa della stirpe; La tubercolosi, malattia sociale (trattato); Igiene Sociale della Tubercolosi (Lezioni), editore Pozzi, Roma; Igiene dello scolaro (trattato); Eredità ed igiene (trattato); La tubercolosi attraverso i secoli; Storia di un'idea (trattato); La bonifica delle paludi pontine; Storia della malaria (per incarico avuto dalla Commissione della Calamità presso l'Accademia dei Lincei), già completata in manoscritto (trattato in via di pubblicazione).

Alcune trattazioni sono state tradotte in varie lingue.

scoppiata la grande guerra, Egli viene addetto al servizio antiepidemico presso il Comando Supremo dell'Esercito, quale membro di quella benemerita Commissione sanitaria ispettiva che attuò la difesa contro i morbi esotici, colera, tifo petecchiale ecc., che cominciavano a serpeggiare fra le nostre truppe al fronte.

Ma, terminata la guerra, un altro vasto campo di azione si apriva a Lui nelle organizzazioni di assistenza civile che la Croce Rossa Italiana andava allora iniziando come antesignana per la propaganda dell'esempio.

Nessuno meglio di Ilvento era in grado di assumere la direzione di questo complesso di opere di bonifica umana, che andavano dalla lotta contro la malaria ed il tracoma a quella contro la tubercolosi, con l'istituzione di numerose stazioni sanitarie, ambulatorii, preventorii, sanatorii, dispensarii e colonie, e, quale direttore dei servizii sanitarii del benemerito ente, noi Lo vedemmo per oltre un decennio (dal 1919 al 1930) prodigarsi in un diuturno ed assillante lavoro di organizzazioni sapienti e di pratiche attuazioni.

È stato in questo periodo di fecondo lavoro che l'opera di Arcangelo Ilvento, non solo realizzatore, ma instancabile apostolo, assurse alle più nobili mète.

È merito Suo il contributo portato tanto autorevolmente a sostegno del concetto dell'incremento demografico del Paese, contributo che fu giudicato degno di attenzione da Chi regge i destini della Patria nostra, e fu Ilvento stesso che, quale rappresentante della Federazione Fascista antitubercolare, seppe con brevi e chiarissime parole prospettare a S. E. il Capo del Governo tutto il grave problema della lotta antitubercolare in Italia ed il disegno dell'assicurazione contro il flagello, che il Duce, con rapida comprensione, risolse poi magnanimamente superando ogni ostacolo.

Ilvento, che con lungo studio e grande amore ne aveva compilato il progetto, ebbe allora la gioia di poter contribuire a formulare la legge assicurativa antitubercolare, ed in seguito, quale vice Direttore della Sanità Pubblica, di seguirne e vigilarne la benefica applicazione.

Del resto tutta la crociata contro la tubercolosi che si è bandita in Italia nell'ultimo decennio porta fra i nomi dei suoi migliori campioni quello di Lui, che come Vice Presidente della Federazione Fascista antitubercolare, instancabilmente, nei libri magistralmente scritti sull'argomento, nei numerosi articoli, nelle conferenze, nei congressi internazionali, ove il suo pensiero chiarificatore era da tutti ascoltato con ammirazione ed interesse, nelle adunate nazionali, nelle aule universitarie, incitava ed insegnava.

E la Sua parola elegante e forbita, il Suo stile logico e persuasivo facevano sì che l'ascoltarlo fosse un diletto dello spirito.

Ma il Regime, in via di realizzare il grandioso programma sociale prefissosi, aveva intanto bisogno di chiamare ai posti di maggiore responsabilità gli uomini migliori: nel 1930 affidava ad Ilvento la vice-direzione della Sanità Pubblica, carica in cui Egli svolse quella fervida attività che tutti conoscono.

Occupava tale ufficio allorchè, nel 1935, iniziatasi la guerra in Africa Orientale, la Sua competenza in materia di igiene coloniale e castrense Lo designò ad assumere la direzione del servizio sanitario presso il Ministero delle Colonie.

L'opera che con la consueta silenziosa e schiva modestia Egli svolse in questa ultima missione testè chiusasi dopo il trionfo della nostra guerra — che oltre che vittoria di armi fu anche successo di sapiente organizzazione sanitaria — è nota solo ai pochi che ebbero la ventura di collaborare con Lui e che ne sono i migliori testimoni.

Aveva appena terminato quest'ultima fatica ed a nuovi lavori tendeva la mente, pur riposandosi per qualche giorno in seno alla famiglia diletta, quando l'insidia improvvisa del male Lo colse e fu vana ogni difesa...

Ora il grande silenzio lo circonda e, dopo tanto fervore di opere di bene, Egli riposa tranquillo nella tomba del Verano ove la Eletta Donna che gli fu compagna amatissima, le Sue dolci figliuole e pochi amici Lo hanno composto facendo forza al proprio cordoglio per essere degni di Lui.

Ma nessuno di noi per volger di tempi e mutar di fortune potrà dimenticarlo.

GUIDO MENDES.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 31 Agosto 1936 - XIV Num. 35

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

La midollectomia surrenale nelle sindromi dell'ipersurrenalismo midollare.

LUIGI DURANTE
Primario Chirurgo degli Ospedali Riuniti
e Docente nella R. Università di Genova.

Esiste un gruppo di malattie che, pur presentando diversa sintomatologia e basi anatomo-patologiche diverse, è sempre riducibile ad un minimo comune denominatore patogenetico: la iperfunzione della midollare del surrene.

A questo gruppo appartengono sindromi varie, che possono manifestarsi con turbe della pressione sanguigna nel senso di un esagerato, costante od incidentale aumento; con turbe della vasomotilità nelle sue molteplici graduazioni fino al tipico quadro del Reynaud; con lesioni delle arterie del tipo sclerotico od ateromasico; con lesioni endoarteritiche obliteranti del tipo Winivather; con lesioni tromboangioitiche del tipo Buerger.

Recentemente Crile ha voluto aggiungere due nuove sindromi di tipo neuro-circolatorio, interpretate anch'esse come iperattività simpatico-midollare e caratterizzate: la prima da una astenia neuro-circolatoria, da tachicardia, da nervosismo; la seconda da crisi di ipertiroidismo attribuite a scariche adrenaliniche improvvise.

È noto che nella determinante di queste sindromi possano entrare diversi e complessi fattori costituzionali od acquisiti, ma che, qualunque essi sieno, hanno sempre bisogno di agire attraverso la iperfunzione della midollare del surrene, come lo dimostrano dati inconfutabili di ordine fisiologico, anatomopatologico, clinico, sperimentale, revisionati di recente in due diligenti lavori da Mellière-Olivier e da Striker-Leibovici.

Del resto, anche i felici risultati ottenuti da Dogliotti e Bastai con la paratiroidectomia parziale in casi di ipertensione ed endoarteriti

obliteranti giovanili, sono solo spiegabili pensando che la componente paratiroidea agisca attraverso l'ipercalcemia come stimolo esagerato sul tono vascolare e sulla funzione midollo-surrenale.

A controprova di questa interpretazione stanno le ricerche sperimentali di Paolucci-Pescatori-Bernabeo, dimostranti che colla iniezione di paratormone Collip, si determina una così intensa ipertrofia del tessuto cromaffine della midollare da ricordare il caratteristico aspetto dei tumori adenomatosi delle surrenali; ipertrofia che a sua volta determina delle lesioni vascolari del tipo endoarteritico.

Queste ricerche sono state integrate dalle recenti di Maragliano-Maggi-Mazzocchi, le quali hanno dimostrato la possibilità di riprodurre le lesioni endoarteritiche ricordate, attraverso un ipersurrenalismo sperimentale ottenuto col trapianto di capsule surrenali.

L'orientamento curativo di queste sindromi tende oggi alla chirurgia neuroendocrina attraverso la riduzione della iperfunzione della midollare del surrene.

INTERVENTI LIMITANTI LA FUNZIONALITÀ DELLA MIDOLLARE SURRENALE.

Vi sono cinque vie, attraverso le quali si può limitare o sopprimere la funzione della midollare del surrene: 1) la resezione dei nervi splancnici; 2) la enervazione paraghiandolare; 3) la legatura dei peduncoli vascolari; 4) la surrenalectomia totale o parziale omolaterale, o parziale bilaterale; 5) la midollectomia.

1. *Resezione dei nervi splancnici.* — È l'operazione più brillante, della chirurgia neuroendocrina. Proposta da Pende (1924) negli stati ipertensivi essenziali, venne subito da me attuata nell'uomo ed estesa alle turbe della vasomotilità tipo Raynaud, alle endoarteriti obliteranti di Winivather, alle tromboangioiti di Buerger.

Che i nervi splancnici abbiano un controllo diretto sulla funzione della midollare surrenale è nozione sicura per dati di esperimento, per rilievi clinici e per reperti anatomopatologici.

La loro sezione determina una lenta ipotrofia elettiva della midollare del surrene corrispondente (Pende) ed interrompe le vie centrifughe, attraverso le quali gli influssi pressori e secretori emanati dai centri bulbari scendono al surrene. Ed infatti la secrezione della midollare diminuisce, alla prova dell'anastomosi surreno-giugulare (Antognetti-O'Connor) tutte le volte che si resecano gli splancnici, esattamente come diminuisce la pressione dell'uomo (Durante-Donati-Pieri) nelle resezioni unilaterali e maggiormente nelle bilaterali o nei blocchi anestesici degli splancnici alla Kappis.

A controprova dell'azione secretivo-pressoria degli splancnici stanno gli esperimenti di Tournade et Chabrot, Antognetti, Biedl, O'Connor, Dreyer, Tschseboksaroff, che dimostrano come nell'eccitamento dei loro monconi periferici il sangue venoso della surrenale corrispondente acquista proprietà ipertensive più spiccate del sangue normale dovute a maggior secrezione di adrenalina.

È importante però rilevare che gli effetti pressori derivanti dall'eccitamento degli splancnici diminuiscono notevolmente dopo la surrenalectomia senza però sparire completamente (A. Johnson). Segno che la trasmissione dell'influsso pressorio si scarica in massima parte sulla surrenale ma non esclusivamente.

La resezione degli splancnici interrompe ancora i collegamenti neurali della glicoregolazione normale risultante dall'equilibrio dei due sistemi neuro-umorali antagonisti: vagopancreatico e surreno-splancnico, in modo che il primo non venga ad essere sopraffatto dal secondo.

Nel cane, reso diabetico dall'estirpazione del pancreas, l'enervazione surrenale (Ciminata 1927) aumenta la tolleranza agli idrati di carbonio abbassando la glicemia.

Nell'uomo diabetico l'enervazione di un surrene o meglio di tutti e due (Donati e Takay, Giordano Corachan e Simarro, Crile e Schmidt, Ciceri e Arrigoni) abbassa egualmente la glicemia.

Non sono ancora comparsi in letteratura casi di diabete espressamente trattati colla resezione dei nervi splancnici; ma nel 3° caso di Donati di resezione degli splancnici per ipertensione si è verificato un notevole abbassamento della curva glicemica. Lo stesso rilievo io ho fatto nei due ultimi casi di resezione degli splancnici.

È già entrato del resto nella pratica chirurgica con esito brillante il blocco anestesico degli splancnici (Ciceri e Gabrielli, Stelling) per abbassare il tasso glicemico dei diabetici.

La resezione degli splancnici sta guadagnando terreno di fronte alla capsulectomia, che per prima si è affermata sotto l'impulso dell'imponente contributo casistico di Oppel. La sua casistica clinica, attraverso i contributi di Durante, Pieri, Donati, Giordano, Vincent, Desorger, Craig e Brown; Camelot e Langeron, Leriche e Fontaine, Langeron e Vincent, Stropeni, Ciceri, Peet, è già considerevole e riporta in massima esiti buoni.

Risolto il problema tecnico della via più facile e meno lesiva nella aggressione degli splancnici colla indicazione della via lombare extraperitoneale (Durante), è rimasto un unico punto non ben definito, sul quale il vaglio di una lunga esperimentazione clinica potrà dare il giudizio definitivo, e cioè se sia sufficiente la resezione dei soli splancnici di un lato o se convenga estenderla bilateralmente.

Qualche esperimento sull'animale (Pende) dimostrerebbe che gli splancnici di sinistra hanno il controllo anche sulla capsula surrenale opposta. Questo dato, importante se riportabile all'uomo, è stato oggetto di controversia.

Dal punto di vista operatorio ed in linea elettiva, è sempre meglio resecare gli splancnici di sinistra per la presenza della cava nel lato di destra.

Esiti clinici brillanti, specie nelle forme di ipertensione essenziale si sono ottenuti colla sola resezione dei rami di sinistra.

Sicuramente però le modificazioni più intense e durature delle sindromi ipertensive ed angiotrofiche si sono ottenute colle resezioni bilaterali, a distanza di dieci, quindici giorni.

Graduare e disciplinare questi interventi, ancora in fase di esperimento, alla intensità ed al grado di evoluzione delle turbe da correggere è compito, che solo una più vasta esperienza operatoria potrà assolvere.

La resezione degli splancnici di fronte alla capsulectomia totale ha il vantaggio della elettività di azione, in quanto risparmia la corticale non impegnata nella turba endocrina, della minore gravità e di un'azione più completa, in quanto agisce contemporaneamente sulla secrezione midollare, sulla vasocostrizione addominale e forse sui paragangli aberrati nell'addome.

Ha però lo svantaggio di lasciare inesplorata la capsula surrenale, dove può esistere, cosa non infrequente nelle sindromi di ipertensione parossistica, un tumore della midollare od un paraganglioma, come nei casi di Mayo, Lériche, Stripley, Surmond, Kalk.

Recentemente Pende, Alessandri, Antonietti hanno preso in esame la possibilità di sostituire alla resezione degli splancnici, il blocco degli splancnici di sinistra mediante iniezioni di alcool, seguendo la via di Kappis.

Contro tale tecnica molto seducente, perchè semplifica la procedura della interruzione dell'innervazione splancnica, si profilano due grandi obbiezioni: La temporaneità della neurolisi chimica; il pericolo della diffusione dell'alcool ad organi vicini.

Solo i risultati clinici però potranno dire la parola conclusiva in merito.

2. *Enervazione pericapsulare.* — L'intricata disposizione anatomica (35-38 rami: Parisot et Richard) della rete simpatica, che compenetra la ghiandola, è già di per sè notevole ostacolo alla tecnica della enervazione completa. Ed anche quando si riesca ad interrompere tutti i rami pericapsulari, rimarrebbe sempre integro il controllo simpatico attraverso la rete periarteriosa accedente alla ghiandola.

È per questo che al fine di rendere più completa la enervazione pericapsulare, dopo la interruzione dei principali tronchi nervosi reperibili, venne praticata (Donati) la simpatectomia chimica, umettando con un tampone fenicato il tessuto pericapsulare ed i peduncoli vascolari.

L'enervazione del surrene mono e bilaterale è stata esperimentata da Ciminata, Donati, Takas, Giordano, Corachan, Simarro, Schmidt e, su più larga scala (125 interventi), da Crile come tentativo di cura del diabete pancreatico.

Nei casi in cui oltre alla curva glicemica, che è sempre diminuita, sono state controllate le pressioni si è sempre verificata una sensibile diminuzione.

Anche l'enervazione pericapsulare apporta dunque ad una diminuzione della funzione midollare, senza turbe apparenti nel dominio della corticale.

3. *La legatura dei peduncoli vascolari.* — Si può sopprime la funzione della midollare legando i tre peduncoli vascolari della ghiandola, ossia praticando una legatura atrofizzante. E però la necrobiosi o l'atrofia conseguente non rimarrebbero limitate alla sola midollare ma si estenderebbero alla corticale. Non è quindi intervento elettivo di soppressione midollare, ma un cattivo equivalente di una lenta capsulectomia, senza raggiungere gli estremi sicuri di questa. Essa non venne mai praticata.

4. *La surrenalectomia totale e parziale omolaterale o parziale bilaterale.* — La capsulectomia realizza la riduzione più rapida e sicura della midollare surrenale. Essa è graduabile sino al limite compatibile con la vita, quando cioè si arriva alla ectomia dei 3/4 di ciascuna delle due ghiandole (De Courcy).

Attraverso i contributi operatori di Delbet, Oppel, Lériche, Hertz, Hesse, Hoerzeberg, Krause, Buettner, Donati, Serafini, Bedarida, Paolucci, Chiasserini, Galatà, Fasiani, Rolando, Guerrieri, D'Antona, Bobbio, Finzi, Cheinisse, Ody, Stulze, Striker, Ciceri, Langeron, Craig, Brown, Uggeri, Crile Tallats, Stulz,

Cadenat, Leibovici, Rownthree, Judd, Monier, Costantini, Blondin, Aubert, Camelot, Tisserand, Lenormant, De Courcy, Floerken, Pauper, Gauffraud, Nazaroff, Willmoth, la letteratura raduna oggi oltre 300 interventi.

La maggioranza degli operatori ha praticato capsulectomie totali monolaterali, pochi capsulectomie parziali bilaterali.

La capsulectomia totale monolaterale è intervento cieco in rapporto alla tolleranza, perchè non si può presumere il grado di funzione o la facoltà di supplenza della capsula residua, non avendo alcun testo sicuro di saggio preventivo sulla funzionalità capsulare. Ed è per questo che Oppel consiglia, in uno dei suoi ultimi lavori (1927), di lasciare un frammento di ghiandola anche nell'intervento unilaterale, nella possibilità che la surrenale residua sia funzionalmente insufficiente. In questi casi, come è già avvenuto, possono insorgere sindromi di insufficienza surrenale acuta.

L'emicapsulectomia unilaterale è intervento di poca gravità ma è insufficiente a correggere gli stati della iperfunzione midollare (Gauffraud).

I risultati delle capsulectomie sono discordi in tutte le sindromi da iperfunzione midollare.

Vagliando nell'insieme la già grande casistica operativa, si può rilevare che, in massima parte, gli operatori a grande esperienza: Oppel, Hertz, Lériche, sono nettamente favorevoli.

Molti fattori influiscono sulla risultante dell'esito ed il primo è costituito dal grado di evoluzione della sindrome, che si vuol correggere.

Non bisogna esigere dalla chirurgia neuroendocrina cose impossibili, come giustamente ha fatto osservare Lériche, e cioè non bisogna chiedere di mutare delle lesioni anatomopatologiche sistematizzate, attraverso mutamenti della funzionalità.

Quando si ha un'arteria principale ostruita da un processo endoarteritico proliferativo, susseguente ad un'annosa ripetizione di crisi angiospastiche, nessun intervento potrà mai ripristinare la canalizzazione delle arterie, ma alcuni degli interventi in esame, capsulectomia compresa, potranno salvaguardare il circolo collaterale di compenso dalla stessa sorte del circolo principale.

In altre parole, non bisogna aspettare la fase gangrenosa degli endoarteritici o le lesioni vascolari e parenchimali irreparabili negli ipertesi essenziali, per agire con interventi centrali.

Tanto più la sindrome è nella fase funzionale pura, tanto più sarà efficace la correzione neuroendocrina.

Ecco perchè le iniziali illimitate speranze sul potere riparativo della capsulectomia non si sono realizzate. Ecco perchè 50 dei 115 surrenalectomizzati dell'Oppel per endoarteriti obliteranti giovanili subirono ulteriormente amputazioni, che l'intervento tardivo non ha potuto evitare.

Sicuramente le obbiezioni alla capsulectomia non potranno mai essere superate là dove invocano l'inutile sacrifizio della corticale.

5. *La midollectomia.* — L'asportazione della sostanza midollare è l'intervento più diretto, che si possa eseguire nella correzione delle sindromi in esame.

Esso risparmia la sostanza corticale, ossia i 9/10 ponderali della ghiandola, riduce il danno fisiologico dell'ectomia totale, circoscrivendola alla sede esclusiva del male, diminuisce il rischio operatorio, prescinde dal quesito della supplenza ormonica, in quanto questa è sempre assicurata, anche nelle eventuali ectomie bilaterali, da paragangli e da elementi cromaffini aberrati od inclusi nell'intelaiatura gangliare del sistema nervoso simpatico (Segale).

Dal punto di vista sperimentale, la midollectomia venne facilmente praticata nel cavallo da Haussay, a mezzo di un cucchiaio tagliente, e recentemente da Striker con iniezioni in alcool a 95°.

Quest'ultimo mezzo non si è dimostrato soddisfacente per la difficile circoscrizione dell'azione caustica dell'alcool, per cui può facilmente diffondersi alla corticale.

Nell'uomo fu sempre riguardato come intervento irrealizzabile, tenendo presenti più le condizioni cadaveriche della ghiandola che quelle vitali.

Ed infatti la capsula surrenale, che è così friabile nel cadavere, si presenta alla esplorazione operatoria di tale consistenza da permettere sempre una valida trazione con strumenti adatti e da consentirne l'apertura sia sulla faccia anteriore, sia sulla posteriore, sia lungo il margine esterno, che è il lato preferibile.

Incisa la corticale della ghiandola, non è difficile introdurvi un piccolo cucchiaio tagliente ed asportare col raschiamento la sostanza midollare facilmente differenziabile dalla corticale per la sua tenue consistenza e per il suo caratteristico colorito.

Se queste manovre sono delicate ed estese a tutti i segmenti della ghiandola, l'asportazione

della ghiandola si può considerare quasi completa.

Questo intervento io l'ho eseguito 3 volte, delle quali due associato alla resezione dei nervi splancnici, in sindromi del Raynaud, ed una isolato in un caso di endoarterite obliterante.

La via seguita è sostanzialmente la stessa di quella per la resezione degli splancnici e cioè la via lombare extraperitoneale, attraverso i tempi seguenti:

Posizione del malato come per un intervento sul rene. Incisione per 15 centimetri parallela al margine inferiore della XII costa. Resezione della XII sino ad un centimetro dall'apofisi trasversa. Incisione del piano muscolo-aponevrotico attraverso il letto costale o ad un centimetro al disotto. Scollamento del foglietto posteriore della fascia perirenale spinto in alto fino alla individualizzazione dei due pilastri del diaframma. Controllo dei due nervi splancnici, il grande sul pilastro mediale, il piccolo sull'esterno, ed eventuale loro resezione per almeno un centimetro. Apertura della pagina posteriore della fascia perirenale più in alto che sia possibile. Introduzione di un dito nell'asola della fascia perirenale al fine di individualizzare, dalla forma e consistenza la capsula surrenale. Trazione in fuori della capsula con una morbida pinza triangolare da polmone, piazzata sul polo superiore, previo isolamento dal grasso. Nei casi di difficile repere l'apertura del foglietto posteriore della fascia perirenale va ampliata in modo da poter trarre in basso il polo superiore del rene ed esporre meglio la loggia della capsula surrenale. Incisione della corticale surrenale lungo il margine esterno o sulla superficie posteriore. Introduzione di un fine cucchiaio tagliente nell'incisione e scucchiaiamento della midollare. Detersione del campo e leggera pressione sulla ferita corticale per pochi minuti, a scopo emostatico. Abbandono della ghiandola senza alcuna sutura della corticale. Ricostruzione dei piani.

CASO I (N. 10.230 del 1935). — F. Angela, anni 32, nubile.

È un caso singolare di una sindrome angiotrofoneurotica del Reynaud, nel periodo pregangrenoso interessante tutti e quattro gli arti, con crisi di visceralgie intense, associata a sclerodermia diffusa e melanodermia discontinua a piccolissime chiazze.

Biochimica. — Adrenalinemia (Viale-Crocetta), 1.315.000. Glicemia 35 ‰. Colesterinemia: 1,608 per ‰. Azotemia: 0,45 ‰. Ca. mgr. 10,1 %. K. mgr. 21,4 ‰.

Pressione omerale D. 160/90 I. 0. 2. 5. Pressione femorale D. 190/105 1. 0. 6.

2-II-1935. I intervento: *Resezione di un centimetro del grande e del piccolo nervo splancnico di sinistra.*

Decorso: miglioramento netto, progrediente nel primo mese, della sindrome angiotrofoneurotica e dolorifica degli arti. Scomparsa delle visceralgie. Scoloramento della iperpigmentazione cutanea iniziato verso il 4° giorno dall'intervento, col massimo verso il 3° mese. Nessuna modificazione della sclerodermia.

Adrenalinemia: 1.335.000. L'aumento numerico esprime la maggiore diluizione e perciò è indice di un quantitativo minore di adrenalina).

Pressione omerale D. 155/90 1. 0. 4. Pressione femorale D. 180/105 1. 0. 8.

Il miglioramento dei sintomi soggettivi ed obbiettivi si può dire che sia stato in ascesa fino al terzo mese dall'intervento.

Dopo un periodo di 4-5 mesi di stazionarietà si verificò una leggera ripresa della iperpigmentazione cutanea e delle crisi acroasfittiche, però meno intense e meno frequenti.

7-XII-1935. II *intervento*: *Resezione del grande e piccolo splancnico di destra e midollectomia della capsula surrenale destra.*

Decorso: miglioramento rapidissimo della sindrome angiotrofica delle estremità decolorazione rapida della iperpigmentazione cutanea, irrorazione vivace di tutti i tegumenti con forte ipertermia cutanea, irrorazione vivace di tutti i tegumenti con forte ipertermia cutanea, che andò attenuandosi solo dopo il 10° giorno dall'intervento.

(Dopo 25 giorni dal I intervento): Adrenalinemia 1.370.000. Glicemia 0,94 ‰. Colesterinemia 1,260 ‰. Azotemia 0,42 ‰. Ca. mgr. 8,5 ‰. K. mgr. 21 %.

Pressione omerale D. 130/85 1. 0. 5. Pressione femorale D. 160/90 1. 0. 10.

Nel marzo 1936 le condizioni dell'operata permanevano ottime. Non era più tornata acrosfittica. Il trofismo delle estremità era buono. Permaneva una modica iperpigmentazione, la sclerodermia era diminuita. Nessuna turba fisiologica apprezzabile dai due interventi subiti.

CASO II (N. 11.452 del 1935). — P. Maria, di anni 48. nubile.

È caso tipico di sindrome del Reynaud, nel periodo gangrenoso con autoamputazione parziale recente delle falangi ungueali del medio della mano sinistra e della destra.

Biochimica. — Adrenalinemia (Viale-Crocetta), 1.275.000. Glicemia 1,40 ‰. Colesterinemia 0.405 ‰. Azotemia 0,33 ‰. Ca. mgr. 11,5 %. K. mgr. 20,2 %. Riserva alcalina cc. 0,58‰.

Pressione omerale D. 150/85 1. 0. 0,5. Pressione femorale D. 190/100 I. 0.I.

22-XII-1935: *Resezione di due centimetri del grande e piccolo splancnico di sinistra; midollectomia della capsula surrenale sinistra.*

Decorso: intensa irrorazione sanguigna e calorificazione di tutti i territori cutanei, prima cianotici ed ipotermici, specie nelle estremità, già evidente il giorno dopo l'intervento, con progressione nei giorni susseguenti. Scomparsa delle crisi acroasfittiche e dolorifiche.

Biochimica al 35° giorno: Adrenalinemia 1/455.000. Glicemia 0,87 ‰. Azotemia 0,20 ‰. Colesterinemia 1,150 ‰. Ca. mgr. 9,3 %. K. mgr. 19,1 %. Riserva alcalina cc. 0,50 %.

Pressione omerale D. 125/80 1. 0. 5. Pressione femorale D. 160/98 1. 0. 9.

Ho perduto il controllo di questa ammalata dopo 85 giorni dall'intervento, essendo ella uscita dall'ospedale date le ottime condizioni generali e locali degli arti.

CASO III (N. 7823 del 1935). — B. Aurelio, di anni 38, metallurgico, forte fumatore.

È un caso tipico di endoarterite obliterante giovanile, con manifestazioni più gravi agli arti inferiori.

Nel settembre 1935 venne amputato al III medio della coscia destra, per gangrena del piede.

Attualmente presenta la classica sindrome accessuale dolorifica a tipo urente ed a crampo all'arto inferiore sinistro. La durata degli accessi, talvolta breve di pochi minuti, è spesso di ore con spiccata asfissia dell'avampiede. L'arto inferiore sinistro è sempre ipotermico. Non si avverte nessun impulso alla pedidia, alla tibiale posteriore, appena percettibile è quello della femorale all'inguine. Reazione di Wassermann: negativa sul liquor e sul sangue.

Biochimica: Adrenalinemia (Viale - Crocetta): 1/320000. Glicemia 1,42 ‰. Colesterinemia 1,725 per mille. Azotemia 0,38 ‰. Ca. mgr. 12,85 ‰. K mgr. 23,7 %.

Pressione omerale D. 125/75 I. 0,3. Pressione femorale S. 190/110 I. 0,5. Pressione tibiale S. 145/195 I. 0,0.

27-III-1936: *Midollectomia della surrenale sinistra.*

Decorso: Rapida scomparsa della sindrome dolorifica. Spiccatissima ipertermia cutanea che perdurò intensa per 20 giorni circa. Scomparsa delle crisi di acroasfissia. Miglioramento nelle condizioni della nutrizione generale e scomparsa di quel senso di costrizione vascolare e di erettismo nervoso così caratteristico negli stati endoarteritici.

16-IV-1936: Adrenalinemia 1/480000. Glicemia 0,75 ‰. Colesterinemia 0,050 ‰. Azotemia 0,28 ‰. Ca. mgr. 7,5 %. K. mgr. 19,4 %.

Pressione omerale D. 120/75 I. 0,5. Pressione femorale S. 158/95 I. 0,12. Pressione tibiale S. 135/90 I. 0,5.

L'operato, dato il notevole miglioramento raggiunto, è stato dimesso dall'ospedale il 2-V-1936 e presentato alla seduta del 28-V-1936 alla R. Accademia Medica di Genova.

CONCLUSIONI.

1) La midollectomia della capsula surrenale è intervento perfettamente fattibile nell'uomo.

2) Il danno fisiologico si può considerare nullo poichè nelle sindromi da iperfunzione midollare, per quanto sia poca la sostanza residua nella capsula svuotata e scarsi i paragangli o le sostanze cromaffini aberrate, rimane sempre un quantitativo sufficiente alle esigenze fisiologiche. La midollectomia quindi prescinde dal grave quesito della supplenza ormonica che sempre si delinea nella capsulectomia totale.

3) È intervento selettivo perchè risparmia la corticale, ossia i 9/10 ponderali della ghiandola, non impegnati nelle turbe da correggere.

4) Nemmeno la midollectomia è però intervento ideale e completo perchè non colpisce la causa prima della turba neuroendocrina, ma solo il mezzo principale attraverso il quale si manifesta e perchè non interrompe gli stimoli vasopressori che, attraverso i nervi splancnici, si possono ancora riflettere sul territorio vascolare dell'addome.

5) L'associazione della midollectomia alla resezione dei nervi splancnici sembrerebbe quindi l'integrazione logica dei due interventi divisi.

6) Questa nuova impostazione del problema curativo delle sindromi da iperfunzione midollare, dati i buoni risultati ottenuti nei tre casi da me operati, lascia adito a fondate speranze in esiti migliori dei precedenti interventi.

7) Alla esclusiva esperienza ulteriore è però deferita la risoluzione dei seguenti quesiti:

a) se e quando convenga abbinare la resezione dei nervi splancnici alla midollectomia;

b) se e in quali casi sia sufficiente la sola midollectomia;

c) se questa debba essere limitata ad un solo lato od estesa a tutti e due.

RIASSUNTO.

L'A. ha eseguito la midollectomia surrenale unilaterale in tre casi d'iposurrenalismo midollare; e cioè: per due sindromi di Raynaud, in cui l'intervento venne associato a resezione dei nn. splancnici, e per un caso di endocardite obliterante. Ha conseguito buoni risultati. All'esperienza ulteriore sono affidati i perfezionamenti e gli sviluppi del procedimento.

AUTORI CITATI.

ANTOGNETTI R. *Le ipertensioni arteriose.* Ed. Vallardi, Milano, 1930.

BEDARIDA N. Archivio Italiano di Chirurgia, 1928, n. 24, p. 425.

BOBBIO. Boll. e Mem. Società Piemontese di Chirurgia, 1931, n. 2, p. 181.

BUETTNER. Citato da STRICKER.

CAMELOT et LANGERON. Citati da CICERI.

CARAJANNOPOULOS, COSTANTINI, BLONDIN CADENAT, AUBERT, CAMELOT, TISSERAND, LENORMANT. Citati da LEIBOVICI.

CHEINISSE. Citato da BEDARIDA.

CHIASSERINI A. Archivio Italiano di Chirurgia, 1930, n. 27, p. 848.

CICERI C. Ibid., 1935, n. 14, p. 816.

CICERI e GABRIELLI. Ibid., 1934, n. 36.

CICERI e ARRIGONI. Ibid., 1933, n. 35, p. 221.

CIMINATA A. Atti del 34° Congresso Soc. Ital. Chirurgia, 1927.

ID. Klin. Woch., 1932, n. 4, p. 758.

ID. Archivio di Patologia e Clinica Medica, 1929, n. 8, p. 79.

CORACHAN et SIMARRO. Arch. fr. Belges de Chir., 1934.

CRAIG e BROWN. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1934, n. 2, p. 297.
CRILE G. W. Annals of Surgery, 1928, n. 88.
ID. Brux. Médical, 1929, n. 7.
ID. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1932, n. 54, p. 2.
DE COURCY J. Annals of Surgery, 1934, n. 2, p. 310.
DELBET. *Téchnique de la surrénalectomie.* Atti del Congresso Francese di Chirurgia, 1923.
DOGLIOTTI e BASTAI. Riforma Medica, 1933, n. 14, p. 534.
DONATI M. Archivio Italiano di Chirurgia, 1929, v. 24, p. 357.
ID. Die Med. Wocher., 1934, n. 2, p. 7.
ID. Atti Soc. Lombarda di Chirurgia, 1933, n. 1, p. 865.
ID. Boll. e Mem. Soc. Piemontese di Chirurgia, 1931, n. 1, p. 229.
ID. Schweizer Med. Wocher., 1935, n. 65, p. 61.
DONATI e GREPPI. Atti e Memorie Soc. Lombarda di Chirurgia, 1933, n. 14.
DURANTE L. Pathologica, 1913, n. 120, p. 18.
ID. Archives Italienne de Biologie, 1914.
ID. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1916, n. 4, p. 399.
ID. Wiener Med. Wochen., 1932, n. 34.
ID. Boll. Mem. Soc. Piem. Chir., 1932, v 2, p. 758.
FASIANI e GIROTTI. Citati da UGGERI.
FINZI. Citato da GRIECO.
FLOERKEN. Citato da STRIKER.
GALATA. La Riforma Medica, 1929, n. 43, p. 1445.
GAUFFRAUD F. Thèse de Bordeaux, 1933.
GIRGOLOFF. Zentralblatt f. Chir., 1922, n. 27, p. 380.
GRIEGO F. Archivio Italiano di Chirurgia, 1933, n. 33, p. 289.
GUERRIERI D'ANTONA. La Clinica, 1935, n. 1, p. 66.
HERZBERG B. Arch. f. Klin. Chir., 1928, n. 143, p. 125.
HERTZ J. La Presse Médicale, 1927. n. 21, p. 323.
HESSE. Citato da OPPEL.
KALK. Citato da STRIKER.
KENDALL e GYORGYI. Proceedings of the Mayo Clinic, 1930, n. 5, p. 153.
LANGHERON, VINCENT. La Presse Médicale, 1934, n. 5, p. 1.
LANGHERON. Journal Méd. de Nancy, 1935, n. 7, p. 28.
LEIBOVICI R. Journal de Chirurgie, 1934, n. 44, p. 525.
LEIBOVICI e STRIKES. Gazette des Hôpitaux, Civ. et Mil., 1934, n. 92, p. 386.
LERICHE, HERMANN. Presse Méd., 1935, n. 20, p. 449.
LERICHE R. *Livre Jub. du Prof. Hartmann.* Soc. Nat. de Chir., 1934.
LERICHE et STRIKER. Presse Méd., 1932, n. 64, p. 1237.
MAGGI e MAZZOCCHI. Archivio Italiano di Chirurgia, 1933, p. 369.
MAYO C. H. Citato da STRIKER e da ROWNTHREE.
MARAGLIANO D. Citato da MAGGI e MAZZOCCHI.
MEILLÈRE et OLIVIER. Journal de Chirurgie, 1934, n. 3, p. 432.
MEILLÈRE et BRÉHANT. Ibid., 1935, n. 5, p. 734.
MONIER et DESMAERT. Bull. et Mémoires de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris, 1934, n. 23, p. 1116.
NAZAROFF V. Vestnik Chir., Leningrado, 1932, n. 75, p. 5.
ODY et PIETROWSKY. Presse Méd., 1933, n. 86, p. 1673.
OPPEL V. Novyi Chirurg. Arch., 1923, n. 4, p. 36.
ID. Lyon Chirurgical, 1927, n. 1, p. 1.
PALMA R. Arch. Ital. di Chir., 1933, n. 41, p. 426.
PAOLUCCI R. Boll. e Mem. della Soc. Piemontese di Chirurgia, 1935, n. 5, p. 187.
ID. Citato da PESCATORI e BERNABEO.
PARISOT et RICHARD. Citati da MEILLÈRE.
PENDE N. Policlinico, Sezione Pratica, 1903, p. 1793.
ID. *Ricerche del Laboratorio di Anatomia di Roma,* 1904.
ID. Atti del 30° Congresso di Medicina Interna, Milano, 1924.
PESCATORI e BERNABEO. Pathologica, 1934, n. 511, p. 324.
PIERI G. Riforma Medica, 1932.
PORTER DE FORT. Citato da STRIKER.
ROWNTHREE L. Proceedings of the Mayo Clinic, 1931, p. 539.
ROWNTHREE and JUDD. Citato da MEILLÈRE. Journ. de Chirurgie, 1934, n. 3, p. 343.
ROLANDO S. Boll. e Mem. della Soc. Piemontese di Chirurgia, 1934, n. 4, p. 847.
SANTUCCI G. La Clinique, 1932, n. 1, p. 56.
SAUERMOND. Citato da STRIKER.
SEGALE M. Atti della R. Accademia di Genova, anno XV, 1904.
SERAFINI. Citato da BEDARIDA.
STRIKER P. Journal de Chirurgie, 1934, n. 44, p. 518.
STRIBLEY. Citato da STRIKER.
STRIPLEY. Citato da ROWNTHREE.
STROPENI L. Boll. e Mem. Soc. Piemontese di Chirurgia, 1934, n. 15, p. 1184.
ID. Annali It. di Chirurgia, 1926, n. 6, p. 325.
STULZ et STRIKER. Revue de Chirurgie, 1927, n. 4, p. 226.
SUERMONT O. Zentr. f. Chir., 1934.
TAKATS N. Mitteilung auf dem Deutsche Kongress f. Chir., 1933.
TEPPATI M. Archivio Italiano di Chirurgia, 1935, n. 40, p. 709.
TOURNADE et CHABROT. Paris Médical, 1926, n. 4, p. 523.
VIALE G. Bollettino Soc. Italiana di Biologia Sperimentale, 1930, t. V, p. 1163.
VIALE, CROCETTA. Ibid., 1933, n. 8, p. 444.
VINCENT et DESORGER. Citati da MEILLÈRE.
WALTMANN W. Proc. Med. Mayo Clinic, 1934, n. 9, p. 400.

NOTE E CONTRIBUTI

UFFICIO D'IGIENE DEL GOVERNATORATO DI ROMA.
Direttore: Prof. G. PECORI.

La splenomegalia malarica nei bambini curata con il metodo di Maurizio Ascoli.

(Nota preventiva).

Prof. FELICE JERACE.

È stato suggerito da Maurizio Ascoli nel 1932 e sperimentato dallo stesso con Diliberto, un metodo di cura della splenomegalia nei malarici cronici, con iniezioni endovenose di una soluzione di adrenalina a dosi minime (da 1/100 a 1/10 di mmg.), ottenendo notevoli risultati, con riduzione spesso completa del tumore di milza.

Nel 1935 Riolo presentò il resoconto di 18 casi di splenomegalia in malarici cronici che, sotto l'azione del medesimo trattamento per 20-30 giorni, ebbero ottimi risultati, con la scomparsa o diminuizione della splenomegalia; così pure Cicchitto (1935) in Somalia ebbe a curare 20 casi con un metodo riconducibile a quello di Ascoli, riportando risultati molto brillanti, per rapidità e per intensità di effetto.

In base a queste esperienze ho voluto intraprendere un esperimento di tale metodo in un gruppo di bambini malarici provenienti dall'Agro Romano e ricoverati nel Sanatorio Asilo « Ettore Marchiafava », gestito dall'Ufficio d'Igiene del Governatorato di Roma: essi erano infettati di malaria fin dalla prima infanzia, probabilmente reinfettati o avevano avuto recidive negli anni successivi e presentavano attualmente più o meno cospicua splenomegalia.

Di questi bambini ho raccolto i dati relativi alle modificazioni della milza e del sangue durante la cura: per la misurazione della milza ho usato un metodo « standard » (metodo di Gosio modificato), che verrà dettagliatamente descritto nella pubblicazione integrale dell'esperimento; per il sangue ho raccolto i dati relativi alla formula leucocitaria con speciale riguardo alla formula monocitaria (Torrioli-De Muro).

Riguardo all'attuazione pratica nell'uso corrente di questa terapia per via venosa nel campo pediatrico, si possono incontrare alcune difficoltà, superabili solo in ambiente adatto e da persone tecnicamente addestrate: si consiglia di trattare quindi i bambini più grandicelli (oltre 6 anni).

Ma in ogni modo, malgrado qualche limitazione, ho voluto sperimentare il metodo di cura, sia per avere un orientamento generale nell'applicazione pediatrica e sia riflettendo che dallo studio sui bambini sarebbero scaturiti elementi interessanti dal punto di vista dottrinale.

Fu iniziato il trattamento su tre bambini della età di 4, 6 e 9 anni; si è adoperata la « surrenasi deproteinizzata e stabilizzata », preparata dall'Istituto Naz. Farmacologico Serono, perchè ha il vantaggio del rigoroso dosamento e della stabilizzazione; è allestita in fiale da 1 cmc., corrispondenti alle dosi di 1/100 fino a 1/10 di mmg. di adrenalina. La dose iniziale fu di mezza fiala da 1/100 di mmg. in due casi e di una fiala da 1/100 in un altro.

Nei casi da me trattati, fin dalla primissima dose iniettata per via endovenosa si potè notare in due casi a distanza di 24 ore una riduzione del volume della milza, che fu di 2 e 3 cm. rispettivamente in confronto della misurazione iniziale: e nel terzo caso si ebbe una riduzione di 1 cm. dopo 48 ore con le dosi di 1/100 e 1/90 di adrenalina iniettate.

A questo proposito si può notare che nei bambini malarici le variazioni di volume della milza avvengono con rapidità notevole e l'efficacia dell'adrenalina endovenosa si è mostrata più evidente per la celerità stupefacente di azione, anche nei cospicui ingrandimenti della milza. È probabile che ciò avvenga perchè in essi prevale la splenomegalia congestizia e gli effetti della terapia adrenalinica sono più immediati che negli adulti: nei casi che ho trattato si è osservato un vero *salto iniziale* in discesa della curva che rappresenta la riduzione del tumore di milza.

Continuando la terapia con le dosi crescenti secondo lo schema di M. Ascoli, in due casi la riduzione della milza si è resa permanente nei confronti dei dati iniziali, ed anzi è continuata la diminuizione di volume fino ad ottenersi in un caso una riduzione di cm. 4 ed in un altro di cm. 6 ½ dopo un trattamento di 15 iniezioni, arrivando fino alla dose di 1/20 di mmg. di adrenalina per via venosa.

La tollerabilità della « surrenasi » fino alle dosi di 1/30 di mmg. fu perfetta sotto ogni riguardo, ed i bambini poterono continuare la loro attività normale.

In un caso di malaria terzana maligna si ebbe al terzo giorno di trattamento l'insorgenza di un accesso febbrile con parassiti in circolo: questo fatto si deve attribuire all'azione esercitata dalla adrenalina sulla milza: mezzo del resto già usato per altra via onde rivelare la malaria latente, con l'effetto di rimettere

in circolo i parassiti e quindi poterli aggredire con i rimedi antimalarici specifici.

Nel caso suddetto fu somministrata per tre giorni una dose limitata di chinino (g. 0,60 *pro die*) ottenendo la cessazione di ogni fenomeno acuto e la scomparsa dei parassiti: nei giorni coincidenti con l'episodio acuto febbrile si ebbe un nuovo ingrandimento della milza, però inferiore al valore iniziale di prima della cura con l'adrenalina e che si ridusse per altro rapidamente, al cadere della febbre ed alla scomparsa dei parassiti, fino ad un valore inferiore di cm. 4 ½ a quello già ottenuto con il trattamento adrenalinico e di cm. 6 ½ della misurazione fatta prima di iniziare la cura.

Ho osservato inoltre che nei bambini sembra che la riattivazione della malaria sia più frequente ed è sempre indicata da un nuovo aumento di volume della milza, segno questo più precoce della comparsa dei parassiti nel sangue, e costante nell'accompagnare poi la loro presenza.

L'osservazione del caso sopra detto fa pensare ad una applicazione di questo metodo di cura anche nella malaria acuta, dopo il primo periodo di cura con i rimedi specifici schizonticidi (chinino e atebrin), per utilizzare l'azione snidante della adrenalina sui parassiti che sono negli organi emopoietici e, quindi, per renderli sensibili all'azione degli antimalarici, potendo così probabilmente ottenere una profilassi delle recidive malariche.

Abbiamo potuto pure osservare un benefico effetto della cura sulla crasi sanguigna e sulla normalizzazione della formula leucocitaria e in particolare monocitaria, indice quest'ultima del ripristino della funzione normale del sistema reticolo-istiocitario, che nella malaria è più o meno gravemente leso.

Da tali primi risultati dell'esperimento che sono in procinto di svolgere più ampiamente con altre e più estese osservazioni, anche per gli effetti lontani della terapia, il metodo di Maurizio Ascoli sembra portare un notevole contributo ai mezzi oggi a disposizione per la terapia della malaria ed in prevalenza delle sue sequele morbose, di cui la splenomegalia rappresenta la più dannosa per i notevoli disturbi e la minorazione fisica che arreca agli individui che ne sono colpiti.

Roma, 24 luglio 1936-XIV.

RIASSUNTO.

L'A. ha sperimentato il metodo di cura con iniezioni endovenose di adrenalina a dosi minime (1/100 a 1/10 di mmg.) nei bambini malarici con splenomegalia. Nei casi trattati la tolleranza della cura ed i risultati finali furono ottimi: si ottenne notevole riduzione del tumore di milza oltre a miglioramento della crasi sanguigna. L'A. segnala la grande utilità di questo metodo nella malaria cronica e sequele, e ne preconizza l'uso anche nella malaria acuta, insieme agli antimalarici specifici.

RELAZIONI

LABORATORIO DI BATTERIOLOGIA DELLA SOMALIA
MOGADISCIO

I casi di melitense e tifo-paratifo in Somalia nel 1935 e nei primi 4 mesi del 1936.

Dott. GIACOMO MARIANI
Direttore inc. Laboratorio Sanità Civile.

S. Tenente Med. BRUNO BESTA
Direttore Laboratorio d'Armata.

Non sarà inutile riassumere quanto abbiamo osservato in un anno di attività nel laboratorio batteriologico di Mogadiscio relativamente alla diffusione dei germi dei gruppi tifo-coli e brucelle. Non tutti i medici sono edotti in Italia sulla entità veramente modesta delle infezioni sostenute dai batteri dei detti gruppi in Somalia. Le nostre osservazioni si riferiscono a quasi tutta la colonia giacchè gli accertamenti diagnostici e gli esami a scopo profilattico delle maggiori istituzioni sanitarie militari e civili della Somalia vengono eseguiti presso questo laboratorio.

I casi di melitense sino ad ora diagnosticati sono due.

Il primo fu oggetto di una breve nota non perchè presentasse particolarità speciali, ma per la possibilità che ci diede di fare alcune considerazioni sull'origine dell'infezione stessa. La diagnosi di melitense venne posta per la positività dell'agglutinazione (1/360) e perchè si isolò con l'emocultura una brucella classificata melitense dato l'esito delle varie prove fatte (batteriostasi, idrogeno solforato, aerobiosi).

Non avendo avuto la possibilità di stabilire l'origine dell'infezione (il paziente venne portato all'Ospedale Militare di Mogadiscio in aeroplano dall'alto Uebi Scebeli), ci limitammo a prospettare come probative alcune ipotesi. Casi accertati nell'uomo e negli animali in Somalia, sino a quello da noi descritto, non se ne conoscono non solo nella letteratura, ma da notizie raccolte da medici che da molti anni esplicano la loro attività in questa nostra Colonia, pare che le rare volte nelle quali si pose tale sospetto clinico, gli esami di laboratorio l'abbiamo poi escluso. Per ciò che

si riferisce all'origine dell'infezione si potevano prospettare due evenienze: locale o da infezione latente (dallo sbarco in Colonia all'inizio dei primi sintomi intercorsero quattro mesi).

Per la ragione sopra esposta e per altre che è inutile ripetere fummo portati a propendere per un'infezione latente resasi clinicamente manifesta per cause di diminuita resistenza organica (clima, strapazzi fisici, alimentazione prevalentemente a base di cibi in scatole, ecc.).

Il secondo caso, confermato con l'agglutinazione positiva per i bb. melitense e Bang (1/400), non fu da noi seguito in modo particolare perchè relativo ad un militare ricoverato in un ospedaletto; ci è però noto che non ha avute caratteristiche cliniche degne di rilievo.

Due soli casi di infezioni da brucelle in un numero molto grande di connazionali venuti in Somalia per esigenze A. O., non sempre nelle migliori condizioni di vita, esposti a varie cause debilitanti, a contatto non infrequente con gli indigeni e gli animali domestici locali (cammello, bue, capra) rappresentano una cifra trascurabile e tolgono, almeno sino ad ora, importanza a detta malattia in Somalia.

Nella letteratura si trovano pochi cenni sulle infezioni da batteri del gruppo tifo-coli tanto che gli AA. che si occuparono della nosografia della Somalia o di parte di essa prima del 1935 (Accurso, Andreuzzi e Guidetti, Corrado, Croveri, Grixoni, Izar e Croveri, Mattei, Mariotti-Bianchi, Tedeschi, Veneroni ecc.) le ritennero del tutto eccezionali. Nel 1935 e nei primi quattro mesi del 1936 non assunsero una grande estensione e tenendo conto del numero di connazionali presenti in questa nostra colonia, non furono forse proporzionatamente in numero maggiore. Le agglutinazioni eseguite in tale periodo di tempo ammontano a 104 delle quali positive per il tifo 17, per il paratifo A e C, 0, per il paratifo B, 16. Delle 17 positive per il tifo, 9 ad un titolo variante fra 1/100 e 1/400, erano l'esponente della reazione alla vaccinazione antitifica subita in genere da pochi mesi, 3 si riferivano a militari sbarcati già in stato di malattia e quindi da escludersi senz'altro dal computo dei casi autoctoni. Le 5 rimanenti, relative ad individui residenti in Somalia in media da 10 mesi rappresentano il numero dei casi di tifo verificatisi in questa colonia nel periodo sopradetto.

Delle 16 agglutinazioni positive per il paratifo B, 2 si riferivano a pregresse vaccinazioni (titolo 1/100, 1/200) mentre le altre 14 erano l'espressione di infezioni da paratifo B che fu possibile isolare sia dalle urine che dal sangue in alcuni di questi ammalati.

Le caratteristiche cliniche di questi 22 casi di tifo-paratifo B, riassunte molto brevemente furono le seguenti:

Tifo: totale casi 8 dei quali 3 individui sbarcati in istato di malattia e 5 insorti dopo 4-12 mesi dall'arrivo in colonia.

Delle storie cliniche dei tre sbarcati già ammalati trascriviamo i dati più salienti.

A) e *B*) Non vaccinati contro il tifo-paratifo. Imbarcatisi a Messina verso la metà del settembre u. s., dopo pochi giorni di navigazione si manifestarono i primi segni della malattia (dolori reumatoidi, cefalea, febbre, diarrea). Allo sbarco a Mogadiscio, dopo 20 giorni di navigazione, vennero immediatamente ricoverati ad un ospedaletto per infettivi. Gli esami di accertamento subito eseguiti diedero: emoculture negative, agglutinazioni per tifo positive rispettivamente al titolo 1/200 e 1/400. Gli *E. O.* misero in evidenza tipici stati tifosi (ottundimento del sensorio, lingua impatinata ed arrossata ai margini, addome meteorico, milza palpabile, molle, indolente, alvo stitico, febbre subcontinua 38°,5-39°, bradicardia relativa) con fatti bronchiali grossolani. Non insorsero complicazioni. La durata della malattia fu rispettivamente di 22 e 26 giorni.

Vennero rimpatriati dopo una decina di giorni dall'avvenuta guarigione.

C) Iniziò la vaccinazione antitifica (idrovaccino) appena imbarcatosi (25-2-936). Dopo qualche giorno ebbe un rialzo termico (37°,4) e cefalea che scomparvero in 24 ore. Fra Massaua ed Aden si ripetè la febbre (37°,8) accompagnata da diarrea. Venne ricoverato l'11-3-36, giorno dello sbarco. *E. O.* Sensorio integro, lingua patinosa, umida, arrossata ai margini. Catarro bronchiale diffuso; temp. 38°,5; polso 84; milza debordante, molle; alvo regolare. Agglutinazioni positive per il tifo 1/400, paratifo A e B 1/50; nelle urine segni di risentimento renale; formula leucocitaria: neutrofili 57, eosinofili 3, basofili 1, linfociti 30, monociti 9. Per i primi 6 giorni i sintomi rimasero invariati, febbre subcontinua 38°-39°. Verso gli ultimi giorni di marzo si elevò la temperatura diventando remittente, comparvero fatto broncopolmonari e stomatite, la milza aumentò ulteriormente di volume ed anche il fegato si ingrossò. Il polso continuò a mantenersi valido e ritmico, accentuandosi però la bradicardia. Il 31-3, l'agglutinazione ripetuta fu positiva per il tifo alla diluizione 1/800, negativa per i paratifi. Globuli bianchi 7.600. Comparvero in seguito roseole, il cuore diede segni di stanchezza. Lingua arida, delirio o sopore, cianosi, addome avvallato. Verso il 5 aprile si accentuarono i fatti bronco-polmonari che fecero ulteriormente peggiorare lo stato generale. L'8 aprile il paziente decedette.

Questo caso si presta a qualche considerazione di ordine immunitario. I primi disturbi (febbre, cefalea) si manifestarono dopo 1-2 giorni dalla vaccinazione antitifica, scomparendo dopo 24 ore. Erano presumibilmente da mettersi in relazione alla vaccinazione stessa, alla reazione dell'organismo all'introduzione

dei germi morti che si ha quasi sempre usando idrovaccini. Dopo 6-8 giorni di navigazione i disturbi si ripresentarono con senso di malessere generale e diarrea. Essi scomparvero quasi completamente dopo un purgante per aumentare nei giorni successivi, persistendo sino allo sbarco.

All'ospedale militare, dove il paziente venne subito ricoverato, si sospettò trattarsi di tifo. Il risultato della siero diagnosi di Widal positivo per il tifo 1/400 e per i paratifi A e B 1/50, non era tale da confermare senz'altro il sospetto clinico, trattandosi di un vaccinato di recente. Si manifestarono però ben presto tutti i sintomi caratteristici di detta malattia e l'agglutinazione ripetuta dopo 15 giorni non lasciò più alcun dubbio, giacchè fu positiva 1/800 per il tifo, negativa per i paratifi.

È da ritenersi che l'infezione sia avvenuta prima dell'imbarco dato che i primi disturbi vennero accusati dal paziente dopo 8 giorni di navigazione, salvo che non si voglia prospettare la possibilità che si potesse trattare di un portatore sano nel quale, per ragioni di diminuita resistenza organica (fase negativa della vaccinazione), ad un certo momento si manifestò la malattia.

Le storie cliniche dei 5 individui ammalatisi dopo 4-12 mesi dall'arrivo in colonia possono essere così riassunte:

D) Vaccinato da tre mesi; agglutinazioni, per tifo positiva 1/3200, per i paratifi A e B negative. Andamento clinico della malattia abbastanza benigno.

E), F), G) Non vaccinati. In tutti si ebbero fatti bronchiali grossolani senza nessuna complicazione. Esito favorevole in un periodo di tempo compreso fra 22 e 30 giorni.

H) Non vaccinato. Il padre morì di tifo ed il paziente sofferse di enterocolite per la quale venne ricoverato ripetute volte. L'infezione tifica iniziò con cefalea, malessere generale, febbre.

L'*E. O.* mise in evidenza un tipico stato tifoso. L'agglutinazione confermò il sospetto clinico (positivo per il tifo 1/1600). L'andamento fu quello di un tifo grave. Dopo 15 giorni di malattia si ebbe l'exitus per collasso cardiaco.

Clinicamente questi otto casi di tifo non ebbero particolarità degne di rilievo. Da notarsi la costanza di alcuni sintomi, quali la lingua impatinata arrossata ai margini, il tumore molle di milza, la bradicardia relativa. In quasi tutti insorsero fatti bronchiali grossolani ed in alcuni focolai bronco polmonari. Alvo qualche volta stitico, qualche altra diarroico; la temperatura ebbe le caratteristiche proprie delle infezioni tifiche. Durata della malattia 20-30 giorni; nessuna vera complicazione, esito favorevole in 6. I casi sono troppo pochi per fare raffronti fra vaccinati e non vaccinati.

Paratifo B. totale casi 14.

G) Non vaccinato. Soffrì a cinque anni di tifo. Inizio della malattia il 27 novembre u. s. con febbre, cefalea, dolori reumatoidi. Venne ricoverato in un ospedaletto per infettivi. Oltre ai sintomi proprii delle infezioni paratifiche sino dai primi giorni di malattia si manifestò una cistite. Avendo l'agglutinazione dato esito positivo per il paratifo B (1/300) si cercò di stabilire l'origine della cistite. Già all'esame diretto microscopico del sedimento urinario (prelievo con catetere) si osservarono bacilli autoagglutinati, mobili, sottili. L'esame culturale permise l'isolamento di un tipico paratifo B agglutinato oltrechè dal siero del commercio anche da quello del paziente (1/600). Da notarsi che lo stesso siero diede positiva la reazione di Henry mentre esami dello striscio, ripetuti varie volte sin dall'inizio della malattia per la ricerca dei parassiti malarici furono negativi sino al 3-1-36 giorno nel quale si riuscì ad osservare tipici gameti della terzana maligna. Il trattamento antimalarico subito iniziato diede un sensibile miglioramento però di breve durata. Dal 10 al 14 gennaio si ebbero ripetute enterorragie, lo stato generale peggiorò, si manifestarono segni di scompenso cardiaco, delirio, ed infine coma. Il 25 gennaio si ebbe l'exitus.

Le considerazioni che sono proprie di questo caso sono due.

La comparsa di una cistite nei primi giorni di malattia, quando cioè le manifestazioni cliniche generali non avevano ancora permesso di porre la diagnosi di paratifo e l'insorgenza di un paratifo in un malarico. Quest'ultima infezione venne accertata solo dopo vari giorni di malattia.

La reazione di Henry, che ormai pratichiamo sistematicamente, diede bensì risultato positivo quando venne eseguita l'agglutinazione e cioè verso il 12° giorno dall'inizio dei disturbi prodromici, ma non se ne tenne gran conto giacchè è noto come essa è qualche volta positiva nel tifo. È da presumere che il passaggio in circolo dei gameti dell'estivo autunnale sia avvenuto solo tardivamente data la negatività degli strisci fatti precedentemente a quello positivo.

Gli altri 13 casi insorti in parte in vaccinati, furono accertati tutti con l'agglutinazione, ed in alcuni anche isolando i ceppi infettanti sia dal sangue che dalle urine.

L'andamento clinico della maggior parte dei casi, fu di media gravità. Non comparvero sintomi atipici; durata della malattia 15-20 giorni; temperatura subcontinua o remittente 38°-39°,5; bradicardia relativa in 7, milza palpabile, indolente in 10. Per tutti esito favorevole senza complicazioni fatta eccezione per una flebite guarita in un mese circa.

Per i 22 casi nel loro insieme si possono fare alcune considerazioni generali. L'accertamento diagnostico con l'agglutinazione presenta nei vaccinati delle difficoltà non solo per stabilire la specie batterica infettante, ma anche per

quella generica di gruppo. Le agglutinine che compaiono in circolo per effetto della vaccinazione con i vaccini misti tifo-paratifo, sono in quantità maggiore per il tifo che per i paratifi, per la proporzione dei germi contenuti nel vaccino stesso o perchè l'organismo reagisce più intensamente all'introduzione dei bacilli del tifo che a quelli dei paratifi (vedi il recente studio di Nanni e De Alessi).

Per questa ragione quando nei vaccinati sospetti di infezione da una specie del gruppo tifo-coli si mettono in evidenza agglutinine per il paratifo B in quantità superiori che per il tifo, è da presumere trattarsi di malattia e non di un semplice fenomeno legato alla vaccinazione.

Quando il risultato delle agglutinazioni era positivo per tutto il gruppo ma il titolo per il tifo era superiore a quello per i paratifi, più che tener conto dei soli risultati positivi con diluizioni elevate del siero che è dimostrato possono sussistere anche nei vaccinati, preferimmo ripetere le agglutinazioni varie volte e dare come probative per infezioni in atto quelle che dimostravano un'elevazione nel titolo agglutinante rispetto alla ricerca eseguita 5-10 giorni prima.

Così facendo non abbiamo avute contraddizioni con la clinica. Merita di essere segnalato il numero relativamente grande di infezioni da paratifo B. La mortalità rispetto alla morbilità fu alquanto elevata (tifo 2 su 8; paratifo B 1 su 14) ma date le cause di diminuita resistenza organica proprie dell'ambiente coloniale, ciò non meraviglia.

Clinicamente il sospetto di infezione da bacilli del gruppo tifo-coli fu posta in un numero relativamente grande di casi. Delle 104 sierodiagnosi richieste, solo 33 diedero risultato positivo. Di queste 22 vennero considerate espressioni di infezioni e 11 reazioni alla vaccinazione. Non si può però omettere che se le agglutinazioni per detti 11 casi vennero richieste, evidentemente sussisteva un sospetto clinico. Ora anche se tale sospetto venne scartato per l'andamento eccessivamente benigno della malattia, si deve, almeno dal lato teorico, pensare alla eventualità che la vaccinazione possa aver stabilito un parziale stato immunitario che rese molto benigne le manifestazioni morbose. Per chiarire il fenomeno sarebbero stati molto utili degli esami batteriologici tendenti a ricercare nelle feci i bacilli del tifo e paratifo. Purtroppo non fu possibile che farlo eccezionalmente per la lontananza dei malati o per la mancanza di tempo e quindi non possiamo nulla concludere in proposito.

Marmo recentemente espose quanto alcuni studiosi, e sopratutto Castellani, ritengono su delle febbri intestinali poco note, non molto rare nelle nostre colonie dell'Africa Orientale, che l'A. chiama paratifoido-simili sostenute da batteri meta-dissenterici. Da sei mesi cimentiamo i sieri per i quali è richiesta la sierodiagnosi di Widal anche con i tre ceppi metadissenterici, inviatici gentilmente dalla clinica delle malattie tropicali e subtropicali di Roma, senza ottenere alcun risultato positivo. I tre metadissenterici usati (A mobilis ed immobilis, Columbensis) non sono da Marmo considerati particolarmente patogeni e quindi non possiamo asserire che non vi siano in Somalia febbri da meta-dissenterici per il solo fatto di non aver trovati sieri agglutinanti i 3 ceppi della collezione, ma dal numero totale delle sierodiagnosi richieste si può dedurre che eventualmente non possono essere molte.

Riteniamo che sia opportuno far cenno anche ad alcuni casi, compresi tanto fra quelli ad agglutinazione negativa che fra i vaccinati, aventi un'infezione malarica, probabilmente terzana maligna simulante clinicamente un tifo. Di grande utilità ci fu la reazione di Henry che ci permise di segnalare ai medici la possibilità di trattarsi di malaria.

Tutti i casi descritti devono essere considerati come sporadici perchè non insorti contemporaneamente nè provenienti dalle stesse località. Riteniamo però che, indipendentemente dai tre casi sbarcati già in stato di malattia, per un certo numero di essi (4-5) verificatisi a Mogadiscio, non si possa escludere la possibilità di un'origine legata all'acquisto di alimenti dalle navi in rada. È a tutti noto; il cattivo stato delle acque adibite ad uso potabile in alcuni piroscafi (vedi al proposito il recente lavoro di Brancato) e l'impossibilità di eliminare in modo assoluto il piccolo commercio con essi.

Nulla di preciso possiamo però dire in proposito ma la nostra convinzione è che in alcuni casi possa essere stata questa la origine dell'infezione.

Gli AA. che descrissero o per ragioni di ufficio si interessarono ai rari casi di tifo verificatisi prima del 1935 in Somalia, prospettarono e ci viene riferito, una volta dimostrarono che l'origine era legata agli acquisti di acqua e alimenti dai piroscafi.

In Somalia vivono, da un anno circa, molte decine di migliaia di bianchi che per speciali esigenze del momento si trovano qualche volta in condizioni disagiate di vita ed esposte a molte cause favorenti l'insorgenza di turbe gastro-enteriche e debilitanti lo stato generale. Nonostante queste cause favorenti l'insorgenza

di infezioni in generale e quindi anche di quelle da batteri del gruppo tifo-coli i casi sono limitatissimi e certo non si può, almeno sino ad ora, parlare di epidemia nè di stato endemico.

Le ragioni per le quali le infezioni del gruppo tifo-coli hanno una diffusione così limitata, non sono ben conosciute. Gli AA. precedentemente citati ammisero teoricamente che i bacilli di detto gruppo non possono vivere che stentatamente nel mondo esterno rendendo difficile il diffondersi della malattia. Da uno studio sperimentale che uno di noi in collaborazione con Massa fece per stabilire la resistenza dei bacilli del tifo-paratifo al sole, all'ombra e nell'acqua del sottosuolo di Mogadiscio, si possono dedurre i seguenti fatti. Nessuna causa particolare impedisce la vita dei bacilli del tifo nelle acque del sottosuolo di Mogadiscio, caratterizzate da elevata durezza (80° Fr.), da un contenuto in cloro del 1,5 ‰ da ricca flora microbica (2000 colonie per cc. in agar) con 3-7000 coli per litro, ma per varie ragioni (temperatura, composizione chimica, concorrenza vitale con la flora microbica normale) vi resistono per un breve periodo di tempo (16-24 ore). Le altre cause normalmente invocate quali veicoli di propagazione di tali infezioni (latte, verdure, ecc.) inquinate attraverso le feci ed urine dei malati o portatori, debbono essere considerate di scarso valore in Somalia per la poca resistenza dei bacilli di questo gruppo nel mondo esterno. Infatti la resistenza stabilita dalle esperienze precedentemente ricordate è di 20-30 ore all'ombra, di 0,30-1 ora al sole.

Le norme profilattiche (vaccinazione) ed igieniche (potabilizzazione dell'acqua ecc.) hanno anche in Somalia la grande importanza ormai generalmente riconosciuta e quindi l'aver esposti i dati che si riferiscono alle infezioni da batteri del gruppo tifo-coli in Somalia, facendo notare la scarsa diffusione di tale malattia e l'avere prospettate alcune cause che riteniamo si oppongono naturalmente alla sua diffusione epidemica, non ha certo lo scopo di disconoscere il valore delle norme stesse già stabilito da molte osservazioni sperimentali e statistiche, ma semplicemente quello di rendere noto che sotto certi aspetti, un buon alleato contro la diffusione del tifo lo abbiamo anche nelle condizioni naturali d'ambiente che ad un esame superficiale potrebbero sembrare le più adatte.

RIASSUNTO

Gli AA. hanno reso noti i pochi casi di tifoparatifo e melitense verificatisi in Somalia nel 1935 e nei primi mesi (quattro) del 1936. Il numero esiguo degli ammalati e l'insorgenza sporadica dei casi dimostrano non esservi state epidemie anzi è da ritenere, anche per esperienze eseguite, che esistano cause naturali che si oppongono alla diffusione del tifo-paratifo e forse anche di altre malattie con analogo modo di propagarsi.

BIBLIOGRAFIA.

MARIANI G., BESTA B. *Il primo caso accertato di infezione melitense in Somalia.* Il Policlinico, n. 13, 1936.

MARMO A. *Su alcune febbri intestinali poco note nelle nostre Colonie dell'Africa Orientale.* Giornale di medicina militare, VI, 527, 1935.

MARIANI G., MASSA F. *Contributo sperimentale allo studio delle cause naturali che si oppongono alla diffusione, nella Somalia Italiana delle infezioni tifo-paratifiche.* In corso di pubblicazione sul Giornale di Medicina Militare, 1936.

BRANCATO F. *Contributo alla sorveglianza delle acque potabili di bordo.* Annali di Medicina Navale e Coloniale, fasc. VI, 771, 1935.

ACCURSO, ANDREUZZI e GUIDETTI, CORRADO, CROSERI, GRIXONI, IZAR e CROVERI, MATTEI, MARIOTTI-BIANCHI, TEDESCHI, VENERONI, citati nelle note sopra menzionate.

SUNTI E RASSEGNE

TISIOLOGIA.

La tubercolosi latente degli adolescenti.

(R. WINGFIELD e A. M. MACPHERSON. *Brit. med. Journ.*, 11 apr. 1936).

L'indagine anamnestica accurata eseguita dagli AA. in numerosi casi di tbc. degli adulti, diagnosticati di recente, ha messo in evidenza il fatto, del resto non nuovo, che nella storia di tali malati figurano molto frequentemente delle affezioni sofferte durante l'adolescenza e di natura apparentemente disparata, ma che potrebbero essere interpretate quali dovute all'infezione tubercolare: così, ad es., polmonite atipica, bronchite, pleurite, anemia, depressione nervosa da cause ignote ecc.

Gli AA. sono stati quindi indotti a supporre che la malattia fosse frequentemente già in atto durante l'adolescenza; rimasta stazionaria per molti anni, veniva ad esplodere nei primi periodi dell'età adulta. Si presentava dunque interessante lo studio statistico clinico di grandi masse di adolescenti per rintracciare già in questi i primi segni della malattia che solo a distanza di anni diventerà potente, portando, se non all'esito fatale, ad una prolungata o definitiva minorazione dell'individuo.

Per ragioni di ordine pratico la ricerca è stata limitata al solo esame radiografico, eseguito su circa 2400 adolescenti (14-18 anni) apparentemente sani; gli individui esaminati

erano reclutati tra studenti, operai, contadini dei due sessi.

In assenza dell'esame clinico, quali reperti positivi sono stati qualificati solo quelli, dove il parenchima polmonare presentava delle ombre abnormi, riferentisi ad alterazioni anatomo-patologiche indubbie, della stessa apparenza di lesioni tubercolari del tipo adulto (trascurando quindi i segni del focolaio primario, il complesso di Ranke ecc.); è stata calcolata a parte la percentuale dei casi di lesioni tubercolari probabili, ma non sicure.

La proporzione di radiogrammi positivi è stata di 0,65 %; quella dei radiogrammi dubbii 0,43 %. La frequenza quindi di lesioni tubercolari di un gruppo numeroso di adolescenti oscillerebbe fra 0,65 e 1,08 %.

Tale proporzione coincide in modo singolare con i dati statistici sulla incidenza della tubercolosi clinica fra i giovani adulti delle stesse classi della popolazione; difatti le cifre relative delle recenti statistiche di Cox, Drolet ed altri sono state di 0,4, 0,5, 0,75 %.

Gli AA. ritengono che i dati riportati confermano l'ipotesi di un inizio precoce (nella adolescenza) della malattia, la quale, invece di volgere alla guarigione, viene in seguito alle condizioni di vita più o meno disagevoli, al lavoro fisico e mentale ecc. a manifestarsi, in modo più o meno grave, durante l'età adulta. Le deduzioni pratiche di tale concetto sono facilmente intuibili.

La diagnosi precoce eseguita mercè l'osservazione di larghe masse di adolescenti e giovani permetterebbe effettuare la vera prevenzione dello stadio clinico della malattia. Essa dal punto di vista sociale sarebbe più importante che non il vasto sforzo curativo.

Qualunque obiezione dovesse essere fatta al metodo incompleto di osservazione adottato dagli AA., le loro conclusioni sono più che accettabili; i dati riportati non fanno che confermare l'importanza della lotta preventiva e della diagnosi precoce della tbc. il valore delle quali è stato da tempo apprezzato in Italia con la logica conseguenza nell'attuazione della gigantesca battaglia contro la tbc. che da anni viene da noi effettuata. S. M.

L'adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare dell'adulto allergico.

(R. Waitz. *Annales de médecine*, marzo 1936).

Nell'ultima ventina d'anni, è stato notevolmente ridotto il dominio, già tanto ampio, dell'adenopatia tracheo-bronchiale, grazie alla revisione dei caratteri clinici e radiologici.

Si è inoltre rilevata la differenza fondamentale che separa la tubercolosi polmonare del bambino e quella dell'adulto: partecipazione ganglionare notevole nel primo ed invece assenza (almeno macroscopica) nel secondo. La reazione ganglionare che appare unicamente nel corso della primo-infezione mancherebbe sul terreno allergico delle tubercolosi di superinfezione.

Attualmente, si ritiene che negli adulti, la adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare è rarissima; inoltre, secondo la maggior parte degli autori, il rilievo radiologico sicuro di tale adenopatia impone l'idea di grossi gangli caseificati e deve essere interpetrata come il segno di una primo-infezione tubercolare.

Non si deve però essere intransigenti su questo punto e ritenere invece che i gangli tracheo-bronchiali possono partecipare al processo di superinfezione nell'adulto allergico, come dimostrano, con prove cliniche ed anatomiche, le osservazioni dei 5 casi dell'A., fra cui vi era anche un vecchio di 76 anni.

In essi si osservavano i caratteri seguenti. Adenopatie tracheo-bronchiali ilàri, latero-tracheali o mediastiniche posteriori; tubercolosi concomitante evolutiva, assenza di ogni altro fattore che potesse spiegare l'ipertrofia ganglionare. L'antichità della tubercolizzazione era dimostrata dai caratteri delle lesioni polmonari e dagli antecedenti evolutivi: attacchi emottoici bacilliferi 10 anni prima (con decesso di una figlia per meningite), in un altro caso 10 anni prima; pleurite sierofibrinosa ed episodio evolutivo 8 e 3 anni prima; padre tubercoloso contagiante da 20 anni; pleurite siero-fibrinosa 12 anni prima; espettorazione bacillifera 15 e 3 anni prima, con assenza di adenopatia durante un soggiorno anteriore in sanatorio.

In 2 malati, i reperti anatomici confermarono i dati clinici. Malgrado una tubercolosi polmonare del tipo dell'adulto, vi erano grosse adenopatie mediastiniche di natura tubercolare evolutiva e lesioni istologiche che attestavano la tubercolizzazione già antica.

Questi fatti sono in certo disaccordo con le vedute vigenti che oppongono le reazioni ganglionari della primo-infezione nel bambino alla inerzia ganglionare della reinfezione nell'adulto, per cui la presenza di voluminose adenopatie tracheo-bronchiali impone la diagnosi di primo-infezione.

Sono però sorte delle voci, sia pure poco numerose, che sostengono la possibilità di ipertrofia dei gangli tracheo-bronchiali nell'adulto allergico. Bisogna però dire che la maggior parte delle osservazioni finora pubblicate non resiste ad una critica serrata; alcune però sono sicure e ad esse vanno aggiunte le osservazioni dell'A. che ha studiato bene i suoi casi dal punto di vista clinico, epidemiologico ed anatomico. Se ne deve concludere che l'ipertrofia ganglionare senza caseificazione massiva può derivare sia dalla primo-infezione che dal risveglio della tubercolosi polmonare.

L'interesse delle adenopatie tracheo-bronchiali nell'adulto allergico è duplice, semeiologico e dottrinale.

Dal punto di vista semeiologico, in presenza di un'ombra omogenea a contorni regolari, con sede in corrispondenza dell'ilo, nel mediastino posteriore o lungo la trachea, il medico non deve eliminare l'ipotesi di adenopatia, perchè si trova in presenza di una tubercolosi polmonare subacuta o cronica dell'adulto, del tipo di superinfezione.

Dal punto di vista dottrinale, le osservazioni dell'A. dimostrano che in certi casi, rari ma indiscutibili, e contrariamente alla dottrina considerata oggi come classica, i gangli mediastinici possono partecipare al processo di superinfezione in assenza di ogni altro processo di ipertrofia ganglionare diffusa. Non bisogna quindi chiudersi nell'intransigenza assoluta affermando che si è in presenza di una primoinfezione per il solo fatto della adenopatia coesistente o dominante il quadro clinico.

Ci sfugge la ragione per cui i gangli partecipano in tal modo al risveglio della tubercolosi nell'adulto allergico. La possibilità teorica esiste, in quanto che i gangli tracheo-bronchiali negli individui tubercolizzati non sono affatto degenerati, non hanno subìto trasformazione grassa e sono capaci di reagire nel decorso di infiammazioni polmonari banali. Si ammette generalmente che il diverso modo di reagire dei gangli e del sistema linfatico (del bambino e dell'adulto) dipende dal terreno allergico. Si deve però ammettere che l'inibizione ganglionare nel terreno allergico non è tanto assoluta come la si pensa. *fil.*

Il comportamento qualitativo delle piastrine nella tubercolosi miliare.

(ARNETH. *Klin. Wochenschr.*, 4 lugl. 1936).

Una serie di lavori precedenti dell'A. è stata dedicata allo studio qualitativo delle piastrine. L'A. vi introdusse una sistemazione sotto molti punti di vista analoga a quella dei neutrofili. I trombociti, a seconda della forma oblunga o rotondeggiante, vengono distinti in due gruppi e nella tabella di classificazione i primi vengono posti a sinistra, i secondi a destra; ogni gruppo si divide in ulteriori quattro sottogruppi: quello delle piastrine rotondeggianti in rapporto alla grandezza (segnando a sin. quelle più grandi, a destra quelle più piccole); nel gruppo delle piastrine oblunghe a seconda della divisione a meno degli ialomeri (granulomeri) mettendo verso sin. quelle con numero di ialomeri maggiori. Per quel che riguarda il significato dei singoli gruppi, va notato che le piastrine rotondeggianti rappresentano lo stadio più progredito e le forme più piccole e più numerose di esse costituiscono il sottogruppo più « vecchio ». Le forme oblunghe sarebbero più giovani e la divisione degli ialomeri corrisponde a maggiore maturazione di esse.

L'A. ha potuto già precedentemente osservare che in caso di spiccata trombopenia v'è aumento relativo delle piastrine rotondeggianti — vi sarebbe quindi in questi casi uno spostamento a destra nello schema trombocitico. L'A. parla di reazione negativa completa quando anche nell'interno del secondo gruppo v'è spostamento a destra (piastrine rotondeggianti e le più piccole).

Nelle presenti ricerche l'A. ha potuto notare dal punto di vista quantitativo una spiccata diminuzione del numero dei trombociti nella tbc. miliare che in genere andava ancora accentuandosi col progredire della malattia; merita rilievo il fatto che pur essendo la quantità delle piastrine al disotto del cosidetto numero critico (40.000 p. mmc.), nessuno dei casi osservati ha presentato la diatesi emorragica.

Per quel che riguarda il comportamento qualitativo, è stato osservato che nel primo tempo, contemporaneamente alla diminuzione numerica e spostamento della formula generale a destra aumentava nell'interno del gruppo delle piastrine rotondeggianti la proporzione delle piastrine di grandezza maggiore (spostamento interno a sin.); tale modificazione sarebbe dall'A. interpretata quale sforzo reattivo dell'organismo di compensare col volume la minor quantità di trombociti. È stata anche notata la comparsa di piastrine del gruppo sin. di aspetto filiforme o in genere di volume maggiore. Più tardi queste forme scomparivano per cedere il posto ad una reazione completamente negativa (prevalenza di piastrine rotondeggianti e piccole), quale segno del crollo delle difese e della reattività organica.

La nuova metodologia introdotta dall'A. si rivolge al terzo elemento morfologico del sangue di cui lo studio è indubbiamente ai suoi inizi. Spetterà a osservazioni ulteriori delucidare l'eventuale importanza del nuovo schema di Arneth. S. MINZ.

MISCELLANEA.

Meningotifo eruttivo, sporadico, benigno a carattere professionale.

(G. PENSO. *Archivio It. Sc. Med. Col. e di Parassitologia*, fasc. 2, febbraio 1936).

L'A. presenta in questa memoria lo studio completo di una manifestazione morbosa sulla quale ha già fatto delle comunicazioni preliminari alla Reale Accademia Medica di Roma; manifestazione morbosa che, dopo di lui, ha richiamato l'attenzione di molti studiosi stranieri (Bouchet H., Bouchet L., Charleux, Demole, Du Bois, Giorgi-Eragne, Mach, Roch, Urech, Wacker) di Francia e di Svizzera, dove la malattia è stata anche riscontrata e come noi abbiamo già riferito.

Questa affezione, che l'A. chiama « Meningotifo eruttivo, sporadico, benigno, a carat-

tere professionale », colpisce i lavoratori di piccoli stabilimenti comuni nelle Alpi francesi e svizzere, noti con nome di « *fruitières* » e nei quali si lavora il latte, per la fabbricazione del formaggio groviera, e vi si allevano, con i residui della fabbricazione del formaggio, i suini; la malattia colpisce, anzi, particolarmente, per non dire esclusivamente, coloro che attendono all'allevamento dei suini.

Dopo un periodo d'incubazione abbastanza lungo, di più settimane e in ogni caso compreso tra i 15 giorni e i 30, la malattia inizia di regola in maniera assolutamente brusca; solo qualche volta si hanno sintomi prodromici vaghi caratterizzati da spossatezza, cefalea e inappetenza.

Nel periodo di stato si distinguono tre fasi:

Una prima fase della durata di quattro giorni con fenomeni febbrili discreti (39°-39°,5 accompagnati da cefalea non intensa e da sintomatologia intestinale e tifosa terminante con un esantema maculo-papuloso-polimorfo localizzato qualche volta alle sole coscie e ai quadranti inferiori dell'addome e altre volte generalizzato a tutto il corpo e accompagnato da enantema e da congiuntivite, a cui fanno corona: cianosi delle labbra, delle gote e delle orecchie; epistassi, presenza di sangue nello espettorato, nelle feci e nelle urine; albuminuria;

Una seconda fase caratterizzata da remissione febbrile, della durata di 48 ore, con caduta spesso completa della temperatura, accompagnata da euforia;

Una terza fase, della durata di 6 o 7 giorni. con fenomeni febbrili spesso molto elevati accompagnati da una netta dissociazione sfigmotermica e con sindrome meningea caratterizzata da vomito, cefalea terribile e drammatica, rigidità della nuca, Kernig positivo, qualche rara volta fenomeno di Babinski provocabile, anisocoria, pressione del liquor sul principio aumentata, presenza in esso di oltre 1000 elementi figurati per mm³ e di albumina in quantità elevata, elementi ed albumina che tornano al normale in soli 3 o 4 giorni.

La malattia termina di solito per crisi, più raramente per lisi. La guarigione è la regola.

Dal punto di vista etiologico sono state fatte tutte le più disparate e possibili ricerche: sierodiagnosi per il tifo, le brucellosi. le dissenterie, il suipestifer, il proteus X_{19} (in un solo caso), la leptospira ictero-haemorrhagiae; culture del sangue, del liquor, delle urine prelevate in diversi periodi di malattia e fatte con i principali e più comuni metodi di laboratorio; esami parassitari del sangue; prove di inoculazione ad animali (cavie e conigli) con diverso materiale patologico e con diversa tecnica.

Tutte le ricerche, però, sono state costantemente e completamente negative.

La malattia non è contagiosa, è strettamente legata alle « *fruitières* » e particolarmente alle annesse porcilaie, è in dubbio rapporto coi suini e non ha nessuna relazione con il latte e la fabbricazione del formaggio.

Per contrarla occorre, però, un contatto continuo, ripetuto, abituale, immediato con i suini. Questa non contagiosità della malattia, questo bisogno di contatto immediato con la evidente fonte di contagio, fanno con buona ragione sospettare che l'agente morbigeno passi dal maiale all'uomo per mezzo di un ospite intermedio, il quale, per la fisionomia epidemiologica del morbo, deve essere un ospite che non vola, che non si allontana dal maiale o dalla porcilaia; un ectoparassita obbligato, insomma, come i pidocchi e le zecche.

Per quello che riguarda la classificazione del morbo, fatta la diagnosi differenziale con tutte le affezioni con cui la malattia in questione potrebbe avere dei punti di contatto, l'A. propende pel credere che il meningotifo eruttivo sia da ravvicinare al gruppo delle febbri esantematiche con le quali ha numerose manifestazioni in comune.

L'A. crede, infine, che il meningotifo eruttivo, sporadico, benigno abbia una diffusione molto maggiore di quella che sino ad oggi si conosce e si dice lieto che le sue prime osservazioni, affidate a note preliminari, siano state già pienamente confermate da numerosi AA. e abbiano dato occasione a nuove utili e proficue ricerche scientifiche, il che è per lui motivo di compiacimento. *a. b.*

Il problema dell'etiologia dell'ipogenitalismo nella donna.

(O. BOKELMANN. *Die Med. Welt*, 30 maggio 1936).

I risultati delle ricerche nel campo delle secrezioni interne per quanto riguarda la conoscenza delle funzioni sessuali della donna sono stati particolarmente fruttuosi negli ultimi 15 anni. Di notevole interesse scientifico sono le due nozioni dell'obbligata dipendenza della funzione sessuale dalla funzione dell'ipofisi e della formazione nell'ovaio di almeno due ormoni, dei quali uno, l'ormone follicolare, produce nell'utero la cosiddetta fase di proliferazione, e l'altro, l'ormone del corpo luteo, la fase di secrezione. I risultati ottenuti con gli ormoni isolati dal lobo anteriore dell'ipofisi e dall'ovaio hanno messo in evidenza: 1) che non esiste ancora per la donna, nonostante i risultati degli esperimenti negli animali, una dimostrazione strettamente scientifica in favore di un'attività bio-fisiologica di un increto del lobo anteriore dell'ipofisi rispetto alla sua funzione gonadotropa; 2) che un'attività biologica facoltativa dell'ormone ovarico è dimostrata per la donna, per lo meno sotto forma di terapia sostitutiva. Infatti con dosi sufficienti di ormone si può riuscire non solo a reintegrare una mucosa uterina da lungo tempo e completamente non funzionante, ma anche ad

ottenere risultati simili in assenza delle ovaie e nell'utero completamente atrofico della vecchia. Ma incerta è ancora la possibilità di un successo duraturo mediante il trattamento ormonico ovarico, che potrebbe ottenersi se questa terapia accanto all'azione sostitutiva avesse anche un'azione stimolante sulla ghiandola germinale o sull'ipofisi.

Solo il tempo potrà dire se nell'ipogenitalismo primario si possano ottenere successi duraturi con la moderna terapia ovarica ad alte dosi: fino ad ora sono eccezionali successi anche passeggeri. Nell'amenorrea secondaria di lunga durata si è riusciti ad ottenere restituzione funzionale, in parte riconoscibile anche anatomicamente, di natura non passeggera: ma non si può ancora sapere se sia possibile ottenere risultati veramente duraturi.

Ci sono ragioni per ammettere che gli insuccessi terapeutici nell'ipogenitalismo primario e la discrepanza tra buoni risultati e spiccati insuccessi nell'ipogenitalismo secondario si possano spiegare ammettendo che almeno in una serie di pazienti non si tratti di un disturbo autoctono della funzione ovarica, ma piuttosto di un disturbo dell'ipofisi.

Anche altre considerazioni portano a ritenere che nell'ipogenitalismo della donna si debba trattare relativamente spesso di un'alterazione primaria della funzione dell'ipofisi. Se si volesse cercare di differenziare l'ipogenitalismo primario da quello secondario di natura ipofisaria, ci si deve basare quasi esclusivamente sul quadro clinico. Il quadro che ci dovremmo attendere nei casi di ipogenitalismo uniglandolare e primario dovrebbe essere costituito da un accumulo di grasso specie in corrispondenza del bacino, dell'addome, delle natiche e della mammella, da un aumento di statura, specie a carico degli arti inferiori, da una sella turcica relativamente grande. Ma un tale quadro si osserva molto raramente nella donna; un po' più frequente è il tipo della cosiddetta crescita in lunghezza ipoplastica. In opposizione all'incertezza della diagnosi dell'ipogenitalismo primario autoctono, l'ipogenitalismo secondario di origine, ipofisaria nei casi manifesti può essere facilmente riconosciuto. Il tipo ipofisario è caratterizzato dalle seguenti stigmate: scarsa lunghezza corporea, con prevalenza del tronco, lipomatosi facoltativa, infantilismo generale facoltativo, manifestazioni obbligate di un più o meno accentuato ipogenitalismo, alterazioni facoltative della sella turcica, inibizione della crescita delle ossa. Quest'ultimo tipo si riscontra molto più frequentemente di quello prima accennato nelle donne che si rivolgono al medico per disturbi delle funzioni sessuali.

Nelle pazienti che presentano un ipogenitalismo anatomico o funzionale si osservano in una percentuale non bassa di casi due diversi reperti a carico della sella turcica: l'abnorme piccolezza della sella turcica e la presenza di ponti ossei tra apofisi clinoidi anteriori e posteriori. Un'abnorme piccolezza della sella turcica rappresenta apparentemente un reperto raro, forse perchè l'ipoplasia primaria dell'ipofisi non provoca manifestazioni molto evidenti. Non ben precisato è ancora il significato dei ponti ossei: certo è che sono frequenti nell'ipogenitalismo.

Concludendo si può dire che oggi si tende ancora ad ammettere con troppa facilità l'ipogenitalismo anatomico primario. La grande importanza dell'ipofisi per lo sviluppo dell'apparato genitale fa ritenere come poco probabile che nella patogenesi dei disturbi di sviluppo e di funzione dell'apparato genitale l'ipofisi abbia una così scarsa importanza quale fino ad oggi si è ammessa. Sarebbe quindi necessario procedere ad un controllo delle nostre concezioni sui vari tipi costituzionali dell'ipogenitalismo.

N. Nunberg.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Luigi Ferrannini. *Lezioni di Clinica medica*, Edizioni « Minerva medica », 1936. Vol. di 740 pag. L. 70.

Il pubblico medico d'Italia accoglierà con particolare compiacenza queste lezioni, raccolte ora in volume, in nitida edizione, del clinico medico di Bari. Esse vanno ad accrescere quella produzione clinica che da qualche anno va comparendo nel nostro Paese e che è espressione del nostro pensiero medico così squisitamente clinico e latino.

Le lezioni del professore Luigi Ferrannini hanno un'impronta eminentemente personale: dote particolare; una straordinaria chiarezza e lucidità: Ferrannini va diretto alla diagnosi, tendendo sempre a dare, come Egli stesso si esprime, un contenuto positivo ai risultati dell'osservazione; la quale, pur tenendo massimo conto di tutti i sussidi delle indagini di laboratorio e che sempre più si rendono indispensabili, è pur sempre fondamentalmente clinica, e fa del malato punto di partenza e punto di arrivo. Tale obbiettivo è costantemente presente nelle lezioni dell'A.; donde la larga parte data all'indagine semeiologica riferita costantemente all'esatto e intimo significato dei sintomi in diretta connessione col caso, e quale momento non di sovrabbondante erudizione, ma di doverosa e concreta praticità; donde ancora il costante richiamo alle nozioni della patologia con l'intendimento di arrivare alla vera comprensione dei fatti, tenendo conto delle più moderne correnti di pensiero con sereno eclettismo, non senza per questo conservare una visione quanto più possibile unitaria e tante volte personale dei fatti. Non solo l'Autore compie sempre un'analisi minuta per arrivare Egli stesso a comprendere, il che costituisce l'elemento base di ogni suo

giudizio, ma persegue costantemente lo scopo di far comprendere allo studente, che deve affrontare il ragionamento clinico, l'intima essenza dei problemi, i loro fondamenti concreti, il loro equivalente morfologico, il loro modo di svolgersi, biologicamente inteso, e di manifestarsi. Ne derivano così gli ampi riferimenti di biologia, di fisiopatologia e di anatomia patologica, contenuti giustamente nei limiti che devono essere imposti al Clinico, ma sempre grandemente opportuni ed espressi con singolare chiarezza e profonda conoscenza. La vasta coltura dell'A. ha trovato così modo di apparire nella sua giusta luce, qua e là anche con richiami a questioni di priorità, che, pur espresse in forma oltremodo modesta, costituiscono un doveroso riconoscimento, troppo spesso specie da Autori stranieri non tenuto in esatto conto, dell'opera degli studiosi del nostro Paese. Ne viene anche la grande utilità pratica di lezioni di questo tipo, non solo per quanto ora è stato detto circa la ricchezza delle nozioni in esse contenute, ma anche per gli argomenti prescelti ed il modo di presentarli; sicchè spesso viene tratta materia di elevata discussione clinica e di grande interesse pratico. Oltre che da casi singolari o per la loro rarità o per la loro complessità e difficoltà interpretativa di fronte ai quali appare nel suo pieno valore l'acutezza e la profondità del ragionamento, anche da casi apparentemente semplici, sempre analizzati con modernità di vedute, non possiamo lasciar passare sotto silenzio almeno alcune tra le principali lezioni: così quella sulle febbri criptogenetiche, sulla emoglobinuria parossistica, sulla tubercolosi nei vecchi, sul primo caso di leishmaniosi viscerale in adulto in Puglia, ecc.

La lettura di queste lezioni non potrà che portare godimento e grande utilità.

C. FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

A. LUSTIG. *Infezioni ed infestazioni endemiche ed esotiche.* Un vol. in-8° di 581 pag., rilegato. Soc. ed. libraria, Milano, 1936. Prezzo L. 60.

Con l'autorità che gli conferisce anche una lunga pratica nelle più svariate malattie infettive in Europa, in Oriente, in Africa, in America, il prof. Lustig offre qui allo studioso ed al pratico una guida per la diagnosi e terapia delle malattie infettive.

Precede un ampio capitolo in cui sono esposte le condizioni per l'intervento delle infezioni ed infestazioni, i metodi di diagnosi specialmente di laboratorio e la terapia generale.

Troviamo, nella parte pratica, le singole malattie: esantematiche, da schizomiceti, da protozoi, da virus, e di eziologia incerta. Seguono le infestazioni da metazoi, artropodi (aracnidi, insetti) e vermi. Da ultimo un capitolo sulle norme pratiche per la disinfezione e la disinfestazione.

Ogni malattia è trattata mettendo in rilievo quanto vi è di più importante, con particolare riguardo alla clinica, alla terapia ed alla profilassi. Il libro è anche utile per le molte notizie su tante malattie esotiche a cui, per i sempre crescenti rapporti con paesi lontani, possiamo essere sempre più esposti. *fil.*

K. HANSEN e H. v. STAA. *Die endemische Sprue und ihre Folgegrankheiten.* Un vol. in-8° di 113 pag., con 48 fig., cartonato. G. Thieme, Leipzig, 1936. Prezzo RM. 7,80.

Lo sprue è una malattia cronica dei paesi tropicali, che si manifesta con abbondanti defecazioni grasse ed altri fenomeni gastro-intestinali e termina in una forma cachettica. Già il Thaysen di Kopenhagen aveva mostrato che essa può manifestarsi anche nei paesi alpini, dove viene scambiata con diarree pancreatogene, pancreatiti croniche, insufficienza plurighiandolare, tetania, osteomalacia, anemia perniciosa, ecc.

Gli AA. ne hanno osservato vari casi e ne descrivono largamente 5, anche col sussidio di belle fotografie dimostrative. Ne trattano poi la sintomatologia, l'anatomia e fisiologia patologica, la diagnosi differenziale e la terapia, ravvicinando lo sprue alla celiachia di Gee-Herster.

Purtroppo non si hanno indicazioni sulla località di provenienza dei malati e nemmeno sull'ospedale in cui sono state fatte le osservazioni; dalla dedica ad un medico della Svizzera, si potrebbe dedurre che le osservazioni sono state fatte in questo paese.

La monografia è importante perchè esauriente e per il fatto che dimostra l'esistenza di questa grave malattia a causa ignota anche in paesi d'Europa, dove anzi non sarebbe molto rara, tanto che gli AA. hanno avuto occasione di osservarne 4 casi in un semestre. *fil.*

P. MOLLARET. *Le traitement de la fièvre jaune.* Vol. in-8° di pagg. 125. J. B. Bailliere & F. Paris, 1936.

La cura della febbre gialla costituisce un problema di attualità, poichè l'estensione del dominio endemico della malattia si fa sempre più grande, e poichè lo sviluppo delle comunicazioni aeree rende sempre più numerose le possibilità di disseminazione.

L'A., noto batteriologo e medico degli ospedali di Parigi, descrive anzitutto la terapia sintomatica, che comporta delle prescrizioni generali, quali il salasso (pericoloso per il medico), le rivulsioni cutanee, le medicazioni digestive, e delle prescrizioni speciali per i singoli organi colpiti. Queste saranno dirette a se-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

conda dei casi a combattere l'acidosi renale, i disturbi del metabolismo del cloro, l'insufficienza epatica ecc. Infine completerà il trattamento la sieroterapia specifica effettuata per mezzo del siero di convalescente o meglio del siero di cavallo di Pettit).

La profilassi vaccinica viene infine studiata dall'A. nelle sue basi immunologiche ed esposta nelle sue differenti modalità d'applicazione: vaccinazione con virus di scimmia, vaccinazione con virus di topolino bianco, ed infine vaccinazione con virus di culture di tessuti.

Dedicato soprattutto ai medici igienisti, marittimi e coloniali, il libro può essere letto con interesse da chiunque si interessi ai problemi di attualità. E. CARLINFANTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Le "Giornate Mediche di Montecatini,,

Per iniziativa del prof. Frugoni, clinico medico di Roma e Consulente delle Terme, si sono dato convegno a Montecatini oltre 400 medici convenuti da ogni parte d'Italia fra cui si notavano le personalità più spiccate delle Cliniche universitarie e degli Ospedali: il sen. prof. Sanarelli; S. E. Rondoni, accademico d'Italia; i proff. Alessandri, Donati, P. Alessandrini, Ferrannini, Valenti, Sisto, Baggio, Giordano, Gasbarrini, Pepere, Bastai, ed altri.

Aperta la seduta il prof. FRUGONI dà la parola al prefetto di Pistoia, S. E. dott. LE PERA, medico prefetto, il quale si dice lieto di rappresentare il Governo in questo Raduno, perchè come medico apprezza moltissimo le virtù curative delle acque di Montecatini e si augura che si proceda sempre più avanti nell'opera di valorizzazione di questo importante patrimonio della nostra terra italiana. Dichiara aperti i lavori in nome di S. M. Vittorio Emanuele III, Re d'Italia ed Imperatore d'Etiopia.

Il prof. VALENTI, presidente dell'Associazione idrologica italiana si augura che i lavori di queste giornate mediche, che sono dovute alla magnifica iniziativa del prof. Frugoni, siano per dare buoni frutti per lo sviluppo dell'idrologia e per la salute dell'umanità sofferente.

Il prof. FRUGONI, Direttore Sanitario delle Terme e Presidente del Congresso, ha pronunciato il seguente discorso che riproduciamo per intiero, sicuri di fare cosa grata ai nostri lettori:

« Montecatini Terme è lieta e orgogliosa di ricevervi e di mostrarvi la sua cornice di naturale bellezza, la sua disciplinata organizzazione tecnica, le sue terme ricostruite in edifici dalle linee forti ed armoniose per le quali la grandiosità degna delle Terme Romane è ingigantita dal delicato stile toscano.

« Come primo dovere ringrazio S. E. il Prefetto che ha voluto recarci la parola del Governo e il suo saluto di collega e dico la mia parola di grazie al prof. Valenti che come Presidente dell'Associazione Idrologica Italiana ci ha detto il suo compiacimento per le forti affermazioni e i rapidi progressi dell'Idrologia Italiana, e sopratutto ringrazio gli insigni relatori che hanno accolto la mia preghiera di riferire su temi di alto interesse scientifico e pratico e voi tutti colleghi che numerosi da ogni parte siete qui intervenuti.

« Nè vi è bisogno che io illustri le finalità del nostro convegno prima fra tutte di trattare a fondo talune questioni scientifiche e di largo interesse dottrinale e pratico e di inquadrarle in quelle che sono l'esperienza clinica e la ricerca scientifica di questa grande stazione termale nella quale lo studio dei problemi clinici e scientifico-idrologici è tradizione, per il che basterebbe ricordare le classiche ricerche di Luciani e di Sanarelli da un lato, i contributi clinici di Grocco e di Queirolo dall'altro. Indirizzo di indagini che ha proceduto con ritmo serrato e fertili risultati specie da quando fu istituito un laboratorio di ricerche scientifiche posto sotto l'alta guida di S. E. il prof. Rondoni e nel quale Rondoni, Messini e Pisani e numerosi collaboratori ed allievi portarono larghi e interessanti contributi che ci hanno fatto finalmente comprendere ed interpretare, l'azione delle

acque fin qui misteriosa o per lo meno non sufficientemente spiegata. Così Rondoni ha potuto stabilire che le acque clorosodiche orientano il ricambio in senso leggermente alcalosico e tendono a correggere abnormi impostazioni metaboliche a carattere acido, favorendo l'eliminazione di scorie metaboliche acide, il che rende ragione del come e del perchè l'esperienza secolare tragga a queste Terme non solo così larghe categorie di veri ammalati, ma anche molti di coloro che per instabilità di ricambio sono ai punti limiti tra stato di salute e di malattia e così realizzano quello che con oscuro intuito clinico l'empirismo giustamente chiamava lavaggio dell'organismo, tanto più utile se si considera che la senescenza stessa è legata a fenomeni di progressive acidosie e diminuita dispersità dei colloidi dell'organismo.

« L'azione coloretica è stata da noi studiata sia con ricerche fermentologiche le più delicate, che con indagini chimico fisiche riguardanti nei più fini dettagli le variazioni del succo duodenale e del sangue. È stato così osservato sotto l'azione delle acque un aumento del PH del succo duodenale, sfavorevole alla vita microbica; una aumentata eliminazione biliare di bilirubina e si è inoltre riscontrata aumentata eliminazione biliare di colesterina con diminuita colesterinoemia e aumento dei sali biliari e diminuzione della tensione superficiale e della viscosità del succo duodenale.

« Tutto ciò ha diretto inquadramento e importanza col tema della 1ª relazione se si tiene conto dei più recenti concetti in tema di patogenesi della calcolosi epatica. Non vi è dubbio che quella soluzione colloidale di colesterina che costituisce la bile può tendere alla precipitazione per l'azione di varie influenze, tra le quali l'infezione o la stasi sarebbe particolarmente importante; ma secondo altre concezioni invece tale tendenza alla precipitazione sarebbe preminentemente dovuta a un disturbo primitivo della cellula epatica consistente in una diminuzione della produzione dei sali biliari che sono gli agenti principali di solubilizzazione della colesterina nella bile. Interpretata quindi la formazione dei calcoli come fondamentalmente dovuta più che a una affezione primitiva delle vie biliari ad un disturbo della secrezione del fegato, il quale produrrebbe una colesterina in condizioni che non permetterebbero la stabilità colloidale del lipoide, la stasi e la infezione potrebbero essere considerate come fattori coadiuvanti e la particolare struttura a stati concentrici dei calcoli potrebbe essere interpretata coll'alternarsi nella vita del malato, di uno stato litogeno, legato ai caratteri chimico fisici della bile e di uno stato litiasico caratterizzato dagli accidenti meccanici e delle lesioni flogistiche concomitanti.

« Così che, pur ammettendo che i calcoli complessi misti (duri, poliedrici giallo-bruni) sono quelli nei quali l'infezione e la colecistostasi hanno più frequentemente valore patogenetico, non si deve tuttavia considerare l'infezione stessa come sempre necessaria e si possono considerare i calcoli colesterinici puri come nettamente « metabolici » analogamente a quanto avviene per la calcolosi renale coi diversi calcoli cosidetti acidi o alcalini.

« L'efficace azione curativa sulle malattie del fegato non sarebbe cioè che un episodio della benefica influenza esercitata sulle abnormi impostazioni metaboliche, caratterizzate dalla tendenza alla precipitazione in alcuni sistemi colloidali dell'organismo e dall'istaurarsi di queste condizioni chimico-fisiche che sembra siano a base di molti dei cosidetti « stati diatesici » o di quelle che oggi con felici denominazioni si indicano come « diatesi precipitanti ».

« Nè minore interesse ha un secondo gruppo di ricerche che si ingranano invece coi problemi inerenti al secondo tema di relazione.

« Così è stata dimostrata azione diretta delle acque clorurosodiche sulle fibre muscolari e sulle terminazioni nervose dell'intestino d'onde loro stimolo e meccanismo d'azione fisiologici il che spiega perchè l'azione catartica si svolge senza la minima molestia. E d'altra parte oggi si interpretano le diverse azioni delle acque più o meno concentrate con fenomeni osmotici i quali entrano in gioco non solo secondo il fattore equilibrio fisico e concentrazione molecolare ma anche secondo la natura chimica degli elettroliti.

« Infatti la presenza di elettroliti poco diffusibili o difficilmente assorbibili può ritardare l'assorbimento di ioni molto diffusibili, d'onde la possibilità che quelle soluzioni complesse di elettroliti che sono le acque minerali possono nel caso in parola arrivare ad esercitare un'azione efficace locale anche nelle parti distali dell'intestino. Ed è molto che le acque minerali possono esercitare azione antionchica sulle cellule patologicamente rigonfie per flogosi, azione che sarebbe massima quando i cationi siano in determinati reciproci rapporti.

« Il meccanismo d'azione delle acque minerali cioè a poco a poco di fronte alla sistematica indagine scientifica si risvela e si palesa, benchè non si possa disconoscere che infinite oscurità ancora avvolgono il problema dell'azione delle acque minerali in genere, acque che non si possono chimicamente riprodurre con corrispondente qualità e che hanno tale potere intrinseco che se non è ancora vera vita è certo particolare dinamismo, d'onde il concetto di acque vive e di acque morte. Poichè è certo che i reciproci legami fra i principali componenti delle acque; il loro stato di ionizzazione, in una parola il grado di attività ionica di acque minerali (intesa questa espressione secondo i moderni concetti chimico-fisici) attività ionica che è legata alla corrispondente attività biologica, non sempre ci sono nella loro complessità e nei loro reciproci rapporti svelati dall'analisi chimica; nè questa ci può da sola spiegare e dimostrare l'efficacia terapeutica di un'acqua minerale analogamente come l'analisi dei prodotti di incenerimento di un organo o di un essere organico non ce ne rileva la vita e la funzione.

« Ma poichè a me e a voi tarda ormai di sentire l'alta parola dei nostri illustri oratori io chiudo con un'ultima considerazione e cioè che questo nostro convegno è stato anche voluto per inquadrarci sempre più strettamente nelle direttive del Governo che fortemente vuole valorizzato e potenziato tuttociò che è nostro e che è italiano. Come ancora vi è fra i medici chi prescrive: senza speciali ragioni, medicamenti stranieri, anche vi è chi senza ben conoscere le nostre stazioni di cura, manda i propri ammalati in stazioni straniere. Ma l'Italia anche in questo campo possiede tuttociò che vi è di meglio, di più vario, di più completo e di meglio organizzato che si possa desiderare. Il servilismo straniero è un male morale e materiale del quale si deve ad ogni costo guarire ed è dovere di ognuno, in ogni campo, in tutti i fronti, in ogni settore di attività e di competenza di pensare e di operare italianamente per la grandezza e la potenza del nostro Paese ».

Primo relatore delle giornate è il prof. ALESSANDRI, Direttore della Clinica Chirurgica di Roma, il quale tratta della « *terapia della calcolosi epatica* ».

Secondo l'O. i casi nei quali l'intervento si impone di necessità e talora di urgenza sono le colecistiti acute con o senza calcoli con pericolecistite suppurativa o flemmonosa e specialmente i casi di perforazione o di peritoniti biliari anche talora, come è noto, senza una vera perforazione; occorre inoltre l'intervento nella calcolosi del coledoco, specie se con ittero e febbre, nell'empiema e nell'idrope vescicolare.

Nelle calcolosi biliari certe con calcoli visibili radiologicamente un intervento senz'altro non pare indispensabile purchè non sopravvengano delle complicazioni. In questi casi la cura medica è giustificata.

Nelle calcolosi della cistifellea semplici, con attacchi ripetuti bisogna seguire le cure mediche ma non attendere molto ad operare per evitare lesioni del fegato, il passaggio dei calcoli nel coledoco e il sopraggiungere delle infezioni delle vie biliari.

Vi sono, aggiunge ancora l'O. delle colecistiti semplici colostasiche anche queste in genere prevalenti nella cistifellea o per disturbi di vuotamento o per impedimenti transitori.

È vero che anche queste forme sono strettamente collegate alle calcolosi sia nel senso che sostituiscono spesso uno stadio pre-calcoloso, poichè è appunto sulla base di infiammazioni della colecistite o di stasi biliare in essa, o talora di tutte e due, che vediamo avvenire la formazione di calcoli, sia nel caso che l'esistenza di calcoli asintomatica diviene clinicamente evidente appunto per il sopraggiungere dell'infezione.

Comunque questi casi esistono, anzi sono abbastanza frequenti e costituiscono una difficoltà diagnostica ed anche appunto per questo un campo di incertezza curativa.

In questi casi di grande utilità diagnostica e curativa è il sondaggio duodenale, che oggi comincia ad essere più largamente adoperato.

Quale intervento si deve preferire? Vi sono condizioni che possiamo precisare spesso avanti l'operazione, dice l'O., dalla storia, dall'esame clinico accurato, dal sondaggio, dall'esame radiologico, ma che talora si rendono evidenti solo all'intervento operatorio, in cui non può discutersi il genere di operazione che deve essere l'asportazione della cistifellea.

Se la vescichetta biliare è in buone condizioni, il cistico non chiuso, si può tentare di conservarla. La colecistostomia è indicata poi nei casi di vescichetta non calcolosa e senza gravi alterazioni della parete, specialmente nella colostasi, quando i mezzi medici non abbiano dato risultati.

L'O. richiama infine l'attenzione dell'uditorio su quei casi nei quali certi malati insistono ad oltranza nella cura medica anche quando questa è inefficace: ed invece una volta operati si illudono di dover abbandonare ogni sorta di terapia. In questi casi l'O. raccomanda la cura idropinica per evitare, se possibile, il « domani doloroso » della colelitiasi.

Il secondo relatore delle Giornate è il prof. BASTAI di Firenze, che, dopo aver ampiamente trattato della patogenesi delle malattie ed insistito sulla importanza della componente epatica, si diffonde a parlare della *terapia medica delle calcolosi*. Per la terapia generale dà importanza al regime igienico e dietetico, soprattutto nel senso di ridurre l'alimentazione ricca di grassi e di proteine. Prende in esame la cura delle calcolosi nello stato di quiescienza, il trattamento della colica e degli stati dolorosi, il caso di infezione delle vie biliari.

Il terzo relatore prof. PISANI, della R. Università di Firenze, si occupa della *cura idropinica della calcolosi epatica*, soffermandosi sulle indicazioni e controindicazioni di detta cura nelle varie forme di colelitiasi: sulla elencazione delle diverse acque curative della malattia; sulla esposizione dei risultati clinici e sperimentali; sulla interpretazione del meccanismo di azione della cura idropinica; infine sui criteri che il medico deve adottare nella scelta delle acque a seconda dei casi. Il relatore si sofferma su quest'ultima parte che ritiene d'importanza fondamentale per poter ottenere che le singole acque diano il massimo dei risultati nelle diverse forme di colelitiasi, da quelle appena sospettabili a quelle conclamate.

* * *

Nella seduta pomeridiana il primo a parlare è il prof. VALENTI di Milano il quale dopo aver approvato il concetto di Bastai sull'efficacia del Calcio nella cura della calcolosi epatica, si diffonde a parlare dell'importanza della cura idropinica che si deve ritenere come agente su tutto quanto l'organismo (totius substantiae) e non solamente sul fegato e sulle vie biliari.

Altro relatore è il prof. TADDEI di Firenze il quale si dichiara d'accordo con il prof. Alessandri sulle varie indicazioni da lui comunicate sulla calcolosi epatica, pur facendo riserve per quel che si riferisce alla patogenesi dei calcoli. Anch'egli ritiene necessario un trattamento preoperatorio specie in quei casi in cui la calcolosi è complicata, consistente in riposo a letto prolungato, applicazioni calde al ventre, salicilato di sodio per os, acque clorurato-sodiche leggere e quando è possibile sondaggio duodenale. In tal modo si migliora notevolmente la funzione epatica e i risultati sono migliori. L'O. richiama inoltre l'attenzione sulla necessità di esplorare tutto l'addome nel corso dell'operazione pur senza accettare in pieno le idee di Leotta sull'addome destro.

Anche il TADDEI conclude auspicando una collaborazione intima fra medici e chirurghi per ottenere i migliori risultati.

Il prof. DONATI di Milano richiama l'attenzione dei Congressisti sulla collaborazione tra medici e chirurghi intesa in senso intimo, cioè che ogni malato dovrebbe essere osservato contemporaneamente sia dal medico che dal chirurgo. Cita alcune cifre relative ai suoi interventi sulle vie biliari da cui risulta che su 301 malati operati in 3 anni e mezzo ha avuto in tutto 9 decessi, cioè il 3 % di mortalità, cifra non grave se si considera che si trattava di malati in fase avanzata della malattia.

Circa la patogenesi l'O. ritiene coi relatori che i calcoli si formano nella cistifellea e che il fegato ha un'importanza non di primo ordine.

A quelli che osservano come occorrerebbe conservare la cistifellea per non privare l'organismo di un organo di non scarsa importanza, l'O. risponde che la cistifellea in questi casi si può levare impunemente perchè essa è funzionalmente esclusa.

Insiste anch'egli sulla cura preventiva della colelitiasi intesa a modificare lo stato del fegato il quale ammala secondariamente quando si è insediata l'infezione sulle vie biliari. Difatti dopo l'ope-

razione il fegato migliora dal punto di vista funzionale.

Il prof. FICACCI di Roma, oltre che della patogenesi della colelitiasi, si intrattiene a parlare dei rapporti fra emicrania ed alcune sindromi dolorose addominali. In certi casi, afferma l'O. quando nel corso dell'emicrania i dolori addominali sono intensi, occorre essere molto prudenti nel formulare le diagnosi per evitare di cadere nell'errore di diagnosticare una destrite o sindrome addominale D. e rischiare un'operazione non indicata.

Altri oratori che hanno parlato sull'argomento: CONTI, di Milano; PIERI, di Udine; PUCCINELLI, di Roma; ANZILLOTTI, di Livorno; PEPERE, di Milano; BAGGIO, di Pisa; ROSSI, di Pisa.

Il prof. FRUGONI ringrazia relatori e correlatori per le limpide esposizioni fatte e che sono servite a mettere a punto il problema della cura della colelitiasi con chiarezza e con senso di equilibrio. Ritiene anch'egli indispensabile la collaborazione stretta tra medici e chirurghi per una giusta valutazione degli elementi clinici e per stabilire l'indicazione curativa senza lasciarsi trascinare verso entusiasmi ed esclusivismi ingiustificati.

L'O. ritiene che molte colecistiti calcolose debbono essere curate chirurgicamente, però si dovrà tener conto che si ha da fare con soggetti affetti da diatesi precipitanti e per i quali la sola cura chirurgica non sempre è sufficiente.

Occorrerà curare il colecistitico con mezzi medici per evitare, se è possibile, l'atto operativo: se questo si renderà indispensabile il medico dovrà preparare opportunamente il malato per aumentarne la resistenza; una volta operato il paziente dovrà nuovamente cadere sotto il dominio del medico per evitare il cosidetto « domani doloroso » del colecistitico che rappresenta un problema di non facile risoluzione.

A tutti gli oratori del pomeriggio rispondono, per quel che li riguarda, rispettivamene i proff. ALESSANDRI, BASTAI e PISANI.

IIª *Giornata.*

Presidenza: Prof. FRUGONI.

Sono presenti, come nel giorno precedente, numerosi clinici, medici ospedalieri, specialisti ecc. Fra gli altri si notano S. E. il prof. Rondoni di Milano, Accademico d'Italia, il sen. Sanarelli, il prof. Pepere, Ferranini, ecc. ecc.

Primo relatore è il prof. P. ALESSANDRINI, primario medico degli Ospedali di Roma e dirigente del Reparto di Gastroenterologia nell'Ospedale di S. Spirito in Roma. La sua relazione limpida, profonda ed esauriente si riferisce alla *Clinica dei catarri dello stomaco e dell'intestino.*

Altro relatore è il prof. MESSINI di Roma, aiuto della Clinica Medica diretta dal prof. Frugoni che svolge la relazione sulla *Terapia medica e dietetica dei catarri del tubo digerente.*

P. ALESSANDRINI. — *La clinica dei catarri cronici dell'apparecchio digerente.* — L'O. dopo aver rilevato le difficoltà che in qualche caso si presentano nella delimitazione tra stati flogistici e stati reattivi, passa a trattare delle cause predisponenti e determinanti dei catarri digestivi e, dopo una rapida descrizione delle alterazioni anatomiche quali risultano dai dati recenti delle biopsie, si diffonde sulla fisiopatologia dell'affezione in parola. Descrive le modificazioni secretorie, del tono e della peristalsi trattenendosi in modo particolare sulle modificazioni del potere battericida che si verificano nei catarri digestivi e che spiegano la loro tendenza alla cronicità, esponendo i risultati delle ricerche praticate nel suo Reparto. Tratta poi delle modificazioni dell'assorbimento sopratutto delle avitaminosi di origine digestiva e sull'aumento della permeabilità ai germi o alle sostanze tossiche nei catarri gastro-intestinali: espone infine i meccanismi molteplici con cui i catarri dell'apparecchio digerente esplicano la loro azione dannosa sui più svariati organi o sistemi.

Espone poi i criteri diagnostici elementari basandosi sopratutto sui risultati delle ricerche della sua scuola trattenendosi in modo particolare sul valore dei singoli metodi e sopratutto del sondaggio gastro-duodenale, dell'esame endoscopico, dell'esame radiologico e dell'esame coprologico.

Dal punto di vista clinico pur riconoscendo la difficoltà di osservare forme circoscritte a un dato segmento per la facilità della propagazione dei processi infiammatori a tutto l'apparecchio digerente, distingue a scopo didattico una esofagite, una gastrite, una digiuno-ileite, una ileo-tiflite e una colite.

Per l'esofagite, dopo di averne messa in rilievo la grande frequenza per lo più misconosciuta, ne espone le cause e i sintomi fondamentali: come forme cliniche ne distingue una forma disfagica, una pseudoulcerosa, una emorragica e una a crisi dolorose o a tipo di colica epatica o di angina pectoris. Dopo avere esposto i criteri diagnostici elementari, ne descrive le complicazioni più importanti diffondendosi in modo speciale sui rapporti tra esofagite cronica ed ectasie diffuse e diverticoli.

Passando poi alla gastrite, dopo averne esposto le cause e i sintomi fondamentali, passa alla descrizione delle forme cliniche di cui ne distingue una forma dispeptica, una psendoulcerativa, una forma emorragica, una forma pseudoneoplastica e infine una forma a manifestazioni intestinali prevalenti. Per la diagnosi espone i risultati delle ricerche eseguite nel suo Reparto e particolarmente il valore del sondaggio gastrico, della gastroscopia e dell'esame radiologico. Nelle complicazioni tratta in modo particolare i rapporti tra gastrite cronica e ulcera gastro-duodenale e tra gastrite e carcinoma. Accenna poi allo stato attuale del problema dei rapporti tra gastrite atrofica e sindromi neuro-anemiche.

Passando allo studio delle infiammazioni duodenali mette in luce l'importanza del bulbo duodenale per la regolazione dell'acidità gastrica e tratta delle modificazioni dell'acidità nella duodenite dipendenti dalla perdita del potere di regolazione, come risulta da ricerche eseguite nel suo Reparto. Enumerate poi le cause particolari della localizzazione del processo infiammatorio nel duodeno ne descrive i sintomi fondamentali e come forme cliniche distingue una forma latente o con sintomi vaghi dispeptici, una forma pseudoulcerativa, una forma emorragica e una forma a crisi dolorose a tipo di colica epatica o pancreatica dipendente da spasmi del coledoco, delle vie pancreatiche o del piloro. Dopo avere esposto i criteri diagnostici elementari dati sopratutto dal sondaggio duodenale o dell'indagine radiologica passa a trattare delle complicazioni, mettendo sopratutto in evidenza i rapporti tra duodenite cronica e affezioni epatobiliari e pancreatiche.

Passa poi a trattare della digiuno-ileite cronica e dopo avere enumerato le cause e i sintomi fondamentali passa alla trattazione delle forme cliniche, di cui distingue una forma dispeptica, una asmatiforme, una forma nervosa, una pseudotubercolare, una forma pseudoneoplastica e una for-

ma anemica. Dal punto di vista diagnostico parla del valore dell'esame delle feci e dei dati radiologici fondamentali per la diagnosi. Come complicazioni accenna all'ileo infiammatorio, alle epatiti croniche, alla colibacillosi, ma si diffonde in modo particolare sulle avitaminosi secondarie e sopratutto sulla sprue, sul rachitismo secondario, sulla pellagra e sulle nevriti e diatesi emorragiche.

Nella ileo-tiflite, dopo aver esposto le cause e la sintomatologia, si ferma sulle forme cliniche di cui distingue una pseudo-appendicite recidivante e una forma a tipo di appendicite cronica primitiva e si diffonde in modo particolare sui rapporti che legano ileo-tiflite e appendicite e sui criteri di diagnosi differenziale. Distingue poi una forma pseudotubercolare e pseudoneoplastica e ne fissa i criteri diagnostici fondamentali colla tubercolosi ileo-cecale e coi tumori della regione.

Nella colite tratta in modo particolare il problema della specificità batteriologica, da un punto di vista critico ed espone i risultati delle ricerche praticate nel suo Reparto da cui risulta una autoregolazione batterica per opera della parete intestinale e l'importanza della perdita di tale potere nella genesi della colite cronica. Dopo aver esposto i sintomi della colite cronica ne tratta le forme cliniche tra cui descrive la forma mucosa, la forma grave emorragica e purulenta, la forma febbrile pseudotubercolare e la forma neoplastica e rileva la scomparsa della forma muco-membranosa. Dal punto di vista diagnostico mette in evidenza il valore dell'esame coprologico, dell'esame radiologico a piccolo riempimento e dell'esame sigmoscopico. Come complicazioni descrive le diverticolosi e le poliposi secondarie, le pericoliti plastiche, le complicazioni epatiche e i vari tipi di anemie.

Parla infine delle sindromi complesse che sono quelle che più frequentemente s'incontrano in clinica. Esse sono dovute a propagazioni infiammatorie da vicinanza; spesso però sono determinate da manifestazioni a distanza di carattere funzionale.

Tra le prime distingue la *triade addominale superiore* caratterizzata dall'associazione di gastroduodenite ulcerosa, angiocolecistite e pancreatite e la *triade addominale inferiore* caratterizzata da sintomi tossici, manifestazioni pseudoappendicolari e colite cronica. L'associazione dei sintomi del primo e del secondo gruppo costituisce l'*addome destro*, di cui fa una disamina critica, mettendone in evidenza i rapporti colla gastro-enterite cronica.

Passa poi a trattare delle manifestazioni funzionali a distanza nei catarri digestivi che spesso dominano sul quadro morboso. Ne studia il meccanismo e prospetta l'importanza che può avere l'indagine radiologica nella loro interpretazione. Conclude accennando alle leggi fondamentali che legano le varie parti dell'apparecchio digerente sia per quel che si riferisce al tono, alla peristalsi e alla secrezione e ai rapporti che legano tubo digerente e glandole annesse e alle risposte abnormi che si verificano nelle infiammazioni del tubo digerente.

Prof. MESSINI. — *Terapia medica e idrologica delle forme catarrali dell'apparato digerente.* — Nella cura delle affezioni catarrali dell'apparato digerente una concezione unitaria riguardo alle funzioni ed alla patologia di detto apparato, non sarà dimenticata; non privo d'importanza è il principio elementare che nel tubo digerente la morbilità delle sezioni a valle è spesso in relazione allo stato funzionale delle sottostanti sezioni, onde verso queste andrà spesso rivolta l'azione terapeutica. Riguardo alle affezioni della bocca e del faringe accenna all'importanza terapeutica della dottrina focale. Parla della cura della stomatite catarrale, della lingua saburrale, del foetor ex ore. Riguardo alla terapia degli stati spastici esofagei ricorda l'importanza degli eccitanti del simpatico ed in particolare dell'efedrina. Nella terapia delle gastriti si occupa del regime di riposo assoluto dello stomaco e dell'alimentazione rettale e duodenale. Ricorda che anche in una semplice affezione catarrale gastrica od intestinale, la quale presenti una sintomatologia caratterizzata da vomito o da diarrea ripetuti, può insorgere quella così detta pseudouremia cloropenica curabile mediante iniezioni endovenose di cloruro di sodio in soluzione ipertonica.

Si tende oggi a dare maggiore importanza alle lesioni organiche dello stomaco, onde molte delle lesioni considerate prima come funzionali appaiono spesso connesse con alterazioni organiche, quali la stenosi pilorica, l'ulcera gastrica, l'ulcera duodenale e sopratutto la gastrite. Si diffonde sulla terapia dietetica delle malattie gastriche e fa una disamina dei principali agenti terapeutici usati nella terapia delle affezioni catarrali gastriche. Le questioni degli alcalini, degli adsorbenti, della somministrazione associata di fermenti gastrici e pancreatici, sono ampiamente discusse. Accenna all'azione terapeutica dell'insulina, del cloruro di carbaminoilcolina, del tartrato di ergotamina. Rileva che nell'atonia gastrica, sia la belladonna come paralizzante del vago sia l'adrenalina come eccitante del simpatico, sono nettamente controindicate. Discute la concezione di Lion sulle gastriti apeptiche e iperpeptiche di Hayem sul parallelismo fra alterazioni istologiche e disturbi della secrezione, di Hurst sulla gastroipostenia costituzionale e sull'importanza della prevenzione e della cura delle gastriti nei riguardi di due fra le affezioni più frequenti, l'ulcera gastrica ed il cancro.

Parla dell'allergia alimentare affrontando la questione della permeabilità della mucosa digerente verso sostanze provviste di potere antigene. Ricorda che secondo Frugoni nelle coliti comuni la eziologia allergica se è spesso presumibile, nella maggior parte dei casi non è dimostrabile. Riguardo alla terapia delle coliti parla dell'uso dell'iposolfito di sodio, dell'autoemoterapia, della proteinoterapia aspecifica, delle trasfusioni di sangue di una particolare sostanza albuminoidea ottenuta dalle pareti intestinali la quale avrebbe la proprietà specifica di impedire l'azione scatenante di antigeni alimentari della vaccinazione, del siero anticolibacillare del batteriofago, della batterioterapia lattica utile specialmente negli stati putrefattivi intestinali purchè i fermenti lattici, sotto forma di alimento o di medicamento, siano somministrati insieme a carboidrati, pabulum necessario all'attività dei batteri dell'acido lattico. Indipendentemente dalla terapia rivolta a combattere il dimostrato o supposto agente eziologico di una affezione catarrale intestinale cronica, è importante tener conto anche dei fattori costituzionali che possono favorire la comparsa di dette affezioni. Così l'O. a proposito delle condizioni endocrine ricorda che sono sopratutto gli ormoni della milza, delle linfo-glandole e del timo che favoriscono gli spasmi viscerali; accenna al carattere bilaterale dei disturbi neurovegetativi e alla reciproca influenza fra sistema nervoso centrale e funzioni

vegetative. A proposito di alcune manifestazioni delle affezioni catarrali intestinali l'O. ricorda l'uzara, la polvere di mele, e i preparati di ferro di recente proposti nella cura delle coliti. Accenna alla terapia chirurgica delle gastriti e delle coliti.

Passando alla terapia idrologica delle affezioni catarrali dell'apparato digerente, l'O. fa anzitutto alcune premesse di indole generale considerando che le acque minerali rappresentano un complesso chimico-fisico non riproducibile sinteticamente nei suoi dettagli; un complesso che ha una sua attività chimica, una sua attività fisica, una sua attività terapeutica: il risultato terapeutico è esso stesso un fatto che ha lo stesso valore di qualsiasi altro fatto biologico scientificamente accertato. L'empirismo riguardo alle acque minerali non è altro secondo l'O. che il risultato di una selezione che l'uomo attraverso i tempi ha fatto fra le sorgenti situate in un dato territorio, questa selezione ha tutti i caratteri d'una selezione sperimentale. Ricorda le principali acque usate nelle forme catarrali dell'apparato digerente e parla delle acque solfuree, delle ipertermali radioattive oligometalliche delle carboniche o acidule semplici, delle acque ferrugginose carboniche, delle acque bicarbonato-cloruro-sodiche e magnesiache, delle bicarbonate alcaline e alcalino-ferrose, delle bicarbonate solfato-alcaline ferrose, delle solfate e solfato-sodiche magnesiache, delle bicarbonate cloruro-sodiche solfate e in modo particolare delle acque cloruro-sodiche o cloruro-solfato-sodiche, riguardo alle quali si diffonde in richiami storici originali, nell'esposizione dei risultati delle ricerche scientifiche eseguite specie negli ultimi anni nel laboratorio di ricerche scientifiche e Ospedale Termale di Montecatini da S. E. Rondoni, dall'O. stesso in particolar modo e da vari altri collaboratori e infine nella discussione delle indicazioni e controindicazioni delle acque cloruro-sodiche. Alle cure idrologiche in una stazione termale perfettamente organizzata devono essere associate cure dietetiche attuabili in appositi istituti e una serie di cure complementari, per le quali una stazione termale può essere considerata come una vera stazione di cura, specializzata nella terapia di un determinato gruppo di malattie.

Una parte importante ha avuto il prof. SANARELLI nello svolgimento del tema della seconda giornata. Il sen. SANARELLI, con quella competenza che gli deriva dall'aver studiato sempre con particolare cura le affezioni del tubo intestinale e la sua ben nota eloquenza nonchè col peso della sua alta autorità, ha dimostrato la maniera di agire delle acque di Montecatini sul canale gastro-intestinale, corroborando le sue affermazioni con dati clinici e sperimentali di indiscutibile valore.

Sull'argomento hanno parlato i seguenti oratori:

CONTI di Milano, il quale si è intrattenuto su vari punti delle relazioni riferendo i dati delle sue esperienze cliniche intesi a lumeggiare sempre più i vari argomenti in discussione.

ALLODI di Torino, ha portato il suo contributo allo studio delle sprue o steatorrea cronica idiopatica di cui ha osservato vari casi.

DE MURO si è occupato delle forme di catarri gastro-intestinali legati al parassitismo intestinale.

LA PENNA ha svolto argomento di ordine radiologico insistendo sulla necessità di eseguire esami completi del tubo gastrointestinale.

SEBASTIANELLI di Roma ha parlato del risultato delle sue ricerche sul potere battericida del succo gastrico, ricevendo, per queste sue ricerche che non possono essere riassunte in poche righe, il consenso del prof. Sanarelli.

BONADIES di Roma ha riferito su circa 400 gastroscopie eseguite nell'Ospedale di S. Spirito in Roma e sui reperti endoscopici nelle varie forme di gastrite cronica.

Ha fornito inoltre numerosi particolari di tecnica tendenti a dimostrare la necessità di volgarizzare il metodo gastroscopico che in molti casi fornisce risultati superiori anche alla stessa radiologia.

MANN di Trieste riferisce anche egli sulla tecnica endoscopica.

PAZZI di Roma tratta della importanza della radiologia nello studio dei catarri gastrointestinali, seguito da altri oratori fra cui MINGAZZINI, MURRA, PANZINI ed altri.

Alla fine dell'importante Raduno il prof. FRUGONI ha ringraziato tutti i convenuti augurando che altre riunioni del genere si possano fare negli anni successivi per una sempre maggiore conoscenza del patrimonio idrologico della Patria Italiana.

Il Raduno si è sciolto col saluto al Duce acclamato da tutti i presenti. A. BONADIES.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 18 giugno 1936.

Presidente: Prof. P. BASTAI.

La mielografia della diagnosi di meningite cronica spinale.

Prof. Dott. M. LA PENNA. — Dopo aver premesso brevi considerazioni sulla tecnica della mielografia, dichiarandosi favorevole all'uso di olii jodati ad alto contenuto jodico (40-45 %) ed avere espresso delle riserve circa l'innocuità e l'utilità diagnostica della mielografia ascendente isolatamente praticata, l'O. descrive tre casi della propria statistica in cui il quadro mielografico consisteva nell'arresto pressochè totale dell'olio opaco, disposto però, anzichè a massa unica, a gocciole, a striscie, a stalattiti. Discute le possibilità di diagnosi differenziale, di diagnosi di natura della meningite adesiva, e descrive, per confronto, un altro caso in cui clinicamente la diagnosi differenziale fra tumore e meningite cronica era rimasto dubbio ed in cui la mielografia aveva nettamente orientato verso la forma tumorale.

L'O. conclude sottolineando l'utilità della mielografia non solo, per localizzare la sede di una compressione, ma anche per definirne in qualche caso la natura. Per i disturbi che, sia pur non gravi, può in qualche caso provocare a distanza di tempo, il metodo deve essere riservato ai casi in cui vi sia il fondato sospetto di una compressione midollare.

Sui rapporti fra un particolare fenomeno della pupilla e il segno di Argyll-Robertson.

Prof. Dott. E. LIESCH. — Dopo ampia deviazione dello sguardo nel piano trasverso dell'orbita, mantenuta per breve tempo (1' circa), quando lo sguardo è riportato in posizione primaria, insorge hippus pupillare (fenomeno postumo) in entrambi gli occhi (A. M. Di Giorgio).

L'O. ha ricercato questo fenomeno in individui in cui le reazioni pupillari erano incomplete (Argyll-Robertson tipico) oppure assenti. Ha constatato che esso manca in tutti i casi in cui è assente il riflesso pupillare alla luce. Da un punto di vista clinico l'hippus (fenomeno postumo) sembra avere quindi un significato analogo a quello del segno di Argyll-Robertson.

Contributo allo studio dell'opoterapia dell'ipertensione e dell'iperazotemia in corso di nefrite cronica.

Dott. E. PEKELIS. — Sei casi di sclerosi renali trattati con estratti totali del lobo anteriore dell'ipofisi hanno beneficiato di una conseguente diminuzione della pressione arteriosa (massima e minima) e dell'azotemia. Tali risultati si sono protratti per circa venti giorni dopo terminata la cura (12 iniezioni i. m. a giorni alterni). L'O. discute questi risultati, le premesse teoriche ed è incline a riferirli agli ormoni tireotropi del lobo anteriore dell'ipofisi.

I Segretari: Proff. L. PICCHI - A. GIANNONI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 3 luglio 1936.

Presidente: Prof. A. PENSA.

Prof. GUIDO SALA. — *A proposito di alcune lettere inedite di Antonio Scarpa.*

Il comportamento della portata cardiaca e della gettata pulsatoria durante la piressia provocata.

G. PELLEGRINI. — È stato studiato il comportamento della portata cardiaca durante attacchi febbrili, provocati artificiosamente; dai reperti ottenuti si può stabilire che con grande frequenza, quando la temperatura oltrepassa i limiti di una modica reazione febbrile, si verifica uno stato di relativa insufficienza cardio-vascolare, che per i suoi caratteri si presenta analoga ad uno stato di collasso vascolare piuttosto che ad una ipodinamia cardiaca. Tali fatti di insufficienza vascolare sono molto frequenti, ma possono anche mancare completamente.

Studio su alcune modificazioni che il pneumoperitoneo induce nell'organismo.

G. FERRARI e A. BERTOLA. — Gli OO. hanno iniziato uno studio su alcune modificazioni che il pneumoperitoneo induce nell'organismo. Con la tecnica da essi adottata, consistente nella introduzione di quantità di aria relativamente scarse, come di solito si usa nella terapia, le modificazioni del circolo e del respiro sono state fugaci e di lieve entità. Insignificanti le variazioni della frequenza del respiro e del tempo di circolo; il polso ha dimostrato una lieve tendenza al rallentamento; la pressione arteriosa è spesso diminuita, più di rado aumentata; la pressione venosa eccezionalmente è aumentata, nella massima parte dei casi è rimasta costante o è lievemente diminuita. Le modificazioni del circolo osservate non corrispondono a quelle che furono notate negli animali nelle condizioni di aumentata pressione addominale. Tali modificazioni si scostano anche da quelle notate nelle frenicoexeresi. Alcune delle variazioni circolatorie osservate possono entrare nel quadro di uno choc lieve, fugace e incompleto.

Il Segretario.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta ordinaria del 24 luglio 1936.

Presidente: Prof. B. LUNGHETTI.

Dott. W. DUCE. — *Sulla FEM della pelle di rana.*

Prof. G. MAZZETTI e Dott. M. CITERNI. — *Sul batteriofago del B. piocianeo.*

Prof. U. D'ANCONA e Dott. V. FOSI. — *Risultati preliminari di osservazioni sul differenziamento delle miofibrille nelle fibre muscolari striate dei Vertebrati e degli Artropodi.*

Studio comparativo dei terreni di Wilson, Blair, Pulcher, Schustowa e Seidenglanz per l'isolamento dei germi del gruppo di tifo-coli.

Prof. G. BUONOMINI. — L'O. con prove comparative eseguite insemensando questi terreni con feci di pazienti sospetti di tifo e con ceppi puri di bac. del tifo giunge alla conclusione che:

1) Il terreno di Schustowa, benchè abbia un notevole potere selettivo sulle specie banali dell'intestino, non è di facile uso per le difficoltà che presenta nella identificazione delle colonie.

2) Il terreno di Wilson e quello di Pulcher possono completarsi a vicenda, l'uno per la spiccata selettività per il B. del tifo e del par. B., l'altro per la sensibilità verso il par. A e le altre salmonelle, costituendo un binomio che potrà tornare molto utile nella pratica per la ricerca dei portatori.

Dott. S. DE LEONARDI e Dott. R. MARTINETTI. — *Contributo alle modificazioni elettrocardiografiche osservate nell'uomo in seguito alla compressione uni- e bilaterale al seno carotideo. Importanza delle condizioni del miocardio per il manifestarsi delle modificazioni dromotrope.*

Il Segretario: Prof. G. MAZZETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Anestesia ed analgesia in ostetricia.

E. Cova (*Attualità medica*, giugno 1936) rileva giustamente che i due termini di analgesia ed anestesia non si equivalgono, in quanto che il primo significa la soppressione od almeno la diminuzione del dolore, mentre il secondo indica anche l'abolizione delle diverse sensazioni.

Lo sviluppo della chirurgia moderna è legato a quello dell'anestesia, che permette di compiere nella più perfetta calma i più gravi atti operatori. Largamente usata essa è anche nell'ostetricia operativa, anzitutto nel parto cesareo, che richiede l'anestesia completa, ma anche nelle applicazioni di forcipe e più ancora nel rivolgimento; la sua larga diffusione è altresì legata al fatto che sia la narcosi cloroformica che quella eterea sono bene tollerate e si ottengono con quantità minima del narcotico. Assai conveniente è l'anestesia lombare specialmente nella provocazione del parto o nella dilatazione forzata del collo dell'utero.

Con caratteristiche particolari si presenta l'analgesia nel parto normale spontaneo. Si tratta, in tal caso, di evitare alla partoriente la sensazione dolorosa, talora opprimente, delle contrazioni uterine. La questione ha suscitato vivaci discussioni anche nel campo religioso, perchè l'analgesia si oppone al biblico « *cum dolore parturies* »; ma il medico scarsamente s'interessa di tali quisquilie, fedele al noto detto di Ippocrate « *divinum opus sedare dolorem* ».

Il problema, però, qui si presenta diverso che per l'anestesia, in quanto che si tratta di provvedere ad un sintoma, sia pure sgradevole, ma nei limiti della fisiologia, per un atto che abitualmente si compie senza analgesia. Questa, poi, se deve rendere meno dolorose le contrazioni, non deve sopprimerle, nè attenuarle, poichè altrimenti oltre a prolungare il periodo del parto, si andrebbe incontro ad altri inconvenienti, soprattutto al pericolo dell'emorragia *post partum*. Si comprende da ciò la difficoltà della scelta dell'analgesico. In Inghilterra, si usa tuttora l'analgesia detta « à la reine », perchè applicata la prima volta per il parto della regina d'Inghilterra. Consiste nella somministrazione del narcotico (etere o cloroformio) in piccola quantità, ad ogni contrazione, sospendendola nelle pause.

Nessuno degli analgesici finora consigliati risponde però in pieno ai necessari requisiti, ivi compresa l'assoluta assenza di tossicità. Molti ne sono stati provati: avertina, pernocton, somnifen, evipan, gardenal, ecc. L'A. sta sperimentando, nella sua Clinica di Torino, il lipson, a base di bromuri, con risultati già comunicati in parte alla Soc. piemontese di Ostetricia e Ginecologia.

Come si è detto, finora i vari analgesici non sono entrati nell'uso corrente, o perchè di azione incerta, o capaci di qualche inconveniente per la madre o per il feto. Ma non è detto che lo scarso successo farmacologico di oggi non sia il pieno successo di domani. Ed è da augurarsi che vi si arrivi, e presto, in modo da riuscire a portare un manifesto sollievo alla dolorante maternità. *fil.*

La metrite puerperale acuta.

Cause. Parto od aborto settici; ritenzione placentare.

Trattamento. Riposo in letto fino alla scomparsa della febbre, della reazione peritoneale, dei lochi purulenti; poi sedia a sdraio per 15 giorni. Dieta idro-lattea, tisane tiepide, poi alimentazione leggera; se l'infezione è leggera, continuare l'allattamento; mantenere libero il ventre con clisteri od olio di ricino.

Ghiaccio sul ventre; leggere dosi di chinina (ctg. 10-15, mattino e sera).

Trattamento locale. Iniezioni vaginali, 2 volte al giorno di acqua ossigenata (250 g. in 750 di acqua bollita) o della *soluzione di Tarnier*:

Jodio metalloide	g. 2
Joduro di potassio	g. 4
Acqua bollita	l. 1

Se i lochi sono abbondanti, fetidi e la temperatura alta, iniezioni endouterine con una delle soluzioni precedenti. Tener presente che il primo effetto della lavatura uterina è spesso un rialzo della temperatura.

In caso di ritenzione placentare, raschiamento digitale, dapprima con la mano destra, poi con la sinistra, tenendo abbassato l'utero con l'altra mano. Il raschiamento strumentale ha il pericolo di perforazione. *fil.*

(*Journ. des praticiens*, 21 marzo 1936).

Il trattamento della placenta previa.

G. Sannicandro (*La Clinica ostetrica*, marzo 1936) da un'interessante statistica su 250 casi fa derivare delle conclusioni pratiche. Dei casi osservati, 240 sono stati trattati con metodi vaginali e 10 con taglio cesareo. Mortalità 3,2 per cento: 5 casi per anemia acuta e 3 per sepsi; nella maggior parte delle morte, vi erano state manovre precedenti.

Essenziale è che ogni gravida con emorragia da p. p. venga ospedalizzata tempestivamente, senza precedenti manovre.

Nelle forme laterali, con membrane raggiungibili, in travaglio deciso, con nette modificazioni del collo dell'utero, l'amniorexi larga è il metodo di scelta.

L'uso del pallone di Champetier può essere di grande utilità purchè fatto con discernimento e tecnica corretta. Sono più indicati per esso i casi di gravide al 7°-8° mese, in cui la sola preoccupazione è quella di frenare l'emorragia ed accelerare il travaglio, essendo quasi nullo il valore del feto.

Negli altri casi, con collo dell'utero impreparato, se non è possibile lo svuotamento rapido dell'utero, è doveroso ricorrere al parto cesareo, per cui l'A. fissa le indicazioni.

fil.

L'insulina nella dismenorrea.

A. Altschul (*Journ. amer. med. ass.*, 18 apr. 1936) ha trattato 12 casi di dismenorrea primaria od essenziale, con iniezioni di insulina, usandone dosi di 7-10 unità, 1-2 volte al giorno, per 3-7 giorni prima del periodo o durante questo. Praticamente, ha ottenuto scomparsa del dolore mestruale, in 10 di esse; un'altra, ebbe effetti soltanto dall'insulina di un dato tipo e non con un altro; un'ultima ebbe soltanto diminuzione, ma non scomparsa del dolore. Tutte le pazienti erano nullipare; la maggior parte di esse era iponutrita ed aveva basso metabolismo basale. La scomparsa del dolore si ebbe anche in un caso in cui vi erano estese aderenze endoaddominali, per precedenti disturbi salpingo-ovarici. *fil.*

Il trattamento e la sopravvivenza dei prematuri.

Per favorire la sopravvivenza dei prematuri, è stato proposto il trattamento glucosio-insulinico, con cui qualche autore ha ottenuto buoni risultati.

S. Giuffrida (*Clinica ostetrica*, marzo 1936) ha fatto in proposito delle ricerche su prematuri, quasi tutti venuti alla luce mediante taglio eutocico. Ha iniettato quotidianamente 2 unità di insulina, previa somministrazione per bocca di 20 cmc. di soluzione di glucosio al 50 per mille.

Tutti i prematuri del peso inferiore ai 2000 grammi sono morti entro la prima settimana, con una curva ponderale progressivamente decrescente. È morto entro 20 giorni uno del peso di 2200, mentre in quelli fra i 2400 ed i 2800, dopo le prime settimane, la curva ponderale è stata lentamente ma progressivamente ascendente. Anche in questi ultimi, però, non è stato affatto dimostrabile un vantaggio dalla cura esperita.

Risulta pertanto che l'insulino-terapia nei prematuri è, se non dannosa, per lo meno inutile; essa nulla può fare per aumentare la capacità vitale del prematuro il quale, essendo un ipoglicemico, può considerarsi come un iperinsulinico.

Meglio vale lasciare alla natura il compito di sviluppare la scarsa capacità vitale, curando soltanto l'alimentazione ed evitando tutte le cause di raffreddamento, che più di tutto nuocciono alla vita del prematuro. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

L'azione depigmentizzante degli estratti di corteccia surrenale.

È ormai dimostrato, osserva Th. Grüneberg (*Klin. Wschr.*, 25 luglio 1936), che gli estratti di corteccia surrenale provocano una diminuzione della pigmentazione cutanea del morbo di Addison. Quest'azione potrebbe essere riferita ad un eventuale contenuto di vitamina C negli estratti medesimi, dato che appunto la vitamina C di per sè dimostra un'azione di questo tipo. Ma poichè alcune analisi recentemente eseguite hanno dimostrato che la vitamina C è contenuta in quantità trascurabili o è addirittura assente in molti estratti corticosurrenali, l'azione di depigmentazione di questi non può essere riferita al principio vitaminico. Altre ricerche cliniche e sperimentali, dimostrano ora che l'azione dell'ormone corticale sul pigmento cutaneo non è quantitativa, ma qualitativa: esso agisce cioè sul pigmento del morbo di Addison, ma non sulla pigmentazione di origine genitale (da ormone follicolare). Evidentemente questi risultati spostano la questione in senso più particolaristico, verso il problema della genesi probabilmente non unitaria delle melanine cutanee. PUDDU.

VARIA

Sinovite allergica dovuta ad ingestione di noci.

La sinovite cronica bilaterale o idroartrosi intermittente compare sotto forma di attacchi caratterizzati da una periodicità, così spiccata da indurre parecchi AA. a supporre una base allergica della malattia, ed in qualche caso a dimostrarla mediante la dieta di eliminazione.

Il caso studiato da P. Lewin e S. J. Taub (*J. of Am. Med. Ass.*, 20 giugno 1936) è particolarmente interessante perchè corredato dalla dimostrazione di uno stato anafilattico conseguita non soltanto mediante la dieta, ma anche con le cuti- ed intradermoreazione.

Il paziente presentava una storia familiare di malattie allergiche (asma, febbre da fieno, edema angioneurotico, orticaria), e riferiva di aver sofferto di edema e dolore delle articolazioni del ginocchio intermittentemente ogni due o tre mesi durante un periodo di 10 anni. L'antigene venne facilmente identificato: bastava che il paziente ingerisse delle noci perchè presentasse entro 72 ore un tipico attacco di idrope articolare, che scompariva senza lasciar tracce in uno o due giorni.

Dopo l'eliminazione dell'antigene dalla dieta gli attacchi non sono più comparsi.

E. CARLINFANTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. L. A. da C. - Abb. 4254-1:

Non risulta che in Italia si producano o vendano apparecchi del genere.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Pletora medica — Interinati e pensioni.

Nel 1927 eravamo 30084, e siamo 35651 nel 1935: in otto anni ben 5567 medici in più! Ecco la pletora! Si è pensato ai rimedi, ma non tutti efficaci e giusti.

Naturalmente i primi presi di mira furono i Medici Condotti. Si calcolò: con oltre 9000 Medici Condotti si hanno circa 10000 mesi di licenze, comprese quelle per malattie e per ragioni di famiglia. Alla sostituzione si provvedeva con l'interinato, quasi sempre fatto a scavalco, dagli stessi Medici Condotti: era un altro mese di stipendio col quale si arrotondava qualche angolo acuto del magro assegno mensile! Non se ne parla più. Ecco, al 5 aprile 1927, la circolare n. 20000, Direzione Generale della Sanità Pubblica, Divisione Affari generali, nella quale si legge fra l'altro: « ... all'opera professionale degli Ufficiali della Milizia stessa — M.V.S.N. — potrà più specialmente farsi ricorso per incarichi provvisori in pendenza dello espletamento dei pubblici concorsi del servizio di Medico Condotto, di Ufficiale Sanitario, e per i posti del personale addetto alle sezioni Medico-micrografiche dei laboratori di profilassi ». Naturalmente il « potrà » diventò « dovrà ». In qualche Provincia si vietano le supplenze a scavalco! Si protesta, si discute, si riconosce l'errore... ma il danno è già fatto!

Un'altra circolare della stessa Direzione Generale della Sanità Pubblica, del 25 aprile 1932, ai Prefetti avverte: « Si rende pertanto opportuno che le LL. EE. approvino le deliberazioni dei Comuni che provvedono al servizio a scavalco soltanto nella ipotesi in cui l'accertamento effettivo delle condizioni locali lo consenta ». E finalmente con altre circolari la sostituzione a scavalco sparì!

D'altra parte si provvede a liquidare i medici condotti. Il 27 luglio 1934 compare il famoso art. 76 del T. U. n. 1265: « Il Sanitario Condotto è collocato a riposo quando ha compiuto sessantacinque anni di età ». E l'art. 364 precisa: « L'applicazione delle disposizioni relative al collocamento a riposo al compimento dei sessantacinque anni di età del personale sanitario... avrà inizio col 1° luglio 1936 ». « A partire — continua lo stesso art. 364 — dalla data di entrata in vigore del presente testo unico i Prefetti e le Amministrazioni interessate, secondo la relativa competenza, provvederanno al collocamento a riposo dei Sanitari che oltre ai sessantacinque anni di età abbiano compiuto quaranta anni di servizio e di quelli che abbiano compiuto settanta anni di età e trentacinque di servizio ». Disposizioni ottime che mettono a riposo Medici che, alle volte, di riposo hanno bisogno e fa posto ai giovani; combatte insomma in modo logico e giustissimo la pletora medica. Intanto il compimento del sessantacinquesimo anno non fa paura: il legislatore ha preso due anni di tempo — 27 luglio 1934-1° luglio 1936 — per attuare la disposizione contenuta nell'art. 76: ciò che vuol dire che vede la necessità di provvedere e vuol provvedere dopo opportuni studi e indagini, e il provvedimento non potrà essere che un miglioramento delle pensioni: non ha egli infatti ritenuto come minimo di pensione tollerabile con le necessità della esistenza di un Sanitario anziano le pensioni rispondenti a 65 anni di età e 40 di servizio, e 70 di età e 35 di servizio? E si va avanti: tranquilli, i Medici Condotti, come tranquilli si era stati dal 22 dicembre 1888 al 26 luglio 1934, quarantasei anni durante i quali nessuna disposizione di legge fissava il limite di età, tanto che eran previste anche le pensioni per i Sanitari Condotti che sarebbero andati a riposo ad 80 anni!

La pletora persiste, ma è un po' intaccata dai provvedimenti già riportati.

Ed il 10 giugno 1935 ecco ancora una circolare della Direzione Generale della Sanità Pubblica. « Il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici ha, tuttavia, fatto presente che per risolvere in qualche modo il problema della disoccupazione esistente nella classe sanitaria, occorrerebbe eliminare il cumulo degli incarichi retribuiti tra i sanitari stessi... », e più avanti: « ... esaminino l'opportunità di revocare gli incarichi retribuiti, eventualmente affidati a Sanitari già provvisti di un assegno fisso, adeguato alle necessità della loro famiglia... ».

Inutile aggiungere che non se ne fece un bel nulla. E si arrivò al 1° luglio 1936 avendo fatto decorrere due anni senza provvedere al miglioramento delle pensioni; logicamente bisognava rimandare l'attuazione del disposto degli articoli 76 e 364; ma la pletora preme, si sono presi gli interinati, si sono mandati a casa i Medici Condotti di 70 e quelli di 65 anni compiuti, rispettivamente con 35 o con 40 anni di servizio di condotta; ma preme ed ottiene l'attuazione dell'art. 76: tutti i Medici condotti che han compiuto e quelli che man mano compiranno i 65 anni di età... a casa, si dice anche « a riposo », e sarebbe meglio dire qualche cosa di peggio del riposo, certo un riposo poco confortevole.

Ciò posto vien fatto di domandarsi se le spese della disoccupazione dei medici devono essere sopportate soltanto dalla classe dei Medici Condotti?

Non vi sono forse altri espedienti per venire incontro ai colleghi diseredati? Non vi sono

altri uffici, altre funzioni che potrebbero dare occupazione a molti medici?

L'Africa orientale ha già assorbito molti sanitari e più ancora ne assorbirà. E ciò dovrebbe consigliare ad alleggerire il carico che ora viene sopportato dai medici condotti.

Si potrebbe d'altra parte provvedere effettivamente, come è prescritto dai regolamenti, alla nomina dei medici delegati alle visite ed alla vigilanza igienica nelle scuole. Si inibisca l'esercizio professionale agli ufficiali sanitari, migliorandone ove occorra, le condizioni economiche, in modo da dare ad altri medici l'opportunità di sviluppare la loro clientela.

Si potrebbe, infine, affrontare seriamente la quistione degli incarichi plurimi distribuendo equamente quelli a rimunerazioni cospicue che man mano si rendono liberi, proprio quelli che attualmente sembrano i meno considerati.

Altro ancora si potrebbe fare, ma quel che abbiamo suggerito sarebbe più che sufficiente ad alleggerire il fardello che ora pesa esclusivamente sulle spalle dei medici condotti.

Dott. FRANCESCO COTA
Fiduciario Provinciale dei Medici Condotti della Provincia di Lecce.

Cronaca del movimento professionale.

Reclutamento dei medici nell'A. O. I.

Il Ministero delle Colonie ha pubblicato le seguenti norme per l'assunzione dei medici nell'Africa Orientale Italiana:

« L'assunzione a contratto dei medici, da destinarsi nelle Colonie dell'Africa Orientale, viene fatta da questo Ministero in seguito alle richieste di personale sanitario da parte dei Governi coloniali.

Pur non trattandosi di un concorso, le domande dei candidati sono sottoposte al giudizio di una apposita Commissione, nominata con Decreto Ministeriale, la quale, previo esame dei titoli professionali prodotti dagli interessati, sceglie i sanitari che devono essere chiamati a sostenere l'esperimento pratico. Detto esperimento consta di una prova pratica di chirurgia e medicina generale (e cioè dell'esame di un malato con deduzioni diagnostiche e terapeutiche) e di una prova orale sul pronto soccorso chirurgico, medico ed ostetrico.

L'esperimento è sostenuto presso il Policlinico Umberto I di Roma e nessuna retribuzione compete al candidato per le spese di viaggio e di permanenza a Roma.

I sanitari, ritenuti idonei, vengono assunti in servizio a contratto-tipo nei limiti delle necessità dell'Amministrazione ed in seguito a richiesta dei Governi delle Colonie.

Per poter aspirare all'assunzione a contratto-tipo, in qualità di medico coloniale, occorre non aver superato l'età di 35 anni. Questo limite è, però, aumentabile:

— di anni 4 per coloro che risultino iscritti al P. N. F. ininterrottamente da data anteriore al 28 ottobre 1922;

— di anni 5 per gli ex combattenti;

— di altri 4 anni per i decorati al valor militare, per gli invalidi di guerra e per i feriti per la causa fascista.

Detti benefici di maggiorazione sono cumulabili.

L'assunzione a medico coloniale viene fatta al grado 10° della prima categoria con i seguenti assegni mensili netti:

— per la Libia . . . . L. 1.600;
— per l'Eritrea circa . . . . » 2.000;
— per la Somalia circa . . . » 2.250.

In caso di assunzione, il Ministero si riserva la facoltà di destinare i medici coloniali in qualsiasi Colonia, a seconda delle esigenze di servizio.

Gli aspiranti all'assunzione in servizio in qualità di medico coloniale, devono presentare a questo Ministero — Ufficio del Personale — una domanda in carta legale da L. 6, corredata dal certificato di laurea e dal certificato di abilitazione all'esercizio della professione (con l'indicazione dei punti riportati), e da tutti quei documenti di cui sono in possesso, dai quali possa risultare la loro attività professionale.

La domanda deve contenere il cognome, nome e paternità dell'aspirante, data e luogo di nascita, la sua residenza attuale, la data di iscrizione al P. N. F., e la indicazione se egli sia ufficiale di complemento, ex combattente, decorato al valore, mutilato od invalido di guerra o per la causa fascista ».

Arruolamento volontario per l'A. O. I.

Il Ministero della Guerra ha disposto che l'accettazione di domande di arruolamento volontario per l'A. O. da parte di ufficiali in congedo sia limitata agli specialisti, tra cui i medici.

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza sanitaria agli operai in A. O. I.

Allo scopo di stabilire le prestazioni sanitarie a carico della F.C.M.M.I. per l'assistenza malattie in A. O. I., è stato approvato un progetto di regolamento che suddivide in modo equo gli oneri delle previdenze per l'assistenza sanitaria agli operai fra la Federazione C.M.M.I. e le ditte assuntrici di lavoro in A. O. I.

Si è deliberato, altresì, d'istituire, nei maggiori centri dell'A. O. I. (Massaua, Asmara, Addis Abeba, Harrar, Gondar ecc.), dei depositi per lo smistamento di operai infermi.

Le autorità competenti nulla tralasciano per assicurare ai lavoratori dislocati nel resto di Etiopia tutte le provvidenze intese a garantire una sempre migliore efficienza e ad adeguare, attraverso una complessa e saggia opera assistenziale, le condizioni del lavoro a quelle della Metropoli.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RR. Prefetture.

CHIETI. — Concorsi per medico condotto nei Comuni di: Atessa (2ª condotta), Altino, Ortona a Mare, Pretoro. Scad. 15 settembre.

PIACENZA. — Scad. 31 ottobre. Concorso per titoli ed esami a Medici condotti di FARINI D'OLMO (2ª zona), PODENZANO, VILLANOVA SULL'ARDA.

(Per notizie sugli stipendi, indennità ed altre informazioni sui documenti ecc. ecc., chiedere il bando di concorso alle RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale).

MILANO. — Il Comune ha bandito un concorso pubblico, per titoli, ad un posto di direttore dell'Ospedale contagiosi « A. Bassi » ed uno, per titoli ed esami, a tre posti di medico assistente nell'Ospedale stesso. Il termine utile per la presentazione delle domande scade il 31 ottobre 1936. Per ulteriori schiarimenti gli interessati potranno rivolgersi al Municipio — Ripartizione personale — Palazzo Marino, Milano.

POLA (*Istria*). *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Concorso al posto di Direttore della Sezione Dispensariale di Albona. Stipendio annuo L. 3600 soggette alle riduzioni e ritenute di Legge. Indennità di trasferta prevista dal Regolamento. Tassa concorso L. 50. Domanda, documenti e informazioni vanno dirette alla Presidenza del Consorzio Prov. Antitub. dell'Istria, a Pola. Scadenza 11 settembre 1936.

VARESE. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Concorso al posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale. Obbligo di risiedere nell'interno dell'Istituto. Stipendio annuo iniziale lire 26.000 suscettibile di due aumenti. Indennità servizio attivo L. 6000. Alloggio non mobigliato per sè e famiglia nei locali dell'Istituto. Quanto sopra è soggetto alle riduzioni e trattenute di legge. Tassa di concorso L. 50. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria della Amministrazione Provinciale di Varese. Scadenza 10 settembre 1936.

ZARA (*Dalmazia*). — Concorso al posto di Direttore Medico del Consorzio e del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Zara. Stipendio annuo L. 20.000, più indennità di servizio attivo annue L. 4000 con 4 aumenti quadriennali del decimo. Riduzioni e ritenute di legge. Tassa di concorso L. 50. Per ogni altra informazione rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Zara. Scadenza ore dodici del 10 ottobre 1936.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Siccome è in corso la riorganizzazione ospedaliera della Libia, in attesa che siano emanate le norme regolanti l'ordinamento degli Ospedali di detta Colonia, sono sospesi i concorsi ai posti di medico capo di radiologia, neuro-psichiatrica, medicina, oto-rino-laringologia, malattie infettive, tisiatri, dermoceltia, nell'Ospedale Principale di Tripoli.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Portocivitanova II, Grottammare, Pesaro I, Pescara II (Ancona); Bari I, Brindisi II, Castellaneta, Grumo Appula, Santeramo, Taranto IV (Bari); Legnago I, Pontelagoscuro, Pontenure (Bologna); Bagni di Lucca, Castelnuovo Garfagnana, Chiusi II, Firenze IV (Firenze); Calitri Pescopagano, Taurasi (Foggia); Frugarolo, Genova Rivarolo II, Genova Sampierdarena III, Villalvernia (Genova); Brescia II, Crema, Dervio, Mandello del Lario, Milano Lambrate, Oleggio, Piacenza III, Verdello, Vergiate (Milano); Morcone, Teano (Napoli); Caltanissetta III, Naro (Palermo); La Spezia II, Nozzano (Pisa); Catanzaro II, Catanzaro Marina II, Feroleto Antico, Montegiordano, Reggio Calabria Gallico (Reggio Calabria); Civita D'Antino, Vicovaro (Roma); Acqui II, Asti II, Cantalupo, Casale-Monferrato II, Chiomonte, Garessio, Saint-Vincent, Santuario, Spigno Monferrato, Tenda, Vernante (Torino); Brunico, Mattarello, Rovereto (Trento); Portogruaro I, Ronchi dei Legionari, San Giorgio di Nogaro, Tarvisio (Trieste); Casarsa, Cornuda, Forgaria, Padova II, Padova IV, Venezia I, Vicenza III (Venezia). Inviare domanda e chiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 14 settembre 1936-XIV.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

S. M. il Re, su proposta del Capo del Governo, ha conferito a S. E. il prof. sen. Aldo Castellani, alto consulente sanitario per l'A. O., il titolo ereditario di Conte di Chisimaio in riconoscimento dell'opera da lui svolta, durante la guerra, in Eritrea, in Somalia ed in Etiopia, per la difesa sanitaria delle truppe, degli operai e delle popolazioni indigene, opera che fu uno dei coefficienti primari della vittoria.

NOTIZIE DIVERSE

42° Congresso italiano di medicina interna.

Il 42° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna si terrà a Roma, presso la R. Clinica Medica, nei giorni 19-22 ottobre. Presidente del Comitato ordinatore è il prof. Cesare Frugoni.

Temi all'ordine del giorno: 1) « Lo scompenso cardiaco », relatore il prof. D. Cesa-Bianchi (Milano); 2) « Adiposità e magrezza », relatore il prof. F. Galdi (Pisa); 3) « Nefrosi e nefriti » (in comune con la Società Italiana di Chirurgia), relatore il prof. R. Silvestrini (Perugia).

Non sono accettate e non iscritte all'ordine del giorno comunicazioni di soci non in regola con i pagamenti e di aderenti che non abbiano versato la relativa quota di L. 75.

Le comunicazioni, le quali debbono essere presentate non oltre il 15 settembre, debbono riguardare preferibilmente argomenti attinenti ai temi di relazione.

Ogni socio aderente non può presentare più di due comunicazioni.

Per deliberazione del Consiglio Direttivo non potranno essere inscritte quelle comunicazioni non accompagnate da un breve sunto che (se accettato, anche se la comunicazione non sarà fatta) verrà pubblicato negli Atti.

Sono concessi i consueti ribassi ferroviari. Per chiarimenti rivolgersi al segretario del Congresso, prof. Arnaldo Pozzi, R. Clinica Medica, Roma.

9° Congresso internazionale di odontologia.

Organizzato dalla Federazione Dentaria Internazionale, si è svolto a Vienna dal 3 all'8 agosto, e vi sono intervenuti più di 3000 odontoiatri di 30 Nazioni di tutte le parti del mondo. Numerosa è stata la partecipazione italiana, alla testa della quale era una delegazione ufficiale presieduta dall'on. prof. Perna.

La cerimonia inaugurale assunse particolare solennità.

Durante lo svolgimento dei lavori il prof. Palazzi (Pavia) ha riferito sull'istopatologia della polpa dentaria. Il prof. Perna (Roma) ha svolto la sua relazione sugli studi della odontologia in Italia comparativamente a quelli di altri Paesi. Egli ha dimostrato come l'ordinamento odontologico fascista produca i migliori risultati pratici e ha affermato che la legislazione che lo regola si deve al genio e alla volontà del Duce, cui si rivolge riconoscente la gratitudine del mondo odontoiatrico. L'imponente assemblea ha calorosamente applaudito al Duce del Fascismo.

Il prof. Lippo (Napoli) si è trattenuto sull'azione biologica della polpa dentaria; il dott. Ruspa (Torino) sull'anestesia generale; i proff. Feirone e Giovelli sulla terapia del progenismo; il prof. Roccia (Torino) sulle sinusiti mascellari; il prof. Sanvenero sulla terapia della palatoschisi; il prof. Muzi (Roma) sulle correlazioni in odontoiatria e nella ortognatodonzia.

Il comm. Gioia ha tenuto una relazione sulla coordinazione degli studi odontoiatrici nei vari paesi del mondo sulla base di quelli italiani.

Hanno parlato inoltre il prof. De Vecchis (Roma), Zannoni (Milano), Saviglia e Nussbaum (Torino), Guerini e Carrino (Napoli), Zerosi (Como), Bracchetti (Milano).

Il congresso si è chiuso con un grande ricevimento nel salone del Palazzo Imperiale. Hanno parlato i capi delle delegazioni dei vari Stati. L'on. Perna ha portato il saluto della delegazione italiana e ha chiuso con parole di devota riconoscenza al Duce.

3° Congresso internazionale di otorinolaringologia.

Con l'intervento del Ministro dell'Educazione Nazionale della Nazione Germanica, è stato inaugurato a Berlino, il 22 agosto, il 3° Congresso internazionale di otorinolaringologia.

Scienziati di tutto il mondo sono convenuti nella capitale tedesca onde partecipare ai lavori che si sono svolti sotto la direzione del prof. Von Eicken.

Relatori per l'Italia sul tema « Radioterapia dei tumori maligni delle prime vie respiratorie » sono stati i proff. Torrigiani e Palumbo dell'Università di Firenze. All'importante discussione che ne è seguìta hanno preso parte Berwen di Stoccolma, Maisin di Lovanio, Lemaître di Parigi, Vogel di Berlino, Holmgreen ed altri.

A tutti hanno risposto i relatori riscuotendo l'unanime caloroso consenso dell'assemblea.

Raccolta di dati sui medici richiamati in Africa orientale.

Sono state richieste alla superiore Confederazione Fascista Professionisti ed Artisti, per una pubblicazione dell'Istituto Coloniale Fascista, le seguenti notizie:

1) Elenco dei gerarchi confederali volontari in A. O. e, possibilmente, fatti d'arme ai quali hanno partecipato;

2) Elenco numerico degli organizzati, possibilmente divisi per categoria, volontari e richiamati in A. O., dei decorati, dei Caduti, dei promossi per merito di guerra.

Nei riguardi dei medici, esse verranno fornite dai Segretari Provinciali al Sindacato Nazionale Medico.

Istituto siero-vaccinogeno di Asmara.

L'Istituto Siero-Vaccinogeno di Asmara, che provvede alla produzione dei sieri e dei vaccini per uso veterinario ed umano necessari in A. O. I., sta potenziando la propria attrezzatura. Si può dire che l'Istituto è pronto a fronteggiare le più vaste necessità.

Nel campo veterinario, esso ha provveduto nel marzo decorso ad inoculare il siero contro la peste bovina a 44.276 capi di bestiame, la cui mortalità, un tempo gravissima, è stata ridotta al 0,96 per cento.

Attualmente l'Istituto dispone di 200 mila dosi di siero contro la peste bovina ed equina, che verranno distribuite appena finita la stagione delle piogge. Si calcola che nel corrente anno verranno distribuite, in tutto l'Impero, oltre un milione di tali dosi.

Nel periodo che va dal 1° luglio 1935 al 30 aprile 1936, l'Istituto ha consegnato, dietro richiesta della Sanità militare e civile, 453.067 dosi di vaccino contro il vaiolo. Oggi il Vaccinogeno è in grado di fornire 50 mila dosi alla settimana.

Queste cifre illustrano la formidabile attività del Vaccinogeno, che offre i mezzi necessari ai nostri servizi sanitari per svolgere una grandiosa azione profilattica a vantaggio delle popolazioni, oggi protette dal tricolore.

Le dosi di vaccino antivaioloso vengono inviate in tutti i centri dell'Impero con mezzi aerei.

I laboratori del Vaccinogeno occupano una bellissima posizione a pochi chilometri da Asmara. L'Istituto dispone di tremila capi di bestiame siero-produttori. I vitelli e i cavalli destinati alla produzione dei sieri, occupano moderne stalle e dispongono di vaste praterie che dànno, ogni anno, ventimila quintali di foraggio.

Laboratori per vaccini ad Addis Abeba.

Sono in corso ad Addis Abeba i lavori per l'impianto di laboratori destinati alla produzione dei vaccini antivaiolosi e antirabbici, con l'intento di dare incremento alla immunoprofilassi, rendendo obbligatoria la vaccinazione jenneriana e salvando così del vaiolo diecine di migliaia di bambini ogni anno. È da ricordare che le prime vaccinazioni furono fatte in Abissinia durante il 1896 da Toselli nella piana di Enda Cercos e che ancora oggi i vecchi ne ricordano i grandi benefici e appena viste le nostre truppe si sono affrettati a portare doni richiedendo in cambio la vaccinazione.

In memoria di Ilvento.

La Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, per onorare la memoria del prof. Arcangelo Ilvento — dello studioso che tanto contributo di pensiero e di opere ha dato allo sviluppo degli studi scientifici e sociali in Italia, e in modo particolare all'incremento della lotta contro la tubercolosi — ha promosso una sottoscrizione per la costituzione di un premio da conferire, di biennio in biennio, ai migliori lavori di medicina sociale della tubercolosi.

Ai premi della « Fondazione Arcangelo Ilvento per lo sviluppo degli studi scientifico-sociali in Italia » potranno concorrere tutti gli studiosi italiani. Il regolamento dei concorsi sarà preventivamente stabilito dalla Federazione che provvederà in tempo debito alla nomina della Commissione giudicatrice.

Un po' dovunque.

La Società Marchigiana di Ostetricia e Ginecologia si è adunata il 26 luglio a Camerino, sotto la presidenza del prof. Gaifami, assistito dal segretario prof. A. Gusso. Erano in discussione: l'abolizione dell'esame di ammissione per la frequenza delle Scuole ostetriche e il disciplinamento dell'aborto terapeutico. Ai convenuti furono offerti un rinfresco dall'Università e un banchetto dal Comune.

Una Crociera a Tripoli è organizzata da « L'Italia Medica » per il 18-27 settembre, da e per Napoli. Quote: 1ª classe L. 1190; 2ª classe L. 965 comprendenti tutte le spese. Chiusura delle iscrizioni 31 agosto. Rivolgersi all'amministrazione del periodico, via Mercadante 10, Milano; oppure all'Agenzia Viaggi « L'Italia », via Unione 1, Milano.

Si è costituito in Inghilterra un Comitato per aiutare i medici spagnoli vittime della guerra civile (« Spanish Medical Aid Committee », Kern House, Kingsway 36, London W. C. 2)

Secondo notizie dalla Spagna, i rossi hanno occupato il sanatorio di Tablado, preso Guadarrama, uccidendone tutti i medici ed allontanandone a forza i malati, per istallarsi nell'edifizio; i nazionali inviarono un aeroplano pilotato dal capitano Gargia Veas, che gettò sul sanatorio parecchie bombe ad alto esplosivo, distruggendolo.

Nel « Corriere della Sera » del 18 agosto Achille Benedetti riferisce che è stato condannato a morte, in Siviglia, il medico dott. Luis Relimpio, un pazzo criminale che, in qualità di presidente del Comitato di soccorso « rosso », aveva iscritto nelle liste di proscrizione tutti i colleghi della città; da questa strage di medici si sarebbero salvati soltanto quattro colleghi iscritti al partito, ma non è escluso che egli meditasse di disfarsene in secondo tempo, così da rimanere desposta assoluto della salute di quasi 250.000 sivigliani...

Il Tribunale di Alessandria ha assolto il dott. Augusto Ferretti, medico condotto a Castelletto d'Orba, in istruttoria, per inesistenza di reato, dall'accusa di avere cagionato lesioni a certa Brunilde Tacchino in Cassuto, durante una difficile operazione di parto.

A Piacenza una contadina, Ester Bonelli, di 33 anni, si era recata dal dott. Lamberto Tassi per farsi visitare; rimasta per qualche tempo sola, frugò nella giacca del medico e s'impossessò di cinquemila lire contenute nel portafogli. Denunziata, una perquisizione fece scoprire il denaro nascosto fra gli erbaggi dell'orto.

Il dott. Socrate Lagondaki, di Creta, 74enne, si è inoculato a tre riprese dei prodotti lebbrosi nelle vene a scopo di studio. È insorta la malattia in forma galoppante. Il Lagondaki aveva fatto risorgere i Giochi Olimpici ed anzi fu il vincitore della prima Maratona. Durante la guerra, a 54 anni, si era arruolato volontario nell'Esercito francese.

È morto a Napoli improvvisamente il prof. VITTORIO SCAFFIDI, ordinario di patologia generale in quell'Università. La sua produzione scientifica è stata copiosa — 115 lavori propri e 209 di allievi — ed investe i più svariati campi della patologia; si distingue per la precisione e per l'originalità.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 6 luglio al 12 luglio 1936: Morbillo 285 (1384); Scarlattina 95 (186); Pertosse 233 (835); Varicella 121 (210); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 296 (510); Infezioni paratifiche 63 (88); Febbre ondulante 53 (82); Dissenteria 17 (23); Difterite e croup 160 (289); Meningite cerebro-spinale epidemica 12 (14); Poliomielite anteriore acuta 65 (96); Encefalite letargica 5 (5); Anchilostomiasi 13 (16); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 62 (100); dichiarata — (—); Pustola maligna 21 (23); Parotite epidemica 99 (217); Leishmaniosi 3 (3); Febbre puerperale 26 (27).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 7 Settembre 1936 - XIV Num. 36

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
OSPEDALE DEL LITTORIO - PADIGLIONE FLAJANI
Primario Chirurgo: Prof. A. CHIASSERINI

Distribuzione dei gruppi sanguigni negli individui portatori di ulcere gastroduodenali.

Dott. LIBERO UGELLI, assistente

La possibilità di una relazione costante tra gruppi sanguigni e determinate malattie rappresenta una questione discussa, che non ha ricevuto ancora una soluzione definitiva, almeno dal punto di vista pratico.

Vari Autori si sono occupati di questo argomento, se cioè il gruppo sanguigno rappresenti una condizione che predisponga ad una malattia, e sono giunti a conclusioni molto diverse.

Ricordiamo che uno dei primi ad occuparsi di questo argomento è stato l'Alexander, che ha creduto di rilevare una tendenza degli individui appartenenti al terzo e quarto gruppo sanguigno ad ammalare di tumori maligni. L'opinione di Alexander venne contraddetta dal Cavalieri e da Buchanan e Highley i quali, su di un ricchissimo materiale (2.446 paziente di varie nazionalità affetti da malattie diverse) osservarono una ripartizione equivalente dei gruppi sanguigni nelle più svariate malattie.

Numerosi altri ricercatori in seguito si sono occupati dei rapporti fra gruppi sanguigni e malattie, e la distribuzione dei gruppi sanguigni è stata studiata in varie malattie infettive, nella malaria, nella tubercolosi, nella sifilide, in malattie nervose varie, nei tumori maligni, ecc. La letteratura in proposito è molto ricca e il riportarla sarebbe troppo lungo, ed esulerebbe dal compito propostoci.

Tutte queste ricerche non hanno dato invero risultati concordi. Alcuni Autori, fra i quali abbiamo visto Buchanan e Highley, negano in modo assoluto l'esistenza di una qualsiasi relazione tra gruppi sanguigni e malattie, mentre molti altri invece l'affermano.

Secondo alcuni Autori il gruppo sanguigno è un segno della costituzione in quanto è « l'indice di una speciale personalità umorale individuale » (De Paoli).

Mentre secondo alcuni Autori l'insieme dei caratteri ereditari e delle modificazioni condizionali rappresenta la costituzione individuale, secondo Micheli il termine costituzione va riservato alla parte fondamentale della massa ereditaria. Ora, dato che il gruppo sanguigno viene direttamente trasmesso col plasma germinativo da uno dei genitori all'individuo e gli rimane immodificato durante tutta la vita, è giusto considerare il gruppo sanguigno come uno degli elementi della massa ereditaria e pertanto come un elemento della costituzione.

Sono stati infatti studiate le relazioni tra i gruppi sanguigni e alcuni caratteri antropologici e determinati tipi costituzionali. È stato ad esempio notato che i dolicocefali sono più frequenti negli individui appartenenti al 3° gruppo anzichè a quelli del 1°, che negli astenici prevalgono gli individui del 1° gruppo (Grunfeld), mentre nei muscolari prevalgono quelli del 2° e del 3° (Schwarzmann) e fra i toracici quelli del 2°. Altre ricerche sono state dirette a studiare la frequenza dei gruppi sanguigni in rapporto all'equilibrio vago-simpatico, alla colesterinemia, alle impronte digitali e alla mestruazione ritardata, che da Tuzi è stata trovata più frequentemente nelle donne del 2° e del 3° gruppo.

Numerosi autori ammettono anche l'esistenza di rapporti tra la costituzione sierologica e i caratteri psico-costituzionali, e tra gruppi sanguigni e caratteri biotipologici.

Si deve pertanto ritenere come certa l'esistenza fra gruppo sanguigno e costituzione di un rapporto intimo e costante.

Ma la costituzione secondo molti Autori si identifica con la disposizione individuale verso le malattie. O per lo meno, se anche non si vuole ammettere questa identità, è certo che il concetto di costituzione comprende in sè quello di disposizione, pure essendo assai più ampio di quest'ultimo (Pende).

E' noto infatti, tanto per portare qualche esempio del rapporto fra costituzione e disposizione, che la tubercolosi colpisce con maggiore frequenza gli individui della prima combinazione morfologica di De Giovanni, i longilinei microsplancnici della classificazione di Viola, mentre le malattie del ricambio prediligono i macrosplancnici, l'ulcera gastroduodenale e le ernie i microsplancnici e così via.

Ora se il gruppo sanguigno è un segno della costituzione e la costituzione si identifica con la predisposizione, è logico supporre, come afferma il Guerrini, un rapporto fra gruppo sanguigno e predisposizione. Questo rapporto del resto è stato dimostrato anche sperimentalmente dall'Hirzfeld. Questi ha praticato la prova di Schick per la determinazione della recettività alla difterite su varie coppie di genitori e sui rispettivi figli. Egli ha notato che nel caso in cui uno dei genitori era recettivo e l'altro refrattario i figli potevano risultare recettivi o refrattari, ma i figli recettivi avevano tutti il medesimo gruppo sanguigno del genitore recettivo e i figli refrattari il medesimo gruppo del genitore refrattario. Gli stessi risultati, come per la difterite, si sono ottenuti anche per la scarlattina e per altre malattie.

Si può quindi concludere che, per quanto non sia stato raggiunto un accordo completo sull'argomento e le ricerche eseguite in proposito non abbiano dato risultati definitivi, si deve ammettere con la maggioranza degli Autori la esistenza di un rapporto costante tra gruppi sanguigni e stati e predisposizioni morbose.

In base a questi presupposti abbiamo voluto studiare la distribuzione dei gruppi sanguigni negli individui portatori di ulcere gastroduodenali.

Noi abbiamo avuto la possibilità di studiare dal punto di vista ematologico un numero ragguardevole di pazienti affetti da ulcera gastroduodenale. In questi individui abbiamo praticato sintematicamente, oltre all'esame morfologico completo del sangue, la determinazione del gruppo sanguigno con un duplice scopo: uno pratico, per valerci di questo dato nella eventualità di una trasfusione sanguigna, e uno puramente teorico per ricercare cioè quale fosse la distribuzione dei gruppi sanguigni nei portatori di ulcera gastroduodenale, e se si potesse stabilire in questi pazienti la prevalenza o meno di un gruppo sugli altri.

A questa ricerca siamo stati indotti dall'opinione espressa da diversi Autori che nella patogenesi dell'ulcera gastrica abbia una parte notevole la costituzione, e sul convincimento di alcuni ricercatori che il fattore ereditario, nel senso di una trasmissione di tare della costituzione e in particolare di disturbi dell'equilibrio vago-simpatico, rivesta una particolare importanza nel determinismo di questa malattia.

E ammesso infatti da molti che l'ulcera gastroduodenale sia una malattia squisitamente costituzionale, che colpisce individui presentanti stimmate di ipereccitabilità, se non totale, almeno parziale o dissociata del vago, dimostrabile anche farmacodinamicamente, individui che per il loro habitus appartengono spes-

so al tipo microsplancnico astenico (Pende). È anche ammesso da molti che il fatotre ereditario abbia una parte non trascurabile nella patogenesi dell'ulcera gastroduodenale. Recentemente Mandillon, Beauvieux e Goumain, alla Società di Medicina e di Chirurgia di Bordeaux hanno risollevato questa interessante questione riportando l'osservazione di un malato affetto da ulcera gastrica di cui il padre e un fratello erano stati operati per ulcera, un nonno era morto di affezione gastrica indeterminata e una sorella soffriva di disturbi gastrici (1). Del resto anche noi riesaminando le notizie anamnestiche di qualche centinaio di ulcerosi gastroduodenali, abbiamo riscontrato in un numero veramente notevole di essi l'esistenza nel gentilizio o nei collaterali di affezioni ulcerose dello stomaco o del duodeno.

Vari Autori prima di noi si sono occupati del rapporto fra gruppi sanguigni e ulcere gastro-duodenali giungendo a risultati diversi.

Buchanan e Higley in 172 individui appartenenti a varie nazionalità affetti da ulcere croniche dell'apparato digerente, (42 ulcere gastriche, 102 duodenali, 4 gastrodigiunali, 15 coliti ulcerative, 8 ulcere varie) hanno trovato la seguente distribuzione dei gruppi sanguigni:

I Gruppo	102 casi	(59,30 %)
II »	55 »	(31,97 %)
III »	8 »	(4,65 %)
IV »	7 »	(4,07 %)

Hermanns e Kronberg, nel corso delle loro indagini circa l'esistenza di rapporti tra gruppi sanguigni e predisposizione a certe malattie hanno trovato che tutti i casi di ulcera gastrica (11) da loro studiati appartenevano al 2° Gruppo. Gli Autori ammettono però che il numero dei loro casi è troppo piccolo per permettere di trarre delle conclusioni.

Anche Warnowsky ha trovato una prevalenza del 2° gruppo nelle ulcere gastroduodenali.

Oppenheim e Voigt, studiando la distribuzione dei gruppi sanguigni in 500 cadaveri trovarono in 13 casi di ulcere gastroduodenali i seguenti dati:

I Gruppo	7 casi	(54 %)
II »	6 »	(46 %)
III »	0 »	
IV »	0 »	

Lutzeler e Dormanns studiando la distribuzione dei gruppi sanguigni in 500 cadaveri trovarono le seguenti cifre:

I Gruppo	46,8 %
II »	40,4 %
III »	9,8 %
IV »	3 %

In questi 500 cadaveri gli Autori trovarono 22 casi di ulcere gastroduodenali presentanti la seguente distribuzione dei gruppi sanguigni:

I Gruppo	13 casi	(59 %)
II »	8 »	(36,4 %)
III »	1 »	(4,6 %)
IV »	0 »	

Riunendo i risultati di questi ultimi Autori con quelli di Oppenheim e Voigt si stabilisce in 1.000 cadaveri la seguente distribuzione dei gruppi sanguigni:

I Gruppo	44,2 %
II »	41,9 %
III »	10,6 %
IV »	3,3 %

In questi 1000 cadaveri sono compresi 35 casi di ulcere gastroduodenali con la seguente distribuzione dei gruppi:

I Gruppo	57 %
II »	40 %
III »	3 %
IV »	0 %

Gli Autori non traggono alcuna considerazione da questi dati per lo scarso numero dei casi di ulcera.

Flamm, Lukas e Friedrich, hanno studiato nella Clinica Chirurgica di Hochenegg la distribuzione dei gruppi sanguigni in 39 casi di ulcere gastroduodenali con i seguenti risultati:

I Gruppo	33,3 %
II »	48,7 %
III »	12,8 %
IV »	5,1 %

Come si vede i risultati sono alquanto discordi, e sopratutto tratti dallo studio di uno scarso numero di casi. Alcuni Autori hanno trovato nei pazienti affetti da ulcere gastroduodenali una prevalenza del 2° gruppo (Hermans e Kronberg, Warnowski), altri una prevalenza del 1° gruppo (Oppenheim e Voigt, Lutzeler e Dormanns, Buchanan e Higley) altri Autori infine negano l'esistenza di un qualsiasi rapporto fra gruppi sanguigni e ulcere gastro-duodenali.

Noi, come abbiamo già detto, abbiamo avuto la possibilità di studiare la distribuzione dei gruppi sanguigni in un notevole numero di casi di ulcere gastroduodenali quasi tutti controllati al tavolo operatorio.

Il numero dei casi da noi studiati ammonta a 244, comprendenti 207 ulcere duodenali e 37 ulcere gastriche.

---

(1) Recentissimamente anche Pennetti ha riportato alcuni casi di ulcere gastro duodenali familiari.

La determinazione dei gruppi sanguigni è stata da noi eseguita per mezzo dell'Emodiagnostico dell'Istituto Sieroterapico Milanese, valendoci della tecnica consigliata dall'Istituto stesso.

La distribuzione dei gruppi sanguigni, come sappiamo, varia a seconda delle razze, delle nazionalità e negli individui di una stessa nazione, a seconda delle varie regioni.

Riportiamo quì sotto la distribuzione dei gruppi sanguigni in individui sani delle diverse regioni d'Italia desunta dalle statistiche di vari Autori (numerazione secondo Jansky).

Gruppo	Hirschfeld	Cavalieri	Mino	Fontana	Viola D
I (O)	47,2 %	35,91 %	37,9 %	40 %	37,3 %
II (A)	38 %	51,08 %	42,4 %	45 %	44,9 %
III (B)	11 %	8,63 %	11,9 %	8-10 %	11,4 %
IV (A-B)	3,8 %	4,17 %	7,8 %	6 %	6,8 %

La più attendibile di queste statistiche ci sembra quella di Viola perchè eseguita su di un numero notevole (2.000) di soggetti delle varie regioni d'Italia e perchè le sue cifre corrispondono a quelle da noi trovate in ricerche eseguite su di un piccolo gruppo di individui sani.

Nei 244 pazienti affetti da ulcera gastroduodenale da noi studiati, abbiamo riscontrato la seguente distribuzione dei gruppi sanguigni.

I Gruppo	127 casi	(52,04 %)
II »	81 »	(33,20 %)
III »	29 »	(11,88 %)
IV »	7 »	(2,85 %)

Prendendo come paragone la statistica di Viola noi troviamo che il primo gruppo sanguigno presenta nei pazienti affetti da ulcera gastroduodenale una prevalenza rispetto agli individui sani del 15,74 %.

Come si può spiegare la prevalenza del primo gruppo in questi pazienti?

Abbiamo già detto che si deve considerare il gruppo sanguigno come un elemento della costituzione. Ora è ammesso da tutti, perchè dimostrato da dati clinici e da ricerche mediante le prove farmacologiche, che i portatori di ulcera gastroduodenale sono nella grande maggioranza individui in cui domina il tono del vago (vagotonia costituzionale) (1). E gli Autori che si sono occupati dello studio dei rapporti fra gruppi sanguigni ed equilibrio vago-simpatico hanno riscontrato nei soggetti con aumentato tono vagale una prevalenza del 1° gruppo sanguigno. È questo gruppo che prevale anche, secondo Grunfeld, nel tipo astenico.

(1) Anche i risultati dell'esame morfologico del sangue negli ulcerosi gastro-duodenali (eritrocitosi, linfocitosi con eosinofilia) sono l'espressione di questa costituzione (Ugelli).

Si può pertanto ritenere che la prevalenza del 1° gruppo sanguigno negli ulcerosi gastroduodenali dipende dal fatto che questi pazienti sono in grande maggioranza degli individui ipervagotonici, appartenenti al tipo costituzionale microsplancnico astenico, tipo in cui si ha appunto una prevalenza del 1° gruppo sanguigno sugli altri.

Questo dato da noi riscontrato, cioè della prevalenza del 1° gruppo sanguigno nei pazienti affetti da ulcera gastroduodenale ci sembra confermare l'importanza nella patogenesi di questa malattia del fattore ereditario costituzionale inteso in particolar modo come trasmissione di un disturbo dell'equilibrio vagosimpatico nel senso di un aumentato tono vagale.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato la distribuzione dei gruppi sanguigni in 244 individui portatori di ulcera gastroduodenale riscontrando una prevalenza del 1° gruppo sugli altri.

Pone in rapporto questo dato con la costituzione ipervagotonica degli ulcerosi.

BIBLIOGRAFIA.

ALEXANDER. British Journal of experimental Pathology, vol. II, pag. 66, 1921.

BUCHANAN A. J. e HIGLEY E. T. Ibid., vol. II, pag. 247, 1921.

CAVALIERI. Società Medico-Chirurgica di Pavia, 25 luglio 1919.

ID. Archivio di Patologia e Clinica Medica, vol. I, pag. 5, 1922.

DE PAOLI. Lotta contro la tubercolosi, n. 5, 1932.

FONTANA. In CECONI. *Medicina interna.* Edizione Minerva Medica, Torino, 1934.

FLAMM, LUKAS e FRIDRICH. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, pag. 289, 1929.

FOCHI. Rinascenza Medica, a. XI, pag. 717, 1934.

GUERRINI. Giornale di Medicina Militare, vol. 83°, pag. 412, 1935.

HERMANNS L. e KRONBERG J. Münchener medizinische Wochenschrift, pag. 967, 1927.

LATTES. *L'individualità del sangue nella biologia, nella clinica e nella medicina legale.* Ediz. G. Principato, Messina.

LÜTZELER H. e DORMANNS E. A. Krankheitsforschung, vol. VII, pag. 144.

MANDILLON, BEAUVIEUX e GOUMAIN. Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, ottobre 1935, in Presse Médicale, pag. 1932, 1935.

OPPENHEIM F. e VOIGT R. Krankheitsforschung, vol. III, pag. 306, 1926.

PENDE N. *Le debolezze di costituzione.* Libreria di Scienze e Lettere, Roma, 1922.

PENNETTI. La Riforma Medica, 21 dicembre 1935.

UGELLI. Policlinico, Sez Chirurgica, a. 42°, pag. 544, 1935.

VIOLA D. Giornale di Medicina Militare, vol. 82°, pag. 253, 1934.

WARNOWSKI J. Münchener medizinische Wochenschrift, pag. 1758, 1927.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Patologia Speciale Medica
della R. Università di Roma
diretto dal Sen. Prof. N. Pende

Anemia acuta febbrile perniciosiforme.

Trasfusione e guarigione.

Prof. Lorenzo Antognetti.

Dal quadro clinico ben definito della anemia perniciosa è stata, più o meno artificiosamente (Greppi, Greppi e Semenza), separata, come sindrome nuova ed autonoma (Lederer, Brill), una emopatia acuta differenziantesi dalla forma classica per l'inizio acuto e febbrile spesso accompagnato a turbe gastro-intestinali, per l'iperemolisi di intensità eccezionale, per la presenza, frequentemente constatata (Lederer), di una leucocitosi polinucleare di alto grado con segni di reazione leucemoide (Holst), per la vivace reazione midollare eritropoietica denunciata dalla alta percentuale di normoblasti e di reticolociti, per l'assenza del classico reperto della achilia gastrica, infine per la netta benefica sensibilità alla trasfusione di sangue che comporta la guarigione radicale definitiva.

Ne giustificherebbero invece la fusione nosologica con il classico morbo di Biermer alcuni segni clinici ed ematologici e principalmente il carattere emolitico dell'anemia, la deviazione in senso pernicioso della emopoiesi denunciata dalla macrocitosi ipercromica, nonchè l'azione rapidamente efficace della epatoterapia (Benhamour, Greppi e Semenza, Corelli), messa però in dubbio dalle ricerche cliniche di Christiansen.

Per queste considerazioni Greppi e Semenza sono stati indotti a parlare di « varietà acuta febbrile iperemolitica, suscettibile di guarigione radicale, del morbo di Biermer »; volendo col termine di « varietà » escludere la creazione di una nuova entità nosologica schematicamente delimitata, non giustificata dalla clinica, marcando però nel contempo la fisionomia propria di questi casi acuti febbrili, iperemolitici, in confronto con il morbo di Biermer tipico.

Gli elementi clinici ed ematologici che più nettamente differenziano ed allontanano le due sindromi potrebbero trovare infatti, secondo gli AA. suddetti, giustificazione e spiegazione, al di fuori di scissioni nosografiche, nel carattere acuto ed improvviso del processo morboso: colla violenza e repentinità dell'inizio bene si accorderebbero i reperti della iperemolisi e della iperleucocitosi, qualche volta (osservazioni di Lederer) veramente imponente, sostituibile poi, nell'ulteriore decorso del male, per l'esaurimento midollare, da discesa a valori normali, spesso degradanti verso la leucopenia (Corelli). Anche il dato differenziale della regressione completa e duratura della sindrome in seguito a trasfusione ematica o ad epatodieta, di fronte alla possibilità di remissioni marcate, ma per lo più semplicemente temporanee, proprie della sindrome perniciosa classica, troverebbe la sua ragione nel carattere iperacuto della sindrome che comporta la possibilità di un più precoce intervento terapeutico e quindi di un più sicuro effetto curativo.

Dal punto di vista etiologico è stata ammessa una causa tossinfettiva a punto di partenza gastroenterica per la frequente precedenza o coesistenza di turbe a carico dell'apparato digerente (Greppi), e cioè in analogia alla dottrina enterogena dell'anemia perniciosa classica (Seyderhelm): ecco quindi un altro criterio di ravvicinamento delle due sindromi.

* * *

Stabiliti e fissati entro questi concetti i limiti nosologici della forma morbosa, passo alla descrizione di un caso clinico occorso alla mia osservazione.

La scarsa conoscenza di tale entità patologica in rapporto alla casistica finora limitata e viceversa la necessità e l'utilità pratica della sua identificazione in rapporto alle possibilità terapeutiche, mi hanno indotto alla pubblicazione del caso:

Si tratta di un soggetto di anni 33, con negatività di dati anamnestici famigliari e personali. Fu per il passato sempre in ottime condizioni di salute, lo sviluppo e la crescita furono perfettamente regolari, come normale fu sempre lo stato della sanguificazione. Non si contagiò di lue o di malattie veneree.

Il paziente fa risaltare ai primi di novembre 1935 l'inizio della sua malattia: verso tale epoca infatti cominciò ad accusare anoressia con ripugnanza spiccata per i cibi grassi, stitichezza, senso di peso postprandiale accompagnato a sonnolenza, astenia, svogliatezza. La persistenza di questi disturbi indusse un risentimento nelle condizioni generali, donde dimagrimento ed un certo grado di anemizzazione con accentuazione della astenia. L'8 gennaio 1936, trascorsi cioè circa due mesi dall'inizio dei disturbi generali suddetti, si manifestò, in assenza di febbre, uno stato itterico: le feci divennero cretacee e le urine ipercromiche.

Pare si sia reso evidente anche un certo grado di epatomegalia che indusse il medico curante alla pratica del sanguisugio epatico con contemporanea prescrizione di cure colagoghe. Verso la fine di gennaio, quando pareva che l'intensità dell'ittero andasse mano a mano scemando, e le feci avevano assunto un'altra volta il colorito normale, si ebbe un improvviso brusco aggravamento delle condizioni generali, sottolineato dalla insorgenza di febbre elevata, dall'accentuarsi della ripugnanza assoluta e completa per i cibi con comparsa di vomiti, dalla anemizzazione improvvisa e grave.

Contemporaneamente fu notata presenza di sangue nelle feci, pur in mancanza di segni imponenti di emorragie gastrointestinali (feci scure ma formate, non diarrea). Dopo 5-6 giorni, durante i quali, persistendo febbre piuttosto elevata ed a carattere remittente, le condizioni generali decaddero gravemente e l'anemizzazione si accentuò in modo preoccupante, l'ammalato viene alla nostra osservazione.

All'*esame obbiettivo* risalta la gravità dello stato generale ed il pallore veramente mortale della cute e delle mucose, con tinta subitterica evidente. L'infermo giace immobile nella posizione supina con testa bassa, nella impossibilità di movimenti attivi: i più lievi movimenti passivi provocano senso di vertigine e dispnea. La temperatura oscilla fra 38° e i 39°. Esiste tachicardia. Non si apprezzano ghiandole nelle comuni stazioni linfatiche.

Nulla a carico dell'apparato respiratorio.

A carico dell'apparato circolatorio si rileva: cuore piccole con toni deboli e lontani, ipotensione arteriosa (90/40).

Nei riguardi dell'apparato digerente, oltre all'anoressia assoluta ed invincibile, a qualche nausea e vomito, si rileva: lingua impaniata e secca, addome tumido e meteorico, senza punti particolarmente dolorabili alla pressione. Fegato leggermente ingrandito, milza appena palpabile nelle profonde inspirazioni. L'esame radiologico del tubo digerente, praticato in secondo tempo, quando cioè le condizioni generali del paziente permisero il suo trasporto nell'apposito reparto, esclude l'esistenza di lesioni organiche.

L'esame delle feci, praticato all'ingresso dell'ammalato, mentre conferma la presenza di sangue, risulta negativo per la presenza di parassiti intestinali.

La diuresi è piuttosto scarsa, aggirantesi sui 600-700 cc. nelle 24 ore; il peso specifico dell'urina oscilla sui 1015; esiste urobilinuria ed indacanuria, non bilirubinuria.

Nulla a carico del sistema nervoso. Psiche integra.

La possibilità di accurati esami particolari risulta notevolmente ridotta dalla gravità delle condizioni generali.

Un primo esame di sangue, praticato all'ingresso del malato; mette in evidenza una oligocitoemia di altissimo grado (globuli rossi 1.080.000) con ipercromia (valore globulare 1,3) e macrocitosi, presenza di cellule policromatofile, di numerosi eritroblasti e di qualche preoritroblasta; leucocitosi evidente e manifesta (globuli bianchi 26.000) con neutrofilia relativa (polimorfonucleati neutrofili 72 %, linfociti 11 %; monociti 7 %); presenza di forme immature della serie bianca (mielociti 6 %; metamielociti 4 %). Normali le resistenze globulari, negative le varie prove emogeniche.

Negativa la reazione di v. d. Bergh diretta e pronta; positiva quella diretta ritardata, nettamente e fortemente positiva quella indiretta.

Reazione di Wassermann: negativa.

Risultato negativo sortirono pure le emoculture ripetutamente praticate.

Il paziente appartiene al gruppo dei donatori universali.

Resta per il momento esclusa la possibilità di qualsiasi altro esame particolare, quale l'esame del succo gastrico, del puntato midollare ecc. per la precarietà delle condizioni generali e per la gravità e l'intensità veramente preoccupante dello stato anemico.

Si procede quindi, il giorno 6 febbraio 1936, trascorse appena 24 ore dall'ingresso dell'infermo in Istituto, alla trasfusione endovena di 350 cc. di sangue, prelevati dalla sorella del paziente, appartenente pure al gruppo dei donatori universali.

L'intervento è bene sopportato dal paziente; dopo 2 ore però compare brivido di freddo intenso, elevazione termica fino a 40°,5; le urine emesse non dimostrano però emoglobina; in breve la reazione declina sicchè l'ammalato può riposare tranquillamente alcune ore. Due giorni dopo la trasfusione si annunciano i primi benefici effetti indotti, che si completano nello spazio di altri due o tre giorni: la febbre scompare completamente e definitivamente; si ha ritorno dell'appetito; miglioramento delle condizioni del respiro, del polso, della pressione; comparsa delle forze, correzione dello stato anemico.

Un nuovo esame di sangue praticato il terzo giorno dopo la trasfusione, dimostra che i globuli rossi sono saliti a 2.100.000 e che è corrispondentemente quasi raddoppiato il tasso emoglobinico, sicchè il valore globulare risulta di 1,2; corretta l'anisocitosi, la poichilocitosi e la macrocitosi; notevolmente ridotte le forme immature della serie rossa; ridotta pure la leucocitosi ad 11.000 globuli bianchi, mentre la formula leucocitaria, corretta la neutrofilia, denuncia un accenno alla monocitosi (polimorfonucleati neutrofili 62 %, linfociti 18 %, monociti 20 %), con scomparsa di forme immature.

L'esame del puntato sternale, permesso ora dalle migliorate condizioni generali del paziente, mette in evidenza buoni segni di attività midollare, nidi di eritropoiesi con numerosi eritroblasti.

Un esame del succo gastrico dimostra normale presenza di HCl libero, sia a digiuno che dopo il pasto di prova.

Il miglioramento dell'infermo, sia per quel che riguarda le condizioni generali che la crasi sanguigna, procede rapidissimo: un altro esame di sangue praticato una settimana dopo dimostra che i globuli rossi sono ormai saliti a 3.100.000, che il tasso emoglobinico è salito proporzionalmente sicchè il valore globulare risulta di 1,2; anche la leucocitosi si è corretta (i globuli bianchi sono ora 8800). La neutrofilia ha ceduto ad un certo grado di linfomonocitosi (polimorfonucleati neutrofili 60 %, eosinofili 1 %; linfociti 19 %, monociti 20 %), corretta definitivamente la macrocitosi, l'anisocitosi e la poichilocitosi; scomparse le forme immature della serie rossa e bianca.

Scomparse l'urobilinuria e l'indacanuria, negativa risulta ora la reazione diretta, sia pronta che ritardata, della bilirubinemia; persiste, leggermente positiva, la reazione indiretta.

A questo comportamento, oltremodo soddisfacente, del quadro ematologico ha corrisposto un adeguato miglioramento nelle condizioni generali dell'infermo, con ripresa delle forze, dell'appetito, aumento del peso ecc.

Il trattamento curativo viene ora completato con iniezioni di estratti epatici.

Trascorso un mese, le condizioni dell'infermo possono dirsi tornate alla norma: ha raggiunto un peso eccedente quello proprio normale, la forza e la resistenza alla fatica è perfetta, il numero dei globuli rossi è salito ancora a 3.800.000, il valore globulare si è pressochè normalizzato, il numero dei globuli bianchi è ridotto a 7200; persiste solo un certo grado di linfomonocitosi.

L'ammalato è stato così dimesso dall'Istituto

40 giorni circa dal suo ingresso, completamente ristabilito nelle condizioni generali e nella crasi ematica.

Dopo quanto abbiamo premesso appare chiaro che il caso in parola va inquadrato nosograficamente tra le anemie acute febbrili perniciosiformi: tale quadro morboso è stato, come abbiamo visto, da Lederer, Brill, etc., elevato a dignità di malattia autonoma ed indipendente.

Nel caso osservato era evidente il reperto di una macrocitosi ipercromica, ma nè in circolo, nè nel puntato midollare (praticato invero dopo 48 ore dalla trasfusione) erano dimostrabili elementi sicuramente riconoscibili come megaloblasti, che anzi spiccata appariva la reazione normale eritropoietica midollare, denunciata dalla presenza di numerosi normoblasti basofili e policromatofili e di nidi eritroblastici midollari. La leucocitosi, con presenza di forme immature in circolo, mentre richiamava a complesse turbe della attività mielopoietica, allontanava la sindrome dalle caratteristiche ematologiche del quadro classico della anemia perniciosa.

E giustificati dubbi diagnostici, nei confronti di una tale forma, imponeva pure l'assenza del tipico reperto di achilia gastrica.

Esistevano quindi elementi, clinici ed ematologici, sufficienti a legittimare una diagnosi di anemia acuta febbrile perniciosiforme, ma non tali da permettere una identificazione col classico morbo di Biermer.

Ma sovratutto interessante è apparso, nel caso in parola, l'esito terapeutico brillante ed immediato: l'infermo, che all'ingresso in Istituto imponeva una prognosi di estrema gravità per il decadimento dello stato generale e per la anemizzazione estrema, fu visto, nello spazio di pochi giorni, riprendere forza e rifiorire nelle condizioni ematologiche: scomparsa la febbre, corretta le tendenza emolitica con restituzione ai valori normali cito e cromoemici, ridotta la leucocitosi neutrofilia, eliminato il reperto di forme immature, ripristinato alle normali condizioni fisiologiche l'intero organismo.

È invero difficile interpretare nella sua essenza, al lume delle nostre attuali conoscenze, l'azione terapeutica, così grandiosa ed evidente, della trasfusione di sangue in una sindrome ove dominava l'elemento emolitico: è ben nota infatti la scarsa sopravvivenza del sangue estraneo iniettato. Occorre pensare ed ammettere reazioni midollari modificatrici ortoplastiche.

La precedenza di manifestazioni gastrointestinali ed epatiche, osservata nel caso in parola, appoggia il concetto etiologico tossinfettivo a punto di partenza gastrointestinale emesso e sostenuto da Greppi e Semenza.

Il caso descritto conferma dunque l'esistenza di forme gravi di anemie acute febbrili giovanili con impronta emolitica e con tendenza alla macrocitosi ipercromica congiunte, sia pur non obbligatoriamente, a leucocitosi neutrofila e a segni di reazione leucemoide, suscettibili di una guarigione rapida, completa e — pare — definitiva, in seguito a trasfusione di sangue.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un osservazione clinica che conferma l'esistenza di forme gravi di anemie acute febbrili giovanili con impronta emolitica e con tendenza alla macrocitosi ipercromica congiunte, sia pur non obbligatoriamente, a leucocitosi neutrofila e a segni di reazione leucemoide, suscettibili di una guarigione rapida, completa e — pare — definitiva, in seguito a trasfusione di sangue.

BIBLIOGRAFIA.

BENHAMOUR. Le Sang, 1929, 1.
BRILL. Arch. of Int. Med., 1926, vol. 37.
CHRISTIANSEN. Acta Med. Scand., 1929, fasc. V-VI, pag. 472.
CORELLI. Haematologica, 1935.
FERRATA. *Le emopatie*. Soc. Ed. Libraria, 1935.
GREPPI. Haematologica, 1927, fasc. III.
GREPPI e SEMENZA. Haematologica, 1931, fasc. I.
HOLST. Acta Med. Scand., 1927, 26, 469.
LEDERER. Am. Journ. Med. Sc., 1925, 2, 500; 1930, 1, 229.
SEYDERHELM. Klin. Woch., 1924.

STUDI RIASSUNTIVI

Istituto di Patologia Speciale Medica e Metodologia Clinica
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
Direttore inc.: Prof. P. INTROZZI.

Le complicazioni delle brucellosi.

Dott. ANGELO BASERGA, aiuto inc. e docente.

È nozione comune a tutti i medici che le brucellosi non decorrono sempre colla semplice sintomatologia di una febbre ondulante, di una ipertermia irregolare sudorale splenomegalica, ma che talvolta possono essere accompagnate dalle più diverse complicazioni a carico dei vari organi ed apparati. Non tutti i medici però hanno sempre presente l'estremo polimorfismo di queste complicazioni e la loro eventuale gravità, nè la descrizione di tali quadri è sempre completa anche nei trattati più recenti: e certo — specie nelle aree in cui solo da poco tempo è stata riconosciuta l'esistenza di una endemia brucellare locale — molti di questi casi più gravi sfuggono ancora alla diagnosi. Questo misconoscimento diagnostico è ora più dannoso, in quanto — per merito delle scuole italiane di Veratti, di Ferrata e sopratutto per l'opera di Di Guglielmo — possediamo alfine nella vaccinoterapia specifica endovenosa un metodo prezioso di cura della brucellosi.

Credo perciò utile esporre in una breve sintesi il quadro delle varie complicazioni delle brucellosi, basandomi anche sull'esperienza personale raccolta in una zona di intensa endemia di br. melitense, quale quella della Sicilia Orientale. Le osservazioni personali che vengono riferite in questo studio d'insieme riguardano 32 casi con gravi complicazioni, oltre a numerosi altri con complicazioni meno preoccupanti (1).

APPARATO CIRCOLATORIO.

Cuore. — La brucellosi può colpire il cuore, tanto sotto forma di miocardite che di pericardite: però la prima eventualità è rarissima, almeno come sindrome clinicamente ben costituita (mentre lievi quadri di alterazioni miocardiche banali possono osservarsi nelle forme ad impronta violentemente setticemica), e la seconda è del tutto eccezionale.

Relativamente più nota è l'endocardite che si sviluppa per lo più in casi gravissimi e con molte altre complicazioni; nel nostro ospedale l'endocardite brucellare fu vista ad es. insorgere in un caso di brucellosi accompagnata da cirrosi epatica (caso illustrato da Pontoni) e in un caso di brucellosi setticemica con embolie e nefrite. L'endocardite è prevalentemente a sede mitrale (come nei nostri casi), ma talvolta anche a sede aortica (come in un caso della scuola di Gasbarrini).

Nel complesso, anche l'endocardite è molto rara, tolto forse che in alcune epidemie: sul mio materiale la sua frequenza era valutabile all'1,42 % dei casi ospitalizzati, e al 3,76 % delle varie complicazioni. Il vecchio aforisma del Cantaloube, che la febbre di Malta non ama il cuore, conserva ancora un certo valore pratico.

Vasi. — Nella brucellosi vi può essere tendenza all'ipotensione acuta e al collasso, ma in genere in misura non diversa che negli altri stati infettivi acuti, e non pare che esistano osservazioni dettagliate a questo riguardo.

Essa provoca talvolta delle flebiti, e rarissimamente delle arteriti, di cui un caso fu fra noi studiato dal Pontoni.

Molto più frequenti sono le manifestazioni a *tipo emorragico*. La loro patogenesi non è sempre del tutto chiarita; essa pare in prevalenza da ricondurre a fenomeni di angiopsatirosi sebbene non manchino casi a tipo trombopenico.

La loro importanza clinica è invece ben conosciuta anche per contributi delle cliniche di Firenze e di Roma, e vari Autori insistono sulla loro gravità spesso estrema (Tinti, Baugas, ecc.).

Nel loro insieme le forme emorragiche di una certa gravità rappresentano il gruppo forse più comune delle complicazioni brucellari gravi: nel mio materiale clinico esse sono decisamente al primo posto con la frequenza percentuale del 18,86 % fra tutte le complicazioni e del 7,14 % fra i casi di brucellosi ospitalizzata.

Alcune volte le manifestazioni emorragiche sono diffuse a tipo di porpora, ora di eccezionale gravità (come in uno dei tre casi di mia osservazione) altre volte invece di media intensità. Io ho osservato due casi — entrambi in ragazze — di porpora brucellare acuta febbrile, in cui noi arrivammo al sospetto diagnostico e quindi a praticare le prove di laboratorio che condussero alla diagnosi eziologica, perchè vivevamo in un ambiente in cui eravamo abituati a pensare sempre alla brucellosi nella diagnosi differenziale, ma che all'infuo

---

(1) Per indicazioni più minute vedasi BASERGA: *Aspetti clinici della brucellosi melitense.* Scuola Salesiana del Libro ed. Catania-Barriera, 1935, da cui sono tolti anche i dati statistici, elaborati su 140 casi personali, che verranno citati in questo lavoro.

ri di una zona endemica sarebbero state assai facilmente prese per porpore primitive o reumatiche. Credo che il numero di tali osservazioni aumenterebbe di molto se si prendesse l'abitudine di praticare la sierodiagnosi per brucellosi in ogni caso di porpora febbrile ad eziologia imprecisata.

Altre volte si presentano emorragie prevalentemente a carico di un singòlo organo o sistema.

Le *epistassi* sono abbastanza frequenti, in alcune epidemie pare che siano state anzi numerosissime, come in quella spesso citata di Saint-Martial in cui furono viste dai Cantaloube in circa 1/3 dei casi. Nel nostro materiale la loro frequenza fu molto minore: esse raggiunsero un'intensità rimarchevole solo nel 2,85 % dei nostri casi ospitalizzati.

Le *emottisi* furono assai spesso descritte nella letteratura, e molti vecchi AA. hanno sottolineato la possibilità che esse portino ad errori nella diagnosi differenziale colla tubercolosi polmonare. Forse furono anche scritte delle affermazioni esagerate a questo riguardo: noi abbiamo osservato quattro casi di emottisi brucellari, su 140 malati ospitalizzati di brucellosi, ma in un solo malato queste emottisi avrebbero potuto — senza le ricerche di laboratorio — creare difficoltà diagnostiche colla tubercolosi: in due casi esse erano nettamente in rapporto con gravi episodi broncopolmonari e in uno con gravi episodi emorragici generalizzati.

Enterorragie ed ematurie in corso di brucellosi sono descritte come eventualità rarissime, ma che talvolta potrebbero complicare ancor di più la già difficile diagnosi differenziale della febbre di Malta: nel mio materiale la loro frequenza potè essere valutata al 0,71 per cento le prime e all'1,42 % le seconde. Nei casi di mia osservazione personale si trattava però di episodi secondari nel corso di imponenti manifestazioni di porpora, e non di emoragie isolate.

APPARATO RESPIRATORIO.

Il medico deve tener presente che — come le altre malattie infettive, — anche la brucellosi è spesso accompagnata da qualche manifestazione patologica a carico dell'apparato respiratorio, sopratutto a tipo di bronchite, diffusa o localizzata principalmente alle basi. Come nel caso dell'infezione eberthiana, anche qui è difficile dire se questi fenomeni siano di natura brucellare propriamente detta, o se invece l'infezione melitense predisponga alle comuni flogosi delle vie aeree. La frequenza numerica di questi quadri di banali complicazioni bronchiali è di difficile valutazione statistica: sul mio materale essa è valutable al 24 % dei casi ospitalizzati, o del 32 % se si tiene conto anche delle flogosi delle vie aeree superiori. Essa pare in ogni modo alquanto meno notevole che nel tifo addominale.

La questione della natura brucellare o associata delle complicazioni polmonari diventa ancor più difficile a risolvere, se ci si riferisce alle manifestazioni più gravi di questo tipo che talvolta possono accompagnare la brucellosi. Personalmente ho potuto raccogliere in brucellotici 3 casi di polmonite, 5 di broncopolmonite, 1 di ascesso polmonare (forse il secondo della letteratura mondiale, dopo quello descritto da Hardy e collaboratori in un caso di setticemia brucellare gravissima da infezione mista di br. abortus e br. suis) e 2 casi di pleurite secca. Non è quasi mai possibile escludere in questi casi che si tratti solo di associazioni morbose: tuttavia molti fatti militano a favore dell'ipotesi che veramente la brucellosi possa qualche volta *direttamente* dare gravi complicazioni a tipo specialmente broncopneumonico. Anzitutto fu possibile in alcuni casi (anche in uno personale) riuscire ad isolare e coltivare la br. melitensis dell'espettorato. E poi l'aspetto clinico di queste manifestazioni è spesso singolare: in genere la loro regredibilità rapida e lo stato generale non gravissimo per quanto allarmante contrastano con l'estensione del processo broncopneumonico, e coll'intensità della dispnea. Anche radiologicamente questi focolai broncopolmonari hanno un aspetto « sui generis ».

Introzzi, nelle sue comunicazioni recenti al congresso di Siracusa della Ass. Naz. Fasc. per la lotta contro la Tub. e alla Società Medico-Chirurgica di Catania ha ampiamente riassunti i caratteri clinici peculiari di queste forme.

Alcune rarissime volte i processi bronchiali si possono localizzare agli apici, e simulare così anche il reperto fisico più comune della tubercolosi polmonare, dando il quadro della così detta « tisi mediterranea ». A prescindere da questa rara eventualità (presentatasi solo in 3 casi su 140 nel mio materiale, nessuno dei quali tipico), il medico tenga presente la possibilità di polmoniti e broncopolmoniti brucellari (qualunque ne sia la vera natura). Questa possibilità è di notevole importanza pratica, perchè in molti di questi casi per il predominio dei fenomeni respiratori la malattia principale potrebbe sfuggire alle diagnosi.

La frequenza delle complicazioni polmonari

non è affatto trascurabile: esse, tra forme pure e spurie, hanno rappresentato il 13,20 % di tutte le complicazioni nella mia casistica. Pare anzi che in singole epidemie la loro frequenza sia enormemente maggiore (ad es. epidemia dell'Appennino Fiorentino studiato dal Pisani). In genere queste varietà di singoli episodi epidemici tendono ad esser spiegate con il « genio epidemico » o, con frase più moderna, con l'« organotropismo » dei vari ceppi di brucelle. La possibilità — constatata anche da noi — che le brucelle compaiano nell'espettorato e possano quindi esser diffuse coi colpi di tosse, dovrebbe — secondo noi — far tener presente in via del tutto teorica l'ipotesi della eventualità che in singoli focolai si modifichi il normale mecanismo di contagio, e possa stabilirsi un contagio diretto di melitense polmonare. Tuttavia finora manca — a nostra conoscenza — ogni dato positivo in appoggio a tale veduta.

APPARATO DIGERENTE.

Vi sono osservazioni isolate nella letteratura dei più vari processi a carico delle diverse sezioni del tubo digerente, dalle afte orali, e dai processi ulcerosi e stenosanti dell'esofago alle appendiciti in brucellotici: di queste ultime sono note almeno quattro osservazioni, una del Bitrolf, una del Simpson, una del Favre e una personale. La rarità estrema di queste condizioni non permette di considerare come statisticamente sicura la loro natura brucellare, e lascia sussistere il dubbio che si tratti di pure associazioni e coincidenze.

Le manifestazioni più comuni delle brucellosi a carico dell'apparato digerente sono invece rappresentate da anoressia (qualche volta anche accompagnata da nausea e vomito) e da disturbi all'alvo (per lo più a tipo di stitichezza talvolta anche con dolori colici, ma non raramente a tipo di diarrea o a tipo misto ora diarroico ora stitico). Queste manifestazioni sono così frequenti da dover essere considerate non come complicazioni ma come sintomi del quadro tipico della malattia; esse colpiscono, come risulta dalla media dei miei dati e di quelli della letteratura, circa la metà dei malati.

Fegato. — La brucella è dotata di spiccato epatotropismo, e l'ingrandimento di questo viscere rappresenta uno dei pochi dati obbiettivi frequentemente rilevabili in questa malattia. Spesso le alterazioni epatiche acquistano anche un significato clinico a sè stante: nel mio materiale il 2,85 % dei casi presentarono delle gravi epatiti, e l'1,42 % delle manifestazioni itteriche. Non ostante la loro rarità, vanno soprattutto tenute presenti le sindromi di ittero infettivo da localizzazione epatica del germe, secondo la definizione datane da Tinti e da Signorelli, forme che potrebbero talora trarre in inganno, facendo pensare anche al morbo di Weil. Va pure ricordato che spesso sono stati visti dei rapporti tra alcuni casi di cirrosi epatiche e la brucellosi. In genere pare, secondo Redaelli e anche secondo due casi di osservazione personale, che l'infezione brucellare aggravi e acceleri i fenomeni cirrotici preesistenti.

Nella letteratura esistono anche osservazioni, per lo più antiche, di ascessi epatici da brucellosi e di colecistiti e angiocoliti della medesima natura: la loro frequenza deve essere però minima e noi non ne abbiamo visto nessun caso.

Milza. — L'ingrossamento — talvolta anche molto cospicuo — della milza è la regola nel corso della brucellosi, e non trova perciò posto nell'elenco delle complicazioni. Vanno invece qui ricordati i non rari fatti perisplenitici, che spesso si rivelano clinicamente con dolori alla regione splenica.

RENI E VIE URINARIE.

L'affermazione spesso ripetuta che la brucellosi risparmi il rene, è falsa. Anche nella brucellosi come nelle altre malattie infettive, si hanno con notevole frequenza almeno delle albuminurie febbrili (nel 30,7 % dei casi ospedalizzati della nostra casistica); e talvolta si possono avere delle nefropatie vere e proprie, per lo più a tipo di glomerulonefrite, talvolta anche emorragica (dato il frequente carattere emorragico delle melitensi gravi). Nel mio materiale le nefropatie brucellari pr. dette, invece di essere del tutto eccezionali come fu affermato ad es. dal Bucco, hanno rappresentato la 5ª complicazione in ordine di frequenza venendo dopo solo alle complicazioni emorragiche, nervose, respiratorie e vertebrali. La loro frequenza venne da me valutata al 9,40 % di tutte le complicazioni, e i casi con nefropatia rappresentarono il 3,57 % delle brucellosi ospitalizzate. È bene tener presente che in alcuni casi (anche in due osservazioni personali) la sintomatologia urinaria fu così precoce e notevole che la diagnosi posta dal sanitario che per primo vide il caso fu appunto quella di nefrite e il riconoscimento della brucellosi fu fatta solo in un secondo tempo.

È stata richiamata l'attenzione su episodi di cistite e di anuria in brucellosi; e io stesso ebbi ad osservarne alcuni casi. Ma la loro fre-

quenza molto scarsa, non superiore a quella media in ogni gruppo di malattie infettive, non permette di assegnare alcun valore di complicanze specifiche a tali fenomeni morbosi concomitanti.

Apparato genitale.

L'unica complicazione della melitense che meriti di essere conosciuta è l'orchite: *rarissima in Sicilia*, dove però era stata riconosciuta già dal Tommaselli, essa pare effettivamente molto più frequente in altre aree epidemiche. Almeno, nella letteratura vi sono delle descrizioni di focolai epidemici in cui le orchiti brucellari si sarebbero presentate persino con la frequenza del 20 %.

Noi abbiamo raccolto anche un caso di impotentia con regressione a guarigione avvenuta in un uomo di 43 a., e almeno un caso analogo era già stato descritto dal Löffler. Ma le osservazioni di questo genere sono troppo rare per esser considerate dimostrative. Anche le poche osservazioni raccolte nella letteratura su complicazioni dell'app. genitale femminile e di aborti di natura brucellare anche nella specie umana (queste ultime molto importanti da un punto di vista teorico) non paiono ancora sufficientemente dimostrative.

Sistema osseo ed articolare.

I dolori vaganti osteo-articolari sono frequenti in tutte le malattie febbrili: essi sono frequentissimi nella brucellosi, tanto da acquistare anche un certo valore diagnostico. Nelle brucellosi in un numero di casi abbastanza cospicuo queste manifestazioni si fanno notevoli, e si può parlare di complicazioni articolari, a tipo artralgico o artritico. Queste complicazioni articolari possono essere ora a tipo diffuso, ora a tipo prevalentemente mono- o biarticolare. Nella mia casistica le sedi preferibilmente colpite da processi artralgici in melitensi si dispongono nel seguente ordine (in senso di frequenza decrescente):

Articolazione del ginocchio
Articolazione della spalla
Piccole articolazioni della mano
Articolazione tibiotarsica
Articolazioni intervertebrali
Articolazione del gomito
Articolazione del polso
Articolazione coxo-femorale
Piccole articolazioni del piede.

Ma se le artralgie o le modiche artriti brucellari sono frequenti, le vere artropatie brucellari a tipo poliartritico sono piuttosto rare (il 0,71 % dei casi ospedalizzati da me studiati).

La loro esistenza deve tuttavia esser nota al medico, anche per la facilità di errori diagnostici che queste forme possono provocare: io stesso ho potuto vedere casi, rivelatisi poi come melitensi con poliartrite, etichettati in principio per reumatismo articolare acuto, e viceversa casi di reumatismo articolare acuto, in cui, anche sulla base di qualche agglutinazione aspecifica a basso titolo, la prima diagnosi posta era stata quella di melitense. Volendo tentare di dare alcuni capisaldi diagnostici differenziali della poliartrite brucellare col reumatismo articolare acuto, crederei che in linea del tutto generale possano valere i seguenti criteri:

1) le manifestazioni articolari insorgono dopo un periodo più o meno lungo di ipertermie senza manifestazioni articolari;

2) il decorso della febbre mostra minor dipendenza dal decorso delle manifestazioni articolari;

3) i sintomi obbiettivi locali sono in genere più scarsi;

4) spesso le manifestazioni a carico di singole articolazioni persistono molto più a lungo;

5) non del tutto eccezionalmente si hanno anche delle localizzazioni spondilartritiche;

6) il manifestarsi di endocardite, per quanto possibile, è eccezionale;

7) spesso si osserva spleno- ed epatomegalia.

In alcuni casi poi le brucelle possono essere non solo artrotrope ma anche osteotrope. Come e più che nel tifo, sono state descritte da varie parti delle osteomieliti melitensi; Botreau, Roussel e Huard riferirono di una lunarite melitococcica avente simulato un tumor bianco del polso, Cuatrecasas e Garcia-Tornel parlarono perfino di fratture spontanee probabilmente di natura brucellare. Ma le lesioni scheletriche brucellari più importanti sono le vertebrali. Questo « spondilotropismo » deve essere realmente una proprietà del germe: è curioso ricordare che i veterinari americani (Feldmann, Olson) sul materiale dei grandi abbattitoi del West hanno riscontrato anche nei maiali delle spondiliti dovute alla brucella suis. Queste lesioni vertebrali di natura brucellare sono tutt'altro che rare: la nostra letteratura è ricca di osservazioni di questo genere. Sul materiale catanese da me rielaborato, le complicazioni vertebrali (ossee ed articolari) furono la 4ª complicazione per ordine di frequenza, venendo dopo solo alle

complicazioni emorragiche, nervose e polmonari, e rappresentando il 13,20 % di tutte le complicazioni, e il 5 % di tutti i casi ospitalizzati. Tali cifre sono certo superiori all'incidenza reale di queste complicazioni, per il fatto che, trattandosi di forme lunghissime e preoccupanti, questi malati vengono molto più facilmente indirizzati anche dal contado per il ricovero ospitaliero in città. Ma per quanto queste cifre possano essere un po' ridotte, rimangono sempre indicative di una frequenza notevole. Come corollario pratico se ne deduce che in ogni caso di sospetto morbo di Pott, si deve fare la diagnosi differenziale con le spondilopatie brucellari. È molto probabile che nelle zone a endemia brucellare la maggior parte di queste spondiliti siano realmente finora andate confuse con i morbi di Pott tubercolari, e che questa confusione si farà ancora fino a quando non si sarà richiamata l'attenzione di tutti i medici sul facile spodilotropismo delle brucelle. E siccome la diagnosi differenziale puramente clinica è spesso ardua, si deve concludere che in ogni caso di spondilopatia in zona endemica brucellare (e tali zone si estendono sempre più) si deve sempre praticare almeno la sierodiagnosi per le brucelle.

Clinicamente, il tipo di storia più frequente in questi casi è il seguente: i pazienti raccontano di avere avuto nei mesi precedenti, talvolta anche a distanza di otto-dieci mesi una, due o più ondate febbrili, la cui natura brucellare ora fu diagnosticata, *ora no*. In coincidenza per lo più con una nuova ripresa termica, cominciano a comparire dei dolori alla colonna che si differenziano dalle rachialgie banali tanto comuni nella melitense per il loro carattere di fissità e il loro aggravarsi con i movimenti. A questo punto è spesso già possibile il sospetto diagnostico, ma l'indagine radiologica può risultare ancor negativa. In seguito la sintomatologia si fa più grave, la lesione può lentamente evolvere verso un ascesso ossifluente, che talvolta si svuota poi all'esterno in un punto lontano (nella fossa iliaca destra nel caso di Signorelli); altre volte compaiono lesioni nervose da compressione (osservazioni personali). La diagnosi anatomica diviene a questo punto facilissima, però il processo generale può ormai essere già molto regredito, la milza magari ridottasi di nuovo, e gli stessi episodi febbrili ondulanti sono talvolta già dimenticati dal paziente, per cui la diagnosi di natura può sfuggire. Altre volte la lesione è invece di tipo artritico: questi casi possono simulare tutti i vari tipi di artriti croniche vertebrali. A meglio mostrare quale spiccato tropismo vertebrale possono avere le brucelle, ricorderò qui un caso personale di una donna di 56 a. presentatasi una prima volta a noi con una rara forma tipica di poliartrite brucellare e che già presentava allora anche dolori alla colonna. Questa donna, dimessa come guarita nel luglio, ritornò poi nel novembre con una forma ora unica di spondilartrite, che richiese nuove cure prolungate.

SISTEMA NERVOSO.

Le complicazioni nervose della melitense sono forse le più interessanti di tutte. Note da molto tempo, sono state in questi ultimi anni molto meglio studiate e molto probabilmente la conoscenza del loro quadro non è ancora completa. Forse l'A. che meglio le ha illustrate è il Roger il quale si è creduto in diritto di creare con esse un capitolo della patologia a sè stante, il capitolo delle neuromelitococcie.

Noi seguiamo la classificazione che di queste diverse forme diede il Roger in un articolo comparso sulla *Presse Médicale* del 1932, e che costituisce un'utile messa a punto del problema.

Il primo gruppo comprende le *complicazioni cerebrali*, a tipo di disturbi psichici o somatici.

Tra i fenomeni a tipo psichico, si tratta ora di semplici fatti di delirio o di disorientamento tutt'altro che rari — come nelle altre malattie infettive — nei periodi fortemente iperpiretici della brucellosi (29 casi personali di notevoli disturbi dell'orientamento, di cui sette con vero delirio, in un caso anzi per sette giorni continui).

Altre volte invece — sebbene raramente — potrebbero insorgere delle vere psicosi brucellari, talora anche in periodo tardivo (osservazioni dell'Axisa, del Cantani, del Roger, del Nouvillas ecc.; nessun caso personale, però sappiamo che anche nel nostro stesso ambiente epidemiologico furono osservati casi analoghi, non ancor descritti).

Tra i fenomeni a tipo somatico furono viste forme encefalitiche e forme emiplegiche. Il Rozies ha un'osservazione del primo genere e Durant e Cottes ne hanno una del secondo. Queste due forme rappresentano eventualità molto rare: nel materiale di 140 casi ospitalizzati che ci è servito per il nostro studio negli aspetti clinici della brucellosi melitense, abbiamo potuto raccogliere solo un'osserva-

zione che si avvicini a ciascuna di queste due sindromi, per la prima un caso a tipo misto meningo-encefalitico in un giovane di 24 a., e per la seconda un caso pure in un giovane di 23 a. in sesto mese di malattia, inoltre con nefrite ed endocardite, in cui l'emiplegia con ogni verosimiglianza era da ricondurre a embolia dall'endocardite. Questi casi furono entrambi illustrati più ampiamente da Signorelli.

Il secondo gruppo del Roger comprende le localizzazioni *midollari*. Di esse l'A. francese fa ancora tre sottogruppi:

una forma con paraplegia flaccida, a decorso rapidamente mortale (come in un caso di Picard);

una forma con paraplegia spastica e con insorgenza per lo più tardiva, meno maligna della prima forma (osservazioni del Rozies e del Lauze);

infine una forma di reazione midollare discreta, con piccoli sintomi piramidali osservati nel corso delle meningo-radicolo-nevriti o delle spondiliti melitococciche.

Noi non abbiamo mai osservato casi dei primi due tipi, certo eccezionalmente rari. Secondo noi sono ancora necessarie più numerose e più documentate osservazioni perchè l'esistenza di queste sindromi possa venir ammessa con sicurezza nel quadro della neuro-melitococcia. Fra le lesioni midollari sintomatiche di altri processi, ricordiamo invece di avere anche noi visto un caso con accenni di paraparesi spastica con esagerazione clonica dei riflessi tendinei in un uomo di 30 a. con spondilite e ascesso ossi-fluente brucellare.

Il terzo gruppo comprende le *localizzazioni radicolari e nevritiche*. Roger enumera in questo gruppo una vasta serie di quadri, alcuni dei quali molto gravi, come una sindrome diffusa meningo-radicolo-nevritica, una sindrome di polinevrite grave, sensitiva-motrice o più frequentemente prevalentemente motrice. Siamo però sempre nel campo della rarità che abbisognano di ulteriori studi e osservazioni: un caso analogo di polinevrite sensitivo-motrice è stato recentemente visto da noi, e sarà illustrato a parte da Spadaccini. In questo gruppo, le sindromi più frequenti e veramente importanti anche nella nostra casistica sono le nevriti periferiche.

Fra queste predomina di gran lunga la *sciatica*. La sua frequenza è certo enorme, anche se possono parere un po' elevate le percentuali del 16,4 % (25 su 152) data del Cantaloube e del 13 % (6 su 36) data dal Goiny.

Nel nostro materiale le sciatiche ritenute a tipo nevritico primitivo rappresentano il 2,85 per cento dei casi ospitalizzati, o il 6,43 % se si comprendono anche le sciatiche sintomatiche di lesioni ossee o articolari vertebrali. Le *sciatiche brucellari rappresentarono complessivamente quasi il* 17 % *delle complicazioni* da me osservate.

Queste sciatiche solo eccezionalmente possono essere il primo sintomo, insieme con una ondata febbrile sudorale, che attiri l'attenzione del malato (Baugas). Quasi sempre appaiono in un periodo tardivo, dopo 5-6 mesi e anche più dall'infezione, talvolta in coincidenza con una recrudescenza della febbre e della fenomenologia infettiva, *talvolta no*. La loro sintomatologia e il loro decorso, spesso lungo e con strascichi, magari ancor con reliquati di dolori recidivanti ad ogni strapazzo anche dopo anni, sono molto simili a quelli delle così dette sciatiche primitive.

Appunto per questa somiglianza clinica e per il loro frequente insorgere spesso a distanza dell'episodio febbrile, crediamo che la ragione per cui questa forma che si rivela ora così frequente, fu così raramente descritta in passato, sia appunto quella che la grande maggioranza dei casi veniva compresa nel grande gruppo delle sciatiche cosidette idiopatiche. Come e più ancora che per le porpore e le spondiliti, bisogna secondo noi educare i medici delle zone a endemia a far praticare sistematicamente la sierodiagnosi per brucellosi in ogni caso di sciatica, anche non febbrile, a eziologia ignota.

La brucellosi può dare, oltre la nevrite sciatica anche tutte le altre nevriti. Noi abbiamo osservato nevriti del trigemino e brachiali: ci è pure noto un caso con paralisi del mediano.

Nella letteratura abbiamo raccolto descrizioni di nevriti intercostali, radiali, casi con paralisi del velo pendulo, dell'oculo-motore esterno, con nevriti ottiche, labirintiche, ecc.

L'ultimo gruppo di Roger infine contempla le localizzazioni *meningee*. Parrebbe, secondo gli studi di Roger, Lagriffoul e Mestrezat, che in molti melitensi vi siano delle alterazioni del liquor anche in assenza di sintomatologia clinica. Inoltre si osservano spesso delle reazioni meningee nel corso di localizzazioni melitococciche vicine, ossee o nervose. Ma sopratutto la brucellosi può essere causa di meningismi e di vere e proprie meningiti. Queste complicazioni hanno per lo più un decorso meno infausto delle meningiti di altra natura e spesso molti casi tendono a confondersi colle cosidette meningiti linfocitarie benigne; tuttavia

costituiscono sempre un grave quadro e formano forse la più preoccupante complicazione della melitense. Per di più la loro frequenza è notevole (il 2,13 % dei nostri casi ospitalizzati), per cui questo quadro deve essere sempre tenuto presente dai medici.

Infine, sono state descritte anche forme di meningiti brucellari sierose circoscritte del midollo (aracnoiditi spinali: Noto, Buscaino).

Concludendo *le brucellosi hanno grande tendenza a dare lesioni nervose.* È possibile anzi che le brucellosi abbiano una parte non del tutto indifferente — almeno in certi paesi — nell'eziologia di molte di quelle lesioni a tipo infettivo a causa ignota, di cui è così ricca la neuropatologia.

La difficoltà diagnostica è aggravata dal fatto che spesso — a differenza delle altre complicazioni — queste hanno un'insorgenza assai tardiva, quando i fatti generali tendono già a scomparire. È stata accennata — specialmente da AA. provenzali — la possibilità che insorgano delle complicazioni nervose brucellari « ultratardive » cioè a distanza di due, tre, quattro anni dopo una melitense, possibilità questa che va tenuta presente, sebbene non pare che sia stata ancora esaurientemente dimostrata.

* * *

Abbiamo così tentato di dare un quadro delle più importanti complicazioni delle brucellosi, seguendo i principali organi ed apparati: abbiamo fatto ciò riassumendo i dati della letteratura, e utilizzando per questa descrizione anche i dati di 32 casi personali di brucellosi gravemente complicate su un totale di 140 casi ospedalizzati per brucellosi (1).

Ci siamo fermati solo sui quadri principali, trascurando molte altre complicazioni di minore importanza. Di fronte a molte osservazioni della letteratura è bene però ricordare di non confondere le complicazioni morbose con le associazioni morbose: l'osservare ad es. una colecistite in un brucellotico non significa senz'altro che la colecistite sia di natura brucellare. Le associazioni morbose della brucellosi con altri processi intercorrenti costituiscono un capitolo del più alto interesse clinico. Lo scrivente ad es. si è trovato molte volte di fronte a quadri dei più intricati in casi di malarici cronici male guariti che ammalavano di brucellosi, e viceversa. Ma si tratta di un altro capitolo della patologia, a sè stante e ben diverso da quello delle complicazioni della stessa natura.

Perchè una lesione sovrapposta possa essere considerata della stessa natura della malattia principale, nel nostro caso la brucellosi, noi seguiamo i seguenti criteri:

anzitutto un criterio statistico, la frequenza ben maggiore di un determinato tipo di manifestazioni in un gruppo di brucellotici che non in un gruppo equivalente di altri malati;

in secondo luogo un criterio clinico, la dipendenza netta dell'insorgenza del fenomeno secondario dalle fasi della malattia brucellare;

in terzo luogo un criterio batteriologico, l'isolamento delle brucelle dell'organo malato: criterio però anche questo di valore non assoluto, in malattia setticemica come è la brucellosi, (il criterio sierologico dell'eventuale comparsa di agglutinine in un liquido organico, ad es. nel liquor in un caso di meningite supposta brucellare è di un valore ancor più malsicuro);

in quarto luogo possiamo parlare ora anche di un criterio terapeutico, quando la terapia che influenzi specificamente le manifestazioni generali della brucellosi, influenzi anche i fatti locali.

Non tutti i casi, della letteratura e personali, in cui si ritenne la natura brucellare delle singole manifestazioni, sono suffragati da tutti questi criteri; ma una certa parte lo è; e questa parte (e tra essa mettiamo sopratutto le forme emorragiche e ischiatiche per il criterio statistico) è sufficiente a persuadere anche il più critico dei medici della reale esistenza di proteiformi manifestazioni della brucellosi, e della necessità che il medico sempre meglio conosca tutti i quadri di queste malattie. Possiamo ormai dire che nella patologia di ogni organo, accanto ai capitoli delle forme tubercolari, delle forme luetiche, delle forme micotiche, si deve cominciare a mettere anche il capitolo delle forme brucellari.

RIASSUNTO.

L'A. fa una breve descrizione di insieme delle complicazioni brucellari più gravi o più frequenti, basandosi oltre che sui dati della letteratura, anche su 32 osservazioni personali di brucellosi gravemente complicate.

(1) I casi personali sono con ogni probabilità da ritenere di brucellosi da br. melitensis, provenendo da una zona di classica endemia melitense, caprina. Tra i dati della letteratura, abbiamo invece riportato insieme tanto quelli riferentisi a forme da br. melitensis che quelli riferentisi a forme da br. abortus, perchè non paiono ancora dimostrate delle notevoli differenze cliniche fra i diversi tipi di brucellosi. Vedi a questo proposito: Baserga: *In tema di diagnosi differenziale clinica tra le diverse forme di brucellosi.* Riv. San. Sic. 1° aprile 1936, pagg. 357-363.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

La stasi duodenale cronica paralitica.

(DUCUING e FABRE. *Arch. App. Digestif*, giugno 1936).

L'esistenza di casi di stasi duodenale è nota da tempo: essa fu individuata prima dalla clinica, poi dimostrata al tavolo anatomico, infine riconosciuta nel vivente dalla radiologia. Finora però si ritiene che la « stenosi meccanica » costituisca la causa di tutte le stasi duodenali.

Gli AA. si occupano invece in un brillante lavoro clinico, delle « false stenosi » sottovateriane, che costituiscono la causa della stasi duodenale detta essenziale. Scopo degli AA. è di precisare il problema ancora così vago delle stasi sottovateriane funzionali. È questa una condizione morbosa che secondo gli AA. sarebbe rara solo apparentemente, in quanto che essi ne videro molti casi, dopo che ebbero diagnosticato il primo. Nel lavoro riferiscono 5 delle loro osservazioni più dimostrative. Semeiologicamente bisogna distinguere, in questa nuova sindrome: 1) *i segni comuni a tutte le stasi sottovateriane*, 2) *i caratteri speciali della stasi funzionale*.

Tra i primi: l'astenia e i segni di dispepsia che sono i più vari. Questi falsi gastropatici soffrono di dolori estremamente variabili di sede e di tipo. Sono affatto periodici, non si irradiano, resistono a qualunque terapia.

Il vomito è costante, abbondantissimo, biliare.

Il p. dimagra rapidamente e profondamente.

Nella stasi funzionale sottovateriana l'esame radiologico dà: dilatazione cospicua della seconda e terza porzione, netto nistagmo, movimenti peristaltici meno intensi che nella stenosi vera. La stasi permane in decubito ventrale, è quindi escluso l'intervento della pinza aortomesenterica. Non segni di lesione organica: domina la deformazione voluminosa e persistente del ginocchio inferiore. Sono frequenti segni contemporanei di « disergia ileocecale ». Dal punto di vista anatomopatologico è caratteristica la mancanza di ostacoli organici e l'*adenopatia* delle ghiandole juxtaduodenali, di natura infiammatoria semplice.

Gli AA. ritengono che accanto alle peritoniti fruste, locali, finora a torto poco considerate, di origine *focale*, abbiano importanza fondamentale i fattori nervosi: sono i disturbi neurosimpatici, che costituiscono la base patogenetica della stasi duodenale cronica senza base organica.

I risultati della cura atropinica (totalmente negativi) fanno pensare che si tratti di una stasi paralitica.

Dal punto di vista curativo a parte cure mediche con sondaggi ripetuti, onde corte, NaCl ipertonico endovenoso, gli AA. consigliano nei casi ostinati l'intervento chirurgico, in forma di duodeno-digiunostomia. M. COPPO.

Le coliti ulcerose gravi non amebiche.

(V. DALL'ACQUA. *Archivio Italiano delle Malattie dell'Apparato Digerente*, luglio 1936).

I sintomi clinici delle coliti, completati dai risultati delle ricerche coprologiche e batteriologiche, bastano nel più dei casi, a fare una diagnosi generica e talora anche a stabilire la natura della lesione. L'esame radiologico permette di precisare la sede e l'estensione del processo infiammatorio, le complicazioni e financo la gravità. Il fondamento della diagnosi radiologica di colite si basa sulle alterazioni strutturali macroscopiche presentate dalle superfici interne. A seconda della entità del processo flogistico, le alterazioni mucose nelle coliti si distinguono in lievi o gravi.

Nelle *coliti lievi* vi è turgore della mucosa, iperemia ed edema della sottomucosa, ipertonia della muscolare. Radiologicamente: pieghe ingrossate e ridotte di numero che intrecciandosi danno un disegno disarmonico; il rilievo è tenue, sbiadito.

Nelle *coliti gravi* l'iperemia e l'imbibizione edematosa raggiungono gradi molto elevati: il lume è ridotto per la procidenza di cuscinetti di mucosa tumefatta e per lo spasmo delle tuniche muscolari. Vi sono inoltre ulcerazioni ed escare rilevate che danno alla mucosa l'aspetto di « scorza d'albero screpolata e coperta di muschio ». Le ulceri possono essere piccole e rotonde oppure grandi e sinuose.

In conseguenza delle varietà dei quadri anatomici le immagini radiografiche sono molteplici e variabili. Ciononostante l'A. fornisce alcune descrizioni schematiche della maggior parte degli aspetti osservabili.

Il sale di contrasto che si insinua nelle fessure esistenti fra i cuscinetti di mucosa ipertrofica, descrive ombre *a striscia* od *a nastro*, sottili ed aguzze o tozze e grossolane. Quando i cuscinetti di mucosa tumefatta sono spessi e distanziati, si formano imagini a sbarre trasversali, rigide « a cassettoni sovrapposti ». Se l'infiltrazione edematosa è intensa e diffusa, si ha quell'aspetto che l'A. chiama di « un terreno erpicato di fresco » e quando l'infiammazione evolve verso la forma difterica, appare un quadro radiologico di « nastro a brandelli ».

L'A. affronta quindi il problema molto importante della possibilità della dimostrazione radiologica delle ulcere. Egli è di opinione che ulcere non specifiche, quando sono di piccole dimensioni ed isolate non possono essere individualizzate con sicurezza perchè superficiali, pianeggianti ed a margini poco o nulla in-

filtrati. In presenza invece di gravi alterazioni colitiche, egli ha visto che il crasso presenta delle irregolarità marginali molto pronunziate (sbavature dei contorni colici). Non è però ancora possibile dire con sicurezza se queste « sbavature » debbano considerarsi come ulcere lenticolari oppure come aspetti tipici di una mucosa intensamente flogosata. Passa quindi a considerare le forme di coliti specifiche con forte tendenza a formazione di ulcere e cioè le forme tubercolari e luetiche.

La tubercolosi del colon predilige i segmenti prossimali ed in particolare il cieco-ascendente; la sede primaria della lesione sono le placche del Payer. Vanno distinte due forme: ulcerosa e fibro-plastica. Nelle forme ulcerative il fondo cecale può perdere la sua forma tipica a cul di sacco ed assumere un aspetto cuneiforme con punta acuta o smussa, con margini rettilinei o seghettati. Nelle forme iperplastiche si possono avere lacune di mancato riempimento ed allora non è sempre possibile la diagnosi differenziale con i neoplasmi. Le pliche possono apparire ipertrofiche, rigide, rarefatte o formare un reticolo irregolare a larghe maglie. L'A. ritiene che come per le altre varietà di coliti, anche per le forme tubercolari, non vi siano quadri radiologici di alterazioni del rilievo mucoso, caratteristici.

Le alterazioni luetiche del colon, a sede retto sigmoidea, sono state di rado osservate radiologicamente. I contorni delle zone infiltrate sono netti, i tratti stenotici imbutiformi, le alterazioni della mucosa caratteristiche.

Nel linfogranuloma di Nicolas-Favre le pareti rettali sono interessate secondariamente: col clisma opaco si riesce a mettere in evidenza alterazioni del lume colico, rigidità delle pareti, deformazioni dei contorni, dai quali in presenza di fistole, si ramificano ombre nastriformi, tortuose di aspetto variabile.

L'A. tratta poi dell'andamento delle ulcere intestinali una volta cessata l'azione dell'agente tossi-infettivo. Se è stata distrutta solo la mucosa e sottomucosa, si formano cicatrici liscie, non stenosanti; se è stata interessata anche la muscolare si hanno cicatrici più o meno stenosanti.

Il protrarsi della colite inoltre può determinare una abnorme proliferazione di isolotti epiteliali che conduce alla formazione di una pseudopoliposi infiammatoria caratterizzata radiologicamente da un aspetto granuleggiante, a piccole foveole, della superficie mucosa.

Modificazioni qualitative e quantitative del secreto intestinale ed anomalie motorie del colon. — L'aumento del muco appare sul radiogramma come una « granulosità del disegno di superficie », che non deve essere confusa con quella della pseudopoliposi. L'eccesso di liquido e le modificazioni qualitative di esso rendono difficile l'adesione del sale baritato e giocano un ruolo importante per la dimostrazione del rilievo. L'A. insiste sul fatto che nel corso delle coliti, ottenere l'immagine del rilievo interno, richiede maggiori difficoltà che in un colon normale, sia usando sospensioni colloidali di torio che sali di bario.

Le coliti si accompagnano abitualmente ad ipertonia delle pareti diffusa o segmentaria, mentre rare sono le dilatazioni atoniche. Il tono ed il dinamismo colico si esplora radiologicamente col pasto per os o col clisma opaco.

L'esaltamento della contrattilità è messo in evidenza da una accelerazione del progredire del pasto opaco. Se il processo flogistico è circoscritto, l'ipercinesi si manifesta soltanto a livello della zona lesa che viene superata precipitosamente dal bario. Nella atonia il lume colico è dilatato, la progressione del bario rallentata, la colonna opaca discontinua, con aspetto chiazzato.

Col clisma opaco nella ipertonia la colonna opaca risale con difficoltà, nella atonia invece il crasso si lascia ampiamente distendere con scarsa formazione di haustra.

F. VICENTINI.

REUMATISMI.

Le forme tifoidee del reumatismo di Bouillaud.

(A. M. RECORDIER e G. DUMON. *Marseille médical*, 25 febbr. 1936).

Da tempo si è venuta notando una regressione delle forme classiche della malattia reumatica di Bouillaud ed un aumento delle forme fruste ed atipiche, che per alcune regioni della Francia arriverebbe al 75 %.

Gli AA. riferiscono il caso di una ragazza di 15 anni affetta da una malattia ad andamento simile a quello di una febbre tifoide, ma ad esami batteriologici e sierologici negativi. Assenza completa di artralgie; pertanto, la presenza di segni di endocardite ha indotto gli AA. a somministrare il salicilato di sodio che portò in breve tempo la caduta della febbre per lisi.

Dalle descrizioni date da altri autori di forme tifoidee della malattia di Bouillaud, risulta che esse hanno un andamento del tutto frusto: fenomeni generali abbastanza importanti, ma talvolta febbre soltanto sui 38°,5; stato intestinale senza grande gravità; generalmente la diagnosi si fa per la presenza di un'artralgia discreta.

Talvolta, invece, sono presi i polmoni, la pleura, il peritoneo, il che svia la diagnosi nel senso di una tubercolosi acuta o subacuta, di un'appendicite; e non è che il fatto che sono colpiti il cuore o le articolazioni che fa porre la diagnosi.

La diagnosi fra le due malattie è, in un certo senso, abbastanza delicata. Come nella malata degli AA., prima della comparsa dei soffi

di endocardite, vi sono dei segni che possono indurre in diffidenza. Però, generalmente mancano le roseole, la prostrazione è lieve, gli esami di laboratorio sono negativi, sicchè si deve cercare altrove la causa dello stato morboso. È in tali casi che l'interpetrazione di alcuni segni talora spurii a cui non si aveva prestata attenzione, permette di indirizzare sulla via della diagnosi. Piccoli dolori articolari, dei segni pleurici o polmonari, delle nodosità sottocutanee, uno sfregamento pericardico, una endocardite, talora fugace possono costituire un prezioso aiuto e consigliare l'uso del salicilato.

In qualche altro caso, è una recidiva tipica che permetterà la diagnosi retrospettiva.

Le cose si complicano per il fatto che esistono delle forme articolari della tifoide, nozione che non si deve dimenticare per non cadere nell'errore opposto, e prendere una tifoide autentica per una malattia di Bouillaud con segni generali predominanti e localizzazioni articolari fruste.

Queste forme infettive della malattia reumatica appaiono ben lontane da quella tipica e l'esistenza di localizzazioni atipiche può fuorviare notevolmente il giudizio, tanto più che le diagnosi differenziali che si possono presentare sono numerose secondo il momento dell'evoluzione. È soprattutto ai piccoli segni che si dovrà badare, specialmente se uniti a qualcuno dei più tipici (cardiaci).

Le cause di queste forme anormali possono ricercarsi nel terreno individuale e nelle possibili modificazioni del virus. Sembra che le forme abarticolari della malattia reumatica si presentino in modo particolare nei giovani, al limite fra la seconda infanzia e l'adolescenza che potrebbero forse reagire in modo diverso alla infezione reumatica.

D'altra parte, l'enorme consumo che si fa di aspirina potrebbe avere in qualche modo modificato il potere patogeno del virus e quindi le manifestazioni della malattia.

La terapia sarà, naturalmente, a base di salicilati, con dosi variabili secondo l'età e la tolleranza dell'individuo. Il trattamento adatto, messo in opera precocemente non ha soltanto importanza diagnostica, ma modifica anche il pronostico, impedendo le recidive e portando talora la guarigione lenta di lesioni che sembravano definitive. *fil.*

Reumatismo e cardiopatie.

(R. Fischer. *Klin. Wschr.*, 25 luglio 1936).

Se noi ricerchiamo le idee consacrate nei nostri trattati anche moderni di medicina interna, sui rapporti fra reumatismo e cardiopatie, troviamo di solito nel capitolo sulla poliartrite reumatica acuta che la endocardite reumatica è una delle più importanti complicazioni della forma, e nel capitolo endocardite acuta troviamo che questa malattia riconosce come causa etiologica più frequente il reumatismo articolare acuto. Manca costantemente un capitolo « Reumatismo », la miocardite acuta non è che rapidamente e spesso nebulosamente accennata.

Considerata alla luce delle investigazioni più recenti, ormai molto estese e che hanno portato a conclusioni assolutamente sicure, questa sistematizzazione dei rapporti fra reumatismo e cardiopatie appare insufficiente e inesatta.

Anzitutto occorre ricordare che assai di frequente si costatano casi di cardiopatia valvolare clinicamente di tipo reumatico, nei quali l'autopsia conferma il carattere etiologico reumatico, e la cui anamnesi è assolutamente muta per quanto riguarda episodi di poliartrite acuta o di corea. Dunque bisogna accettare il fatto che si danno casi di cardite reumatica senza « reumatismo ».

D'altro lato ricerche elettrocardiografiche e anatomiche hanno ormai dimostrato che in *tutti* i casi di poliartrite reumatica esistono segni di lesione del miocardio. Ma allora ciò che comunemente viene indicato come una complicazione del reumatismo artic. ac. è un reperto costante: non si deve più parlare di *complicazione*, ma di *manifestazione*.

Riunendo ora insieme le due proposizioni su cui abbiamo adesso insistito, bisogna andare ancora più in là e concludere che « il reumatismo acuto è una infezione generale con sede primitiva e obbligata sul cuore, che interessa nella maggioranza dei casi anche altri organi (articolazioni, cervello, ecc.) ».

Accettata questa conclusione, si deve convenire che il nosografismo classico è inesatto. Il nuovo capitolo « infezione reumatica » dovrebbe portare come sottotitolo quello di « cardite reumatica » e considerare poi le varie complicazioni della forma: poliartrite reumatica, corea, irite, ecc.

* * *

Ad altre conclusioni, praticamente assai importanti, ha portato lo studio del *decorso* della cardite reumatica. Anche qui le idee classiche sono un po' troppo schematiche. Avutasi la lesione valvolare, si considerano i soliti meccanismi di compenso meccanico, e si dice che fino a che il cuore riesce a vincere l'ostacolo alla sua dinamica, la lesione è « compensata », quando il cuore cede, si ha lo « scompenso ».

Ed ecco precisamente il punto nel quale occorrerebbe tornare ad accusare di troppa brevità quel capitolo « miocardite acuta ». Una volta guariti i fenomeni acuti articolari, scomparsi i soffi più o meno organici del periodo febbrile, reintegratosi apparentemente un ottimo stato generale, il medico dimette il malato di « reumatismo articolare acuto » convinto che, anche se una breve e lieve miocardite reumatica c'è stata (« non endocardite,

perchè altrimenti i *soffi* non sarebbero scomparsi »!) tutto ormai s'è risolto e il malato è tornato in sanità perfetta. Purtroppo questo quadro così roseo non corrisponde alla realtà.

Seguendo per vari anni un gruppo di ragazzi che avevano presentato un accesso di poliartrite reumatica, e deceduti poi per cardiopatia Bland, White e Jones, trovarono segni di lesione mitralica soltanto *due* anni o più dopo l'episodio articolare acuto. Evidentemente in questo lungo periodo di tempo il processo reumatico aveva continuato la sua opera silente e nefasta nel cuore degli infermi.

Altro fatto di estremo interesse: di due casi di stenosi mitralica che hanno la stessa etiologia, che presentano in un'epoca iniziale della forma gli stessi segni ascoltatori e radiologici, l'uno evolve rapidamente verso la insufficienza cardiaca e la morte, l'altro vive portando senza inconvenienti il suo vizio per decenni. All'autopsia di ambedue i casi troviamo lesioni valvolari pressappoco della stessa entità (dunque l'ostacolo meccanico era lo stesso!) ma nell'un caso, in quello deceduto rapidamente troviamo un miocardio dilatato, flaccido, infarcito di noduli infiammatori, nell'altro un miocardio quasi normale, che presenta appena qualche antica lesione cicatriziale.

Ecco dunque l'importanza di quella trascurata « miocardite acuta » per la prognosi e il decorso dell'affezione. Nè si creda che tanto danno del cuore si manifesti con fenomeni generali gravi o imponenti. Qualunque febbre può mancare, lo stato generale può mantenersi buono a lungo, mentre il processo evolve nel miocardio: solo alcune ricerche particolari (leucocitosi, velocità di sedimentazione delle emazie, elettrocardiogramma) permettono di seguire un po' più dappresso la *evolutività* della forma.

Deduzioni pratiche: 1) ogni malato che ha sorpassato un accesso di poliartrite reumatica, anche se in apparenza perfettamente ristabilito, deve essere sorvegliato a lungo, *almeno per due anni*, e considerato e trattato come un « cardiopatico potenziale »; 2) La prognosi e il decorso del cardioreumatico sono molto più determinate dalla compromissione e dalla *evolutività* della lesione miocardica che dal grado del vizio valvolare (Laubry).

* * *

Come risultato delle ricerche cardiologiche recenti, rimane dunque stabilito che nel campo del « reumatismo » non dobbiamo dare tanto importanza alla poliartrite reumatica acuta — vampata morbosa rapidamente spegnentesi, epifenomeno di un'affezione più profonda e più grave — quanto alla cardite reumatica, nel suo aspetto subdolo, tenace, evolutivo, capace di risvegli e responsabile di disastri anche dopo mesi e anni di latenza.

Puddu.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Dal pneumotorace ipotensivo ai metodi chirurgici di detensione.

(F. Tobé. *Folia medica*, 30 luglio 1936).

Il principio fondamentale che domina tutta la collassoterapia è quello della retrattilità elettiva e spontanea delle parti malate del polmone sotto l'effetto della detensione, sia questa prodotta da neutralizzazione del vuoto pleurico (pneumotorace), da paralisi e atonia emidiaframmatica, da scollamento pleuroparietale (piombaggio), o da resezione costale.

L'A. in una Conferenza tenuta alla Société Médicale di Ginevra ricorda come attraverso l'esperienza clinica il metodo di Carlo Forlanini si sia a poco a poco trasformato, perchè alle nozioni primitive di compressione, d'immobilizzazione di tutto il polmone leso, si sono sostituite le nozioni più feconde di ipotensione, d'immobilizzazione elettiva della parte malata e di detensione polmonare.

Quale era il nostro scopo quando facevamo in passato un pneumotorace compressivo? Cercavamo d'immobilizzare tutto il polmone malato per sopprimere il traumatismo respiratorio. Ma è stato dimostrato che una pressione anche molto alta non arriva a immobilizzare il polmone sottostante, il quale nelle sue parti sane continua a subire la distensione inspiratoria. D'altronde perchè voler sopprimere la funzione delle parti sane? Si è in seguito compreso che per un corpo elastico qualsiasi, e in particolare per il polmone, lo stato di riposo è quello in cui nessuna forza interviene più sopra di esso, nè in senso distensivo nè in senso compressivo.

Cercavamo altresì afflosciando il parenchima di elidere la cavità. Osservando meglio si è potuto vedere che la guarigione delle caverne per convalescenza non può essere che eccezionale, mentre quella per restringimento concentrico costituisce la regola.

Le pleuriti erano estremamente frequenti, e non sempre utili; in molti casi l'estensione di un focolaio corticale traumatizzato dalla compressione o dalla rottura di una briglia troppo stirata, determinava la perforazione e l'infezione della pleura.

D'altra parte, le poussées controlaterali erano inevitabili quando il polmone opposto presentava delle lesioni dotate di un certo potenziale evolutivo; la compressione del polmone collabito infatti, la sua soppressione fisiologica quasi completa avevano per conseguenza la sovrattività funzionale dell'altro polmone e il risveglio delle lesioni controlaterali.

Consideriamo ora in pratica ciò che avviene quando una certa quantità d'aria è stata aspirata nel cavo pleurico. L'immobilizzazione

della parte ammalata è abituale ed immediata, se le lesioni sono abbastanza recenti per aver conservato il loro potenziale di retrazione e se non sono aderenti. Questa elettività immediata che spesso è lobare, è determinata da una contrazione atelettasica del parenchima sano perilesionale; il focolaio non partecipa alla retrazione che in via secondaria, a misura che intervengono, più o meno lentamente, i processi naturali di regressione e di guarigione. Nel pneumotorace ipotensivo le parti sane funzionano normalmente. Le lesioni del lato opposto, se ne esistono, non sono traumatizzate, ma sono invece deterse.

Il pneumotorace bilaterale (Ascoli 1912), è stato dapprima considerato come un'acrobazia pericolosa, ma esso ha visto in questi ultimi dieci anni precisarsi le sue indicazioni e la sua tecnica; grazie all'ipotensione è entrato nella pratica corrente.

Tecniche prudenti oggi fissate con precisione ci permettono in molti casi di sezionare o di liberare con un minimo di rischio delle briglie e delle aderenze e di completare il pneumotorace, che può poi essere mantenuto in ipotensione.

La collassoterapia chirurgica non poteva che imitare il pneumotorace artificiale; e inspirandosi al principio della collassoterapia elettiva si giunse alle resezioni costali limitate, con le quali la toracoplastica, cessando di essere un metodo terribilmente rischioso, portò rapidamente a risultati soddisfacenti.

Un ostacolo alla evoluzione del metodo costituì il timore delle riossificazioni costali che, obbligava a realizzare senza interruzioni un programma stabilito in anticipo, per evitare difficili e pericolosi ritocchi del piastrone osseo neoformato. La formalizzazione dei lembi periostei, le resezioni costali extraperiostee hanno permesso di realizzare nuovi progressi in questo senso.

L'esperienza ha dimostrato che è vantaggioso attendere ed osservare, dopo ogni tempo operatorio, le reazioni lesionali e perilesionali. L'osservazione post-operatoria, basata sulla collaborazione medico-chirurgica, dovrà essere di lunga durata.

La nostra azione meccanica sia essa medica o chirurgica sarà tanto più utile quanto più l'applicheremo a lesioni recenti ancora capaci di retrarsi una volta liberate dagli impedimenti dovuti alle lesioni stesse e di andare incontro ai processi naturali di guarigione.

Osserviamo che l'autore di questa brillante conferenza ha dimenticato alcuni importanti contributi italiani ed in particolare della Scuola di Roma, ai progressi realizzati nel campo della collassoterapia.

E. Carlinfanti.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Risi A. *Veleni ed avvelenamenti*, Casa Editrice Libraria V. Idelson, Napoli, 1936.

Sotto questo titolo, per nulla pretenzioso, il prof. Antonio Risi presenta un vero Trattato di Tossicologia, completo sotto tutti gli aspetti. Non meriterebbe una denominazione diversa, infatti, un'opera in cui vengono prese in esame sistematicamente tutte le sostanze tossiche conosciute, le quali, raggruppate a seconda della loro origine, sono studiate non solo dal punto di vista della rispettiva azione biologica e del meccanismo di questa, ma anche da quello degli effetti sull'organismo « in toto » e sui singoli organi ed apparati, essendo indicati anche, nella maniera più precisa e dettagliata, sia i mezzi disponibili per il riconoscimento delle sostanze stesse nei liquidi dell'organismo e nei tessuti, sia le provvidenze più efficaci per combattere l'avvelenamento in atto.

La trattazione è divisa in due parti, la prima di interesse prevalentemente biologico, la seconda di pertinenza clinica e terapeutica.

Premesso un sobrio cenno storico sull'evoluzione delle conoscenze intorno alle sostanze tossiche, l'Autore passa in rassegna dapprima i veleni contenuti nei prodotti di secrezione di organismi animali, e quelli che originano per effetto della putrefazione; indi affronta il vastissimo campo dei veleni vegetali, che vengono classificati a seconda della loro posizione nella sistematica; infine studia i veleni di origine minerale, ordinandoli secondo la classificazione chimica.

Di ogni sostanza viene messo in particolare evidenza quanto è noto circa la sua composizione, e, per quelle chimicamente conosciute, è fatta larga parte all'analisi delle caratteristiche strutturali, le quali tanta importanza hanno per la conoscenza del meccanismo d'azione; sono riferite inoltre con ricchezza di particolari le reazioni specifiche e i più sicuri metodi di determinazione quantitativa, nonchè le azioni biologiche elettive, riproducibili sugli animali di laboratorio. Chiudono questa parte dell'esposizione alcune utili tabelle, che raggruppano per categoria i veleni studiati e che danno, per ciascuna sostanza, la dose terapeutica massima, ed inoltre uno schema completo per la compilazione di una perizia tossicologica.

Dopo aver analizzato così le origini e la natura dei veleni, l'Autore passa, nella seconda parte del suo libro, allo studio della loro via di introduzione nell'organismo animale, dei fattori di tossicità e dei susseguenti fenomeni reattivi che costituiscono il quadro nosologico dell'intossicazione.

Anche in questa seconda parte vengono seguiti i concetti generali della prima, essendo

trattate dapprima le intossicazioni da veleni animali (ed anzitutto quelle di origine alimentare) e successivamente quelle prodotte da veleni vegetali e minerali, secondo le classificazioni rispettive, precedentemente adottate. In ciascun caso, l'elencazione dei sintomi è accompagnata dalla descrizione delle alterazioni morfologiche da cui essi derivano, da considerazioni diagnostiche e da dettagliate norme terapeutiche.

Interessanti quadri sinottici sulle incompatibilità chimiche e sull'antagonismo dei farmaci, ed un capitolo di terapia sintomatica, chiudono il volume, il quale è corredato da accurati indici alfabetici e da 2 tavole fuori testo, una delle quali a colori.

L'aver raccolto ed ordinato in sole 900 pagine una così vasta mole di materia costituisce indubbiamente un merito non piccolo dell'Autore; ma la lode che maggiormente gli spetta deriva dall'aver egli concepito ed attuato un'opera adatta sia al ricercatore, che può trovare in essa nozioni teoriche e tecniche di grande utilità, sia al medico legale, per cui può costituire un ottimo « vade-mecum » in materia tossicologica, sia al pratico più modesto, che può trovare in essa quell'orientamento e quella guida per l'esatto trattamento delle più disparate forme di intossicazione, che invano ricercherebbe negli insufficienti prontuari ordinariamente in uso.

Per tali motivi, a questo libro non potranno mancare la diffusione e la fortuna che esso merita. E. MORACCI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

TH. BRUGSCH. *Lehrbuch der inneren Medizin.* III ed. in 2 volumi. Vol I, in-8° di 706 pag. con 162 fig. e 15 tav. colorate. Urban e Schwarzenberg, Berlin. Prezzo dei 2 vol. RM. 50 (rilegati, RM. 55).

Il trattato del Brugsch è ben noto ai medici italiani, anche perchè ne esiste una traduzione pubblicata dall'U.T.E.T. A soli 4 anni di distanza dalla II, l'A. presenta questa III edizione, largamente rimaneggiata e migliorata e resa anche meno voluminosa mediante una maggiore concisione di stile e con adatti accorgimenti tipografici, che ne rendono anche più agevole la lettura.

Ogni capitolo è stato rielaborato, specialmente quelli sulla terapia e sulle malattie costituzionali.

Questo primo volume si apre con introduzione in cui si considerano il concetto di malattia ed i rapporti fra medico e malato. Segue la terapia generale, ivi comprese la dietetica e le diverse pratiche terapeutiche; molto chiaro è il capitolo sulla dottrina generale della costituzione, di circa una quarantina di pagine, in cui però non si fa menzione del nostro De Giovanni, mentre ne sono menzionati come primi fondatori Hallé e Sigaud.

Si hanno poi: i disturbi dello sviluppo, le malattie delle ghiandole endocrine, del ricambio, quelle derivanti da difetti di nutrizione, quelle infettive, cardiovascolari e del sangue.

La trattazione fatta da un solo autore dà al libro una efficace unità d'indirizzo. *fil.*

JEAN TROISIER. *Études expérimentales sur les maladies infectieuses.* Un vol. in-8° di 280 pag. con 50 fig. Masson et C.ie, Paris. Prezzo 45 fr.

La nosologia e la patologia delle malattie infettive sono in continuo mutamento; i vecchi ed i nuovi apporti dell'osservazione clinica sono controllati dai metodi sperimentali che sono indispensabili per chiarire la situazione di una semeiologia dubbia ed inquadrarla in una data sindrome.

Appare quindi di grande utilità un libro come questo, che costituisce un aggiornamento delle questioni più vitali che riguardano le malattie infettive: raccolta di dati clinici, batteriologici, sierologici, ecc., passati al vaglio della critica.

Vi troviamo dapprima le malattie da virus, fra cui la linfogranulomatosi benigna, la febbre gialla, l'influenza e la coriza (che appaiono strettamente connesse), l'encefalite vaccinica, l'ittero comune. Seguono poi le spirochetosi e protozoosi, ivi compresa la febbre eruttiva, le infezioni batteriche (tifoide, tularemia, mal rossino, brucellosi, tetano) e le infezioni da bacilli acido-resistenti, con le questioni riguardanti la lebbra e la primo-infezione tubercolare da inoculazione cutanea. Da ultimo, l'agranulocitosi ed i virus nefrotropi.

Il lavoro, utilizzando i dati dell'osservazione clinica e dell'esperimento, permette una visione chiara dei problemi attuali che si agitano sulle malattie infettive. *fil.*

DUMAREST, LEFÈVRE, MOLARD, PAVIE, ROUGY. *La pratique du pneumothorax thérapeutique.* Masson et C.ie, édit., Paris. Un vol. di pag. 474. Fcs. 50.

L'opera comparve in una prima edizione nel 1919: nei lustri successivi le edizioni si succedono a questa è la quarta. L'opera si amplia, i capitoli si modificano, la trattazione si adegua ai tempi che forzano il passo alla geniale innovazione del Forlanini, la riproduzione del cui ritratto orna la prima pagina del bel volume. Ne è risultata una nuova opera, quasi, in cui la nota esposizione degli usuali metodi e strumenti collassoterapici, si completa con le ultime acquisizioni sulla sezione delle aderenze pleuriche, sulla pleuroscopia, sul pneu-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

motorace controlaterale primitivo, sul pneumotorace bilaterale simultaneo, sui metodi complementari o sostitutivi: frenicectomia, alcoolizzazione del frenico, scalenotomia ed alcoolizzazione degli intercostali, sulla toracoplastica parziale o totale.

L'ultimo capitolo è un capitolo d'insieme, sull'indicazione clinica, sull'utilità della cura generale, in cui la antica e bella esperienza applicativa del Dumarest, apporta il più valido contributo risolutivo.

Molte figure e schemi arricchiscono il libro.

MONTELEONE.

C. JOANNY-TORQUÉAU. *La médecine est une science.* Editori Doin e C., Parigi. Prezzo Fr. 40.00.

L'A. in questo libro si propone di dimostrare che la medicina è una scienza, e che in conseguenza sia nello studio del determinismo e dello sviluppo delle malattie, come nel loro riconoscimento e nei mezzi per combatterle si devono usare gli stessi procedimenti direttivi, lo stesso rigorismo logico, seguiti nelle altre scienze positive.

Il libro non interessa i medici soltanto, ma tutti quelli che si occupano della filosofia scientifica. Tuttavia l'A. ha tenuto a mantenersi fino alla fine sul piano clinico e sociale, allo scopo di dimostrare le possibilità veramente scientifiche della medicina sia per il pratico come per lo sperimentatore. DR.

H. BOTTENBERG. *Biologische Therapie des praktischen Arztes.* Un vol. in-8°, di 310 pag. con 22 fig., rilegato. J. F. Lehmanns Verlag, München. Prezzo RM 9; per l'estero 6,15.

Il titolo del libro non indica forse precisamente gli argomenti che esso tratta e che possono riassumersi nel concetto di usare nella terapia le stesse forze che ci offre la natura. Ben lungi dal considerare un solo ramo della medicina, l'A. intende di liberare il tronco originario di questa dai troppo rigogliosi rami collaterali — le specialità — in cui il medico si sperde; opera tanto più utile in quanto che il tronco originario affonda le sue radici nel fecondo terreno del pensiero ippocratico.

Dopo alcune considerazioni storiche, dagli egiziani fino ai nostri tempi, l'A. fa un confronto fra la medicina « biologica » e quella scolastica, dimostrando quali sono le vie per cui l'organismo guarisce, mostrando la « onnipotenza » della pelle, i vantaggi delle derivazioni, la crisi terapeutica e stabilendo i confini della medicina biologica, determinati anche dalla personalità del medico e da quella del malato.

Tratta poi i metodi terapeutici che la medicina biologica mette a nostra disposizione: l'aria ed il sole, il riposo ed il movimento (ivi compresi il massaggio e la ginnastica), le diverse pratiche idriatiche, la nutrizione, la psicoterapia, la sudorazione ed i vari processi modificatori (salasso, sanguisugio, coppette, autoemoterapia), accennando poi alla fitoterapia ed all'omeopatia, di cui l'A. appare un fautore convinto.

Da ultimo, una numerosa casistica, dove troviamo, p. es., un caso di pelviperitonite purulenta portato a guarigione con Lachesi D 8 (omeopatia), clisteri freddi, sanguisugio ed applicazioni di « fiori di fieno ».

Il libro dell'A. fa pensare. Siamo forse ad una svolta della medicina e le più semplici forme che essa ci offre potranno forse salvarla dalla profluvie di medicamenti, che sono continuamente gettati sul commercio e che minacciano di sommergerla. *fil.*

A. ROMANO. *Igiene e terapia secondo natura.* Un vol. in-8° di 167 pag. Sperling e Kupfer, Milano, 1936. Prezzo L. 7,50.

Il naturismo si va facendo strada anche da noi, almeno a giudicare dalle pubblicazioni sull'argomento, che vediamo comparire da qualche anno. È vivo il conflitto di tendenze con la consueta medicina ufficiale, troppo localistica e ligia alla virchowiana patologia cellulare, mentre la medicina naturista considera l'organismo come un tutto e nel regime di vita come nella terapia segue norme ed indirizzi speciali, che sono, a dire dei naturisti, molto vantaggiosi.

Il movimento naturista ha indubbiamente in sè qualche cosa di giovanile e di attraente, con la sua reazione a questo nostro modo di vivere contro natura, con l'uso di un'alimentazione razionale e parca, con il suo amore per l'aria pura e la sua vivace opposizione a quelle vere « fogne aeree » che sono gli ambienti chiusi appestati dai fiati altrui e dal fumo di tabacco, in cui ci costringono a vivere gli individui timorosi dell'aria e delle correnti. Ed anche nella terapia, questa medicina ricorre a mezzi semplici, pratiche idriatiche, attivazione degli emuntori, ecc.

L'A., dopo avere rilevato l'attuale corrente di sfiducia contro la medicina ufficiale, fornisce gli elementi della medicina naturista preventiva e curativa, diffondendosi molto, a proposito di questa, sulla psicoterapia.

Ed in molte parti lo si segue volentieri, mentre si riscontrano invece delle debolezze specialmente in alcune critiche alla medicina ufficiale, poichè a nessuno verrebbe in mente di dire, p. es., che la sensazione di vertigine è sempre giudicata come anemia cerebrale: si tratta di una questione che ha fatto versare fiumi d'inchiostro!

Da ultimo, argomento di attualità, le norme di igiene e terapia naturista per gli italiani in A. O.

L'A. è « Diplomato esperto in Medicina naturista », titolo che non conosco, ignorando da quale facoltà venga rilasciato. *fil.*

Bull. trimestriel de l'Organisation d'Hygiène. Vol. IV, n. 4, Genève, dic. 1935.

Il noto Bollettino d'igiene della Società delle Nazioni pubblica, nel suo ultimo numero del 1935 il « Rapporto della confereneza intergovernamentale per la standardizzazione biologica »; uno studio di J. A. Sinton a proposito del terzo rapporto generale sulla malaria; un altro di J. F. Rogers sull'ispezione medica scolastica agli Stati Uniti ed una serie di lavori sulla leishmaniosi viscerale nel bacino del Mediterraneo (uno di essi è di Caronia) e sull'emocoltura del bacillo tubercolare col metodo Loewenstein, oltre ad altri rapporti di minore mole. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 2 luglio 1936.

Presidente: Prof. P. BASTAI.

Appendiciti e pseudo-appendiciti croniche.

Prof. G. CAVINA. — Relazione sullo stato attuale del grave ed annoso problema, in base alla osservazione anatomo-clinica di 480 casi che vengono distinti per sesso (donne 79 %) e per età (massimo intorno ai 20 anni) e che vengono suddivisi in tre gruppi a seconda del reperto macro- e microscopico positivo, scarso o dubbio o negativo.

Importanti deduzioni riguardo alla diagnosi radiologica e agli esiti a distanza dei casi operati.

L'O. conclude per ammettere l'esistenza clinica di appendicopatie ad andamento cronico senza attacchi, anche se non sempre sostenute da alterazioni infiammatorie tipiche. Insiste sulla estrema difficoltà della diagnosi differenziale con le innumerevoli forme pseudo-appendicolari, calcolando la percentuale degli errori a circa il 40 %. Particolarmente ardua la diagnosi differenziale con una comunissima sindrome dolorosa della regione ileo-cecale che l'O. descrive con il nome di « pseudo-appendicite cronica delle giovanette nubili ».

Infine, riguardo alla tecnica operatoria, si dichiara favorevole al taglio breve, estetico (5 cm. ed anche meno), ritenendo generalmente inopportuna ogni esplorazione degli altri organi addominali, nonchè ogni intervento complementare sul cieco o sul colon.

Adunanza del 9 luglio 1936.

Alcuni problemi relativi alla fisiologia del labirinto.

Prof.ssa A. M. DI GIORGIO. — L'O. trattando in particolare la funzione dei canali semiuricolari, riferisce sulle modificazioni che insorgono nell'apparato periferico per effetto dello stimolo rotatorio (correnti endolinfatiche da accelerazione positiva e negativa (G. Rossi — spostamento della cupola — Steinhausen).

Analizza i fenomeni che si manifestano quando il capo cambia il suo orientamento rispetto all'asse di rotazione o subito dopo che questa è cessata o durante la rotazione stessa (accelerazione di Coricli).

Mette in rilievo la persistenza dei fenomeni conseguenti ad eccitamento del labirinto. Descrivendo una nuova reazione postrotatoria di recente messa in luce nell'Istituto di Fisiologia di Firenze (cambiamenti del potere refrattivo oculare) fa rilevare come a rendere più complessa l'analisi delle reazioni labirintiche, possano intervenire anche fatti condizionali.

I Segretari: Proff. L. PICCHI - A. GIANNONI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Presidente: Prof. A. PENNA.

Seduta del 21 luglio 1936.

Postumi di intossicazioni da gas cloro.

C. CHIRI. — L'O. presenta due casi di intossicazione da cloro, l'uno conseguenza di attacco da gas bellici, l'altro come forma professionale nel lavoro alla produzione della candeggina (acqua di cloro), ne esamina la sintomatologia nel primo caso culminante con attacchi asmatici, nel secondo con postumi bronchitici e con distruzione parziale del setto nasale: richiama qualche ipotesi sulla patogenesi di queste forme.

Sulla sindrome pseudotumorale da pancreatite luetica.

G. BARBARO-FORLEO. — L'O. studia un caso di tumore addominale a sede sopraombelicale e dimostra, per dati clinici, dolorabilità, sede e posizione del tumore, per dati funzionali, in particolare la steatorrea con indice di saponificazone molto elevato e per dati radiologici indiretti, destro-posizione dell'ansa duodenale e per dati anamnestici e di risultati terapeutici, trattarsi di una pancreatite sclero-gommosa, di origine luetica.

G. BARBARO-FORLEO e G. ZORZOLI. — *Sul contenuto dei corpi chetonici nella porta, cava e sovraepatiche.*

Sopra un caso di leucemia granulocitica splenomegalica.

E. STORTI. — L'O. dopo aver ricordato le rare osservazioni (in tutto 8) presenti nella letteratura di cosidetta sindrome spleno-adenica della leucemia mieloide cronica riferisce un caso personale di tipica leucemia granulocitica splenomegalica in cui il fatto clinico iniziale è stata una considerevolissima tumefazione sistematica delle ghiandole linfatiche che ha fatto pensare clinicamente ad una leucemia linfatica o ad un linfogranuloma. Sono state praticate numerose biopsie di midollo, milza e ghiandole linfatiche, dalle quali è risultato che mentre il midollo e la milza, in armonia col sangue periferico, dimostrano le tipiche alterazioni istopatologiche della leucemia mieloide cronica le ghiandole linfatiche invece presentano in modo inconfondibile la cosidetta metaplasia linfoadenoidea caratteristica della leucemia linfatica cronica. L'O. in base ai sicuri reperti istologici e ad altre considerazioni crede di poter considerare il caso come un caso di vera e propria leucemia mista nel quale cioè la tumefazione linfatica non è dovuta ad una vera e propria profonda modificazione di struttura identificabile con quella che caratterizza la leucemia linfatica cronica.

Modificazioni del quadro morfologico del sangue immediatamente successive al pneumoperitoneo.

G. FERRARI e A. BERTOLA. — Gli OO. hanno studiato le modificazioni del quadro morfologico del sangue immediatamente successive al pneumoperitoneo ed hanno notato una diminuzione lieve

del numero dei globuli rossi e del tasso emoglobinico e una diminuzione del numero dei globuli bianchi. Essi mettono in confronto questi risultati con i reperti che si hanno dopo il rifornimento pneumotoracico.

Il significato diagnostico della reazione di Weltmann.

Candellini e Traverso. — Gli OO. hanno studiato il comportamento parallelo della sieroreazione di coagulazione di Weltmann e della velocità di sedimentazione in soggetti normali ed in pazienti affetti da forme varie a carico dell'apparato respiratorio (tubercolosi essudative e fibrose, polmoniti, bronchiti catarrali, pleuriti e polisierositi, empiemi tubercolari, ascessi polmonari, broncomicosi), allo scopo di appurare la praticità e l'utilità della reazione di Weltman ai fini diagnostici nel campo della tubercolosi polmonare. I risultati ottenuti mentre hanno confermato in linea generale i dati di altri AA., inducono a limitare notevolmente l'importanza della r. di W. nel campo della tubercolosi polmonare.

La r. di W. ha dimostrato infatti un comportamento particolare e quasi costante (banda di coagulazione raccorciata) nelle forme a carattere essudativo, mentre nelle forme fibrosiche la banda di coagulazione non è stata affatto caratteristica e tale da poter assumere significato diagnostico data la varietà di forme che hanno comportamento uguale o simile (soggetti normali, epatopatie, scompensi cardiaci, anemie ecc.).

Lo studio parallelo della r. di W. e della velocità di sedimentazione ha portato inoltre ulteriore conferma all'utilità della r. di W. per la diagnosi delle forme polmonari essudative, in quanto nella maggioranza dei casi il parallelismo tra velocità di sedimentazione e detta reazione è stato molto evidente nelle forme essudative, meno marcato al contrario in quelle fibrosiche.

Gli OO. concluderebbero assegnando valore diagnostico alla r. di W. soltanto nei casi con banda di coagulazione raccorciata quale espressione, nella maggior parte dei casi, di processi essudativi in atto, negando qualsiasi valore alle bande di coagulazione normali od allargate.

Il comportamento parallelo della reazione di Weltmann e della velocità di sedimentazione dei globuli rossi.

Candellini e Traverso. — È stato seguito con determinazioni periodiche il comportamento parallelo della reazione di coagulazione di Weltmann e della velocità di sedimentazione dei globuli rossi in 12 casi di tubercolosi polmonare trattati con collassoterapia, auroterapia, calcioterapia, e con alcoolizzazione dei nervi intercostali. In base ai risultati ottenuti gli OO. attribuiscono ai valori della reazione di Weltmann un discreto significato prognostico in quanto con il migliorare o con il peggiorare dei singoli casi, si ebbero modificazioni corrispondentemente concordi della reazione di Weltmann, anche nei casi nei quali la velocità di sedimentazione dava valori che non venivano poi confermati dall'ulteriore decorso clinico.

Influenza delle radiazioni Röntgen sulla permeabilità vasale.

M. Balduini. — L'O. ha studiato i rapporti esistenti tra roentgenirradiazione e permeabilità vasale giungendo alla dimostrazione che il trattamento Roentgen, se di opportuna intensità, è in grado di porre in circolo nell'animale irradiato sostanze che, iniettate per via intradermica col siero di sangue, determinano un aumento locale della permeabilità vasale.

Seduta del 24 luglio 1936.

Contributo allo studio della sindrome emorragica di Apitz.

Dott. Gian Piero Veratti. — L'O. ha ripetuto con un lisato batteriofagico di B. coli introdotto nelle vene in dosi crescenti da cc. 0,10 a cc. 1,5 la sindrome emorragica nel polmone e nel rene del coniglio primamente descritta da K. Apitz, precisandone gli aspetti. Ha definito alcune caratteristiche della sostanza attiva (che è termolabile, non volatile, adsorbibile, trattenuta da ultrafiltri con membrane di collodion acetico al 3 %); ha dimostrato la possibilità di ottenere l'immunizzazione attiva contro la sostanza stessa, ed infine ha escluso che il principio attivo si accumuli nel sangue dell'animale sottoposto al trattamento.

Studio istologico di un neurinoma del cubitale.

C. Gioja. — L'O. illustra un caso di cosidetto neurinoma del nervo cubitale, che egli descrive minutamente dal punto di vista istologico. Ne discute l'istogenesi, concludendo che con ogni probabilità si tratta di un fibroschwannoma.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Pneumotorace spontaneo simulante affezioni addominali acute.

È ben noto che affezioni addominali acute di natura chirurgica possono essere simulate da una polmonite, da una pleurite, da una trombosi coronarica, da una pericardite acuta. Così può dirsi che lo scompenso cardiaco (attraverso la tumefazione acuta del fegato), l'aneurisma toracico dissecante, l'infarto polmonare, la mediastinite acuta, sebbene più raramente, possono simulare una malattia primitiva dell'addome.

Assai meno nota è la possibilità che un pneumotorace spontaneo riproduca il quadro di una sindrome addominale acuta. I casi esistenti nella letteratura nei quali questa affezione ha determinato una diagnosi erronea di « addome acuto » sono soltanto 4.

Il dolore localizzato per lo più all'epigastrio si accompagnava a distensione e a contrattura addominale ed indusse alla diagnosi di perforazione di ulcera, ed in un caso alla laparotomia, mentre negli altri un esame obbiettivo accurato permise di constatare i segni del pneumotorace.

Frederick Steigmann e H. A. Singer (*Am. Journ. of Med. Sc.*, luglio 1936) riportano altri tre casi, nei quali il dolore addominale, il vomito, e la difesa addominale, resero la diagnosi alquanto difficile. Contribuisce a trarre in inganno in qualche caso la storia di disturbi gastro intestinali precedenti di qualche mese. D'altra parte alcuni dei sintomi che può provocare il pneumotorace sono comuni al quadro della perforazione di un'ulcera: così l'irradiazione del dolore alla spalla, la dispnea, il collasso ecc.

Un esame clinico accurato servirà in molti casi ad evitare delle diagnosi errate, specie se si terrà conto anche dei dati anamnestici che riguardano l'apparato polmonare ed in special modo la tubercolosi. Tuttavia un pneumotorace parziale può sfuggire anche all'esame di un clinico esperto; solo l'esame radiologico potrà evitare l'errore. La radioscopia sarà talvolta sufficiente, specie nei casi di idropneumotorace, nei quali può essere individuato un livello liquido. Altre volte sarà necessario l'esame radiologico, che dovrà essere eseguito nell'acme dell'espirazione.

E. CARLINFANTI.

Contributo alla questione delle complicazioni broncopolmonari postoperatorie negli interventi sullo stomaco.

Rappert (*Zbl. chir.*, N. 31, 1935) esaminando la frequenza di tali complicazioni su 610 casi di ulcera o cancro operati nel 1930-34 l'ha trovato in 96 casi (15,7 %) di cui 9 mortali (1,5 % di tutti i 610 interventi e 9,4 % dei casi di compl. br. polm.). Esaminando la frequenza di tali complicazioni in rapporto al tipo di anestesia ha potuto convincersi che non è questa la causa principale avendo osservato che nelle narcosi eteree la complicazione era di 8,9 %, mentre nelle narcosi coi gas era di 13,5 %, nelle anestesie locali di 12 % e in quelle combinate di 30,2 %. Invece esaminando la frequenza di tali complicazioni in rapporto al tipo di preparazione preoperatoria e precisamente in rapporto alla somministrazione o meno di atropina ha potuto rilevare notevolissime differenze che qui riportiamo:

Etere	4,9 %	17,5 %
Gas	5,6 %	17,6 %
Anestesia locale . .	7,5 %	14,9 %
Narcosi combinate:	8,9 %	40,7 %
Anest. locale + Etere	13,7 %	36,4 %
Anest. locale + Gas .	4,4 %	43,1 %

L'A. pertanto attribuisce grande importanza alla somministrazione di atropina (come mezzo capace di impedire la secrezione bronchiale) che egli pratica ½ ora prima dell'intervento in dose di 0,005 (insieme con 0,02 di morfina) da aumentare nei fumatori e con aggiunta di altre piccole dosi nei casi in cui l'intervento si prolunga per più di 1 ora.

L'A. non considera tutti gli altri momenti predisponenti a queste complicazioni.

G. PACETTO.

Cura chirurgica dell'asma bronchiale.

La questione della cura chirurgica dell'asma bronchiale data dal 1923, nel quale anno Kummel guarì un asmatico con simpatectomia bilaterale. In seguito ad insuccessi del metodo, Kappis propose la vagotomia del vago destro al di sotto del ricorrente: con tale operazione la percentuale degli utili risultati non superò quella che si otteneva con la simpatectomia, ed allora si propose l'esecuzione, nello stesso malato, delle due operazioni contemporaneamente. Avendo l'operazione contemporaneamente sul simpatico e sul vago dato risultati analoghi a quelli della resezione del ganglio stellare, gli studiosi rivolgendosi di nuovo alla fisiologia sperimentale cercarono di chiarire meglio il mistero dell'asma bronchiale e secondo Yarovljevitch (*Revue de chirurgie*, 1936, n. 7) le conclusioni sarebbero che bisogna intervenire sul simpatico per due ragioni: 1° perchè paralizzando il simpatico si impedisce che l'eccitazione dello choc allergico sia condotto per la via dei vaso-motori fino ai capillari bronchiali. Così sarà impedito il perturbamento dei vaso-motori la cui conseguenza è la dilatazione dei capillari e l'edema

della mucosa bronchiale; 2° l'intervento è egualmente indicato nel caso in cui vi sia uno choc vasomotore con edema consecutivo, riassorbendosi questo edema rapidamente e non dando così luogo a difficoltà respiratorie.

Poichè il simpatico ed i filuzzi vasomotori del simpatico passano per la maggior parte nel ganglio stellare è logica la stellectomia. La stellectomia è anche indicata per la reazione umorale che nell'asma si verifica dopo l'operazione: la paralisi del simpatico sia operatoria che medica stabilizza la calcemia nel caso in cui questa è incostante, così come si verifica nell'asma. Secondo l'A. i risultati dipendono anche dalla concentrazione delle albumine e degli altri elementi del liquido che passa dai capillari nel momento della crisi asmatica. Se la concentrazione è debole, l'operazione riuscirà, se è forte si avrà un insuccesso. Se la crisi asmatica cessa dopo iniezione di novocaina nel ganglio stellato (quel che oggi si chiama sezione fisiologica) possiamo supporre clinicamente che i trasudati della mucosa si sono riassorbiti, ciò che significa che la concentrazione d'albumina nei trasudati è stata debole. Ecco perchè bisogna sempre, prima dell'operazione eseguire questo procedimento raccomandato dal Leriche, e togliere il ganglio stellato solo nei casi in cui noi abbiamo notato un sensibile miglioramento, nella respirazione, dopo questa puntura. L'A. ha così trattato sette casi di antichi asmatici con « volumen pulmonum auctum », con bronchite ed espettorazione abbondante. Le crisi sono del tutto scomparse nel trattamento postoperatorio: i malati sono tuttora in buona salute e nell'avvenire potremo conoscere il risultato lontano della loro operazione.

MONTELEONE

La neuralgia del glosso-faringeo.

Secondo Martin (*Mém. acad. chirurgie*, 62, 376, 1936), la neuralgia del glossofaringeo si presenta con caratteri analoghi a quella del trigemino con accessi violenti e periodi di requie. La zona del dolore è unilaterale e limitata all'epifaringe, al velo pendulo, l'angolo mandibolare, alla base della lingua. Il dolore si irradia all'orecchio. È stato possibile identificare una zona limitata — trigger zone — la cui stimolazione arreca violento dolore in tutta la zona di innervazione. Di tale neuralgie sono stati descritti nella letteratura anglo-franco-americana 24 casi. Il primo a praticare un intervento chirurgico fu Sicard che praticò un intervento extracranico, 7 casi (4 americani e 3 francesi) furono operati intracranicamente (sezione a monte del ganglio) e 11 extracranicamente.

Tali interventi sono stati talora associati a sezione dei rami faringei del vago e a resezione del ganglio cervicale superiore. Gli interventi immediati hanno, meno che in un caso, portato a cessazione completa dei dolori, però dopo periodi variabili da pochi a parecchi mesi si sono avute recidive in quasi tutti i casi, sia in quelli operati intracranicamente che extracranicamente.

Gli AA. riportano 4 casi: in tutti e due si trattava di tipiche forme ambedue operate con sezione endocranica della radice del IX in corrispondenza del foro lacero posteriore. Però mentre nei due casi di Martin (Bruxelles) si è avuto scomparsa dai dolori mantenutasi a distanza di 4 e 5 anni e mezzo, nei due casi di Petit-Dutaillis si è avuto recidiva a distanza di poche settimane. Petit Dutaillis dice che la terapia delle neuralgie del IX paio, di natura più complessa di quella del V, dovuta alla intricatezza delle anastomosi contratte dal glosso-faringeo durante il suo decorso e dalla non perfetta conoscenza della sua zona di distribuzione.

In ogni caso l'intervento extracranico, sia o no associato a altri interventi, pare presenti risultati migliori di quelli dell'intervento intracranico.

ALDO CALÒ.

Numerosi casi di malattie infettive, esantemi da siero e paralisi postdifteriche in una stessa famiglia.

I sei bambini della famiglia osservata da Voigt (*Klin. Wochenschr.*, n. 19, 1936) erano particolarmente recettivi alle malattie infettive. Prescindendo dal morbillo verso cui come è noto è universale la recettività, 5 di questi bambini ammalarono di scarlattina nel 1933, e questi stessi di difterite nel 1934-35. Soprattutto questa recettività alla difterite è rara, perchè si calcola che in seguito a un caso di difterite in una famiglia, solo nel 20 % dei casi la malattia si trasmette a un altro componente. Nella famiglia di cui si tratta si deve ammettere una predisposizione ereditaria alla difterite, dovuta con tutta probabilità ad una deficiente produzione o capacità di produrre antitossine. Curati con 8000 U. I. di siero, comparve in tutti e cinque i bambini un esantema serico. Anche questa frequenza di esantemi da siero è eccezionale e deve attribuirsi a cause costituzionali: di regola si osservano esantemi da siero nel 10 %-30 % dei casi, a seconda della maggiore o minore quantità iniettata. In 4 di questi bambini si manifestarono poi delle paralisi post-difteriche, mentre di regola queste complicazioni nervose colpiscono i bambini difterici in una percentuale dell'8 %-9 % senza mai superare il 15 %.

R. POLLITZER.

Il creosoto nelle affezioni broncopolmonari non tubercolari.

Il vecchio creosoto, che costituiva un tempo una parte importante nel trattamento della tubercolosi, è andato poi scomparendo dall'uso; ma è stato richiamato recentemente in

onore da Schull e Weiller. In una tesi di Parigi (1936) Garelly ne fissa le modalità per l'uso e ne dimostra i vantaggi.

È anzitutto necessario che il creosoto sia purissimo e perfettamente distillato. Come via d'introduzione si utilizzano soltanto l'orale e la rettale.

Per via orale, lo si somministra in quantità giornaliere di cg. 40-50 a dosi di 10 e si evitano così le gastriti medicamentose che si avevano con le dosi troppo elevate di un tempo.

Per la somministrazione rettale, si danno 40-60 gocce emulsionate nel latte; la preparazione dell'emulsione però è difficile; molto convenienti, specialmente per i bambini, sono i suppositori.

Il creosoto agisce come modificatore degli epiteli e come dinamogenico. Esso avrebbe inoltre un'azione battericida su certi microbi, specialmente sul pneumococco. Gli effetti si manifestano sulla temperatura (di cui esso determina il ritorno verso la normale), sulla tosse che calma e sull'espettorazione che tende a disseccare; scompaiono i segni steto-acustici e lo stato generale migliora.

Esso sarebbe pertanto indicato, secondo l'A., nelle affezioni broncopolmonari acute non tubercolari (bronchiti acute, broncopolmoniti, polmonite, di cui abbrevia l'evoluzione) nonchè nella profilassi delle complicazioni dell'influenza e delle affezioni polmonari postoperatorie. *fil.*

Nella bronchiectasia.

Kourilsky (*Traité de la dilatation des bronches*, Baillière éd.) consiglia, nel periodo febbrile le rivulsioni toraciche e la polverizzazione di antivirus. Nei periodi di calma, la pozione di Lancereaux:

Tint. di eucalipto	gocce XX
Iposolfito di sodio	g. 5
Sciroppo di zucchero	g. 40
Acqua	g. 100

A cucchiai, nella giornata.

Altri consigliano la tintura di aglio, a gocce. L'eucaliptol ed il gomenol sono irritanti nelle fasi acute; dopo passata la fase febbrile, si usano per iniezioni endomuscolari.

Il cloridrato di emetina, per la sua azione vaso-costrittrice, è utile nella broncorrea dei bronchiectasici, in cui insorgono ogni tanto delle recrudescenze febbrili; si fanno serie di 6-8 iniezioni quotidiane di cg. 4 al giorno.

Sono anche consigliati dei clisteri al creosoto:

Creosoto	
Sapone amigdalino	ana g. 10
Acqua	q. b. per g. 150

Un cucchiaio in un bicchiere di acqua tiepida, per un clistere.

fil.

SEMEIOTICA

La sete come sintoma.

Il diabete mellito è la causa più frequente per cui i pazienti si lamentano di sete; il senso di sete va generalmente, ma non sempre, di pari passo con la gravità della malattia. Altre volte, il senso di sete indica un diabete insipido; in un caso di H. Müller (*Münch. med. Wochens.*, 1 novembre 1935) tale sintoma si accompagnava a segni di tumore ipofisario; con l'irradiazione Röntgen, scomparve la polidipsia e migliorarono gli altri sintomi, ivi compresa un'emianopsia bilaterale.

Altre volte, l'aumento di sete è la conseguenza di un'abnorme ritenzione idrica, in conseguenza di insufficienza cardiaca, di cirrosi epatica, di pleurite essudativa. In questi stati, il segno iniziale viene spesso dato dalla diminuzione della quantità di urina, come segno di stasi generale e specialmente di raccolta di liquido nelle cavità.

Fra i casi dell'A. con il sintoma della sete, sono da annoverarsi anche le nefriti o la sclerosi renale, od anche l'ipertrofia prostatica. Non raramente si lamentano di sete le donne durante la gravidanza o l'allattamento; frequente è tale sintoma nel periodo della convalescenza, dopo le operazioni ed all'inizio degli stati febbrili.

Alle volte esso è la conseguenza di perdite d'acqua, come nei catarri gastro-intestinali acuti e cronici, nelle perdite di sangue, nelle emorragie interne, oppure anche nella diarrea cronica della tireotossicosi.

Tormentosa è la sete che si manifesta nella stenosi pilorica, a causa della difficoltà d'ingestione dell'acqua stessa; talvolta si ha anche nell'achilia gastrica e nell'anemia perniciosa.

Spesso si tratta di neurastenici, per la cattiva abitudine di introdurre molti liquidi; una tale genesi si osserva in bambini del tipo neurolinfatico. Quando si impedisca l'eccessiva introduzione, migliorano in questi casi molti disturbi di tali individui (mancanza di appetito, dolori addominali vaghi). Talvolta, l'aumentato bisogno di bere è un sintoma accessorio dell'epilessia, dell'emicrania od anche dopo l'apoplessia. In rari casi, esso ha una genesi psichica (demenza, fobie).

Il trattamento è evidentemente quello della malattia originaria, che spesso è di diagnosi difficile e solo possibile dopo accurate ricerche (sul ricambio, sulla concentrazione, prova dell'acqua, osservazione psichica). Dal punto di vista sintomatico, dieta ipoclorurata, frutta, somministrazione di pilocarpina.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

Acido ossalico e utilizzazione del calcio.

La diffusione dell'acido ossalico e dei suoi sali negli alimenti è notoriamente ampia:

specialmente i vegetali frondosi sono particolarmente ricchi di questa sostanza. Malgrado la nota tossicità dell'acido ossalico, le quantità di esso ordinariamente ingerite con i cibi sono troppo piccole per poter dare alcun disturbo. A parte queste sue caratteristiche biochimiche, è probabile che l'acido ossalico abbia una influenza negativa nella utilizzazione del calcio alimentare attraverso la formazione di ossalato di calcio insolubile.

Questa questione è meritevole di studio accurato, particolarmente sotto il punto di vista delle ripetute asserzioni che il calcio dei vegetali frondosi è meno assimilabile per l'uomo di quello assunto sotto altre forme. Una nota di Kohman e Sanborn (*Journ. Industr. a. Engin Chem.*, giugno 1935) descrive alcuni studi sperimentali direttamente connessi con questa questione: infatti per quanto, secondo le loro esperienze, una parte del calcio per la formazione delle ossa sia fornita dall'ossalato di calcio, pure questo sale non è una sorgente di calcio direttamente utilizzabile. Non solo, ma si potè anche dimostrare che se degli ossalati solubili sono presenti nel cibo, la utilizzazione del calcio da un'altra sorgente notoriamente capace di fornirne, può essere ostacolata; inoltre la somministrazione di calcio in dosi non tossiche, provocò un aumento della perdita del calcio da parte dell'organismo.

Sembra dunque che l'acido ossalico non solo possa ostacolare l'assorbimento del calcio da parte dell'intestino, ma anche rendere difficile la ritenzione di questo elemento una volta che è stato assunto dall'organismo.

Quando ulteriori investigazioni avranno reso certe queste cognizioni, sarà possibile che si presenti il paradosso nutritizio di alcune sostanze naturali alimentari, ricche di per sè stesse in calcio, ma possedenti anche delle caratteristiche che ostacolano l'assimilazione di questo da parte dell'organismo.

G. LA CAVA.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'Abb. N. 9970, Dott. A. M. da M.:

1) Come « apparecchio » per la ricerca della glicemia, le consiglio quello di Crecelius-Seifert, di uso semplice, rapido ed abbastanza preciso; ha però l'inconveniente di costare circa 3-400 L. Molto consigliabile è il metodo di Bang, di cui l'apparecchiatura ha un prezzo basso; ma il metodo esige l'uso di precise soluzioni titolate ed una certa pratica di manipolazioni chimiche.

2) Non esistono, credo, attualmente atlanti microscopici « completi ». Nel 1913 venne pubblicato in Francia: « Le Laboratoire du praticien » di P. Gastou (A. Poinat, Paris), ma è probabile che sia oggi esaurito.

Per i sedimenti urinari, posso indicarle il recente atlante di Fittipaldi (Idelson, ed. Napoli, 1936) che è veramente ottimo.

3) I buoni negozianti di ferri chirurgici potranno fornirle una busta ostetrica anche senza i ferri, ma non credo che ciò sia pratico, poichè ognuno sceglie ed usa gli strumenti che gli sembrano più adatti, che possono anche avere forma e dimensioni diverse da quelli che trovano posto nelle buste già pronte. Il meglio è di indirizzarsi da un buon valigiaio e fargli confezionare la busta secondo i propri desideri. *fil.*

Ricerca del glucosio col reattivo di Nylander. — All'Abb. N. 6339:

L'annerimento che indica la presenza di glucosio è quello che si produce subito durante l'ebollizione. Quello che si ha dopo raffreddamento con precipitato è dovuto ai fosfati terrosi (precipitati per la forte alcalinizzazione dell'urina) e colorati dai pigmenti.

Il reattivo può essere ridotto anche dall'acido glicuronico; l'albumina può dare errore, formando un precipitato bruno di solfuro di bismuto. Alcuni medicamenti (chinina, rabarbaro, sena, sali mercuriali, cloroformio, ecc.) possono turbare od impedire la reazione.

fil.

VARIA

Ricerche sull'origine dell'obesità.

Geza Hetenyi (*Giorn. Clin. Med.*, 10 giugno 1936) ha rilevato con ricerche personali i seguenti fatti:

1) Dopo otto giorni di ipoalimentazione nei non obesi la lipemia generalmente non varia; negli obesi invece fortemente si abbassa.

2) L'iperlipemia alimentare è negli obesi molto modesta.

3) La febbre — artificialmente provocata — produce negli obesi un aumento della lipemia che è poco rilevante, rispetto a ciò che si osserva nei soggetti normali.

4) Il riassorbimento del grasso introdotto sottocute (50 cc. di olio di oliva) è negli obesi molto minore che nei normali. Gli ammalati di lipodistrofia (due casi) si comportano nella metà inferiore del corpo come degli obesi, nella metà superiore come soggetti normali.

In conclusione: dalle ricerche eseguite sarebbe dimostrato che negli obesi è impedita — o rallentata — la mobilizzazione del grasso dai depositi dell'organismo, mentre al contrario è aumentata la capacità di tali depositi di fissare il grasso circolante.

L'obesità sarebbe quindi una malattia dell'attitudine dei grassi a fissarsi nei tessuti di deposito.

L'A. ritiene questa conclusione importante poichè atta a deviare il problema dell'obesità dalla vecchia via delle alterazioni del metabolismo energetico, verso una nuova conclusione del problema, che l'A. ritiene di aver in gran parte verificato sperimentalmente.

M. COPPO.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Specificazione delle sedi preferite nei concorsi sanitari.

Il nuovo ordinamento dei concorsi, regolato dal testo unico 1934, n. 1265 e dai RR. DD. 11 marzo e 16 dicembre 1935, n. 281 e 2172, obbliga a specificazioni che, nella formazione delle domande di ammissione, non sono sempre osservate esattamente dai concorrenti. Talvolta, per es., la dichiarazione comprende tutte le condotte o ne designa alcune, comprendendo, con *forma generica*, anche le altre. Da queste imperfezioni possono derivare conseguenze gravi agli effetti dell'ammissione o della dichiarazione del vincitore. Non è quindi inutile un chiarimento.

Ufficiali sanitari. — « Il Prefetto approva la graduatoria e provvede alla nomina dei vincitori, secondo l'ordine della graduatoria stessa e *in rapporto ai Comuni per i quali i candidati hanno precedentemente dichiarato di concorrere.* (Art. 36 T. U.) ». Nella domanda gli interessati dovranno indicare, a pena di esclusione dal concorso, le sedi per le quali, secondo l'ordine di preferenza, intendono concorrere. (Art. 4 Reg.).

Sanitari condotti. — « La graduatoria dei concorrenti dichiarati idonei è approvata e pubblicata dal Prefetto, il quale, in relazione all'ordine della graduatoria stessa e alle sedi, per le quali i candidati hanno precedentemente dichiarato di concorrere, comunica i nomi dei vincitori al Podestà od alla rappresentanza consorziale per la nomina » (art. 69 t. u.).

Si applica la disposizione dell'art. 4, concernente il contenuto della domanda. La dichiarazione dei candidati vincitori è fatta « secondo l'ordine della graduatoria sino all'attribuzione di tutti i posti messi a concorso, per la sede che i concorrenti avranno indicato per prima nell'ordine delle loro preferenze; se per tale sede è stato già dichiarato vincitore altro candidato, che precede in graduatoria, la dichiarazione è fatta per la sede indicata successivamente e così di seguito. Se manchi una successiva indicazione, il candidato non ha diritto alla dichiarazione di vincitore ».

Nella domanda devono essere, dunque, indicate le *singole sedi* per le quali si aspira alla titolarità e la designazione, *così specificata*, deve esser fatta con chiara indicazione dell'ordine di preferenza.

Per es.: « il sottoscritto chiede di essere ammesso al concorso indetto con provvedimento... e, per questo effetto, designa, con ordine di preferenza decrescente, le sedi dei Comuni seguenti: ... ».

Se, invece, fossero indicate alcune sedi e una dichiarazione generica comprendesse tutte le altre, la seconda designazione generale non avrebbe effetto e la domanda si intenderebbe limitata alle sedi espressamente designate. Se, peggio, il concorrente indicasse genericamente tutte le condotte, la domanda sarebbe senza effetto e la esclusione dal concorso sarebbe inevitabile.

In qualche caso, il concorrente ha dichiarato di aspirare a tutte le sedi, secondo l'ordine risultante dall'avviso del concorso. A me pare che, a rigore, questa forma non sia inefficace, perchè il regolamento non limita le possibilità di designazione e non esclude che un concorrente aspiri a tutti i posti; risulta anche l'ordine di preferenza e, astrattamente, è possibile che l'interesse graduato dei concorrenti coincida con l'ordine delle designazioni espresse nel bando. È meglio, però, evitare questa forma sintetica, potendosi prestare a discussioni. Anche se l'interessato voglia concorrere a tutti i posti e la preferenza relativa coincida con l'ordine delle indicazioni dell'avviso del concorso, è meglio che nella domanda siano specificate le singole sedi alle quali effettivamente si aspira e queste siano indicate per ordine di preferenza.

Un caso singolare di collocamento a riposo per motivi di salute e di ammissibilità di ricorso tardivo.

Un impiegato comunale fu collocato a riposo per motivi di salute in seguito a sua domanda; chiese poi la liquidazione della pensione alla Cassa di Previdenza per gli impiegati degli enti locali, ma il risultato della visita sanitaria fu negativo, essendo stato accertato che egli era idoneo a prestare servizio. Fece allora domanda, al fine della revoca della deliberazione di collocamento a riposo. Ma il Podestà rispose negativamente. L'impiegato ricorse alla G. P. A. in sede giurisdizionale, la quale dichiarò irricevibile il ricorso per decorrenza dei termini e perchè il collocamento a riposo era stato deliberato a richiesta dello stesso impiegato. Il Consiglio di Stato, con risoluzione giuridicamente discutibile, ma inspirandosi a criteri di larghezza, con sentenza 17 marzo 1936, n. 238, ha ritenuto che « per effetto della visita medica, era sopravvenuto un *fattore nuovo* che legittimava l'interesse a ricorrere, da quel momento, contro la deliberazione del Podestà, interesse che egli prima non aveva ». Giudicando del ricorso, però, il Consiglio di Stato ha ritenuto che la esclusione dello stato di inabilità non influisse sulla validità del collocamento a riposo.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

MILANO. — Il Comune ha bandito un concorso pubblico, per titoli, ad un posto di direttore dell'Ospedale contagiosi « A. Bassi » ed uno, per titoli ed esami, a tre posti di medico assistente nell'Ospedale stesso. Il termine utile per la presentazione delle domande scade il 31 ottobre 1936. Per ulteriori schiarimenti gli interessati potranno rivolgersi al Municipio — Ripartizione personale — Palazzo Marino, Milano.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Siccome è in corso la riorganizzazione ospedaliera della Libia, in attesa che siano emanate le norme regolanti l'ordinamento degli Ospedali di detta Colonia, sono sospesi i concorsi ai posti di medico capo di radiologia, neuro-psichiatrica, medicina, oto-rino-laringologia, malattie infettive, tisiatria, dermoceltica, nell'Ospedale Principale di Tripoli.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 15 settembre 1936 è aperto il concorso, per titoli scientifici e pratici, a due posti di medico primario ed a due posti di medico di sezione presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Vercelli. Stipendio: pel medico primario L. 16.000 annue, più L. 2000 d'indennità; pel medico di sezione L. 13.000 annue, più L. 2000 d'indennità. Per altre condizioni, documenti e chiarimenti richiedere bando di concorso alla Segreteria Provinciale. *Il Preside*: M. BUSCA.

NOTIZIE DIVERSE

2° Congresso internazionale della lotta scientifica e sociale contro il cancro.

Dal 20 al 26 settembre 1936 avrà luogo a Bruselle il « II Congresso Internazionale della Lotta Scientifica e Sociale contro il Cancro »; esso è posto sotto l'Alto Patronato di S. M. il Re dei Belgi e della Regina Elisabetta.

L'ordine del giorno pubblicato dal Comitato Nazionale d'Organizzazione comprende le più recenti questioni della oncologia e della lotta sociale contro il cancro. I problemi principali della oncologia sono: *Biologia*: agenti cancerigeni; fattori di predisposizione e di resistenza al cancro: eredità, metabolismo, immunità; *Progressi nell'accertamento della diagnosi*: diagnosi istologica, radiologica, sierologica e sierocitologica.

Le questioni principali della *lotta sociale* sono: *Ammissione dell'ammalato alla diagnosi ed alla cura; Assistenza medico-sociale agli incurabili; Cancro e demografia*: statistiche, cancro e razze.

Autorevoli personalità scientifiche di tutti i paesi, e tra esse i professori italiani Pentimalli, Rondoni e Dogliotti, si sono incaricate dei rapporti generali. Oltre questi, tutti i problemi saranno esaminati nel corso delle relazioni presentate dai ricercatori che s'inscriveranno alla Segreteria Generale del Congresso.

Per informazioni dettagliate si prega di rivolgersi alla Segreteria Generale del Congresso: rue de la Presse 13, Bruxelles, Belgio.

Congresso internazionale di medicina scolastica.

In occasione delle giornate internazionali della sanità pubblica, che si terranno a Parigi dal 1° al 10 luglio 1937, si va organizzando una riunione di medici scolastici per iniziativa dell'Associazione internazionale di medicina scolastica, dell'Associazione dei medici scolastici di Parigi e del giornale « La Medecine Scolaire ».

Gli argomenti da svolgersi sono: 1) « Rapporti del medico ispettore scolastico col personale insegnante e i genitori »; 2) « L'educazione fisica nella scuola primaria ».

Il Comitato onorario è già al completo, e del Comitato esecutivo è stato nominato presidente il prof. Ch. Dam e segretario il prof. R. Ledent, al cui indirizzo — rue Sainte Marie 24, Liége, Belgio — va inviata ogni corrispondenza.

Convegno regionale antitubercolare.

Nei giorni 12-13 settembre prossimi sarà tenuto in Vicenza il VI Convegno Regionale della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi. All'ordine del giorno sono quattro relazioni su temi di chirurgia polmonare, di neuropatologia e di radiologia. Nel programma delle due giornate sono comprese anche delle escursioni in provincia per la visita di importanti opere sanitarie e per l'inaugurazione del nuovo sanatorio alpino di Mezzaselva (metri 1250 s. m.). Il Convegno sarà presieduto dall'on. prof. Raffaele Paolucci.

Notevoli facilitazioni sono accordate ai congressisti. Per qualunque informazione e per avere il programma rivolgersi alla delegazione veneta del-

la Federazione Italiana Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi con sede in Venezia, Campo Bandier e Moro 211.

Congresso medico sportivo invernale.

Per accordi presi con la Direzione dell'Istituto Codivilla di Cortina d'Ampezzo, l'abituale Congresso Invernale Medico Sportivo indetto dalla Società Medico-Chirurgica Bresciana sul tema: « La Medicina e la Chirurgia relative allo sport dello sci e all'alpinismo d'alta montagna » sarà tenuto nel prossimo gennaio 1937 a Cortina d'Ampezzo. Tutti i medici vi possono partecipare. Per il Congresso verranno concesse speciali facilitazioni di viaggio e di permanenza in Cortina sia ai congressisti che ai loro famigliari. Si pregano quanti volessero intervenire di inviare quanto prima la loro adesione e il titolo di eventuale loro comunicazione indirizzandosi al segretario della Società Medico-Chirurgica Bresciana, dott. R. Sassi.

Attività assistenziale del Patronato Nazionale.

Si sono conclusi in questi giorni i lavori relativi all'attività assistenziale del Patronato Nazionale per il primo semestre 1936, la cui opera si rivolge in modo particolare a favore delle masse lavoratrici. I dati riassuntivi dànno: operai assistiti n. 167.797; indennità liquidate per infortuni industriali ed agricoli lire 83.685.970; pensioni annue per invalidità e vecchiaia L. 5.438.000; assegni morte L. 512.445; assegni maternità lire 509.195; contributi assicurativi ricuperati lire 1.019.981; visite mediche effettuate agli assistiti n. 104.652.

Nè meno efficiente è stata l'attività del Patronato Nazionale in Africa Orientale, dove sono stati istituiti fin dal luglio 1935 due uffici in Asmara e Mogadiscio. Malgrado molteplici difficoltà, i detti due uffici hanno assistito 1908 lavoratori, di cui 1136 per infortunio.

Le commissioni per le libere docenze.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale ha nominato le seguenti Commissioni per gli esami di libera docenza in medicina e chirurgia:

Anatomia umana normale: A. Pensa, G. Salvi, P. Dorello, G. Vitali, V. Virno.

Anatomia ed istologia patologica: E. Ravenna, G. Carozzi, G. Sotti, B. Lunghetti, F. Guccione.

Clinica delle malattie tropicali e subtropicali: A. Castellani, G. Boeri, F. Galdi, P. Croveri, G. Alessandrini.

Clinica ortopedica: R. Dalla Vedova, V. Puccinell, V. Nicoletti, V. Putti, F. Cattaneo.

Clinica ostetrica e ginecologica: E. Cova, P. Gaifami, E. Alfieri, A. Bertino, F. Spirito.

Farmacologia: A. Bonanni, M. Aizzi Mancini, A. Chistoni, V. Paolini, G. Amantea.

Fisiologia umana: S. Baglioni, O. Polimanti, G. Amantea, R. Margaria, G. Pupilli.

Igiene: De Blasi, D. Ottolenghi, A. Azzi, L. Piras, F. Neri.

Idrologia medica: C. Frugoni, F. Schupfer, A. Valenti, I. Simon, S. Silvestri.

Medicina del lavoro: L. Preti, A. Gasbarrini, A. Gemelli, G. Quarelli, A. Ranelletti.

Patologia speciale medica e metodologia clinica: C. Gamna, A. Signorelli, E. Greppi, P. Bastai, G. Melli.

Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica: D. Taddei, F. Purpura, G. Bolognesi, A. M. Dogliotti, L. Stropeni.

Psicologia sperimentale: U. Cerletti, A. Gemelli, M. Ponzo, G. Ayala, C. Colucci.

Storia della medicina: D. Giordano, S. Baglioni, P. Capparoni, M. Cardini, A. Pazzini.

Tisiologia: E. Morelli, G. Boeri, A. Gasbarrini, L. Zoia, F. Bocchetti.

Urologia: R. Alessandri, D. Taddei, G. Bolognesi, G. M. Fasiani, C. Bruni.

Fondazione "Giorgio De Blasi".

Per onorare la memoria del sottotenente pilota della R. Aeronautica Giorgio De Blasi, studente del 5° anno di Medicina presso la R. Università di Roma, gloriosamente caduto nel cielo di Littoria il 14 ottobre dello scorso anno, è stata decisa la istituzione di una Fondazione « Giorgio De Blasi » da affidarsi alla R. Università di Roma.

La pratica attuazione della iniziativa è stata assunta dalla Presidenza del Comitato Ordinatore del X Congresso Nazionale d'Igiene, che avrà luogo in Napoli dal 4 al 7 ottobre.

L'appello che accompagna le schede di sottoscrizione reca le firme del presidente del Comitato prof. Donato Ottolenghi, del segretario generale prof. Alberto Botti e del tesoriere prof. Roberto Franza.

La proclamazione della Fondazione sarà fatta nella prima seduta del Congresso.

Le offerte pervengono già numerose al tesoriere del Comitato (via Luciano Armanni 3, Napoli).

Un po' dovunque.

Il 9° Congresso internazionale di medicina e farmacia militari si adunerà a Bucarest dal 9 al 12 maggio 1937. Segretario generale: capitano medico Dr. Popescu Bozen, Institul Sanitar Militar, Bucuresti II, Rumania.

La 4ª Sessione dell'Ufficio internazionale di documentazione di medicina militare avrà luogo a Ginevra, dal 10 al 14 ottobre, in collaborazione col Comitato internazionale della Croce Rossa. Tassa d'iscrizione: 20 franchi belgi (per i non delegati ufficiali). Rivolgersi al direttore dell'ufficio, colonnello medico dott. Voncken, Hôpital Militaire, Liége, Belgio.

Il 1° Congresso europeo di chirurgia struttiva si terrà a Bruxelles il 3 e il 4 ottobre; sarà destinato in specie alla chirurgia riparatrice; la chirurgia estetica vi avrà una parte subordinata. Il congresso è organizzato dalla « Société Européenne de Chirurgie structive », di cui è presidente il dott. Coelot (Bruxelles) e sono vice-presidenti il dott. Pomfret Kilner (Londra) e il prof. Sanvenero-Rosselli (Milano); del consiglio fa parte il prof. Bardelli (Firenze). Sede del comitato esecutivo: avenue Louise 118, Bruxelles.

Il 1° Congresso internazionale per la salute degli studenti si è tenuto ad Atene dal 19 al 22 luglio; è stato organizzato sotto l'alto patronato del principe ereditario Paolo e sotto la presidenza di G. Montoussis, professore d'igiene in quella Facoltà medica.

La Società internazionale d'idrologia medica terrà una riunione annua in Austria, durante i giorni 10-16 ottobre — successivamente a Innsbruck, Bad Gastein, Hof Gastein e Salisburgo — subito dopo il 15° Congresso internazionale di Belgrado — di cui già abbiamo dato notizia. Temi: « Cura idrominerale delle malattie della vecchiaia »; « Radioattività delle acque minerali ». Quota: 1 ster-

lina; riduzione del 50 % per i medici che abbiano partecipato al precedente Congresso di Belgrado. Le spese previste saranno di 180 scellini austriaci. Rivolgersi a: The General Secretary of the International Society of Medical Hydrology, Kingsway 109, London W. C. 2., Inghilterra; oppure al Dr. A. Keller, Rheinfelden, Austria.

Il Congresso internazionale di medicina sportiva, indetto a Berlino in occasione delle Gare olimpioniche, ha adunato molti medici di tutti i Paesi civili. L'assemblea si è tenuta al « Reichstadt ». Sono state fatte varie comunicazioni sull'esame medico pre-sportivo e sulla sorveglianza medica dell'educazione fisica durante l'età infantile. Sono poi state compiute varie visite.

Il presidente dell'Associazione internaz. di medicina sportiva, prof. Latarjet, di Parigi, rimarrà in funzione fino al 1937. Un congresso sarà organizzato a Parigi, durante la Mostra mondiale, sotto la presidenza dei proff. Carnot e Latarjet.

Il Congresso internazionale di fisioterapia, adunatosi a Londra, ha proceduto al rinnovo del Comitato dell'Associazione internazionale di medicina fisica. Ne è presidente il prof. Gunzburg, segretario il dott. P. Dubois Trépagne, rue Louvrex 25, Liége, Belgio. Il prossimo congresso si terrà nel 1939 a Budapest e Vienna.

L'Associazione internazionale per lo studio delle radiazioni solari, terrestri e cosmiche ha differito la sua riunione al 10-15 settembre; questa assemblea preparerà il 1° Congresso internazionale di cosmobiologia, che si terrà nel 1937. Segretario del Congresso: Dr. M. Faure, La Molon-les-Bains, Hérault, Francia.

L'Associazione Medica Britannica si è adunata a Oxford dal 17 al 21 luglio; è stata ripartita in più Sezioni e vi è stata annessa una Mostra. Il discorso inaugurale fu tenuto da Sir E. Farquhar Buzzard; aveva per argomento: « E l'avvenire ».

L'Associazione Argentina di Chirurgia terrà il suo 8° Congresso a Buenos Aires durante la prima quindicina di ottobre. Temi: « Litiasi renoureterale », « Cancro del retto », « Tubercolosi genitale ». Segretario generale: Dr. Arnaldo Caviglia, Santa Fe 1171, Buenos Aires.

Il 1° Congresso argentino di oftalmologia si terrà dal 27 al 31 ottobre a Buenos Aires. Temi: « L'apparato lacrimale »; « Congiuntivite primaverile »; « Radiologia oftalmologica ». Comitato esecutivo: Santa Fe 1171, Buenos Aires.

Il 14° Congresso dei medici di lingua francese dell'America del Nord si tiene a Montréal (Canadà) dal 7 al 10 settembre. Temi: « Ascessi polmonari », « Ulcera gastro-piloro-duodenale », « Tubercolosi dell'anca ». Per informazioni: Agence Lubin, boulev. Haussmann 36, Paris 9e.

Il 3° Congresso francese dei medici amici del vino è annunziato per la prima metà di settembre a Digione; è organizzato dal dott. Ozanon.

Il 3° Congresso dei medici elettro-radiologi di lingua francese si svolgerà a Parigi dall'8 al 10 ottobre. Segretario generale: Dr. Dartaux, boulev. Rochechonart 9-bis, Paris 9e.

L'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » si è adunata il 7 agosto, sotto la presidenza del prof. C. Cantieri. Sono state fatte comunicazioni da: R. Silvestrini, S. De Renzi (due comunicaz.), Della Maggiore, C. Cantieri.

La Sezione di Tisiologia dell'Associazione Medica Argentina ha dedicato la seduta del 10 ottobre 1935 prevalentemente al pneumotorace terapeutico; molta parte è stata fatta agli italiani. Il resoconto è pubblicato nel numero di aprile 1936 della « Revista de la Asociación Médica Argentina », giuntoci ora.

La Reale Società di Medicina di Gand ha ripreso la pubblicazione dei suoi Annali, che sono a tipo di monografie; il primo numero, di 120 pagine, riguarda la scarlattina; i numeri successivi saranno destinati agli ormoni sessuali, alla istamina, ai tumori cerebrali, alle affezioni cardiache ecc. L'abbonamento annuale, che comprende un minimo di 10 numeri, importa 50 franchi belgi. Segreteria: rue de la Croise 10, Gand, Belgio.

Il Governo Italiano ha deciso d'accordare per l'anno scolastico 1936-37 sei borse di studio a stranieri per il perfezionamento in tisiologia nell'Istituto « Carlo Forlanini » di Roma. Ogni borsa importa 3000 lire, il vitto e l'alloggio; la permanenza è stabilita dal 15 novembre al 15 luglio. Le candidature vengono prese in considerazione solo se fatte dai Governi, oppure da un'associazione nazionale che faccia parte dell'Unione internazionale contro la tubercolosi (segreteria: boulevard Saint-Michel 66, Parigi).

La Società Italiana Pirelli ha donato L. 45.000 all'Ospedale Maggiore di Milano, per la cura dei dipendenti della Società. Questa aveva già donato, nel 1932, più di L. 300.000 allo stesso scopo.

Il 12 giugno fu inaugurato ad Atene il nuovo « Palazzo delle Scienze teoriche » dell'Università; alla cerimonia intervenne il ministro della pubblica istruzione.

Il « Bollettino del Sindacato Nazionale Fascista dei Giornalisti » (luglio 1936) crede che la proposta Sezione per la stampa tecnico-scientifica (cfr. questo periodico, pp. 1352, 1471 e 1506) dovrebbe avere larga autonomia e che, perciò, converrebbe di costituirne un secondo Sindacato, in collegamento con quello attuale mediante uno stesso presidente ed uno stesso ufficio di segreteria. Scarsa fiducia ha nell'efficienza della proposta Commissione permanente.

Nel Belgio, con Decreto Reale del 22 luglio e in applicazione di una legge del 3 agosto 1919, modificata con leggi ulteriori, vengono soppressi i diritti di preferenza accordati agli invalidi di guerra ed agli ex combattenti, per le nomine agli istituti e laboratori provinciali d'igiene di Liegi, Anversa, Hainaut.

La Camera nazionale dei Medici della Germania ha messo a disposizione la somma di 20.000 marchi-rendita a favore dei medici tedeschi profughi dalla Spagna.

Il prof. M. Schlick, docente di filosofia a Vienna, è stato ucciso a colpi di rivoltella da uno studente in medicina a nome Melbock.

Notizie da Forlì recano che il dott. Giovanni Brenti è stato ucciso involontariamente da un compagno di caccia, il 21 agosto, presso San Benedetto in Alpe, in località Brenzica. Il compagno, abbassatosi per dissetarsi ad una fonte, faceva par-

tire accidentalmente dal proprio fucile un colpo, che investiva alla nuca il Brenti. Questi era stato per diversi anni potestà di Portico, suo paese nativo, e godeva in tutta la vallata del Montone di grande estimazione.

Il colonnello medico dott. Saverio Curcio di Napoli, reduce dalle Olimpiadi di Berlino, in un albergo di Milano ha visto scomparire una sua grossa e pesante valigia contenente ferri chirurgici del valore di 3000 lire.

A Venezia decedava, per via, il cav. Sindonio Sambo; trasportato all'Ospedale, dal cadavere fu asportato, ad opera d'ignoti, un ponte d'oro.

Al Tribunale di Vienna è comparso il commerciante romeno Costantino Tautu, il quale da un fratello che fa il dentista al Giappone, aveva appreso ad estrarre i denti senza dolore e si era prodotto, in quest'arte, anche per la strada... Al processo risultò che nella prigione della Polizia il Tautu aveva avuto occasione di dimostrare la sua valentia, e che il metodo venne molto apprezzato tanto che in pochi giorni egli dovette cavare dei denti anche ai più alti funzionari. In esito a tale risultanza, i giudici hanno assolto l'abusivo. Il metodo consiste nel cospargere la gengiva di una tintura disinfettante ed analgesica: di lì a poco ogni dente può essere estratto senza cagionare sofferenze. Così la « Gazz. del Popolo ».

È morto a 82 anni sir HENRY WELLCOME, nato in America e stabilitosi a Londra, ove si associò con S. M. Bourroughs per la fabbricazione di prodotti farmaceutici: l'impresa ebbe grandioso sviluppo. Egli ideò le compresse o « tabloidi », che ebbero straordinaria fortuna. Creò laboratori di fisiologia, di chimica, il Museo di medicina, il Museo di storia della medicina, laboratori di entomologia al campo, ecc. rendendosi benemerito della scienza e della cultura. M. P.

Le malattie infettive nelle colonie.

Diamo l'elenco delle principali malattie infettive verificatesi in Libia (L), Eritrea (E), Somalia (S), fra i militari (Naz. ed Indig.) e gli operai.

Marzo 1936. — Vaiuolo: 22 (E); 4 (S). Varicella: 33 (L); 2 (E); 39 (S). Morbillo: 74 (L); 3 (E); 16 (S). Febbre ricorrente: 39 (E). F. tifoide: 4 (L); 238 (E); 4 (S). F. ondulante: 27 (L); 1 (E). Dissenteria: 17 (L); 17 (E); 188 (S). Anchilostomiasi: 43 (S). Malaria: 13 (L); 133 (E); 654 (S). Dengue: 24 (E). Framboesia: 72 (S).

Aprile. — Vaiuolo: 35 (E); 3 (S). Varicella: 47 (L); 3 (E); 72 (S). Morbillo: 236 (L); 5 (E); 27 (S). F. ricorrente: 1 (L); 36 (E); 1 (S). F. tifoide: 5 (L); 149 (E); 7 (S). F. ondulante: 16 (L); 1 (E). Dissenteria: 19 (L); 9 (E); 190 (S). Anchilostomiasi: 28 (S). Lebbra: 1 (L); 5 (E); 2 (S). Framboesia: 29 (S). Malaria: 1 (L); 753 (E); 510 (S). Dengue: 7 (E); 3 (S).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 14 Settembre 1936 - XIV Num. 37

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

La mia attuale esperienza nella chirurgia di alcune affezioni della regione chiasmatico-sellare.

ANGELO CHIASSERINI, Chirurgo primario nell'Ospedale del Littorio (Roma).

Scrivo questo lavoro con lo scopo di riassumere e di analizzare brevemente l'esperienza clinica da me acquistata in questo speciale campo della neuro chirurgia, durante un periodo di tempo, che è da me considerato un poco come di tirocinio.

Se i primi due interventi in una paziente ricoverata nella 3ª Divisione chirurgica dell'Ospedale di Venezia, di cui allora io ero primario, risalgono al 1929, i successivi vanno dal 1933 al maggio 1936. Così che in realtà questo periodo di attività neuro-chirurgica risulta di circa 3 anni, e si è svolto quasi interamente nel mio Padiglione dell'Ospedale del Littorio in Roma.

* * *

Ho eseguito 25 interventi su 19 pazienti.

Le affezioni riscontrate sono state assai diverse. Per poterle meglio analizzare credo opportuno dividerle in 5 gruppi, dei quali alcuni sono abbastanza omogenei, altri lo sono di meno.

1° GRUPPO (*neuriti ottiche retrobulbari, aracnoiditi* ecc.).

Esso comprende 6 pazienti sui quali furono eseguiti 9 interventi (1 esito letale). Le lesioni riscontrate in questi pazienti non sono sempre sicuramente definibili, e certamente differiscono fra loro sotto vari punti di vista.

Il raggruppamento è stato fatto tenendo anche conto di un fattore negativo: cioè la mancata constatazione operativa di un tumore sellare.

CASO I. — Uomo di 38 anni, sofferente di cefalea dopo un trauma cranico, e successivamente di diminuzione progressiva della vista. Fu constatata atrofia degli ottici. Cure antiluetiche e radioterapia senza effetto.

Esame oculare: notevole restringimento del campo visivo sopratutto a destra; forte diminuzione del visus.

Radiologicamente si nota un aumento della circolazione diploica ed un lieve svasamento della sella.

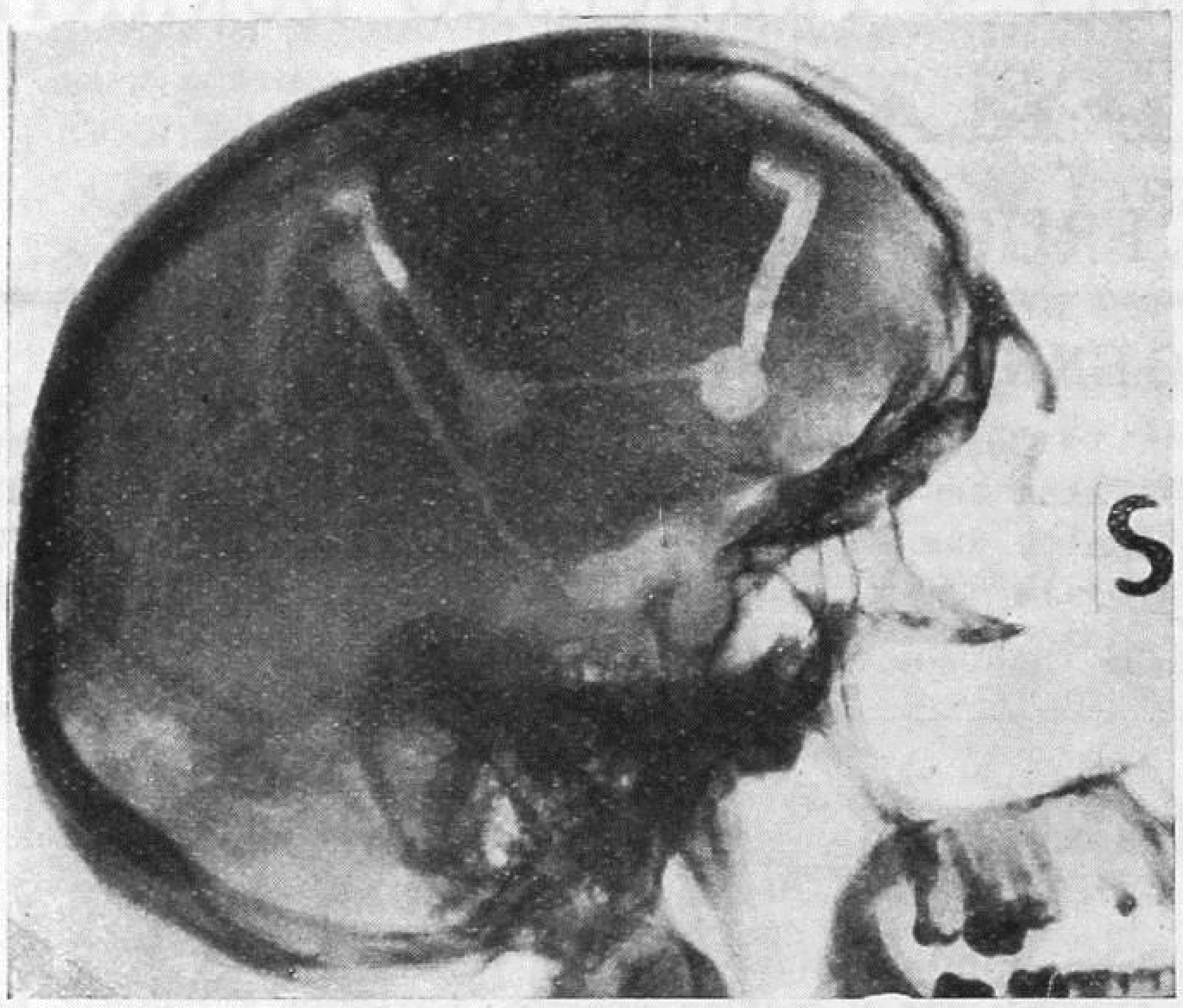


FIG. 1. — (Caso 1° del 1° Gruppo). Lembo osteoplastico bilaterale.

La ventriculo-puntura dà un notevole aumento della pressione del liquor.

La ventricolografia non dimostra modificazioni nel sistema ventricolare.

Operazione in due tempi in narcosi basale avertinica. Il 30-X-1933 cranioresezione osteoplastica bilaterale fronto-temporo-parietale (fig. 1) traverso la mia incisione a T. L'8-XI-1933 esplorazione della regione chiasmatica traverso la cranio-resezione de-

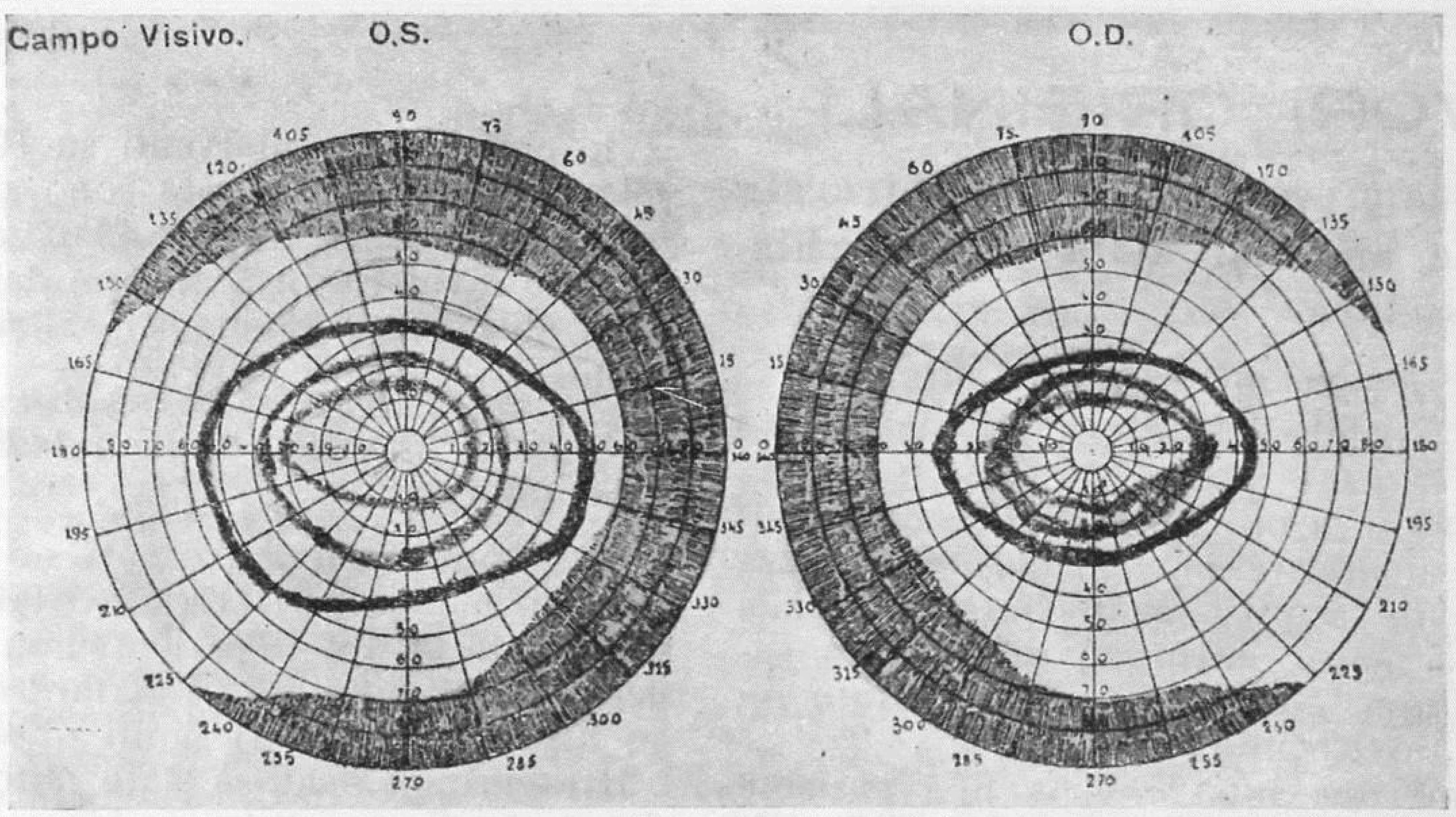


FIG. 2. — (Caso 1° del 1° Gruppo). Campo visivo prima dell'intervento.

stra. Si nota iperemia degli ottici e la presenza di sottili briglie all'intorno; dalla cisterna chiasmatis fuoriesce abbondante liquor.

Scomparsa della cefalea; notevole miglioramento del visus e del campo visivo (figg. 2-3).

Il paziente (meccanico) è in grado di riprendere il suo lavoro.

CASO II. — Paziente di 32 anni, che da 15 mesi soffre di cefalea e notevole diminuzione del visus. Cure antiluetiche e radioterapia senza effetto.

Radiografia: calcificazioni disseminate nella fossa cranica media, di cui la più voluminosa è all'introitus sellae.

Esame oculare: atrofia ottica primitiva; restringimento del campo visivo; visus 1/50.

Encefalografia: nulla di anormale nel sistema ventricolare.

Il 2-X-1934 in anestesia avertinica basale si esplora la regione chiasmatica traverso cranio-resezione destra (iniziale sollevamento extra-durale del lobo frontale). Iperemia dei nervi ottici.

Scomparsa della cefalea; visus invariato; notevole allargamento del campo visivo sopratutto per il bianco.

CASO III. — Paziente di 40 anni. Soffre di cefalea e di diminuzione della vista.

Esame oculare: emianopsia bitemporale; pallore delle papille; visus a S.: 1/4; a D.: 1/3.

Esame radiologico: modica espansione della sella.

Reazione di Wassermann: negativa.

Il 30-XI-1935 (anestesia basale avertinica) esplorazione regione chiasmatica traverso cranio-resezione destra. Abbondante fuoriuscita di liquor dalla cisterna chiasmatis; gli ottici sembrano un poco assottigliati; puntura della sella (si estrae poco più di 1 cc. di liquido sieroso-ematico).

Scomparsa della cefalea; miglioramento delle condizioni visive.

Questi primi tre casi hanno fra loro una notevole rassomiglianza, sia per ciò che riguarda la sintomatologia (cefalea e diminuzione progressiva della vista); l'esame oculare e radiologico (atrofia ottica con restringimento del campo visivo e diminuzione del visus; modico svasamento sellare in due casi); il reperto operatorio (negativo per ciò che riguarda la presenza di tumori sellari); l'esito (in tutti i casi scomparsa della cefalea; miglioramento delle condizioni visive notevolissimo nel primo caso

e molto buono anche nel terzo; assai scarso nel secondo).

È difficile dare una spiegazione facilmente convincente, sia per ciò che riguarda la sintomatologia, sia per quanto si riferisce agli esiti dell'intervento. Non si spiega facilmente neppure il reperto di una emianopsia constatato nel terzo caso.

Si potrebbe per il primo caso pensare agli esiti di una meningite sierosa asettica localizzata, consecutiva al trauma cranico subito. In effetti esisteva un aumento della tensione endoventricolare; e dalla cisterna chiasmatis fuoriuscì abbondante liquor. Questa ultima constatazione fu fatta anche nella terza paziente, in cui si aveva, come nel primo, un aumento della cavità sellare; ma qui non si aveva alcuna anamnesi di trauma cranico.

Resta da pensare a quelle forme di neuriti ottiche retrobulbari, di cui anche presso di noi si sono particolarmente occupati Di Marzio, Ferreri, Bombelli, le quali sembrano avvantaggiarsi notevolmente dalla semplice esposizione della regione degli ottici, per le modificazioni di ordine circolatorio, o simpatico-circolatorie, che ne deriverebbero.

Il IV caso riguarda un paziente di 37 anni. Da alcuni mesi cefalea e progressiva diminuzione della vista.

Esame oculare: pallore bilaterale delle papille; lieve edema peripapillare; amaurosi a D.; fortissimo restringimento campo visivo a S. Visus a S.: conta le dita a m. 1,50.

Esame radiologico: sella modicamente svasata e approfondita, con assottigliamento lamina quadrilatera.

Reazione di Wassermann: negativa.

Il paziente fu operato in due volte successive: una prima volta (23-XI-1934) in narcosi basale avertinica fu esplorata la regione chiasmatica traverso una cranio-resezione destra. Fu constatata la presenza di una tumefazione retrochiasmatica dalla quale furono estratti circa 50 cc. di liquido limpido, che poi fu constatato essere liquor. La parete di tale tumefazione venne aperta, e l'interno toccato con liquido di Zenker.

Un esame oculare eseguito a 20 giorni di distanza dimostrò un miglioramento del visus dell'occhio sinistro ed un notevole ingrandimento del campo visivo.

Il secondo intervento fu eseguito il 6-II-1935, traverso una cranio-resezione sinistra. Fu constatata iperemia dei nervi ottici; dalla cisterna chiasmatis fuoriuscì parecchio liquor; la tumefazione osservata durante il primo intervento non si era riprodotta.

Condizioni invariate.

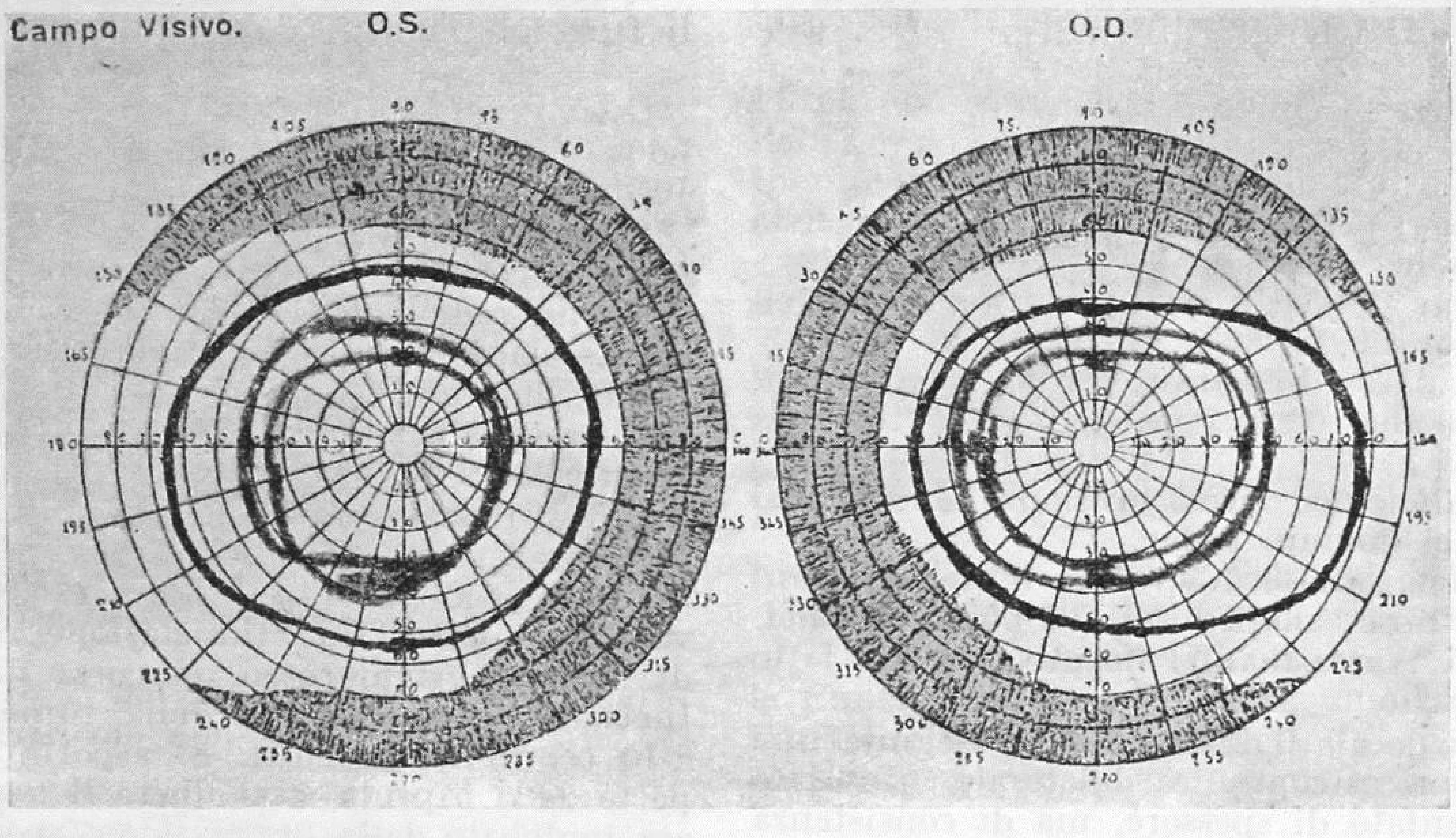


FIG. 3. — (Caso 1° del 1° Gruppo). Campo visivo dopo l'intervento.

Questo caso è di un notevole interesse: è assai probabile che si sia trattato di una meningite sierosa asettica (la ventriculografia dimostrò notevole dilatazione dei ventricoli) con una raccolta cistica basilare. Non si può escludere che questa fosse in rapporto con la dilatazione del terzo ventricolo. In tal caso col primo intervento si sarebbe eseguita una ventriculostomia.

Il caso, quantunque analogo al primo qui descritto, è stato menzionato a parte, perchè la raccolta basale di liquor costituiva una vera e propria formazione cistica, almeno dal punto di vista operativo.

Il grado scarso di miglioramento ottenuto va secondo ma riferito da un lato alla tardività dell'intervento, dall'altro alla estensione ed alla gravità delle lesioni, che interferivano con la circolazione del liquor.

Il V e il VI caso differiscono profondamente dai quattro fin qui ricordati.

Una paziente di 49 anni mi fu inviata con diagnosi di probabile tumore sellare. Una esplorazione della regione chiasmatica eseguita il 28-V-36 (anestesia basale avertinica) traverso una cranioresezione osteoplastica sinistra permise di vuotare dalla cisterna chiasmatis una notevole quantità di liquor, ma non rivelò presenza di alcun tumore.

Fu anche esplorata la parete esterna della fossa

temporale sinistra, e asportata la parte bassa della squamma del temporale.

La paziente ha risentito un qualche miglioramento dall'intervento, sopratutto per ciò che riguarda la scomparsa della cefalea, ma credo che ciò vada attribuito alla decompressione stabilita con la asportazione di parte dell'osso temporale.

È molto probabile che la paziente sia affetta da un meningioma della falce, a giudicare dai dati ventriculografici, che dimostrano uno spostamento verso destra dei corni frontali dei ventricoli laterali.

Anche per il VI caso non si può dare che una diagnosi di approssimazione, dato che i sintomi non furono completamente raccolti, e i reperti anatomo-patologici non comprendono l'esame istologico della ipofisi.

Si trattava di un uomo di 49 anni, che da 14 mesi aveva osservato diminuzione progressiva della vista; cefalea, tendenza al sonno, aumento di peso; polidipsia; poliuria; diminuzione grave della potenza sessuale.

Deformazione del viso; esoftalmo; polisarcia; cifosi cervico-dorsale.

L'esame oculare dimostrava atrofia degli ottici; visus ridotto alla percezione dell'ombra e della luce.

L'esame radiologico rivelò erosione delle apofisi clinoidee e del dorsum sellae.

La ventriculografia faceva vedere ventricoli grandi con voluminose calcificazioni dei plessi coroidei.

Reazione di Wassermann: negativa. Aveva fatto cure antiluetiche.

In anestesia locale il 28-III-1934 fu eseguita una cranio-resezione osteoplastica bilaterale. Tavolato cranico aumentato di spessore, ma di consistenza molle.

Il 5-IV-1934, sempre in anestesia locale, fu eseguita una esplorazione della regione chiasmatica traverso la cranio-resezione a destra. Si punge la sella e si estraggono alcuni cc. di liquido giallo rossastro.

L'esame di questo liquido dimostrò, oltre la presenza di emazie e di leucociti, delle grosse cellule rotonde, qua e là riunite in placche, con protoplasma basofilo e nucleo intensamente basofilo con nucleoli. In alcune di queste cellule il protoplasma sembrava come cribrato da vacuoli.

Il paziente non ebbe miglioramento apprezzabile da questo intervento. Uscì dall'ospedale un mese dopo il primo intervento.

Tornò nel gennaio 1935; e il 9-II-1935, in anestesia avertinica, si procedette ad un nuovo intervento traverso la cranio-resezione osteoplastica sinistra.

Si arrivò a mettere in evidenza il nervo ottico di sinistra, ma poi l'operazione dovette essere interrotta per lo stato di irrequietezza del paziente.

Decorso postoperatorio febbrile. Morte, con sintomi meningei il 23-II-1935, cioè 15 giorni dopo l'intervento.

L'autopsia confermò che causa della morte era stata una meningite. L'ipofisi appariva largata con punti giallastri. Struma della surrenale sinistra.

Sfortunatamente l'ipofisi andò perduta.

Come ho già detto il caso non può essere definito con sicurezza per la mancanza di vari dati.

Tuttavia il reperto di cellule a protoplasma basofilo riscontrate nel liquido ottenuto con la puntura della sella; la constatazione di uno struma della surrenale sinistra; e d'altra parte alcuni dei sintomi rilevati, sembrano rendere probabile la diagnosi di basofilismo ipofisario nel senso di Cushing.

La morte per meningite, dopo il terzo intervento, è certamente da attribuirsi ad una infezione verificatasi in occasione di eccessivo affollamento della camera operatoria. Bisogna, sopratutto in chirurgia cerebrale, guardarsi dall'entusiasmo soverchio degli spettatori!

2° GRUPPO (*Tumori sellari senza sintomi costituzionali*).

Questo gruppo comprende 3 pazienti sui quali furono eseguiti 3 interventi (1 esito letale).

CASO I. — Donna di 49 anni. Da due anni cefalea e diminuzione progressiva della vista. Da 10 mesi menopausa.

Esame oculare: pupille anisocoriche non reagenti; atrofia degli ottici; amaurosi.

Esame radiologico: sella molto ingrandita con aditus slargato; apofisi clinoidee usurate.

Encefalografia: non si osservano modificazioni nei ventricoli laterali; scarsamente visibile il 3° ventricolo.

Il 6-VI-1933 in anestesia basale avertinica, e traverso una cranio-resezione osteoplastica destra, si mette in evidenza all'interno e al disopra del nervo ottico destro una tumefazione rotondeggiante di colorito grigio roseo, percorsa da vasi sottili. Incisione e vuotamento della tumefazione (circa 8-10 cc. di frammenti). Si asporta anche buona parte della capsula, e si libera il nervo ottico che era inglobato dalla tumefazione, spostato in basso e assottigliato. Drenaggio con sottile striscia di garza.

L'esame dei frammenti dimostra le caratteristiche dell'adenoma cromofobo.

La paziente muore il giorno successivo all'intervento con la sindrome della iperpiressia e della tachicardia estrema.

Autopsia parziale: piccolo coagulo sottodurale; rammollimento faccia infero-anteriore lobo frontale.

CASO II. — Uomo di 34 anni. Da 2 anni cefalea e diminuzione progressiva della vista.

Esame oculare: atrofia ottica a D.; papilla da stasi in fase atrofica a S.; visus a D.: percezione della luce dal lato nasale; a S. 1/10. Campo visivo a S.: emianopsia temporale.

Esame radiologico: sella appiattita svasata, con scomparsa del dorsum; apofisi clinoidee anteriori e tuberculum sellae erosi.

Ventriculografia: corni frontali un poco dilatati simmetrici; non si vede il terzo ventricolo (fig. 4).

Il 16-II-1935 (subito dopo la ventriculografia) si esplora la regione chiasmatica da destra (previa puntura del corno frontale corrispondente). Tumefazione fortemente vascolarizzata verso la parte antero-sellare. Non si vedono gli ottici. Si vuota la tumefazione (consistenza molle). Emostasi locale con termo-coagulazione (fig. 5).

Esame istologico dei frammenti asportati: meningioma con formazioni a vortice.

Decorso postoperatorio normale. Scomparsa della cefalea.

Un esame oculare eseguito il 3-X-1935 dava: emianopsia bitemporale; papilla a S.: normale; a D.: pallore accentuato. Visus a D.: 1/10; a S.: 10/10.

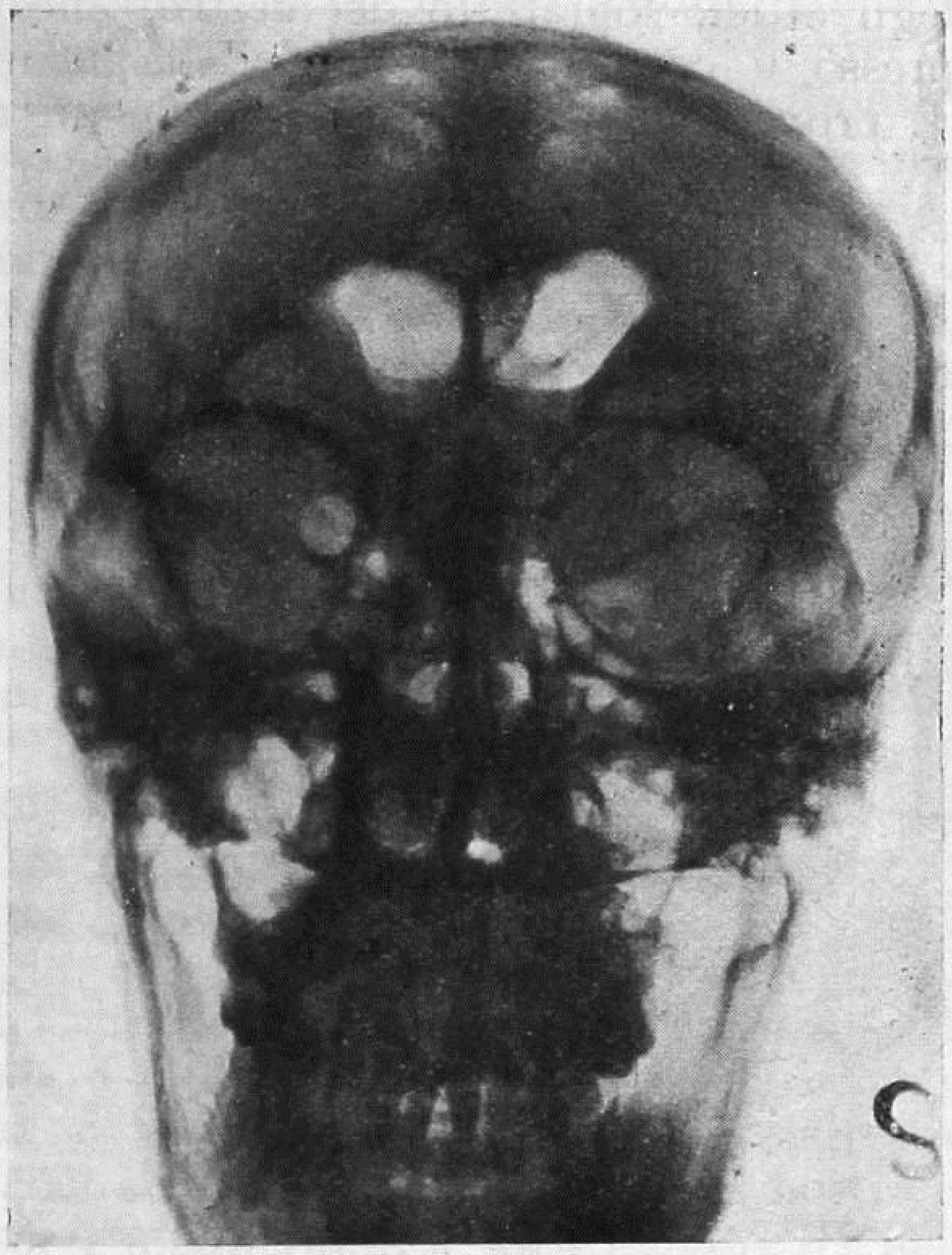


FIG. 4. — (Caso 2° del 2° Gruppo). Ventriculografia. Il 3° ventricolo non si è iniettato.



FIG. 5. — (Caso 2° del 2° Gruppo). Sella slargata e appiattita. Lembo fronto-temporale.

CASO III. — Uomo di 44 anni. Da circa dieci mesi diminuzione progressiva della vista.

Esame oculare: emianopsia temporale S.; fortissimo restringimento del campo a D. Visus: a D. conta le dita a 40 cm. (dal lato nasale); a S. (con due diottrie: 5/10). Atrofia della papilla.

Radiografia: sella ingrandita e allungata (fig. 6).

Encefalografia: nulla di anormale.

Il 18-XI-1935 in anestesia basale avertinica esplorazione della regione chiasmatica traverso craniorresezione destra. Spessore del cranio aumentato. Si osserva una tumefazione, che sembra estrinsecarsi fra nervo ottico destro e carotide. Si punge

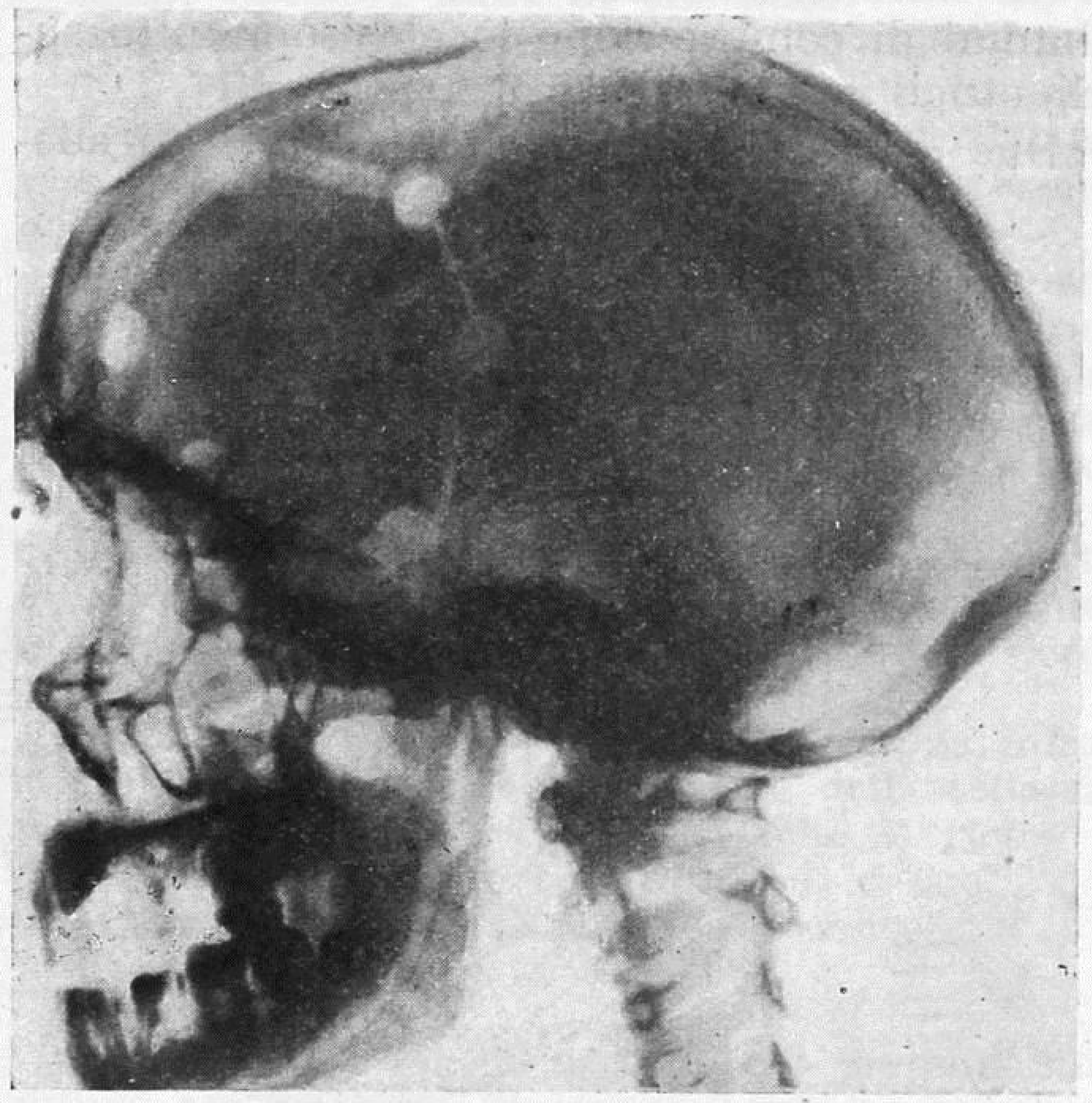


FIG. 6. — (Caso 3° del 2° Gruppo). Sella allungata. Lembo osteo-plastico fronto-temporale.

la tumefazione e se ne estraggono circa 10 cc. di liquido citrino. Ciò permette di porre in vista anche una espansione anteriore della tumefazione,

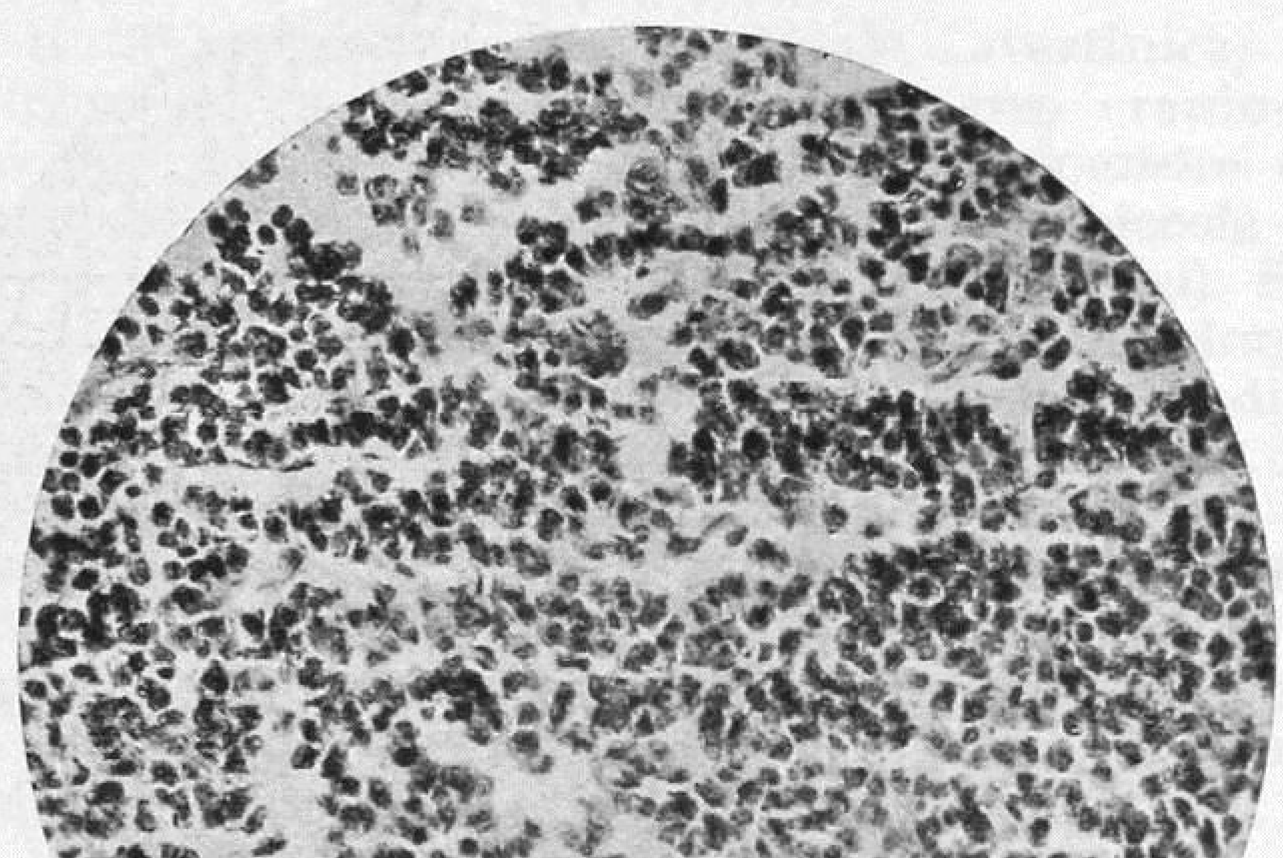


FIG. 7. — (Caso 3° del 2° Gruppo). Adenoma cromofobo (agranulocitario) dell'ipofisi.

di inciderne la parete e di svuotarla, liberando gli ottici dal contatto di essa.

Il tessuto asportato è grigio-roseo, di consistenza molle.

Esame istologico: adenoma cromofobo (fig. 7).

Decorso postoperatorio normale.

Notevolissimo miglioramento delle condizioni visive: campo visivo divenuto quasi normale; visus a D.: 3/10; a S.: 9/10 (figg. 8-9).

I commenti, che mi sembra si possano fare ai casi di questo gruppo, sono i seguenti:

Si trattava di tumori sellari, o parasellari, senza sintomi di ordine costituzionale, ma con sintomi di compressione locale, sopratutto sugli ottici, assai gravi.

Due di essi appartengono al tipo degli adenomi ipofisari del tipo cromofobo, adenomi, che in via assoluta, sembrano essere meno frequenti degli adenomi cromofili, ma che, per la loro crescita più rapida, causano più spesso e più rapidamente sintomi di compressione.

Questa rapidità di sviluppo è dimostrabile indirettamente anche in questi due casi, in quanto dall'inizio dei sintomi si era arrivati in uno alla cecità completa nello spazio di circa due anni; nell'altro a gravissimi disturbi visivi nello spazio di dieci mesi.

Anche il reperto radiologico e quello operatorio dimostrarono, sopratutto nel primo caso, una notevolissima crescita endocranica del tumore. La messa in vista della parte anteriore del tumore fu facile in ambedue i casi; ma nel secondo fu assai più completa la mobilizzazione degli ottici, sopratutto del destro, che era compresso e come avviluppato dalla neoplasia. E proprio in questo caso si ebbe un miglioramento notevolissimo delle condizioni visive, tanto da potersi quasi parlare di una *restitutio ad integrum*.

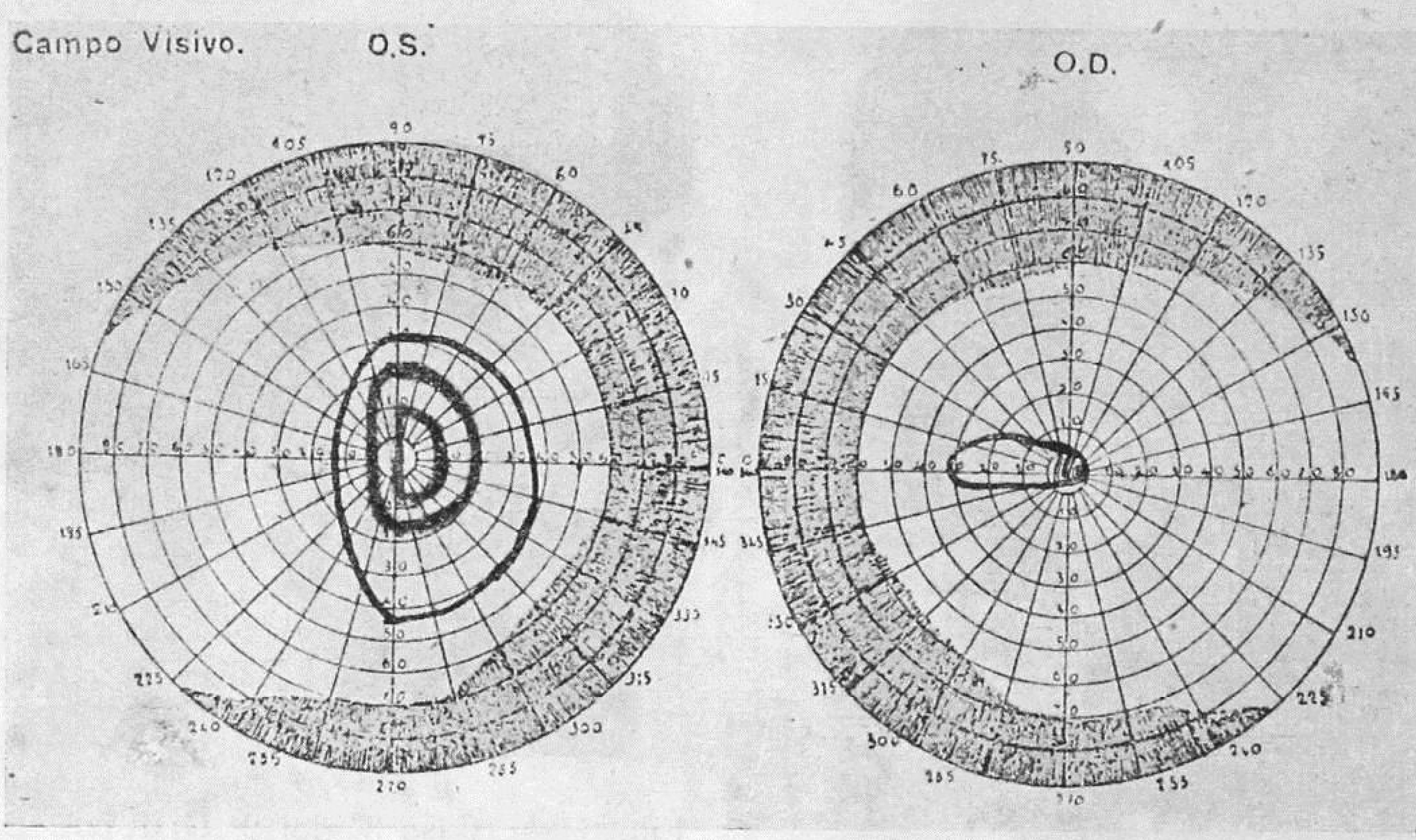


FIG. 8. — (Caso 3° del 2° Gruppo). Campo visivo prima dell'intervento.

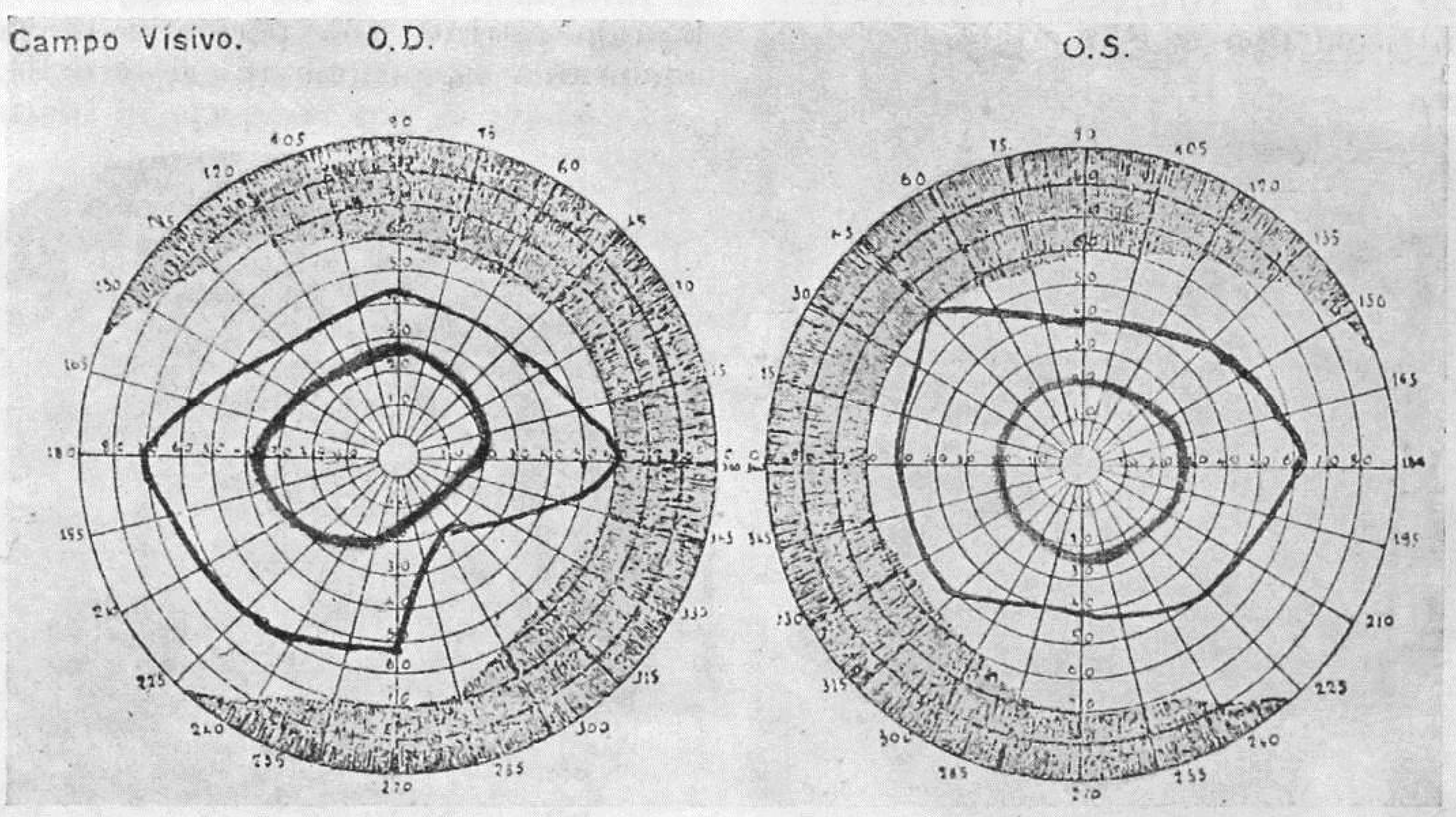


FIG. 9. — (Caso 3° del 2° Gruppo). Campo visivo dopo l'intervento.

Nella paziente si ebbe invece la morte a poco più di 24 ore dall'intervento, e dopo che si era manifestata la sindrome classica della iperpiressia e della tachicardia estrema. Non essendo in quell'epoca ancora in vigore la provvida disposizione, che ha reso obbligatorio il controllo diagnostico post mortem in tutti i decessi avvenuti nell'Ospedale, non si potè fare che un riscontro del tutto parziale. Le lesioni osservate non spiegano tuttavia l'esito

letale, che secondo me è da mettersi in rapporto con la grande estensione assunta dal tumore, e con la facilità con la quale i nuclei ipotalamici possono essere lesi durante lo svuotamento di tumori, che hanno assunto un grande sviluppo soprasellare.

Questi due casi in ogni modo dimostrano, con i loro opposti esiti, la necessità di intervenire quanto più presto sia possibile, e ciò non soltanto, perchè un intervento precoce è assai scarsamente pericoloso, ma anche perchè le condizioni della funzione visiva non siano irreparabilmente compromesse. Su ciò avremo del resto occasione di tornare.

Il terzo caso infine è un esempio di meningioma, derivante probabilmente dal tuberculum sellae. È questa una sede non rara dei meningiomi, che a loro volta hanno parecchie sedi di predilezione nella fossa cranica anteriore.

I meningiomi della regione sellare hanno rispetto ad altri (per esempio della falce) il vantaggio che, comprimendo precocementte gli ottici, provocano sintomi, che inducono il paziente a ricorrere precocemente al medico. La qual cosa permette interventi relativamente precoci e risultati buoni, come nel nostro caso.

Per i meningiomi a sede lontana da nervi o centri importanti succede al contrario, che, data la lenta crescita di tali tumori, non raramente accade che una sintomatologia tumorale ben netta si esplichi quando la neoplasia ha raggiunto dimensioni assai vaste. Ciò che, con tutta la apparente benignità di tali tumori, rende l'atto operativo assai indaginoso e pericoloso.

Cosa della quale abbiamo purtroppo potuto convincerci anche noi.

Nel nostro paziente il meningioma aveva assunto un discreto sviluppo soprasellare; e ciò era dimostrato dal modico grado di idrocefalo e dalla assenza della immagine del terzo ventricolo nei ventriculogrammi. Non esisteva tuttavia chiusura dei forami di Monro.

3° GRUPPO (*Acromegalia senza sintomi di compressione sugli ottici*).

Questo gruppo comprende 2 casi (2 esiti letali).

CASO I. — Donna di 27 anni. Tipo acromegalico, con sistema pilifero molto sviluppato sulle coscie, ed impianto a tipo maschile dei peli del pube.

Caratteristico pallore della cute.

Da 7 mesi mancanza delle mestruazioni: questo fatto, unito alla presenza di una tumefazione addominale ed allo scolo di colostro, che si ottiene spremendo le mammelle, fanno da prima pensare che la paziente sia gravida.

Successivamente ci si accorge che si tratta di una cisti ovarica. Questa viene asportata (voluminosa cisti sviluppata nel legamento largo di sinistra).

L'esame radiografico dimostra: ispessimento del tavolato cranico e marcato sviluppo dei mascellari. Sella fortemente svasata, con assottigliamento del dorsum ed abbassamento del pavimento.

Esame oculare: nulla di anormale.

Operazione in due tempi.

Il 27-VI-1934 (in narcosi basale avertinica) cranio-resezione osteoplastica fronto-temporale bilaterale traverso una incisione a T. Notevole spessore del tavolato osseo.

Il 17-VII-1934 (dilaudid-scopolamina) si esplora la regione chiasmatica traverso la cranio-resezione destra (aprendo anche la dura in corrispondenza della cranio-resezione sinistra). Puntura del corno frontale destro (fuoriuscita di liquor a goccie).

Si mettono in evidenza i nervi ottici e la parte anteriore del chiasma. Si punge in direzione del cavum sellae e si aspira circa 1 cc. di liquido siero-emorragico.

Nei tentativi per esporre bene la regione infrachiasmatica e il diaframma durale della sella, si verifica una violenta emorragia, che si riesce a controllare allacciando la carotide di destra.

La paziente muore il giorno successivo.

L'autopsia non fu concessa.

CASO II. — Donna di 52 anni, che presenta sindrome acromegalica; gozzo esoftalmico; iperglicemia (2,75) e glicosuria.

È malata da alcuni anni. Si lamenta di cefalea, insonnia, ronzii, ecc.

Esame radiologico: notevole ispessimento della volta cranica; avanzata distruzione della sella con scomparsa del dorsum; calcificazioni endosellari.

Esame oculare: lieve pallore della papilla sin. Visus a D.: 11/10; a S.: 4/10.

Il 27-XI-1935 (anestesia basale avertinica) si esplora la regione chiasmatica traverso cranio-resezione fronto-temporale D. Enorme spessore del tavolato cranico (ciò che forse provoca piccole lesioni corticali da parte del trapano elettrico). Sollevamento del lobo frontale un poco indaginoso. Messa in vista dei due ottici e puntura in direzione del cavum sellae. Si ha l'impressione che l'ago traversi del tessuto molto compatto.

Nei tentativi di esporre bene ed incidere il diaframma durale della sella si avvera una violenta emorragia, che si riesce a controllare solo con difficoltà, dopo asportazione dell'estremo anteriore del lobo frontale.

Morte il giorno successivo.

L'autopsia dimostra che l'emorragia è derivata da lacerazione dell'arteria comunicante anteriore. L'ipofisi fortemente ingrandita riempie la sella espansa; ma non sporge al disopra di questa.

Esame istologico della ipofisi: adenoma di transizione prevalentemente eosinofilo.

Se in questi due casi la sindrome acromegalica era quella più appariscente, esistevano tuttavia altri sintomi riferibili ad alterazioni di più ghiandole a secrezione interna, onde si può a ragione parlare di sindromi polighiandolari, sopratutto nel secondo caso.

Ma ciò che principalmente ci interessa, dal punto di vista della terapia chirurgica, si è che in uno di questi casi mancava qualunque sintoma riferibile a compressione da parte del tumore ipofisario sulle strutture della base ce-

rebrale; e nell'altro poteva solo sospettarsi una compressione iniziale (lieve pallore della papilla sinistra).

Ci si domanda se il chirurgo è autorizzato ad intervenire in casi simili.

A giudicare dall'esito infausto verificatosi nei nostri due casi si dovrebbe rispondere negativamente, almeno per quanto riguarda il metodo transfrontale.

Lo stesso Cushing dice: « ... when the patients are firsth seen, the small adenoma is likely to be confined within an unexpanded sella and offers a problem, which few are as yet rasch enough surgically to attack ».

Nei nostri due casi la sella era espansa notevolmente, ma non esisteva alcuna propaggine soprasellare del tumore.

Ora la difficoltà maggiore, che il chirurgo incontra, quando opera per via transfrontale per un tumore ipofisario, che non ha sorpassato o spinto verso l'alto il diaframma durale della sella, è proprio l'assenza di quelle propaggini, che si spingono dinanzi al chiasma fra i nervi ottici, o anche lateralmente a questi. Tali propaggini, o uno delle loro estremità, sono abbastanza facilmente messe in evidenza dal chirurgo, senza che il lobo frontale debba essere eccessivamente sollevato, e permettono di iniziare il vuotamento del tumore, che poi può essere proseguito tirando sulla capsula stessa, e mettendo così in vista altre espansioni neoplastiche.

Se il tumore è ancora del tutto endosellare, e tale era in questi due casi, diventa necessario sollevare notevolmente il lobo frontale per poter scoprire, almeno una parte, del diaframma della sella; e ciò espone a lacerazioni vasali, sopratutto della comunicante anteriore.

In pazienti con sindrome acromegalica pura, senza alcun sintomo di compressione endocranica, converrebbe forse ricorrere alla via transfenoidale, qualora il chirurgo si decidesse all'operazione, con la speranza di potere ottenere un miglioramento o un arresto nella progressione della sindrome acromegalica. Risultato questo, che tuttavia non può che essere incerto. Forse allo stato attuale sarebbe meglio astenersi da ogni intervento chirurgico.

Qualora la sindrome acromegalica fosse complicata da cefalea, sarebbe indicato esplorare la regione chiasmatica, limitandosi ad aprire la cisterna chiasmatis, e forse pungere il diaframma sellare con ago termocoagulante isolato sino in prossimità della punta.

4° GRUPPO (*Acromegalia con sintomi di compressione del chiasma e dei nervi ottici*).

Questo gruppo comprende 3 pazienti sui quali furono eseguiti 3 interventi. Tutti e tre i pazienti ebbero un notevole vantaggio dall'intervento.

CASO I. — Ragazza di 23 anni. Le mestruazioni, iniziatesi a 17 anni, scomparvero due anni fa. Da allora cefalea a sede variabile e diminuzione progressiva della vista; nonchè progressiva deformazione del volto, ingrandimento del naso, mani e piedi. Ha fatto radioterapia senza effetto.

L'esame obiettivo dimostra una sindrome acromegalica, con modico esoftalmo, più pronunciato a destra.

L'esame radiologico indica, oltre ai segni di acromegalia, sella svasata sopratutto verso il basso e posteriormente, con eversione del dorsum. Segni di ipertensione endocranica (fig. 10).

Esame oculare: emianopsia temporale sinistra;

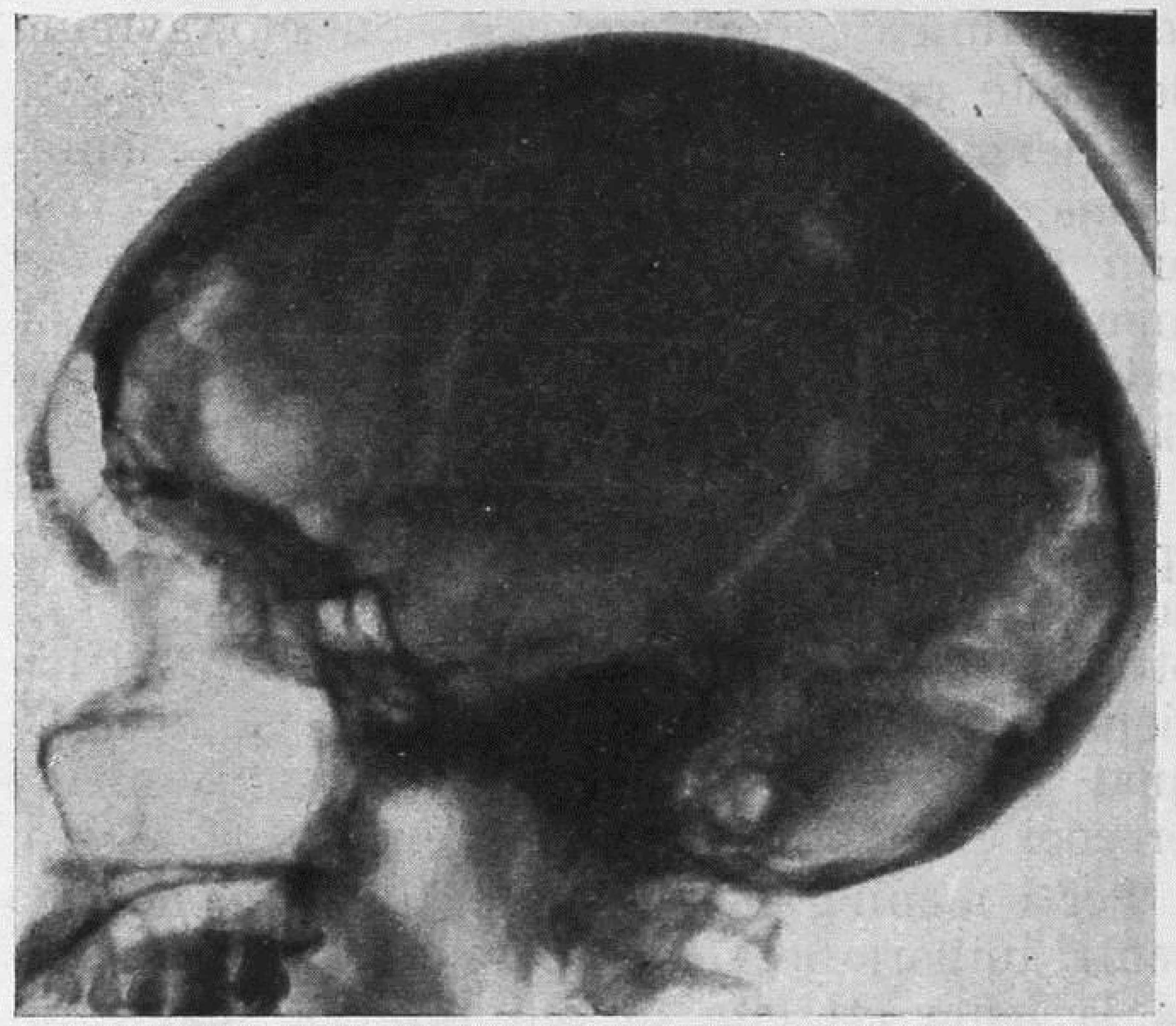


FIG. 10. — (Caso 1° del 4° Gruppo). Lembo osteoplastico molto ampio. Sella ampia con dorsum rovesciato posteriormente.

amaurosi destra; atrofia dei nervi ottici. Visus a S.: 2/10.

Ventriculografia: nessuna modificazione dei ventricoli.

Il 20-X-1934 (anestesia locale preceduta da dilaudid-scopolamina) si esplora la regione chiasmatica traverso cranio-resezione destra. Notevole spessore del tavolato cranico. Procedimento extradurale iniziale. Si mette in evidenza una tumefazione di colorito grigio-biancastro, che ha spinto in alto e verso l'esterno il nervo ottico destro, che appare appiattito. La si punge, e se ne estraggono 5 cc. di un liquido rosso scuro denso. Apertura della capsula del tumore col bisturi elettrico, e svuotamento del tumore stesso col cucchiaino; si asporta una sostanza biancastra semifluida, che ricorda il contenuto delle cisti dermoidi. Si completa il vuotamento con l'aspiratore.

Decorso post-operatorio regolare.

Scomparsa della cefalea.

Vari esami oculari hanno dimostrato miglioramento delle condizioni visive. Uno di essi eseguito il 17-XII-1935 pone in evidenza diminuzione della emianopsia dell'occhio S. con allargamento del campo visivo; virus: 3/10. A D. percepisce il movimento della mano.

Esame istologico: adenoma prevalentemente eosinofilo.

CASO II. — Uomo di 28 anni. Nel 1926, in seguito a caduta da cavallo, ebbe commozione cerebrale, oto e rinorragia. Dopo poco tempo si iniziò cefa-

lea a tipo frontale e graduale trasformazione delle acra. Successivamente diminuzione progressiva della vista, talora vomito ecc. Ha fatto lungamente radioterapia nella Clinica medica di Genova, senza alcun risultato. Notevole diminuzione della potenza sessuale.

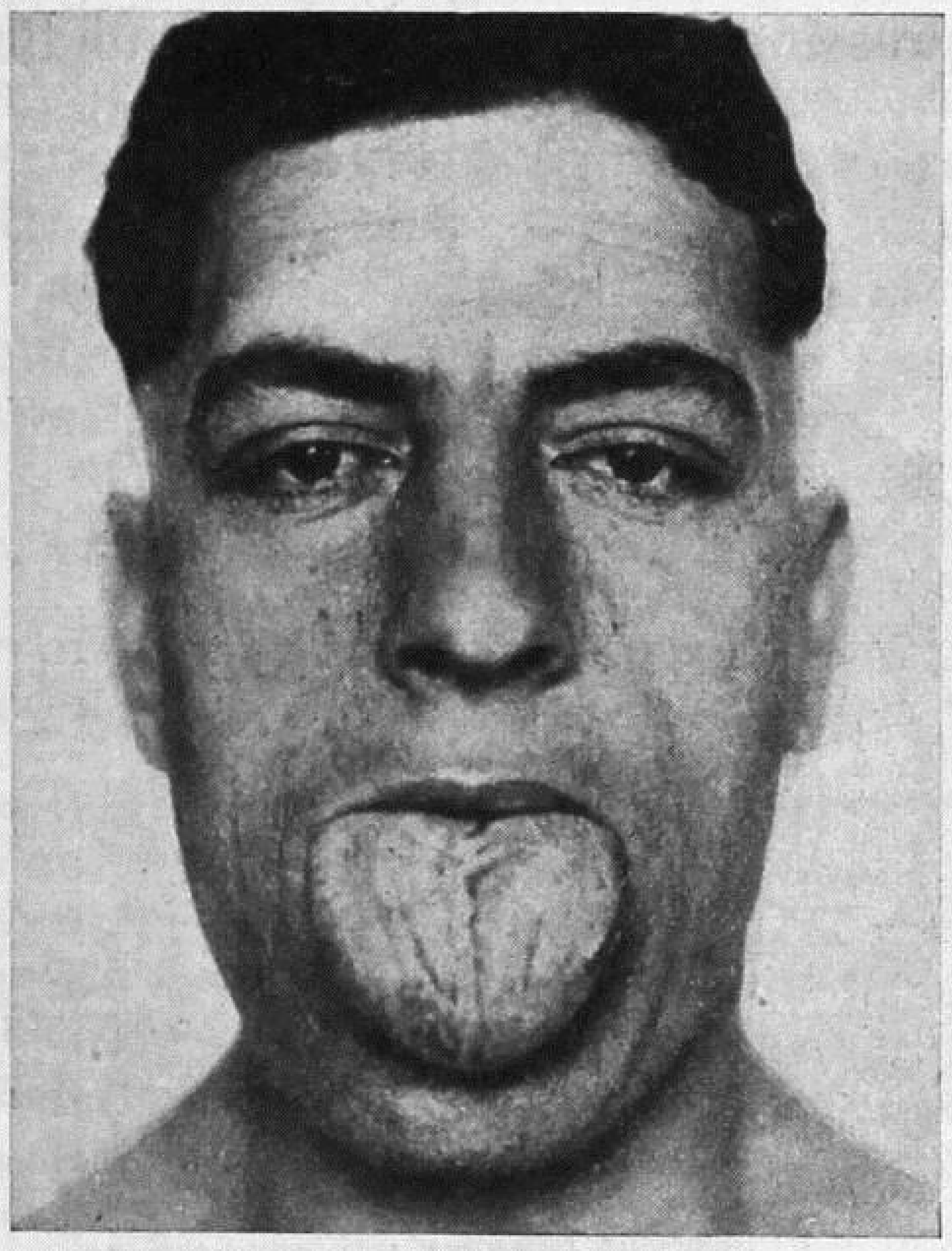


Fig. 11. — (Caso 2° del 4° Gruppo). Paziente tipicamente acromegalico. Lingua enorme. L'alopecia bitemporale è consecutiva alla radioterapia.

Si tratta di un tipico caso di acromegalia (figg. 11-12).

Esame radiologico: quadro acromegalico; svasamento della sella di alto grado, con abbassamento e sclerosi del fondo; apofisi clinoidee posteriori affilate; tuberculum sellae appuntito (fig. 13).

Esame oculare: papille pallide senza traccia di edema; emianopsia bitemporale più forte a sinistra. Visus a D.: 6/10; a S.: 2/10.



Fig. 12. — (Caso 2° del 4° Gruppo). Mano del paziente acromegalico paragonata con una mano di individuo normale.

Il 31-V-1935 (anestesia avertinica) esplorazione della regione chiasmatica traverso cranio-resezione sinistra. Tavolato osseo molto spesso. Si mette in evidenza una tumefazione grande come una nocciola, di colorito traslucido, che si avanza fra i due nervi ottici, sollevando e stirando il sinistro. Puntura esplorativa negativa. Incisione della capsula tumorale e svuotamento del tumore. Nel cavo residuo si immette un frammento di muscolo a scopo emostatico.

Scomparsa della cefalea. Miglioramento delle condizioni visive (visus a D.: 12/10, a S.: 2/10; ampliamento del campo visivo a destra) (figg. 14-15).

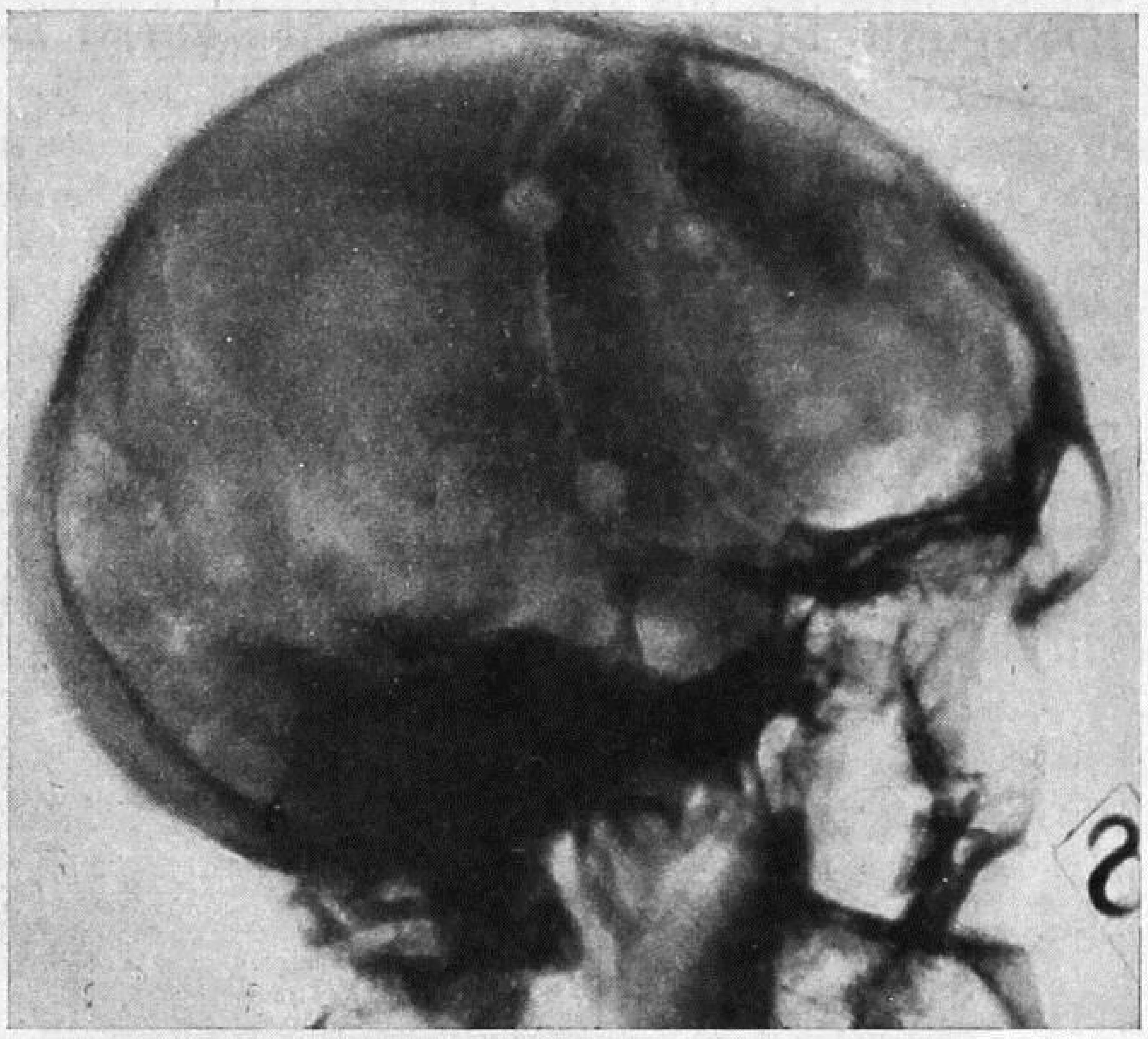


Fig. 13. — (Caso 2° del 4° Gruppo). Sella espansa. Lembo osteoplastico piuttosto grande.

Caso III. — Uomo di 31 anni. Da circa 6 anni cefalea serotina occipitale, che negli ultimi tempi si è notevolmente aggravata, ed è divenuta anche frontale.

Da circa 4 anni ha osservato ingrandimento delle acra; successivamente indebolimento della vista, facile stancabilità. Recentemente anche vomito.

Ha fatto ripetutamente radioterapia.

Obiettivamente sindrome acromegalica non molto accentuata.

Esame radiologico: espansione della sella a tipo di adenoma ipofisario.

Esame oculare: lieve pallore della papilla a S. Emianopsia temporale sin. relativa e modico restringimento concentrico. Visus: a S. 1/10; a D. 10/10.

Il 4-IV-1936 (anestesia avertinica) esplorazione della regione chiasmatica traverso cranio-resezione sin. Notevolissima fuoriuscita di liquor dagli spazi sottoaracnoidei frontali e dalla cisterna chiasmatis. All'interno e anteriormente al nervo ottico sin. si osserva una tumefazione come una fragola, che viene incisa e svuotata (frammenti grigio-rosei molli).

Decorso post-operatorio regolare. Scomparsa della cefalea. Miglioramento del visus a sin.

Esame istologico: adenoma di transizione prevalentemente eosinofilo.

I 3 casi di questo gruppo sono abbastanza chiari per non aver bisogno di lunghi commenti. Si tratta di pazienti acromegalici, nei quali era stata invano tentata la radioterapia, e che ricorsero a noi per la cefalea e per la progressiva diminuzione della vista.

Interessante, dal punto di vista della etiologia, è il caso N. 2, che vide comparire i suoi disturbi dopo un grave trauma cranico. Questo caso credo sia stato oggetto di una mono-

grafia, allorchè il paziente era ricoverato nella Clinica medica di Genova, da parte di uno degli assistenti della Clinica stessa.

Non sappiamo quali rapporti possano esistere fra il trauma e l'insorgenza della sindrome acromegalica.

Dal punto di vista dell'intervento questi casi avvalorano quanto abbiamo già avuto occasione di dire nel precedente paragrafo: che cioè, quando il tumore sellare ha sconfinato verso la parte anteriore del chiasma e la regione degli ottici, l'intervento per via transfrontale diventa abbastanza facile. In uno solo di questi casi la dura fu incisa lungo la piccola ala dello sfenoide, dopo averla scollata dalla fossa cranica anteriore; negli altri due abbiamo utilizzato il metodo intradurale, che crediamo corrisponda meglio allo scopo.

I risultati degli interventi sono stati abbastanza sodisfacenti, sia per ciò che riguarda la scomparsa della cefalea, sia per il miglioramento delle condizioni visive. Naturalmente questo miglioramento, oltre ad essere in rapporto con il grado di vuotamento del tumore e della liberazione degli ottici e del chiasma dalla pressione del neoplasma, è anche in rapporto con il grado di atrofia del nervo ottico: nel primo caso ad esempio, in cui esisteva amaurosi dell'occhio destro, si è avuto, a carico di tale occhio solo un leggerissimo miglioramento.

I risultati sopra ricordati durano nella prima paziente da quasi due anni; nel secondo da più di un anno; mentre nell'ultimo paziente i risultati sono ancora recenti (solo di qualche mese).

L'esame istologico nel primo e terzo caso ha dimostrato che si trattava di un adenoma

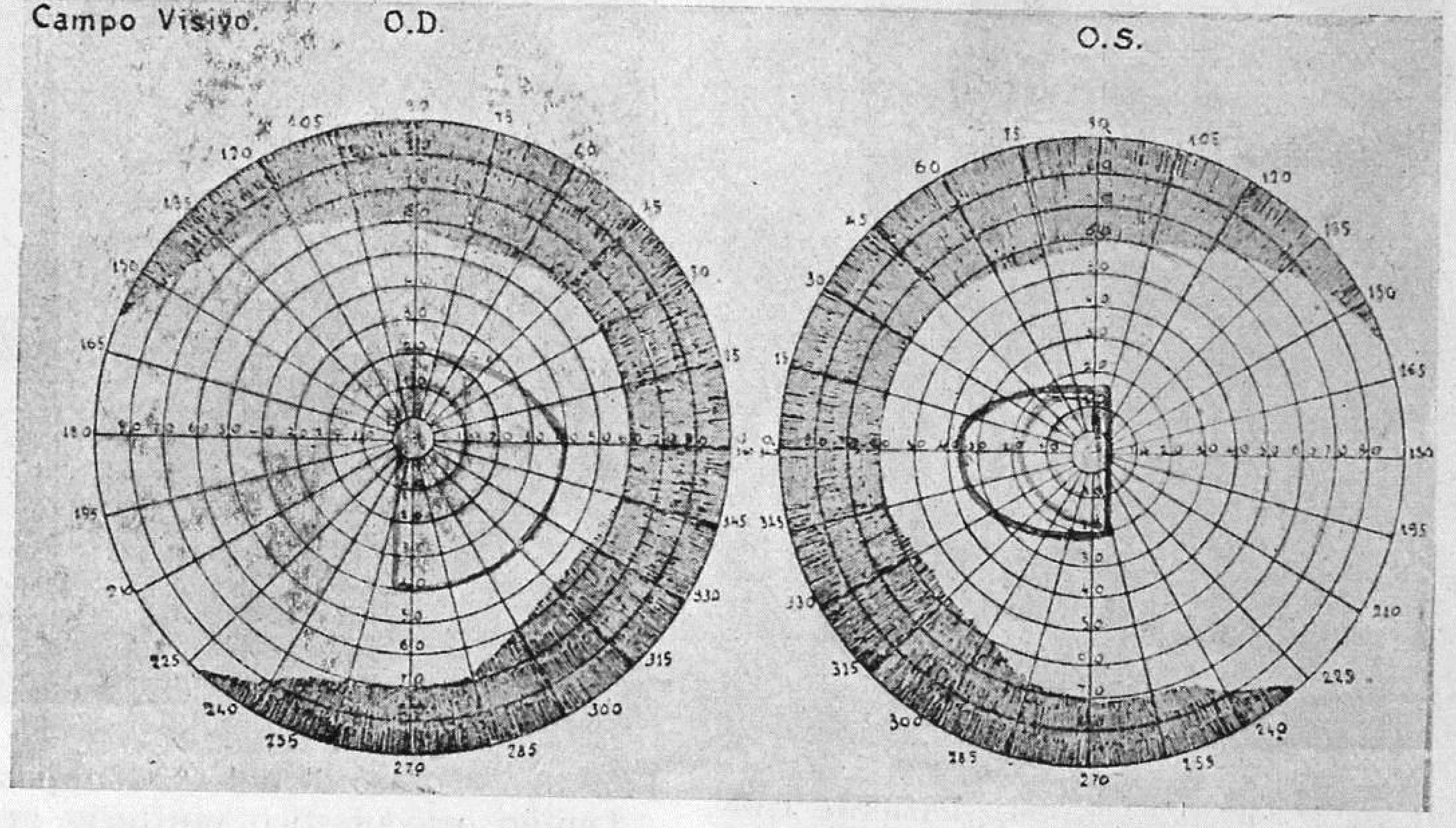


FIG. 14. — (Caso 2° del 4° Gruppo). Campo visivo prima dell'intervento.

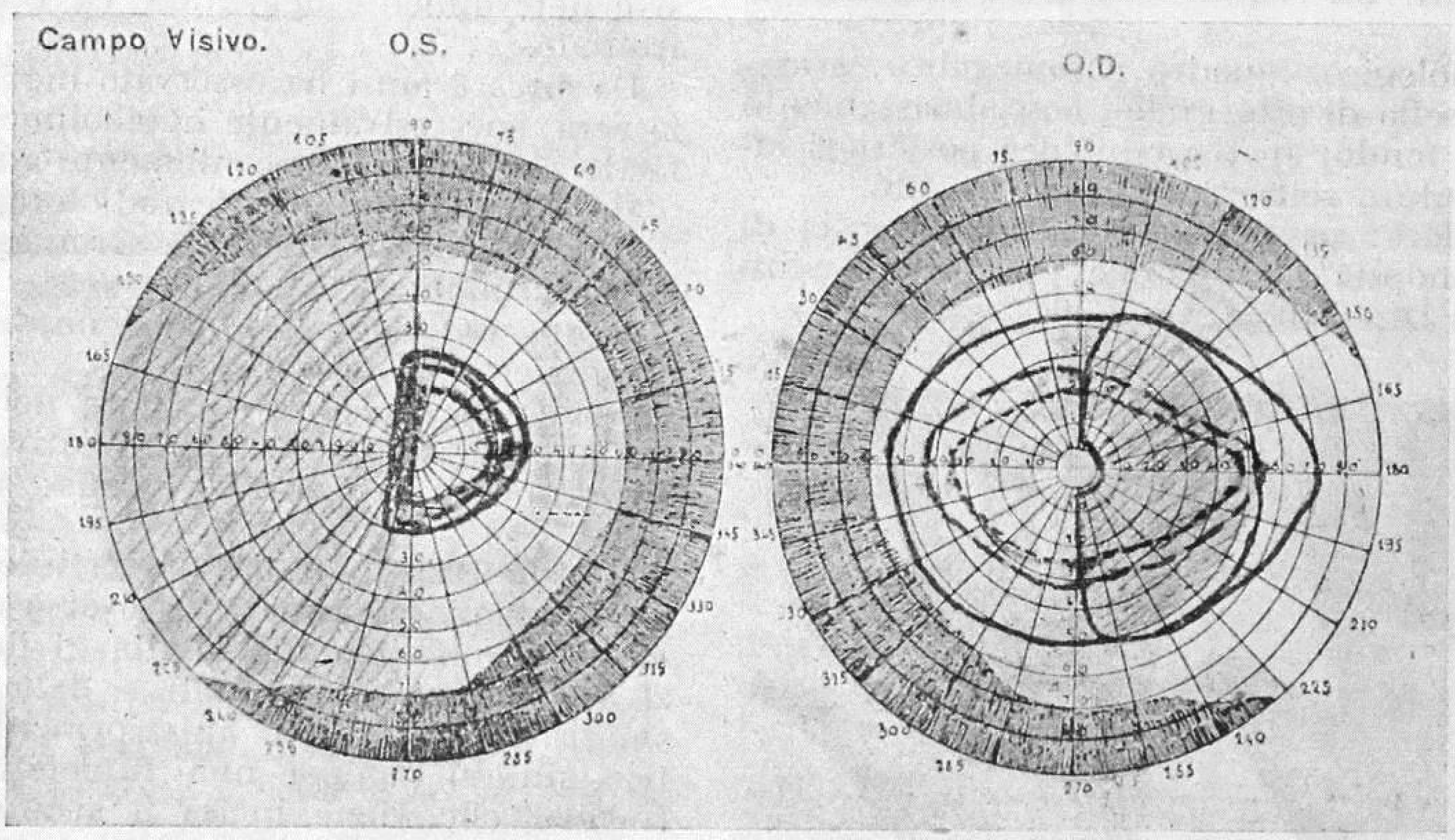


FIG. 15. — (Caso 2° del 4° Gruppo). Campo visivo dopo l'intervento.

prevalentemente eosinofilo: la qual cosa concorda con la esperienza altrui, che gli adenomi ipofisari, che si riscontrano negli acromegalici sono quasi sempre eosinofili. Per il secondo caso i reperti istologici sono rimasti dubbi.

Per ciò che riguarda la sindrome acromegalica, essa ci è sembrata leggermente regredita; mentre, per ciò che concerne la funzione sessuale, l'amenorrea è persistita nella giovane paziente nel 1° caso; la potenza sessuale sembra essere un poco migliorata nel 2° caso.

5° GRUPPO (*Tumori soprasellari*).

Questo gruppo comprende 5 pazienti, sui quali vennero eseguiti 8 interventi (3 esiti letali).

CASO I. — Ragazza di 18 anni. Mestruata a 11 anni per poche volte; successivamente amenorrea. Da pochi anni cefalea con remissioni; più recentemente vomito e talora vertigini. Graduale diminuzione del visus, che recentemente è arrivata alla amaurosi. Nel 1928 fu constatata emianopsia bitemporale e svasamento della sella, nonchè alcune calcificazioni soprasellari.

Ha fatto radioterapia senza alcun risultato.

La paziente fu inviata a noi dal prof. Jona, primario dell'Ospedale di Venezia, con diagnosi di probabile cisti soprasellare.

Il 19-II-1929 (narcosi eterea per via rettale) si cerca di esplorare la regione chiasmatica, traverso una cranioresezione frontale destra, per via inizialmente extradurale. La esplorazione non riesce, perchè con la spatola si provocano piccole lesioni corticali, e quindi scolo di sangue che impedisce una netta visione.

Il 14-V-1929 si esplora la regione chiasmatica traverso cranioresezione frontale sinistra (narcosi eterea rettale) anche questa volta per via extradurale. Si riesce a mettere in evidenza il nervo ottico di sinistra e la parte anteriore del chiasma. Essi appaiono sollevati e stirati da una tumefazione grigia translucida, grande come una nocciola. Si punge la tumefazione e se ne estraggono circa 2 cc. di liquido di colorito giallastro; successivamente si incide, e si tenta di scucchiaiarla, ma per la emorragia, che ne deriva, si deve interrompere l'atto operativo.

Decorso post-operatorio un po' irregolare nei primi giorni; indi normale.

L'amaurosi resta immutata; la cefalea e gli altri disturbi preoperatori scompaiono.

Esame del liquido estratto con puntura: elementi con caratteri dell'epitelio squamoso, alcuni aggruppati a forma di cipolla.

CASO II. — Ragazzo di 19 anni. Primi sintomi pare da circa 1 mese (cefalea, talora vomito, diminuzione della vista).

Obiettivamente paziente piuttosto adiposo; bene sviluppato; carattere piuttosto diffidente; lieve rigidità nucale.

Esame oculare: paresi retto esterno sin.; nistagmo orizzontale; papilla da stasi; scotoma centrale a sin.; visus a D.: 7/10; a S.: conta le dita a 40 cm.

Esame radiologico: velatura seni frontali e mascellari; sintomi di ipertensione endocranica; sella ampliata e deformata (closed in sella).

Ventriculografia: dilatazione dei ventricoli laterali, che non comunicano fra loro; non si vede il 3° ventricolo (fig. 16).

Il 30-VI-1934 (narcosi avertinica) cranio-resezione fronto-temporo-parietale sin.

Puntura del corno anteriore sin. Esplorazione regione chiasmatica. In vicinanza del nervo ottico di sin. si osserva una tumefazione di colorito rossoscuro; il nervo appare assottigliato. Si asportano alcuni frammenti della tumefazione: emostasi con muscolo.

Il 26-XI-1935 (avertina) si esplora la regione chiasmatica traverso cranio resezione destra. Nervo ottico destro corto ed iperemico. Non si osservano tumefazioni. Scomparsa della cefalea.

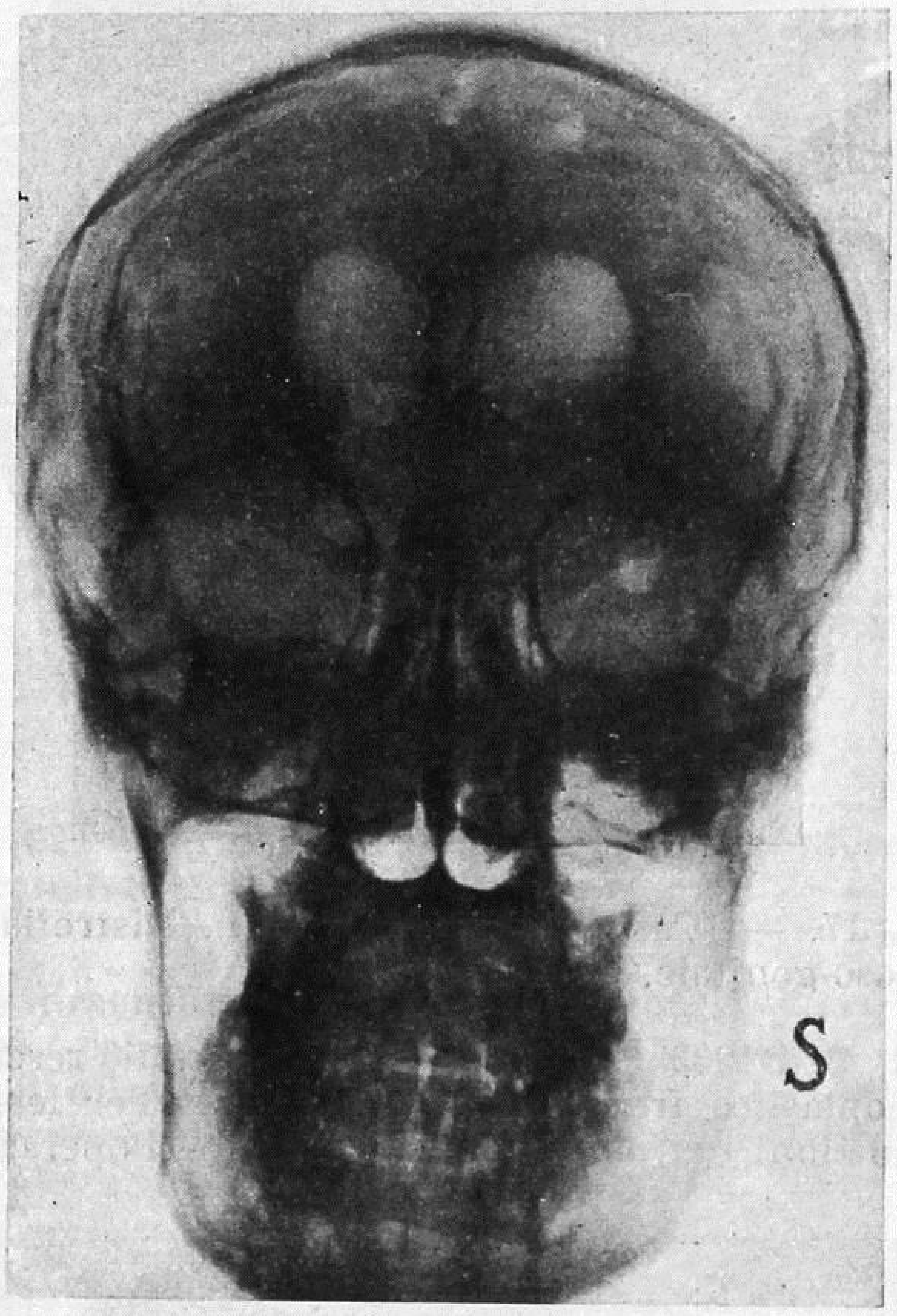


FIG. 16. — (Caso 2° del 5° Gruppo). Ventriculografia. Modico grado di idrocefalo. Il 3° ventricolo non si è iniettato.

Condizioni della vista immutata.

Il paziente è stato riveduto anche recentemente (cioè a più di 2 anni di distanza dal 1° intervento). Condizioni generali buone; assenza di cefalea; condizioni oculari immutate.

L'esame dei frammenti neoplastici asportati non fu eseguito.

CASO III. — Ragazzo di 16 anni. Nel dicembre 1933 cadde improvvisamente in stato di sopore, che si protrasse per circa 48 ore. Da allora cefalea, cambiamento del carattere, diminuzione della memoria, tendenza al sonno; poliuria; vomito ripetuto.

Paziente quasi sempre assopito; cute glabra e pastosa; qualche raro pelo sul pube; pene e testicoli infantili; pannicolo adiposo sviluppato sopratutto sulle regioni mammarie e sul pube. Polso piuttosto raro (60) (fig. 17).

Esame oculare: emianopsia bitemporale assoluta a sin. relativa a D. Edema di modico grado del-

le papille. Visus a S.: 10/10; a D.: 1/25. Pupille anisocoriche scarsamente reagenti.

Esame radiologico: distruzione di tutta la regione sellare. Diastasi delle suture (fig. 18).

Encefalografia: i ventricoli non si iniettano.

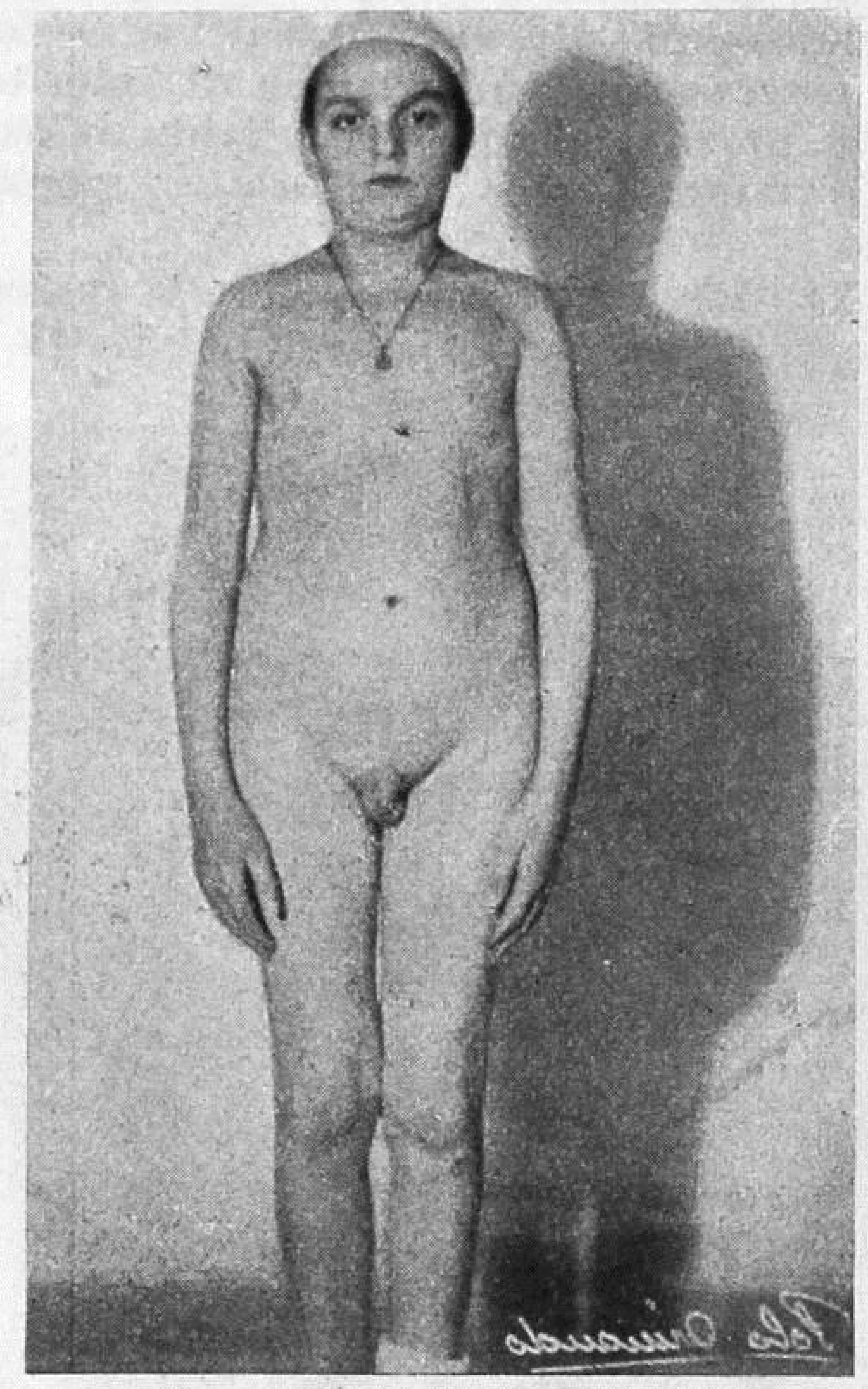


FIG. 17. — (Caso 3° del 5° Gruppo). Distrofia adiposo-genitale.

Il 31-I-1933 (anestesia locale) cranio-resezione osteoplastica fronto-temporale destra. Per le gravi condizioni del paziente si interrompe l'operazione.

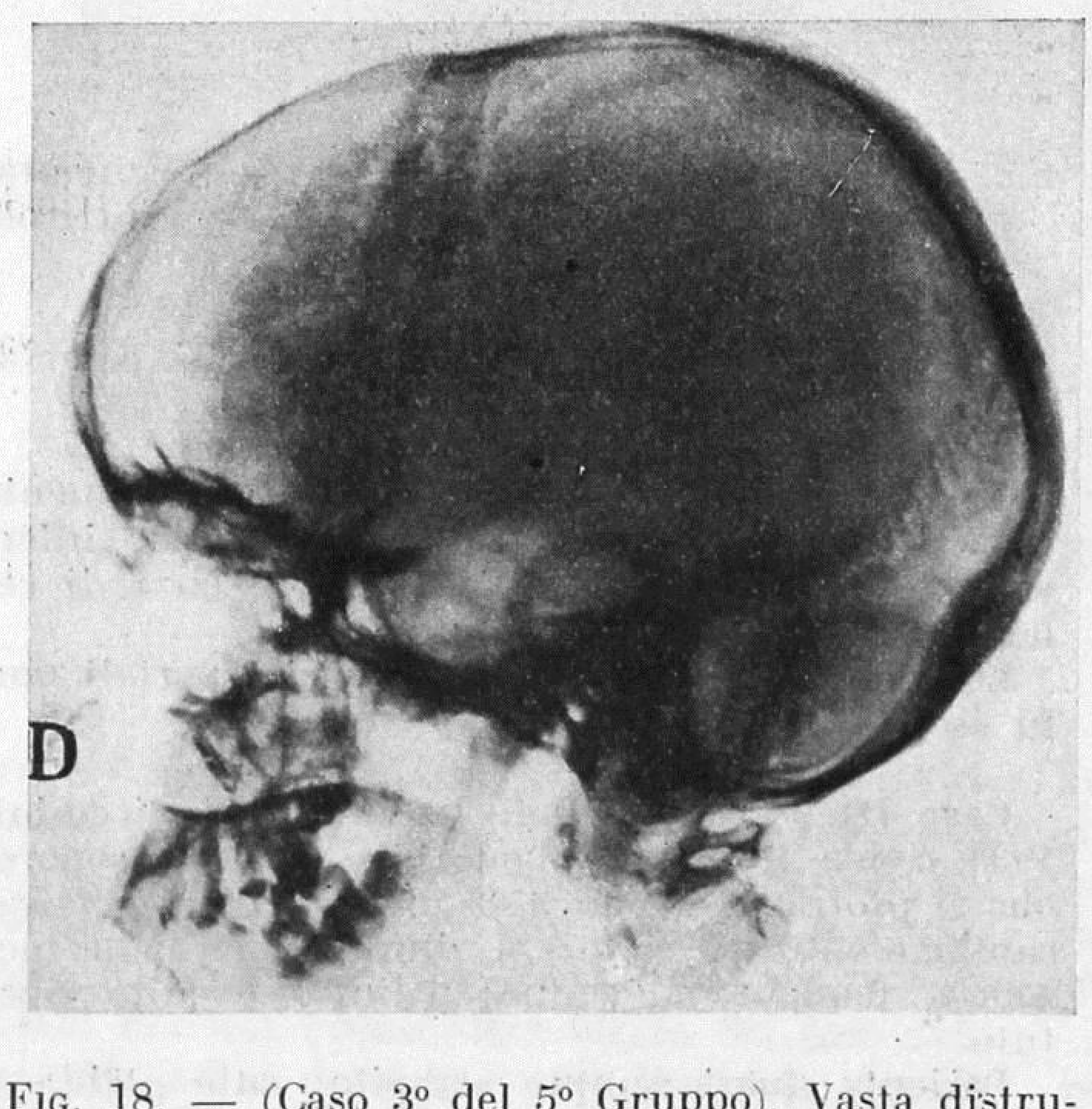


FIG. 18. — (Caso 3° del 5° Gruppo). Vasta distruzione della sella.

Il 4-II-1933 (anestesia locale) esplorazione della regione chiasmatica traverso la cranioresezione destra. Il chiasma appare spostato verso l'alto da una tumefazione di colorito bluastro, dalla quale si aspirano circa 2 cc. di liquido ematico. Si incide la tumefazione e la si svuota di numerosi frammenti di tessuto roseo molle. Il cavo residuo appare molto voluminoso; se ne toccano le pareti con tintura di jodio. Il nervo ottico sin. appare assottigliato e stirato.

Morte in terza giornata con la sindrome della iperpiressia e della tachicardia estrema.

L'autopsia non fu concessa. L'esame istologico dei frammenti non venne fatto.

CASO IV. — Bambino di 4 anni. I suoi genitori si sono accorti che da circa due mesi il bambino andava perdendo rapidamente la vista, e che accusava cefalea; raramente vomito.

Il bambino appare in condizioni generali buone, con intelligenza bene sviluppata. Va soggetto

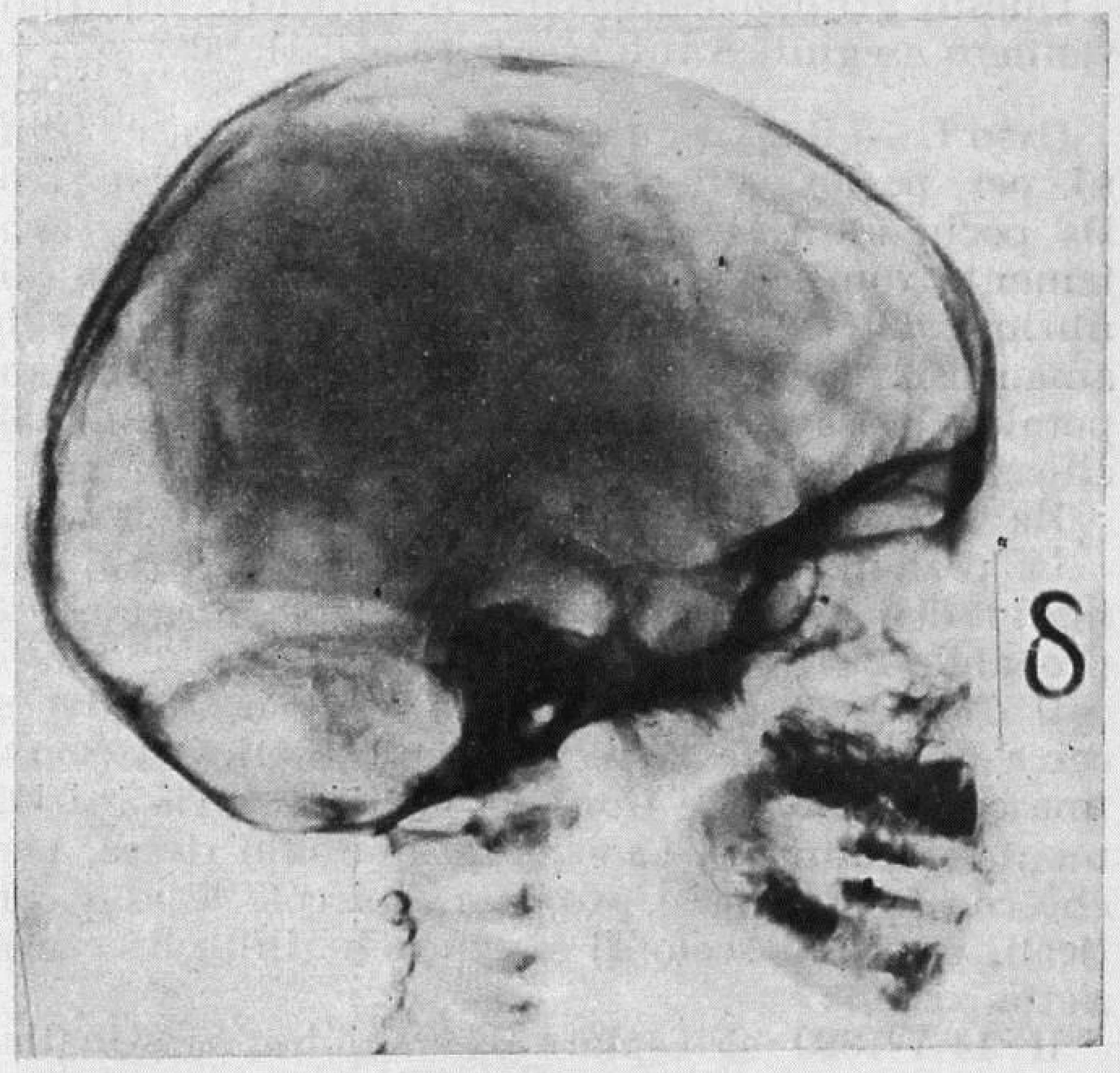


FIG. 19. — (Caso 4° del 5° Gruppo). Segni di aumentata tensione endocranica. Sella molto ingrandita. Calcificazioni soprasellari.

a crisi di cefalea, ed appare completamente cieco.

Esame oculare: atrofia ottica bilaterale; amaurosi totale.

Esame radiologico: segni di aumentata pressione endocranica; aditus della sella assai ampio; pavimento ricacciato in basso, con scomparsa del seno sfenoidale; ampie e tenui calcificazioni della regione infundibulare (fig. 19).

Glicemia: 0,50.

Il 21-IX-1935 (anestesia avertinica) esplorazione della regione chiasmatica traverso cranio-resezione destra. Abbondantissimo liquor fuoriesce dallo spazio sottoaracnoideo della volta e dalla fossa cranica anteriore. Si mette in evidenza una tumefazione sulla quale passa il nervo ottico destro estremamente assottigliato (come una benderella). Dalla tumefazione si estraggono circa 40 cc. di liquido giallastro un po' torbido; poi si apre e da essa si estraggono numerosi frammenti di tessuto di colore giallo, con incrostazioni calcaree.

Il paziente sopporta bene l'intervento. Per tre giorni consecutivi presenta una poliuria fortissima (da 2400 a 4000 cc.); poi la quantità di urina eliminata torna ad essere normale.

La cefalea scompare; ma le condizioni della vista migliorano di ben poco (il bambino distingue solo la luce dall'ombra).

Dopo più di due mesi, e precisamente il 5-XII-

1935 si procede ad un secondo intervento: esplorazione della regione chiasmatica traverso cranio-resezione sinistra, in anestesia avertinica. Si mette in evidenza, e si asporta (in apparenza in totalità)

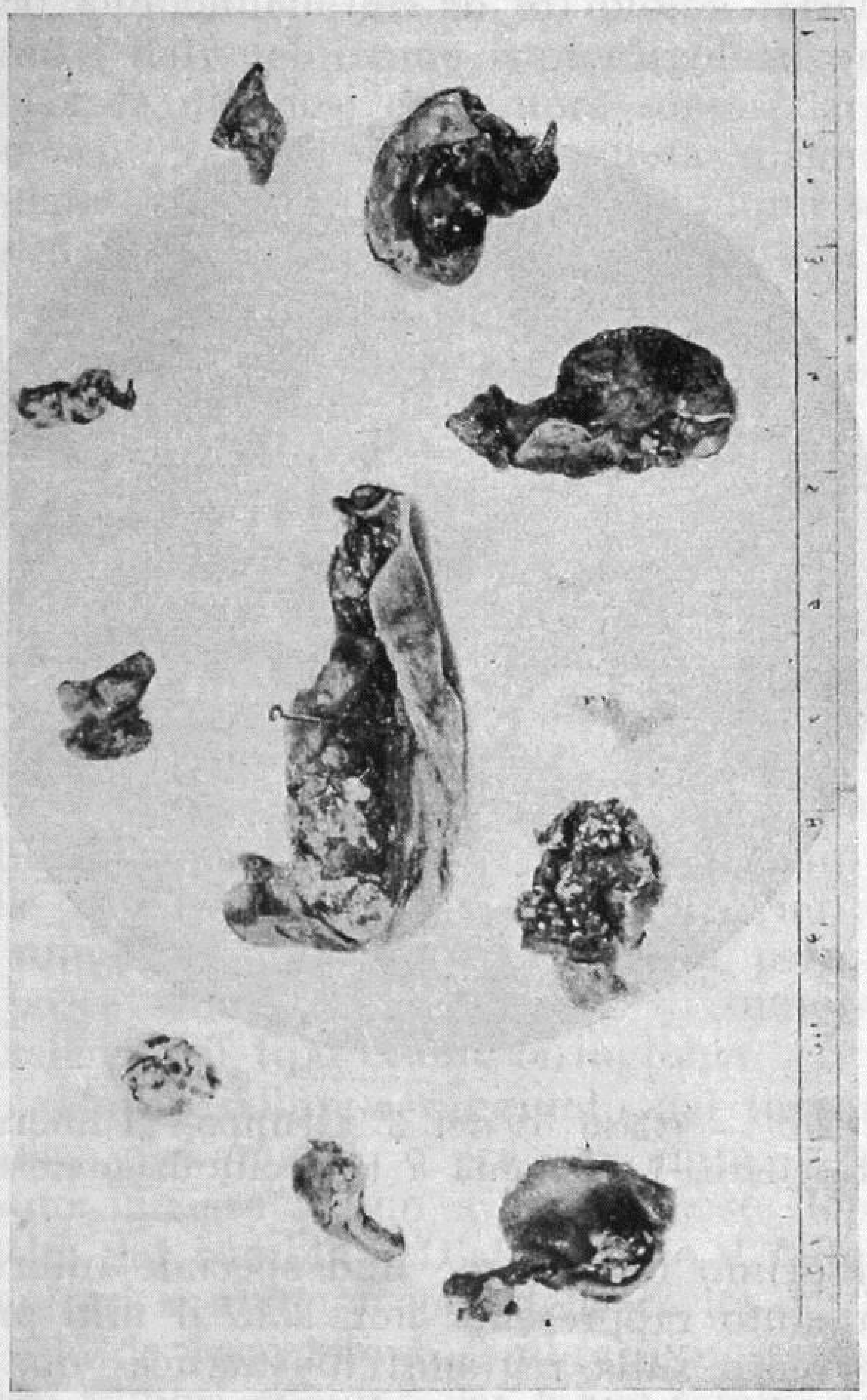


FIG. 20. — (Caso 4° del 5° Gruppo). Frammenti asportati operativamente.

a frammenti una voluminosa tumefazione, che sporge al disotto del nervo ottico di sinistra e si approfonda fin dietro il chiasma (fig. 20). Questo

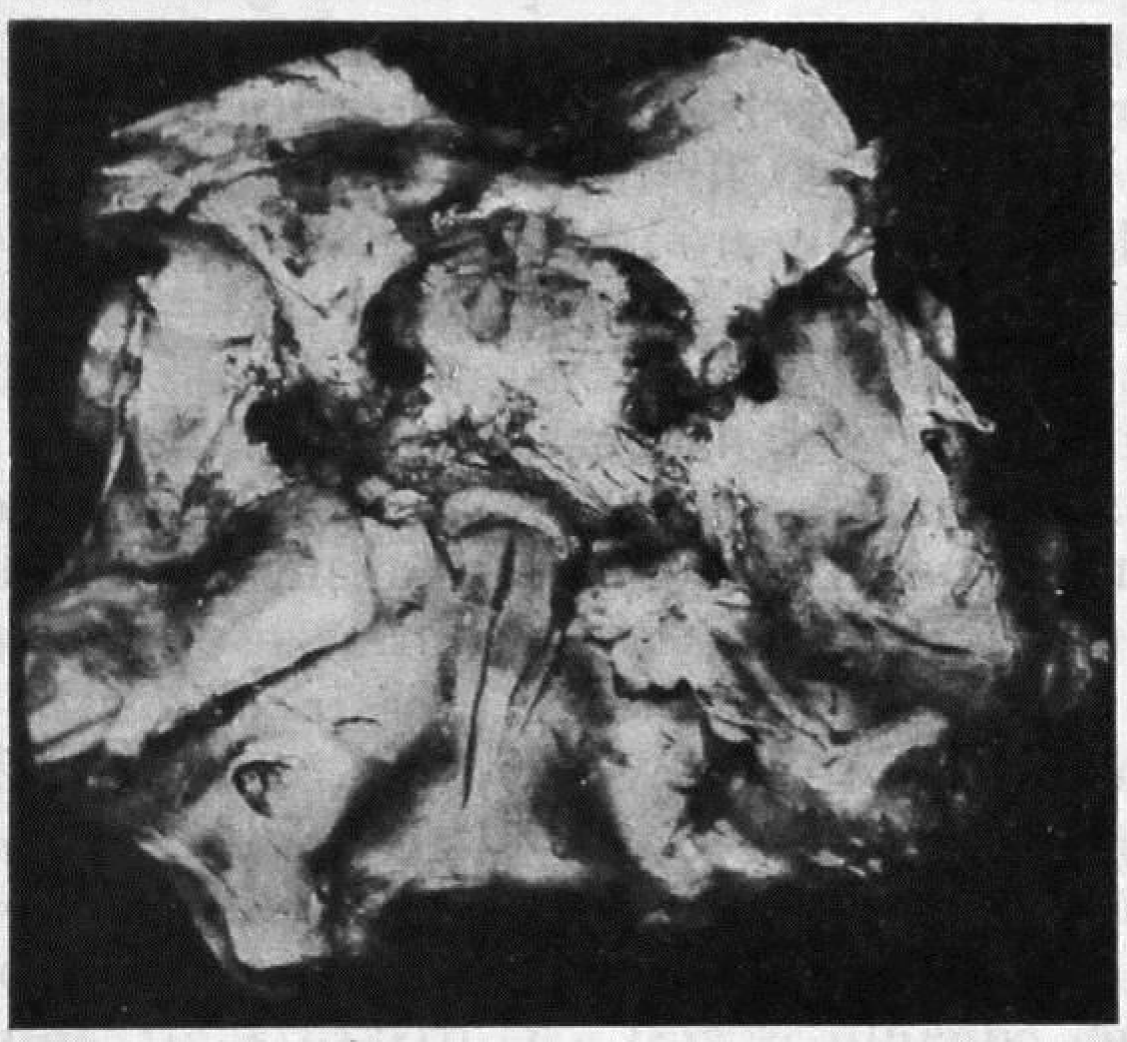


FIG. 21. — (Caso 4° del 5° Gruppo). Enorme ingrandimento della sella.

nervo è ridotto ad un sottile filamento, che ad un certo momento, senza alcuna apprezzabile trazione, si distacca dal chiasma.

Il bambino sembra avere bene sopportato l'intervento; ma durante la notte sopravviene ipertermia ed il piccolo paziente muore la mattina successiva.

Reperto di autopsia: non ematomi, nè edema cerebrale. La sella turcica enorme è ancora ripiena di masse neoplastiche, una propaggine delle quali si estende anche nella fossa cranica media sinistra (fig. 21).

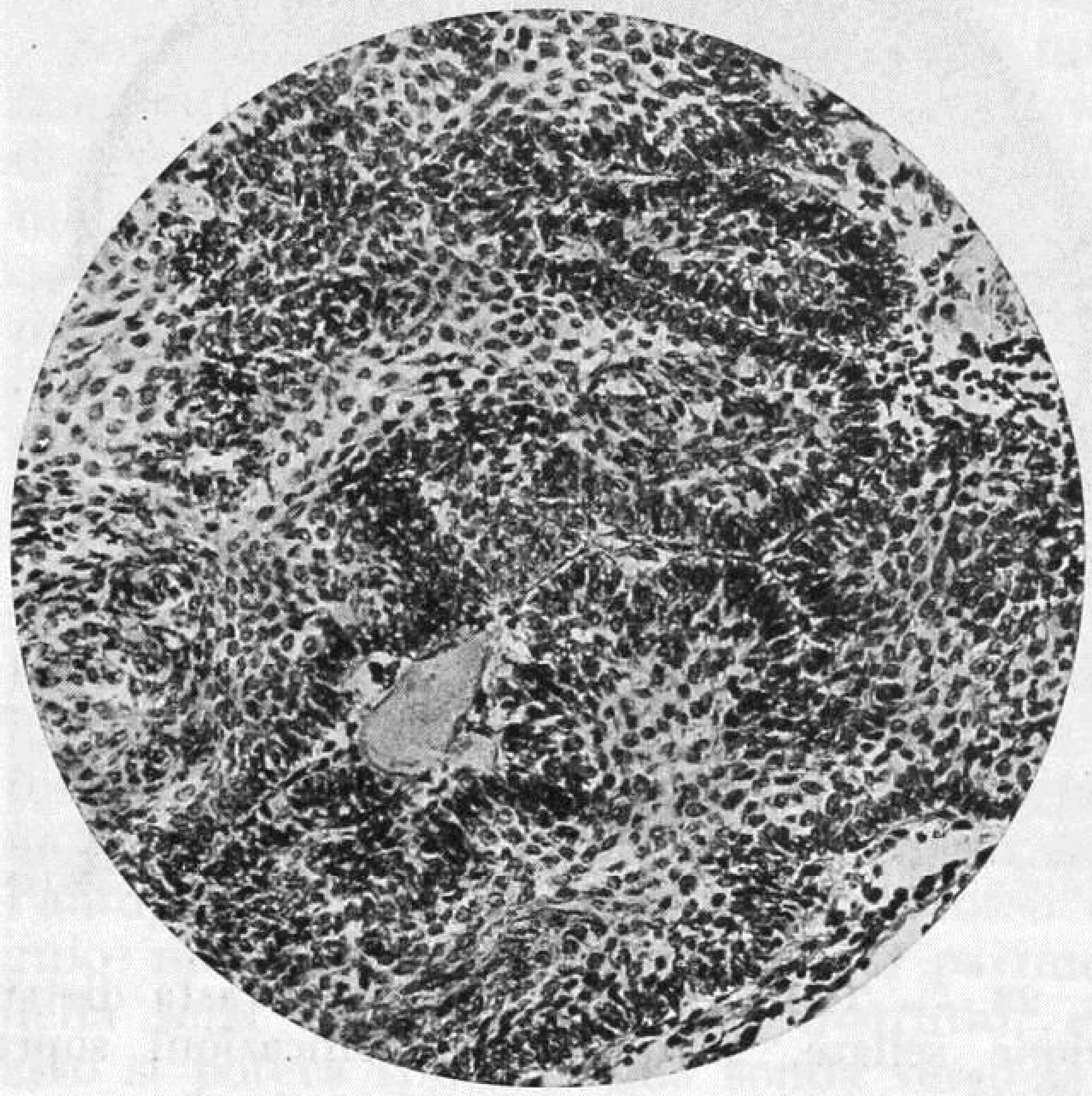


FIG. 22. — (Caso 4° del 5° Gruppo). Tumore soprasellare tipo adamantinoma.

Le dimensione della sella sono 3 per 4 cc., ed essa appare come una terza fossa cranica media. Ventricoli dilatati.

Esame istologico: carcinoma basale cistico del tipo degli adamantinomi di Duffy (fig. 22).

CASO V. — Giovane di 26 anni. Pare che l'inizio della malattia risalga al 1929.

Cefalea; graduale diminuzione del virus, caducità dei peli; scomparsa dell'appetito sessuale e impotenza. Ha fatto lungamente radioterapia.

Attualmente il paziente va soggetto a crisi di sonnolenza ed è completamente cieco. Ha aspetto femmineo; cute pallida e sottile, scarsissimo sviluppo dei peli sulla faccia e sul pube; testicoli atrofici.

Esame oculare: pupille anisocoriche, non reagenti; atrofia discendente degli ottici; assenza di ogni percezione luminosa.

Esame radiologico: enorme svasamento della sella con scomparsa del dorsum e del seno sfenoidale; calcificazioni soprasellari (fig. 23).

Glicemia 0,50; metabolismo basale 4.

Il 26-V-1936 (avertina) esplorazione della regione chiasmatica traverso cranio-resezione destra. Si mette in evidenza una tumefazione grigiastra, all'interno del nervo ottico destro, trasformato in una sottile fettuccia di colorito grigio-roseo. Si estraggono con puntura dalla tumefazione circa 30 cc. di liquido color cioccolato, e una quantità anche maggiore fuoriesce, quando si incide la spessa parete della tumefazione. Si asportano dall'interno del cavo dei frammenti di tessuto roseo-traslucido. Si tocca l'interno con Zenker.

Il paziente ha sopportato bene l'operazione; e il decorso post-operatorio è normale per alcuni giorni.

Il paziente dice di non percepire alcuna sensazione luminosa.

Dall'ottava giornata si iniziano periodi di pires-

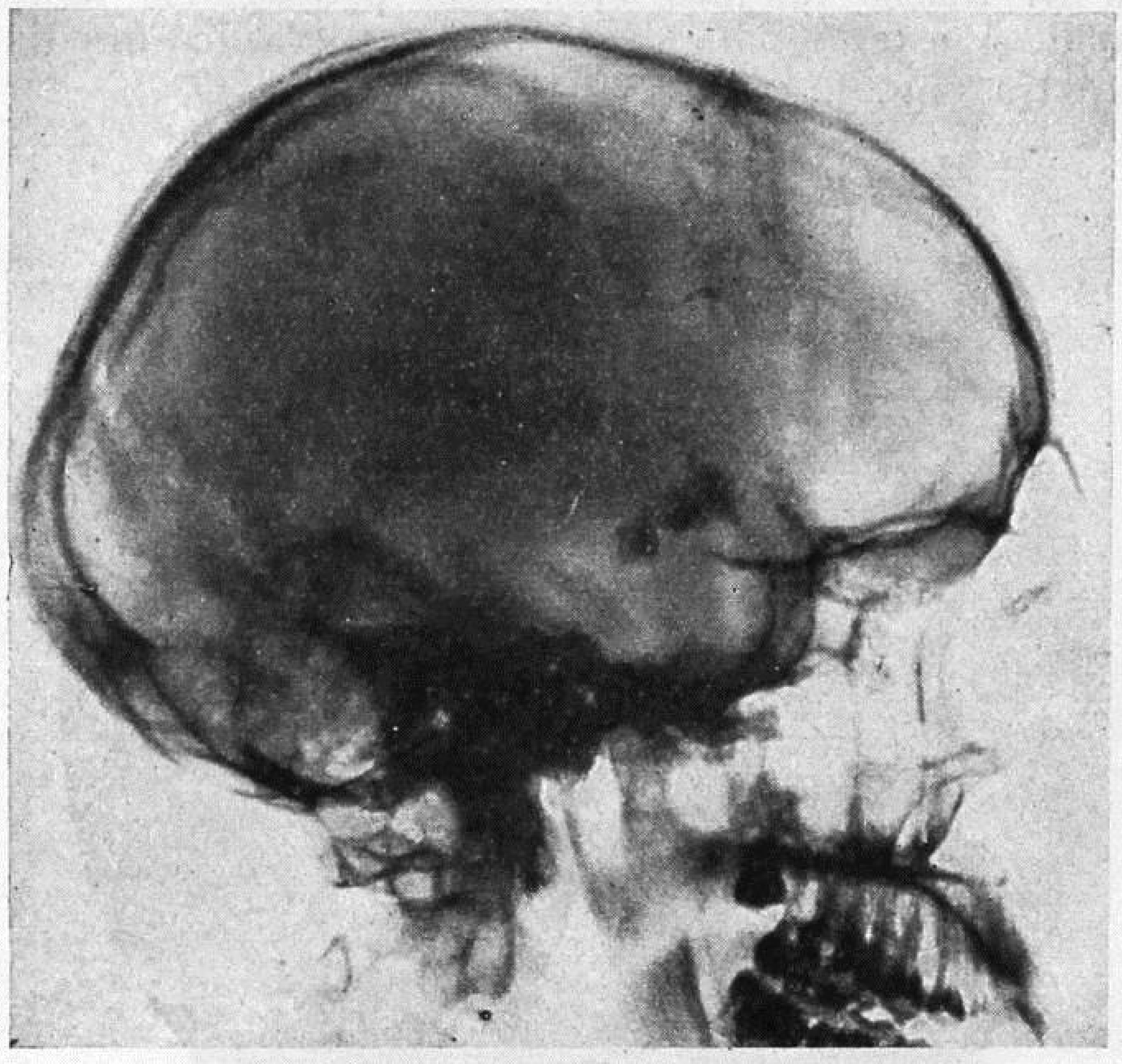


FIG. 23. — (Caso 5° del 5° Gruppo). Vasta distruzione sellare. Voluminose calcificazioni soprasellari.

sia irregolari. Punture lombari danno liquor contenente solo alcune emazie.

Apatia progressiva e morte in 14ª giornata.

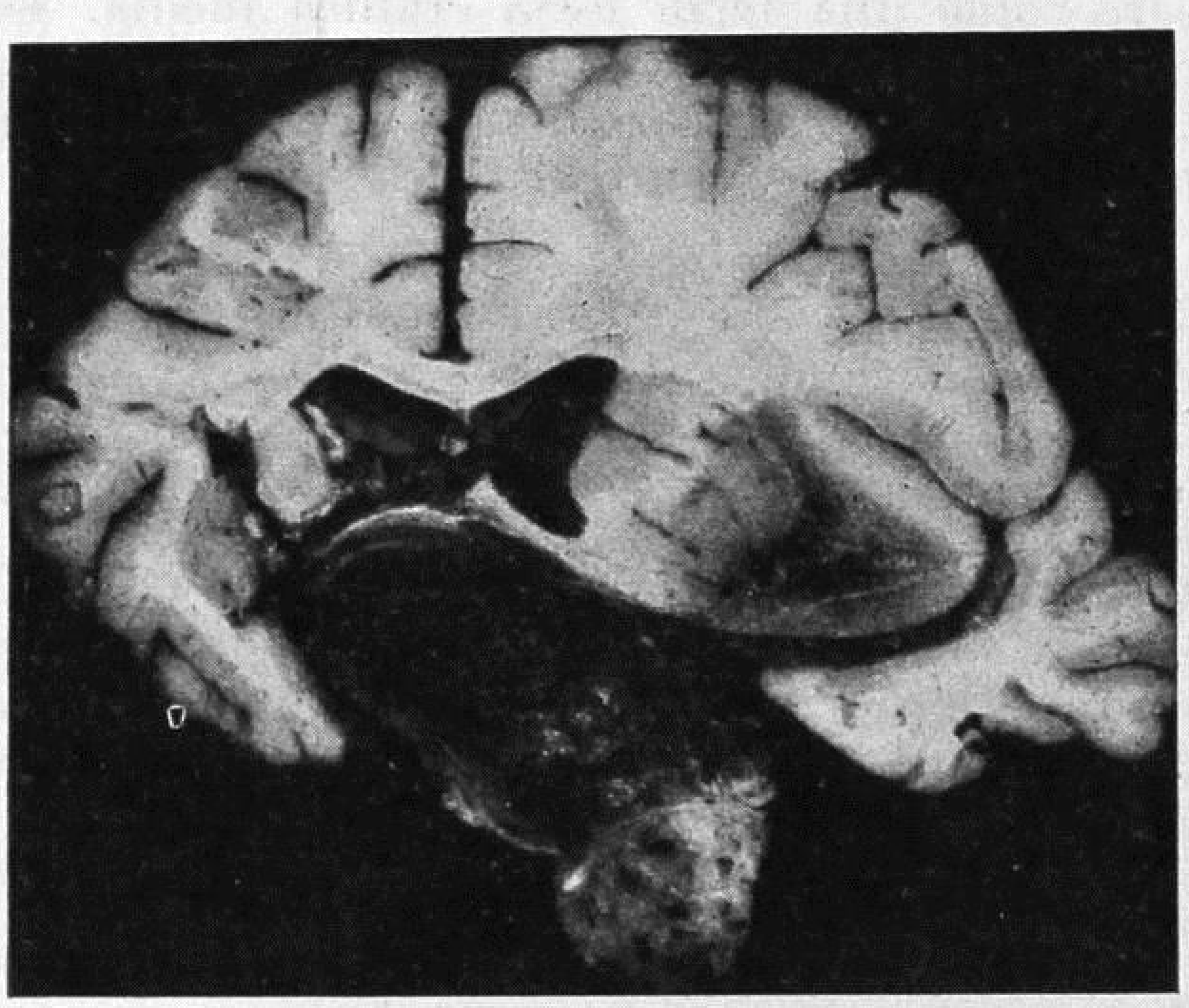


FIG. 24. — (Caso 5° del 5° Gruppo). Tumore soprasellare con espansione cistica incuneata nel lobo frontale destro.

Reperto di autopsia: nessun segno di infezione meningea. Sella completamente distrutta; profonda erosione anche dello sfenoide destro. La sede della sella è occupata da una tumefazione grande come una grossa noce di aspetto microcistico; essa invia espansioni sottodurali nelle due fosse craniche medie. Un'altra voluminosa propaggine, che appare come una formazione cistica a pareti spesse e ripiena di un voluminoso coagulo si spinge entro il lobo frontale destro (fig. 24).

Esame istologico: Epitelioma a tipo cilindromatoso derivante dalla tasca di Rathke (fig. 25).

Questi 5 casi, nonostante il loro raggruppamento, diversificano fra loro sotto vari punti di vista; e solo tre di essi hanno una definizione istologica.



FIG. 25. — (Caso 5° del 5° Gruppo). Tumore soprasellare. Epitelioma a tipo cilindromatoso.

Il primo ha per me uno speciale interesse, in quanto rappresenta non solo il mio primo intervento sulla regione chiasmatica, ma credo anche sia il primo di tali interventi eseguito in Italia per via transfrontale, che non sia stato seguito da esito letale.

Si tratta certamente di una operazione incompleta, che si limitò quasi esclusivamente al vuotamento della parte cistica del tumore; e la tecnica rivela l'incertezza di un primo intervento e di una empirica organizzazione.

L'esame istologico (eseguito dal prof. Jona) del sedimento del liquido estratto permise di porre la diagnosi di tumore derivante da residui del canale cranio-faringeo.

Il caso fu a suo tempo oggetto di pubblicazioni.

Per quanto riguarda il secondo caso, pur mancando un esame istologico dei frammenti asportati (questi andarono perduti) è tuttavia lecito porre la diagnosi di tumore soprasellare, e per l'età del paziente, e per la chiusura dei forami di Monro provocata dal tumore (come fu dimostrato dalla ventricolografia).

Anche in questo caso l'intervento fu incompleto, e i vantaggi, per ciò che riguarda la visione, furono scarsi. A distanza di più di anni $1\frac{1}{2}$ dall'ultimo intervento si osserva tuttavia che le condizioni del paziente sono buone: la cefalea è scomparsa, e la vista non è ulteriormente diminuita.

Il 3° caso rappresenta un esempio abbastanza tipico di distrofia adiposo-genitale. Ai sin-

tomi costituzionali si erano negli ultimi tempi aggiunti segni di compressione del chiasma e dei nuclei ipotalamici (emianopsia bitemporale, poliuria, crisi di sonnolenza).

Nonostante che anche in questo caso manchino i dati dell'esame istologico, tutto depone per la diagnosi di tumore soprasellare del tipo dei craniofaringiomi; questa diagnosi è fondata sul criterio dell'età; sui sintomi sopraricordati, sull'esame radiologico; sui dati operatori.

L'esito letale verificatosi dopo due giorni dall'intervento deve probabilmente essere messo in rapporto con l'aggravarsi delle lesioni ipotalamiche, già in evoluzione per la compressione del voluminoso tumore.

Per gli altri due pazienti si hanno dati diagnostici precisi.

Nel bambino di 4 anni, portato a noi quando era già completamente cieco, la constatazione di una atrofia bilaterale degli ottici, e i reperti radiologici dimostranti grave distruzione della sella, calcificazioni soprasellari, nonchè segni di aumentata tensione endocranica permisero di porre senz'altro la diagnosi di tumore soprasellare del tipo cranio-faringioma.

L'enorme sviluppo raggiunto dal tumore fa pensare che questo, o era congenito, o aveva dovuto iniziare il suo sviluppo poco dopo la nascita del bambino. D'altra parte il fatto che i genitori si erano accorti della cecità del bimbo solo da poco tempo sembra dimostrare che questi tumori possono per lungo tempo decorrere provocando scarsi sintomi, o per lo meno che il periodo di tolleranza è abbastanza ampio.

La qual cosa dovrebbe spingere il medico ad inviare i pazienti al chirurgo, prima che l'irreparabile si sia verificato.

Questo fatto è anche meglio dimostrato dal 5° paziente, che, per essere già adulto, quando i sintomi morbosi, sopratutto i disturbi della vista si iniziarono, era in grado di descrivere bene ciò che egli avvertiva di anormale.

Orbene, anche in questo paziente, si lasciarono passare 6 lunghi anni in ripetuti tentativi di radioterapia, mentre la vista si estingueva prima nell'occhio destro e poi nel sinistro; si stabiliva una impotenza completa, e insorgevano sintomi di compressione dei centri ipotalamici.

La diagnosi di questi tumori è assai facile, se si tien conto della età giovanile dei soggetti, dei disturbi a carico della funzione sessuale e delle modificazioni dei caratteri sessuali secondari; del particolare ingrassamento dei soggetti (fig. 17); del reperto oculare, e sopratutto di quello radiologico, che rivela, oltre lesioni sellari, differenti da quelle provocate dagli adenomi, anche calcificazioni soprasellari (v. figure 19 e 23).

Appunto questa facilità di diagnosi, e la nozione della refrattarietà alla roentgenterapia di questi tumori, che, oltre ad essere veri e propri epiteliomi, contengono nella maggior parte dei casi cisti voluminose, dovrebbe permettere degli interventi precoci, prima che i tumori stessi abbiano condotto i pazienti alla cecità, ed abbiano assunto degli sviluppi tali da essere divenuti assolutamente inoperabili.

Sopratutto nel bambino, nel quale furono compiuti due successivi interventi, credevamo di aver vuotato completamente o quasi il tumore: la nostra sorpresa fu perciò grande, quando all'autopsia trovammo dei residui tumorali, sia nella sella che nella fossa cerebrale di sinistra, residui che insieme rappresentavano un volume grande quasi quanto quello del tumore operativamente asportato.

Altrettanto esteso, e certo con maggiori lesioni a carico della base cranica, apparve il tumore nel caso 5°, in cui la neoplasia sellare inviava larghe espansioni sottodurali nelle due fosse craniche medie, ed un'ampia tumefazione cistica (svuotata durante l'intervento ed all'autopsia trovata riempita da un grosso coagulo) nel lobo frontale di destra. Il pavimento della sella era in gran parte distrutto, e da esso si poteva spingere una sonda verso la cavità nasale; mentre dalla fossa cranica media di destra si poteva penetrare nel seno mascellare corrispondente.

Che esistessero già notevoli distruzioni ossee della base era già stato del resto dimostrato dal reperto radiologico.

In questi casi, per aver dati operatori più precisi sulla estensione del tumore, sarebbe opportuno ricorrere alla ventriculografia, tanto più che i segni clinici di propagazione, se si eccettuano i sintomi riferibili alla compressione dei nuclei ipotalamici, sono spesso assai scarsi.

Fra le constatazioni non comuni, osservate in questi due pazienti, va ricordato il tasso della glicemia, che era di appena 0,50; e la enorme poliuria (da 2 a 4 litri) verificatasi transitoriamente dopo il primo intervento nel bambino di 4 anni.

CONCLUSIONI.

Il vivo desiderio di pubblicare questo lavoro nella « Sezione Pratica del Policlinico » mi ha obbligato a tenere in limiti ristretti, sia la documentazione dei casi, sia i commenti agli stessi.

Credo tuttavia che le cose principali sono state dette.

Sulla *diagnosi* non mi sono trattenuto in modo particolare, limitandomi a riferire per sommi capi i dati dell'esame obiettivo, oculare e radiografico. I tumori di questa regione, e

sopratutto quelli, che si originano dalla ipofisi, o che prendono insorgenza da residui della tasca di Rathke o del canale cranio-faringeo, sono fra le lesioni endocraniche più facilmente diagnosticabili. E ciò, sia per i sintomi costituzionali, quando esistono, sia per la sintomatologia oculare e radiologica (v. figg. 19 e 23).

Al contrario alcune affezioni di origine infiammatoria o similinfiammatoria, quali le neuriti retrobulbari, o le aracnoiditi basali, sul tipo di quelle menzionate nel 1° Gruppo, possono offrire delle difficoltà diagnostiche non sempre facilmente superabili.

Per ciò che riguarda l'uso della encefalografia gassosa o della ventriculografia, queste non sono di solito necessarie per corroborare la diagnosi di tumore sellare o soprasellare. Sono invece assai utili, per mettere in evidenza, le non eccezionali propaggini extra- o endo-cerebrali di alcuni di questi tumori, e per ottenere maggiori ragguagli sul grado di sviluppo soprasellare dei tumori stessi. Noi abbiamo usato l'uno o l'altro metodo di indagine in parecchi casi.

Per quanto concerne l'*anestesia*, dopo aver utilizzato in due interventi la narcosi eterea per via rettale, ed esserne rimasto poco contento; dopo aver usato l'anestesia locale (preceduta da iniezione di morfina, o di dilaudid), mi sono fermato con preferenza alla narcosi basale avertinica (completata da anestesia locale).

Iniettiamo di solito da 8 1/2 a 9 1/2 ctg. per Kg. di peso.

Su questo argomento il dott. Ugelli ha recentemente scritto un lavoro al quale rinvio, chi desidera avere maggiori ragguagli.

Gli argomenti di *tecnica operatoria* non possono qui essere che accennati.

Fin dai primi interventi (1929) abbiamo seguito la via transfrontale, perchè ci è sembrato che, traverso questa via, fosse possibile di mettere in vista e trattare le lesioni riscontrate assai più efficacemente che non per la via transfenoidale.

La preferenza data alla via transfrontale dalla stragrande maggioranza dei neurochirurgi testimonia dei vantaggi, che essa offre. Istruttiva a questo proposito è la conversione di un neurochirurgo quale Cushing, che fino al 1925 preferiva seguire la via transfenoidale, e che successivamente è diventato fautore convinto del metodo intracranico.

A giudicare dalla mia attuale esperienza, la via transfrontale troverebbe una sola controindicazione, e precisamente nella sede strettamente intrasellare dell'affezione: quando cioè manca qualsiasi segno di sofferenza degli ottici.

Tale controindicazione è stata trattata in uno dei paragrafi di questo lavoro.

Per ciò che riguarda la questione, se eseguire una sola cranioresezione, o una resezione bilaterale, nonostante che io in precedenti lavori abbia sostenuto i vantaggi della cranioresezione bilaterale (v. fig. 1), mi sono successivamente convinto, traverso una maggiore esperienza, che in un gran numero di casi una sola cranioresezione è sufficiente.

Ci sono tuttavia dei casi (tumori voluminosi estesi da ambedue i lati della linea mediana) in cui l'operazione può essere condotta a termine assai più efficacemente e con minor pericolo del paziente, quando si intervenga in tempi successivi traverso una craniotomia bilaterale.

Questo metodo, adoperato da Frazier nel 1928 e da me nel 1929, è stato anche recentemente lodato da Gulecke, il quale ultimo criticava la mia proposta di cranio-resezione bilaterale sistematica, trovandola esagerata.

In verità il metodo da me proposto, ed attuato in alcuni casi, non consiste in una cranio-resezione bilaterale in due tempi, a ciascuno dei quali corrisponde lo svuotamento di una parte del tumore perisellare; sebbene in una cranio-resezione bilaterale in un tempo, alla quale segue, dopo un intervallo di tempo vario, l'intervento uni- o bilaterale sulla regione chiasmatica. Tutto questo con lo scopo di diminuire la pressione, che si esercita sul cervello durante il sollevamento del lobo temporale, permettendo al lobo frontale del lato opposto di affacciarsi traverso la cranio-resezione appositamente eseguita.

Per ciò che riguarda la grandezza dei lembi ossei, io sono passato dai lembi assai grandi a quelli piccoli quali Dandy usa fare (v. figure 5, 6, 10, 11).

Ho adoperato in alcuni casi la via extradurale; nella grande maggioranza dei casi quella intradurale, che credo preferibile, perchè offre una vista assai migliore.

Solo eccezionalmente abbiamo resecato l'estremo anteriore del lobo frontale (come consiglia Dandy) per ottenere una luce maggiore.

Sorvolando su vari dettagli tecnici, che riguardano il modo di sollevare il lobo frontale, l'uso di spatole assai molli (di piombo) ecc., mi limiterò a dire che, quando è stato messo in evidenza un polo del tumore, conviene pungerlo, in quanto non raramente (e quasi sempre nei tumori soprasellari) essi hanno un contenuto parzialmente cistico. Il vuotamento della parte fluida del tumore facilita le manovre successive.

La capsula tumorale incisa, si procede allo svuotamento del tumore. Gioverà a questo proposito far notare che nella quasi totalità dei casi il tumore non viene asportato, ma semplicemente vuotato più o meno completamente. Si tratta cioè di una asportazione incompleta,

così come si usa fare per il gozzo esoftalmico. Tale asportazione, se unita ad una conveniente liberazione degli ottici e del chiasma dalla capsula del tumore è più che sufficiente per ottenere risultati assai buoni.

Non è quindi il caso di parlare di « ipofisectomie » come si legge in monografie ed articoli apparsi anche recentemente presso di noi.

Mortalità operatoria: su 19 pazienti, sui quali furono eseguiti 25 interventi, si ebbero 7 morti, il che equivale ad una mortalità del 36,8 % riferita al numero dei pazienti, e del 28 % riferita al numero degli interventi.

Queste cifre, se prese nel loro insieme, non possono sostenere il paragone con quelle assai basse ottenute dai più noti neuro-chirurgi americani (che si aggirano sul 5 % per le operazioni degli adenomi ipofisari). Se tuttavia esaminiamo un poco più da vicino, e le cifre della nostra mortalità, e quelle dei predetti chirurgi, vediamo che la sproporzione apparente viene, in parte almeno, a cessare.

La maggior parte dei pazienti morti in seguito all'intervento (5 su 7) appartengono ai gruppi dei tumori sellari senza alcuna estrinsecazione soprasellare; o, al contrario, dei tumori soprasellari propriamente detti.

Abbiamo già riferito l'opinione di Cushing riguardo all'intervento chirurgico nei casi di acromegalia senza alcun sintoma di compressione degli ottici; ed espresso in proposito il nostro parere.

Quanto ai tumori soprasellari, lo stesso Cushing ha avuto una mortalità del 21,8 %. Nei casi da noi operati, e che vennero a morte, sia la sintomatologia (amaurosi, sintomi di compressione ipotalamica), che il reperto operatorio, e quello autoptico testimoniano dell'enorme sviluppo assunto da tali tumori.

Nei 6 casi di tumore sellare con compressione degli ottici si ebbe un solo esito letale, e questo riguarda una donna, in cui il tumore datava da lungo tempo, ed aveva assunto un grande sviluppo.

Finalmente nei 6 pazienti, nei quali fu fatta diagnosi, o di neurite ottica retrobulbare, o di aracnoidite della base, o di basofilismo pituitario, e sui quali furono eseguiti 9 interventi, si ebbe pure un solo esito letale, dovuto a meningite. Alla causa di questa infezione si ebbe già occasione di accennare.

Possiamo quindi concludere che la esplorazione della regione chiasmatica, eseguita per via transfrontale, è un intervento non pericoloso, quando esso è limitato, o alla semplice esplorazione degli ottici e della parte anteriore del chiasma, o al vuotamento di tumori della regione, che non abbiano assunto uno sviluppo eccessivo, sopratutto verso la regione dei nuclei ipotalamici.

Può invece riuscire pericoloso volere esporre il diaframma durale della sella, con lo scopo di vuotare un tumore interamente endosellare; e ciò per il pericolo di lacerazioni vascolari.

Il vero problema da risolvere, per far sì che la mortalità operatoria sia ridotta in limiti bassi, è quello della diagnosi precoce e dell'intervento non ritardato.

Dandy, che nelle operazioni per adenomi ipofisari ha una mortalità operatoria di meno del 5 %, afferma che tale mortalità sale al 30 e al 50 %, se egli interviene in casi di tumore a sviluppo molto avanzato.

Nei nostri casi molto, troppo tempo, era stato impiegato, sopratutto in tentativi di radioterapia; e non pochi dei nostri pazienti erano amaurotici da uno o da ambedue gli occhi, quando vennero a noi.

In tali condizioni è perfettamente naturale che l'intervento chirurgico diventi molto pericoloso, e che i risultati di esso non siano buoni.

Quando al contrario la diagnosi è fatta precocemente (ed essa è di solito assai facile), e quando il chirurgo può intervenire, prima che danni irreparabili si siano verificati, i risultati possono essere assai sodisfacenti: alcuni dei nostri casi ne sono una prova.

Ringrazio i Colleghi dei Reparti radiologico ed oculistico dell'Ospedale del Littorio, diretti rispettivamente dai proff. E. Milani e Mazzantini, per il loro prezioso contributo diagnostico.

Ringrazio anche la prof. Morelli, dell'Istituto Regina Elena di Roma, alla quale sono dovute la maggior parte delle diagnosi istologiche.

RIASSUNTO.

L'A. riassume i principali dati riferentisi a 19 pazienti, con affezioni varie della regione chiasmatico-sellare, sui quali furono eseguiti 25 interventi. I casi sono distinti in 5 gruppi, di cui il primo comprende neuriti ottiche retrobulbari, aracnoiditi ecc.; il 2° tumori con sintomi di compressione locale, ma senza sintomi costituzionali; il 3° tumori esclusivamente endosellari con acromegalia; il 4° tumori con sintomi acromegalici e di compressione sul chiasma; il 5° tumori soprasellari.

Gli interventi furono sempre eseguiti per via transfrontale.

BIBLIOGRAFIA.

Chiasserini. Policlinico, Sez. Chir., 1930.
Id. Bruns Beiträge, 1930.
Id. Policlinico, Sez. Prat., 1934.
Cushing. *Intracranial tumours*, 1932.
Dandy. Practice of Surgery, vol. XII, 1932.
Frazier. Annals of Surgery, 1928.
Guleke. Zentralblat f. Chir., 1935.
Ugelli. Riv. Ital. di Endocrino e Neurochir., 1935.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA.

Il pneumotorace artificiale nella cura dell'ascesso polmonare. (1)

Prof. AMBROGIO DA GRADI
primario med. e docente di clinica medica.

La questione della terapia dell'ascesso polmonare è stata più volte largamente trattata in Congressi e riviste e i mezzi curativi consigliati sono numerosi: ciò per se stesso sta a dimostrare che una vera cura di sicuro risultato, alla quale il medico in ogni caso possa ricorrere con fiducia, non è stata ancora trovata: in rapporto alla etiopatogenesi varia che domina nei vari casi e per i diversi quadri clinici che i singoli malati ci offrono.

Uno dei mezzi terapeutici di recente applicazione, che apre il cuore a molte speranze, ma che non possiamo ancora considerare quale mezzo sicuro ed universale, è la Marconiterapia. Un altro mezzo che, opportunamente usato, è fecondo di larghi risultati — se pure non in tutti i casi è applicabile — e che purtroppo è spesso trascurato, ci è fornito dal pneumotorace artificiale terapeutico.

A questo proposito è necessario ch'io faccia una premessa: il mio grande Maestro, il nome del quale è con venerazione sempre ricordato in tutto il mondo, il prof. Forlanini, quando propose il pneumotorace artificiale quale mezzo di cura della tisi polmonare, nello spiegare il meccanismo d'azione di tale cura non volle precisare le cause per le quali, secondo lui, nel polmone si arriva alla tisi, alla distruzione cioè del tessuto polmonare. Su questo argomento egli aveva vedute sue particolari e veramente geniali. In base a queste, non si preoccupava della natura dei germi che nella tisi polmonare s'incontrano — reagendo così vivamente contro la tendenza allora imperante di risolvere i problemi clinici con il microbismo — e non si stancava di ripetere che Egli con il pneumotorace artificiale intendeva di curare la tisi e soltanto la tisi, la distruzione cioè del polmone. Così tra i primi casi di malati trattati con tale metodo figura anche un caso di ascesso polmonare.

Il Forlanini quindi fin dal 1907 stabiliva nettamente che il pneumotorace artificiale doveva essere applicato anche nella terapia dell'ascesso polmonare; in quanto anche qui ci troviamo di fronte ad una tisi polmonare suscettibile di guarire con la cura meccanica da Lui proposta.

Furono in seguito pubblicati numerosi casi di ascesso polmonare trattati in tal modo con successo; ma a poco a poco direi che la questione è stata dimenticata, tanto che medici valenti più non la ricordano nella loro pratica quotidiana, come più volte mi è stato possibile riscontrare.

Recentemente avendo avuto l'occasione di prendere in cura alcuni casi di ascesso polmonare nei quali, sia nell'interesse dei pazienti, sia a scopo dimostrativo, avevo creduto opportuno di praticare la cura pneumotoracica là dove erano manifeste e precise le indicazioni; ho creduto non inutile il comunicarne i risultati.

Riferisco succintamente i quattro casi trattati.

CASO I. — Cannone Angelo, marinaio, di a. 40. Entra nel reparto il 22 luglio 1935. Inizio della malattia un mese prima con febbre, astenia, tosse e catarro che si fece in pochi giorni abbondante e fetido. Segni clinici e radiologici di ascesso centrale del polmone sinistro con forte quantità di espettorato fetido. La Marconiterapia non dà alcun risultato ed il 28 agosto 1935 inizio la cura pneumotoracica con successo. L'ammalato lascia l'ospedale il 22 gennaio 1936 clinicamente del tutto guarito avendo ricuperato anche il suo peso normale che durante la malattia era disceso di 10 Kg.

CASO II. — Parodi Emilia, pescivendola, di a. 60. Entra in reparto il 29-1-1936. Due mesi prima ebbe un attacco influenzale con tosse che non scomparve mai e, qualche giorno prima dell'ingresso, dolore all'emitorace destro, febbre elevata, riacutizzazione della tosse. Presenta segni di infiltrazione diffusa del lobo inferiore destro ed espettorato che va man mano aumentando di quantità e di purulenza durante la degenza, mentre sulla zona infiltrata si fanno manifesti segni di escavazioni multiple. Stato di intossicazione profonda, di adinamia e febbre a carattere remittente. Inizio il pneumotorace il 14 febbraio 1936 ottenendo quasi subito la scomparsa della febbre, la riduzione progressiva della tosse e del catarro, miglioramento notevole dello stato generale. Lascia l'ospedale convinta di essere guarita il 21 marzo, consigliata a proseguire il pneumotorace ambulatoriamente.

CASO III. — Cecchinelli Lina, casalinga, di a. 26. Un anno fa in seguito a dolori al torace, febbre, tosse con catarro accompagnata da emottisi, fu ricoverata in Sanatorio come affetta da tubercolosi polmonare e qui sottoposta alla frenicectomia sinistra, con nessun risultato. Dopo ulteriori accertamenti, dichiarata affetta da ascesso polmonare, fu dimessa. Ricoverata da noi il 22 febbraio 1936, presenta segni netti di ascesso al lobo inferiore del polmone sinistro, con espettorazione

(*) Comunicazione fatta al Congresso degli Ospedali Civili.

abbondante, purulenta, fetida: in vicinanza all'epoca mestruale l'espettorato si fa più abbondante e spesso compare emottisi. Inizio il pneumotorace il 5 marzo 1936 con immediato miglioramento generale, scomparsa della febbricola e dell'espettorazione quasi completa, ma non totale a causa delle numerose e tenaci aderenze pleurodiaframmatiche che ostacolano il collasso della sacca purulenta.

CASO IV. — Dedalo Antioco, di anni 36, meccanico. Entra il 16-3-1936. Due mesi prima pneumonite destra alla quale residuò tosse e catarro abbondante. All'ingresso segni clinici e radiologici di ascesso centrale del polmone destro, con febbre elevata a carattere remittente, anoressia, deperimento organico accentuato, tosse insistente con catarro abbondante e fetido. Inizio del pneumotorace il 25-3 e subito caduta della febbre, riduzione progressiva della tosse e del catarro fino alla scomparsa totale e ritorno dell'appetito, con aumento nel peso di 5 Kg. in quindici giorni. Lascia l'ospedale l'11 maggio 1936 in ottime condizioni e clinicamente guarito continuando la cura ambulatoria (1).

I risultati che ho esposto ritengo debbano far meditare. È egli possibile lo scetticismo che mi è occorso di incontrare nella lettura di alcune monografie e di riviste sulla cura dell'ascesso polmonare, a proposito dell'intervento pneumotoracico?

È ammissibile che il medico colto ignori la efficacia di una tale cura di fronte a malati, i quali altrimenti sono spesso condannati ad una vita tormentosa e talvolta a sicura morte?

Il pneumotorace artificiale applicato nella cura dell'ascesso polmonare, come quello applicato nella cura della tisi polmonare da infezione tubercolare, non può avere la pretesa di guarire tutti i malati per vari motivi che non è qui il caso di elencare, ma in molti casi può portare grande giovamento e ridonare anche la salute perfetta.

Come nella cura della tubercolosi polmonare distruttiva, il pneumotorace, nella cura dell'ascesso polmonare, darà risultati tanto più abbondanti e lusinghieri quanto più precocemente sarà applicato: questo perchè potremo così prevenire una grave intossicazione dell'organismo e meno facilmente ci troveremo di fronte ad aderenze pleuriche vaste e tenaci che o rendono impossibile la cura o la fanno più difficile e più lunga.

I risultati ottenuti con la cura pneumotoracica sono d'ordine generale (cessazione della febbre, e dello stato di intossicazione, miglioramento dell'appetito e dello stato di nutrizione) e locali (cessazione della tosse e della secrezione purulenta).

Prima di iniziare ogni altra cura, e dopo un breve periodo di osservazione che ci permetta di ritenere poco probabile una guarigione spontanea; è consigliabile, senza perdere un tempo prezioso, di tentare la cura pneumotoracica: questa, saviamente condotta, non può recare alcun danno.

Contemporaneamente alla cura pneumotoracica è possibile applicare anche le cure mediche, le cure climatiche, le cure ricostituenti. Ma penso che assolutamente non si debbano fare cure chirurgiche se prima non è stato tentato il pneumotorace; poichè queste fatalmente comprometterebbero ogni ulteriore intervento pneumotoracico come purtroppo qualche volta mi è occorso; mentre di un precedente tentativo di pneumotorace il chirurgo si può grandemente giovare, nel senso che con questo tentativo è possibile stabilire se esistano o no aderenze pleuriche e dove queste si trovano: cognizioni veramente preziose per il chirurgo che si accinge ad aggredire il polmone.

Credo opportuno infine ricordare che i pazienti devono essere avvertiti sulla assoluta necessità di continuare la cura pneumotoracica fino alla completa guarigione clinica ed anatomica, ed insistere su tale concetto; perchè, mentre di fronte ad una tisi di natura tubercolare il malato, profondamente impressionato del proprio male e direi quasi terrorizzato, è disposto a qualunque sacrificio per guarire; di fronte ad un ascesso polmonare, sopratutto se di recente formazione, crede di aver raggiunta una guarigione completa quando ogni sintomatologia clinica è cessata ed a malavoglia si assoggetta ad una cura lunga, che sola può darci la sicurezza di una guarigione anatomica oltrechè clinica e garantirci contro il ritorno del male.

RIASSUNTO.

L'A., richiamandosi ai dettami del suo Maestro, trova che nella cura dell'ascesso polmonare il metodo di Carlo Forlanini, l'applicazione cioè del pneumotorace artificiale, è trascurato o poco conosciuto.

Sulla scorta di varî casi curati, dimostra tutta l'utilità e la convenienza di iniziare al più presto un tale sistema di cura, fecondo di buoni risultati.

(1) Altri due casi di ascesso polmonare da poco ricoverati e nei quali ho iniziato la cura pneumotoracica hanno pure avuto in breve tempo la cessazione completa di ogni sintomatologia morbosa.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

Siringhe di sicurezza.

Dott. Silvio Grella,
Comunanza del Littorio (Ascoli P.)
già aiuto vol. R. Clinica Medica Perugia.

Tutte le siringhe, finora in uso, per quanto strumenti indispensabili nella pratica quotidiana, non ancora ci premuniscono dall'immettere nelle vene, nelle cavità preformate degli organi e nei tessuti, piccoli invisibili frammenti di vetro, coaguli sanguigni, sali, depositi organici, bolle d'aria, gas, alcool, etere, grassi, paraffina, impurità, ecc., ed in genere sostanze — inquinate o non — solide, semisolide o aeriformi, comunque penetrate o resesi evidenti, durante il corso dell'iniezione, nel liquido da iniettare. Esse non permettono l'iniezione di sostanze liquide, fra di loro chimicamente o fisicamente incompatibili e formanti corpi solidi od aeriformi, la cui ineliminabile presenza tutt'ora impedisce che tali sostanze liquide possano essere impiegate per via parenterale.

In presenza di sostanze estranee non rendono possibile iniettare la « dose » di liquido prestabilita; nè, nel caso di punture in cavità a scopo esplorativo o curativo (vene, pleure, peritoneo, pericardio, rachide, « cisterna magna », cuore, ecc.), possono darci la sicurezza di esservi penetrati.

Tutte le siringhe note poi non consentono di arrestare lo stantuffo in qualsiasi punto del cilindro, prima durante e dopo l'iniezione.

Gl'inconvenienti, le difficoltà e le esigenze suaccennate sono tutti eliminati dalle siringhe, qui appresso riportate (1).

Nella fig. 1, nella fig. 2 e nella fig. 3 è rappresentato uno speciale stantuffo rispettivamente di profilo in chiaro-scuro, di profilo ma in sito nella siringa, e di prospetto parimenti in sito nella siringa.

(1) Queste speciali siringhe sono state protette con i seguenti brevetti: italiano principale numero 323400 del 19-XII-1934-XIII; italiano completivo, con diritto di prelazione, n. 341502 del 27-VI-1936-XIV; francese n. 778225 del 22-VI-1935-XIII; belga n. 408829 del 31-V-1935-XIII; svizzero n. 185282 del 15-VII-1936-XIV; americano (Stati Un. d'A.), deposito n. 14509; tedesco (Germania), deposito n. 12063.

Sono state giudicate con parere favorevole numero 2404 (delibera 23-X-35) dalla Commissione Centrale per l'esame delle invenzioni, organo del Consiglio Nazionale delle Ricerche; che, per la loro valorizzazione, ha concesso anche un contributo di L. 1000, in data 7 maggio 1936-XIV.

Sono state incluse nelle 143 invenzioni, prescelte per le controsanzioni (lettera dell'Ass. Naz. Fasc. Inventori, 18 maggio 1936-XIV, n. 3458 di prot.).

Le sostanze estranee più leggere, raffigurate in 4, o più pesanti, raffigurate in 5, obbedendo alla legge del più leggero e del più pesante, in rapporto al mezzo nel quale sono contenute, spontaneamente si separano; e, attraverso la faccia mediana semilunare d'intercomunicazione 3, per forza propria e per forza di gravità, sono sollecitate a portarsi rispettivamente in alto nella camera di sicurezza 4, e in basso nella camera di sicurezza 5, restando ivi trattenute dagli speroni di arresto 1 e 2.

Fig. 2

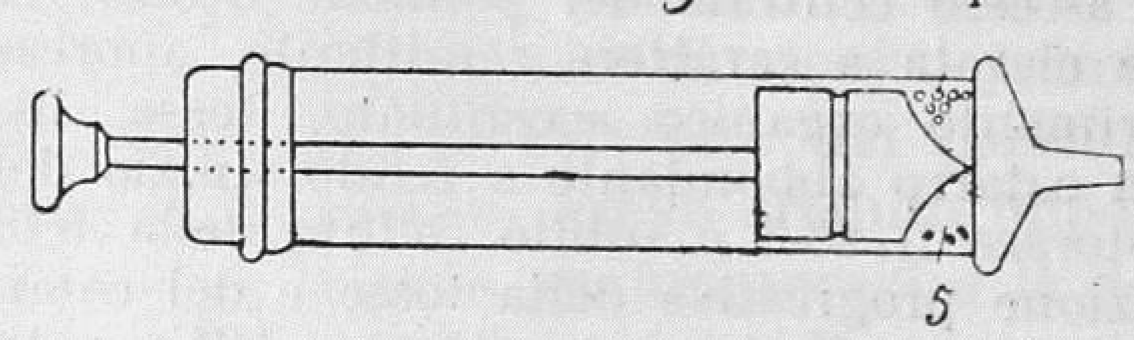


Fig. 3

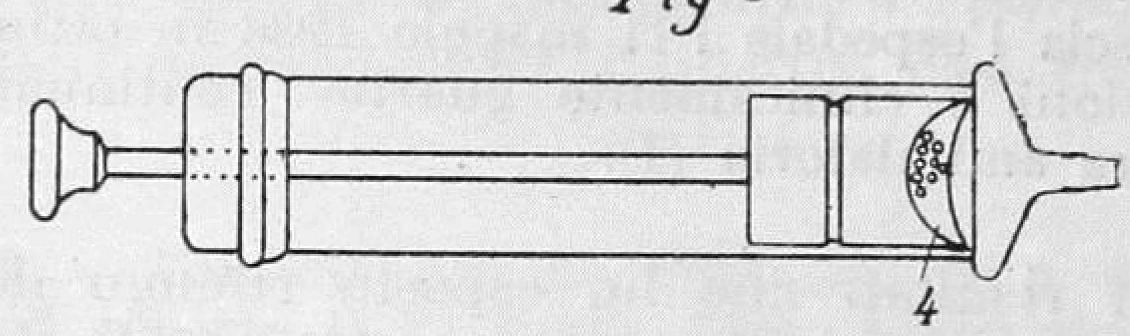


Fig. 1

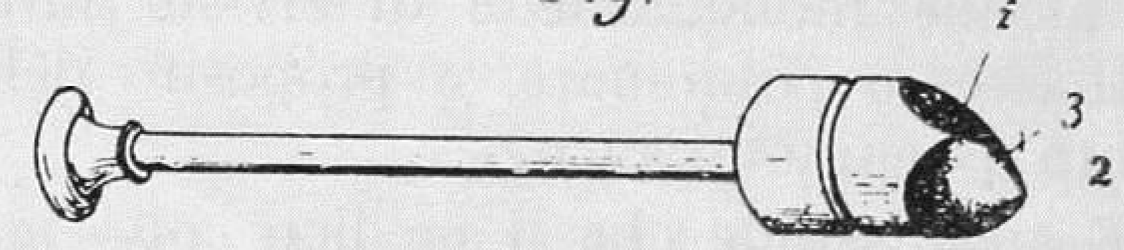


Fig. 5

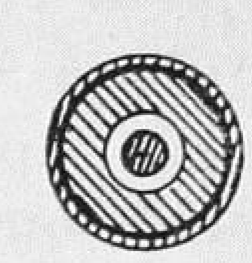


Fig. 6



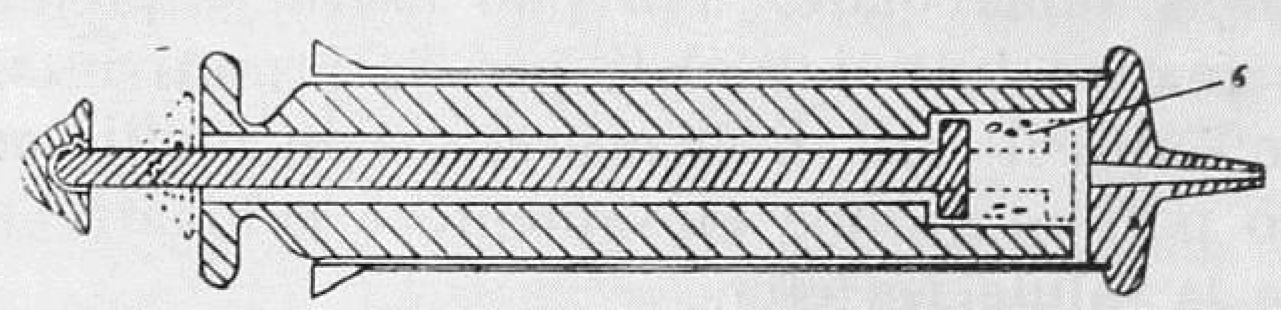


Fig. 4

Nelle figg. 4, 5 e 6 è rappresentata un'altra siringa, rispettivamente in sezione assiale-verticale ed in pianta, con la camera di sicurezza 6 eliminabile a volontà; attraverso la quale, in assenza di sostanze estranee, è possibile iniettare tutta intera la « quantità » di liquido impiegata.

La fig. 7 è la sezione assiale-verticale di un altro tipo di siringa, munita ugualmente della camera di sicurezza eliminabile a volontà, ma a chiusura ermetica mediante una testa emisferica 7, e con base del cilindro incavata e concentrica ad un colletto 8, sporgente sulla circostante superficie inclinata.

La fig. 8 è una variante, in sezione assiale-

verticale, del fissaggio a passo di vite 9, riportato nella precedente fig. 7; variante che consiste in un fissaggio a baionetta, visto di prospetto nella fig. 9.

Tale tipo di siringa è caratterizzata, oltre che dalla chiusura ermetica, dal fatto che il cilindro in tutta la sua estensione funziona da camera di sicurezza, e dall'altra peculiarità

Fig. 8 Fig. 9

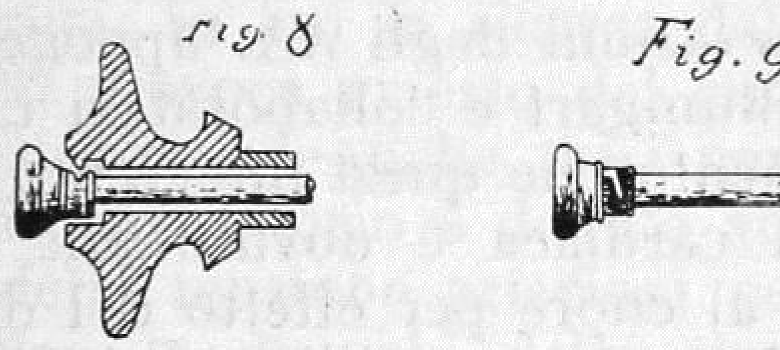


Fig. 7

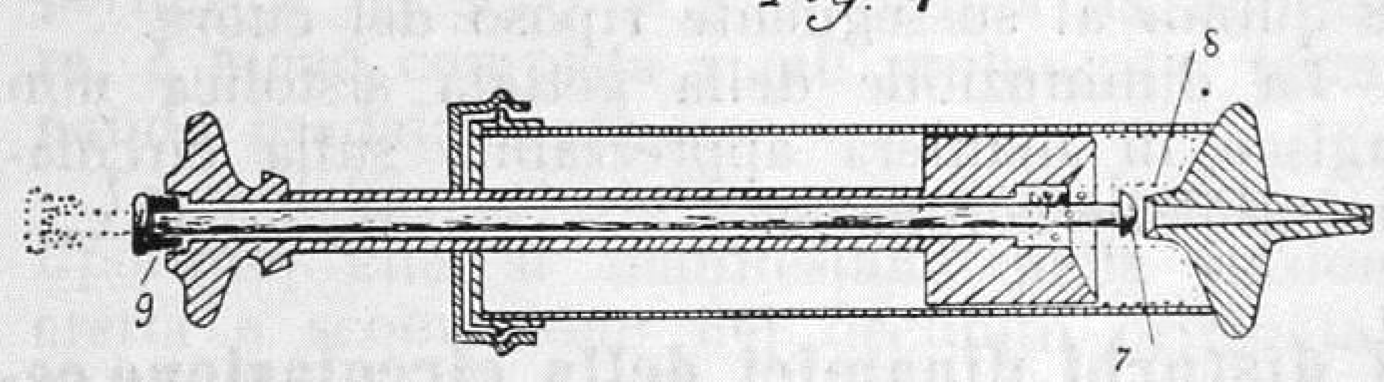


Fig. 12



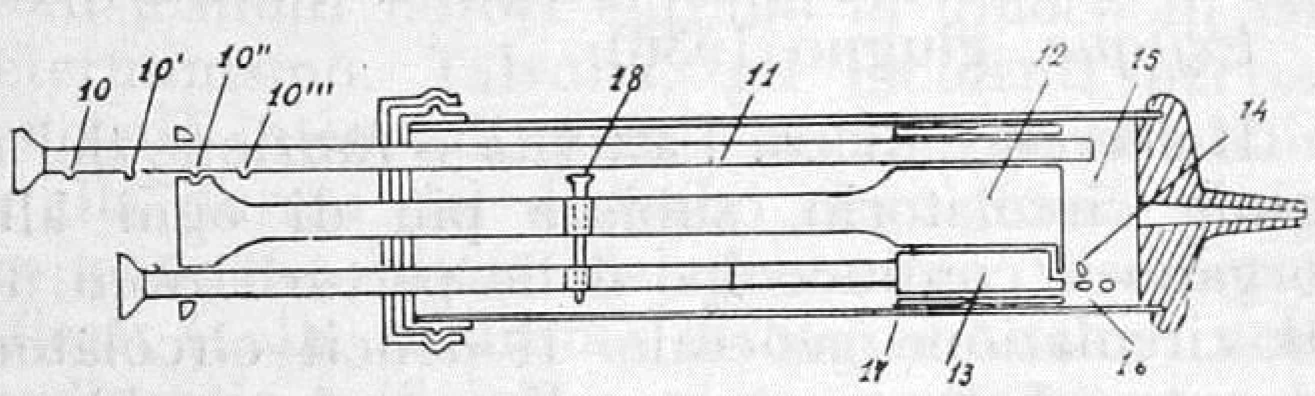


Fig. 10



Fig. 11

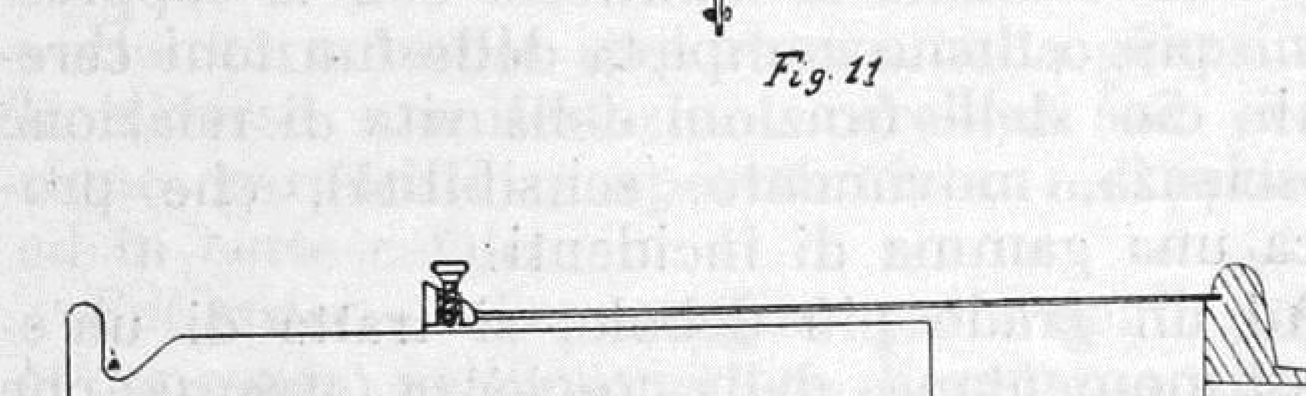


Fig. 13

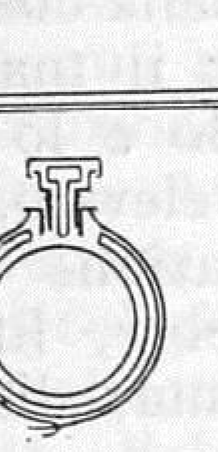


Fig. 14

che le sostanze estranee sono trattenute, anche se la siringa viene usata con il becco rivolto verticalmente in alto od in basso.

La fig. 10 rappresenta, in sezione assiale-verticale, una siringa con camera di sicurezza eliminabile a volontà e di capacità regolabile mediante le spine 10, 10', 10'', 10''' dell'asticina di arresto 11.

Nella testa del pistone 12 di tale siringa, particolarmente utile nelle punture a scopo curativo od esplorativo, scorre la testa del pistoncino aspirativo 13; che, mentre, attraverso la boccuccia 14, aspira le sostanze estranee, sottraendole dal liquido da iniettare, ci assicura anche della penetrazione dell'ago in cavità (vene, pleure, rachide ecc.), facendo affiorare nella camera di sicurezza 15 il liquido relativo: sangue, liquido pleurico, cefalo-rachidiano, ecc.

Il combaciamento del nasello 16 nella boccuccia corrispondente e l'arresto del pistoncino nel punto 17, sono assicurati dal perno 18, conico, amovibile; il quale, attraverso il gambo del pistone, funziona da guida lungo l'asola, praticata nel gambo del pistoncino; asola vista in pianta e di profilo nella fig. 11 e nella fig. 12.

Infine, nella fig. 13, è rappresentata, in sezione assiale-verticale, una siringa con dado fissatore.

La fig. 14 è una variante di tale dado, consistente in un dado con gambo a punta di caucciù.

Il dado può essere posto in funzione contro qualsiasi punto dello stantuffo durante la sua corsa ed in qualsiasi momento dell'operazione, prima cioè durante e dopo l'iniezione.

La siringa di sicurezza, nei suoi 5 tipi, completa e perfeziona la siringa di Pravatz.

Il « sistema di sicurezza » può essere introdotto a tutte le altre siringhe, già esistenti e adibite per i più svariati usi nei più vari campi.

Il funzionamento delle camere di sicurezza è legato a due leggi fisiche; è, per forza di natura, costante e spontaneo; non è affidato alla regolazione dell'operatore, nè a congegni meccanici, sempre deteriorabili.

Questo nuovo sistema, fra le altre, completa e perfeziona le seguenti siringhe: siringa a tre anelli di Janet, s. Reiner-Alexander, s. Luer, le tre s. Cadeo, s. Hackenbruch per anestesia, s. Loeb con cono eccentrico, s. Lieberg, s. Barthelemy, s. per tubercolina, s. per iniezioni nel canale lacrimale, s. Fischer, s. Braun, s. Alexander, s. Tobold, s. Killian, s. Louis-Jubet, s. Guyon, s. con rubinetto a tre vie di Kunszthler, s. Langlebert, s. Karat, s. Martignoni, s. Lombardo, s. Stator, s. uretrale, s. Record.

Mediante opportune modifiche le siringhe con camera di sicurezza possono essere impiegate per la produzione di gas, come, ad esempio, per la produzione di anidride carbonica, che può essere senz'altro iniettata nell'organismo, sicuri di non iniettarvi anche le singole sostanze produttrici.

Le siringhe innanzi descritte sono nelle varie parti tutte smontabili e facilmente completamente sterilizzabili. Possono essere adoperate come le comuni siringhe, senza che siano posti in funzione i particolari dispositivi. Si costruiscono della stessa capacità e con gli stessi materiali delle siringhe note. I pistoni, i pistoncini, l'asticina d'arresto, i dadi fissatori sono tutti a tenuta perfetta.

RIASSUNTO.

L'A. presenta una siringa di sicurezza in 5 tipi, foggiati con forma speciale e tale da ren-

dere praticamente impossibile che coaguli sanguigni, piccoli invisibili frammenti di vetro, sali, depositi organici, bolle d'aria, gas, alcool, etere, grassi, paraffina, impurità, ecc., ed in genere sostanze aeriformi, semisolide e solide, comunque presenti nella siringa al momento dell'iniezione, possano essere immesse nelle vene, nelle cavità preformate degli organi e nei tessuti.

« Tali tipi di siringhe di sicurezza possono « portare effettivamente grandi vantaggi pra- « tici; l'uso n'è abbastanza facile; ed il loro « *sistema* può essere introdotto alle varie si- « ringhe, per molteplici usi già esistenti in « commercio ».

SUNTI E RASSEGNE

CIRCOLAZIONE.

Effetto terapeutico dell'asportazione totale della tiroide normale sull'insufficienza congestiva e sull'angina pectoris.

(MARK D. ALTSCHULE e MARIE C. VOLK. *Arch. of Internal Medecine*, luglio 1936, n. 1).

Gli AA. hanno studiato il comportamento della gittata cardiaca dopo tiroidectomia totale in cardiopazienti scompensati e non scompensati. Mentre vari osservatori hanno trovato un aumento della gittata cardiaca al minuto nell'ipertiroidismo, pochissimi si sono occupati di questo problema nell'ipotiroidismo. Gli AA. già avevano studiato l'argomento servendosi del metodo all'acetilene, mentre ora lo riprendono servendosi del metodo dell'ioduro di etile e confrontano i risultati ottenuti coi due metodi.

Le osservazioni furono fatte su 23 malati, di cui 11 senza insufficienza congestiva del cuore (e precisamente 9 con angina pectoris, 1 con ipertiroidismo latente con angina pectoris e 1 con diabete grave) e 12 con insufficienza cardiaca.

I risultati furono i seguenti. Nei malati senza insufficienza cardiaca si aveva prima dell'intervento gittata normale, mentre negli insufficienti si aveva gittata al livello inferiore normale o un po' al disotto. In tutti i 23 malati la gittata diminuì dopo la tiroidectomia totale e la diminuzione andò di pari passo colla diminuzione del metabolismo basale, coll'aumento dell'ossigeno artero-venoso (specialmente nei pazienti con insufficienza congestiva). La velocità di circolazione del sangue nei casi di insufficenza fu trovata diminuita quando si manifestavano i segni dell'ipotiroidismo in tutti i casi meno che in tre; e in cinque casi non fu trovato parallelismo fra velocità circolataria e gettata cardiaca. Nei malati senza insufficienza la velocità di circolazione era aumentata anche prima dell'operazione, dopo fu rallentata in 10 casi e invariata in uno. Le pressioni arteriosa e venosa non si modificarono coll'intervento.

Queste osservazioni sull'ipotiroidismo provocato collimano con quelle di Starr, Collins e Wood sull'ipotiroidismo spontaneo.

La tiroidectomia provoca certamente una diminuzione del lavoro del ventricolo sinistro. Le osservazioni degli AA. appoggiano l'opinione di Blumgart e collaboratori che cioè il miglioramento che quest'intervento dà nell'insufficienza cardiaca è dovuto alle diminuite richieste al cuore per effetto del diminuito consumo di ossigeno imputabile all'ipotiroidismo e quindi al susseguente riposo del cuore.

La diminuzione della gettata sistolica non agisce in maniera apprezzabile sulla circolazione delle coronarie. R. LUSENA.

I disturbi dinamici della circolazione cerebrale.

(A. ALAJOUANINE e R. THURIEZ. *Revue neurologique*, giugno 1936).

Il cervello, di cui l'attività è funzione del regime circolatorio, subisce più di ogni altro organo il contraccolpo delle perturbazioni della circolazione generale. Il deficit circolatorio dovuto ad una pausa cardiaca, ad un abbassamento della tensione periferica, ad un'emorragia abbondante si manifesta con la soppressione più o meno completa delle funzioni cerebrali, cioè delle funzioni della vita di relazione (coscienza, movimento, sensibilità), che provoca una gamma di incidenti.

Ad un grado più debole, si tratta di un'eclissi momentanea della coscienza (assenza) che dura pochi secondi; il malato rimane immobile, col viso pallido e lo sguardo vago.

Ad un grado più elevato, si ha un abbandono motorio: inclinazione della testa con occlusione delle palpebre, fino al rilasciamento degli arti, con caduta; disturbi chiamati dai neurologi, *cataplessia*, od *attacco statico*; il termine di vertigine implica un disturbo dell'equilibrio.

La *sincope* è una perdita più lunga delle funzioni cerebrali, con arresto più o meno completo della respirazione, dei battiti cardiaci e della circolazione; il malato è pallido, leggermente umido di sudore. La sincope può accompagnarsi a convulsioni.

La sospensione completa delle funzioni vitali non può durare più di 1-2 minuti senza essere mortale, sicchè la sincope deve essere di breve durata; invece, la *lipotimia*, forma più attenuata in cui le funzioni vitali sono soltanto rallentate, può essere più prolungata.

Se il difetto di irrigazione proviene da una pausa cardiaca (sindrome di Adams Stokes) la sindrome è subitanea ed il malato cade sen-

za conoscenza col viso estremamente pallido. Lo stato di morte apparente dura una diecina di secondi ed il ritorno alla vita è immediato. Analoghi fatti possono aversi in certi accessi di tachicardia parossistica.

Le sincopi e le epilessie dette riflesse si producono in occasione di un'emozione, di un dolore acuto nei dispeptici e si spiegano con il rallentamento del cuore. Vi sono osservazioni di vagotonici, in cui la ricerca del riflesso oculo-cardiaco provoca arresto del cuore, perdita di conoscenza od anche crisi convulsive.

Se il deficit circolatorio è dovuto ad un abbassamento della tensione arteriosa per insufficienza cardiaca o disturbi della circolazione periferica, la sincope è preceduta da malessere, è meno completa e più prolungata, terminando gradatamente.

La malattia ortostatica, con i malesseri e le lipotimie che si manifestano nella stazione eretta e scompaiono nel decubito orizzontale deriva da un'ipotensione ortostatica.

Le perdite di sangue, se sono abbondanti e rapide determinano sincopi ed anche convulsioni e molti fattori entrano in giuoco in tale determinismo. Talvolta, gli incidenti nervosi sono più intensi di quanto non sia da attribuirsi alla durata del disturbo circolatorio; si sovrappongono allora dei fenomeni vasomotori riflessi (nella sindrome di Stokes-Adams, nelle cardiopatie orificiali a scarsa portata).

I DISTURBI VASOMOTORI CEREBRALI.

Hanno notevole importanza nella genesi delle diverse manifestazioni cerebrali ad evoluzione parossistica, specialmente nell'epilessia ed in certe cefalee.

Epilessia. — La maggior parte degli Autori è concorde nell'ammettere l'esistenza di tali disturbi vasomotori, ma mentre gli uni incriminano le vaso-costrizione, altri accusano invece la vasodilatazione. Anche le crisi di epilessia, che si producono senza perturbazione importante della circolazione generale dipendono dal deficit circolatorio, che però in questo caso è localizzato alla circolazione cerebrale e non può spiegarsi che con disturbi vasomotori cerebrali.

La vaso-costrizione, specialmente localizzata, sarebbe la causa dell'aura epilettica. La perdita di conoscenza con caduta, che caratterizza l'inizio della crisi generalizzata, ha invece come substrato fisio-patologico un arresto brusco della circolazione cerebrale, conseguenza di una stasi da vaso-dilatazione paralitica, meno estesa in profondità di quanto si ha nell'apoplessia cerebrale.

A loro volta, le contrazioni tonico-cloniche determinano una congestione passiva ed intensa del cervello, di cui è conseguenza la cefalea postepilettica.

Le paralisi postepilettiche sono generalmente attribuite ad un esaurimento postparossistico dei centri nervosi, dovuto ad ischemia, che alla lunga può anche produrre delle distruzioni a focolaio.

In complesso, l'epilessia, secondo l'espressione di Penfield, sarebbe da considerarsi come un'angioneuropatia dei vasi cerebrali.

Cefalee. — Derivano, per la maggior parte da disturbi vaso-motori della circolazione cerebro-meningea.

Un tipo di cefalea parossistica è

L'EMICRANIA

che gli AA. trattano ampiamente.

Dal punto di vista *clinico*, la cefalea domina la scena per la sua intensità e la durata, ma non costituisce tutta la sintomatologia. Essa è preceduta da manifestazioni sensoriali, sensitive od afasiche, di cui si deve tener conto per la diagnosi e lo studio del meccanismo.

Più frequenti sono i disturbi visivi (emicrania oftalmica); trattasi generalmente di emianopsia laterale omonima, che iniziandosi al centro del campo visivo, raggiunge progressivamente la periferia, ma può anche limitarsi alla metà del campo visivo. Talvolta si assommano due emianopsie omonime, determinando l'amaurosi.

La parte mancante del campo visivo non è oscura ed è una specie di « non visione », diversa dallo scotoma oscuro dovuto a spasmi retinici.

Spesso l'emianopsia è preceduta da fenomeni luminosi scintillanti, che disegnano una linea a zig-zag.

Più rare sono altre manifestazioni sensoriali, uditive, olfattive, gustative, mentre non sono rari i disturbi sensitivi (intorpidimento delle dita, con formicolio) ed afasici.

Ai primi accessi, questi disturbi possono essere non seguìti dalla emicrania e fanno talora temere l'esistenza di un'affezione cerebrale grave.

La fase di emicrania incomincia quando i disturbi sensitivo-sensoriali declinano. Dolori continui con esacerbazioni parossistiche determinate da sforzi minimi o da impressioni sensoriali. Sensazione generale di malessere o, addirittura, stato nauseoso o vertiginoso. Il vomito si produce quando l'emicrania è al massimo e provoca un sollievo momentaneo. Il malato è abbattuto, depresso, ma non perde se non eccezionalmente la nozione delle cose.

La durata è variabile, da qualche ora a qualche giorno; un sonno pesante e riparatore segna la fine.

Il *meccanismo fisio-patologico* delle manifestazioni premonitorie va ricercato in un'onda vaso-costrittiva lentamente estensiva e localizzata alla rete vascolare sotto la pia madre, che irriga gli strati superficiali della corteccia grigia, dove si trovano le cellule di ricezione sensitive e sensoriali. Del tutto diverso è invece il meccanismo dell'emicrania, in cui il distur-

bo consiste in una vaso-dilatazione nella circolazione cortico-meningea, estesa ad una metà della testa. Si tratta di una vasodilatazione attiva, come indicano i caratteri della cefalea (pulsante), l'iperacusia, la fotofobia, l'ipertensione del liquor.

L'esistenza di due tempi nel meccanismo fisiopatologico dell'emicrania (vaso-costrizione seguita da vaso-dilatazione) indica che il mezzo di impedire il ritorno dell'emicrania è quello di opporsi alla prima fase, il che spiega l'effetto benefico dei vaso-dilatatori, fra cui l'acetilcolina. Particolarmente efficace sarebbe inoltre la fenolizzazione del ganglio sfeno-palatino, seguito da dilatazione della circolaziona cefalica.

Fra le *altre cefalee* da disturbi della circolazione cerebrale sono da menzionarsi:

1) La *C. da iperemia*, che è un epifenomeno nel corso di un'iperemia estesa a tutta la circolazione cefalica estendentesi anche a quella degli arti superiori. Essa è connessa con perturbazioni vascolari simpatiche: vaso-dilatazione attiva con iperpulsatilità ed ipercircolazione. Non va confusa con l'emicrania, da cui differisce più che per i caratteri, per i sintomi che l'accompagnano e per la breve durata, nonchè per l'inefficacia della fenolizzazione del ganglio sfeno-palatino.

2) La *C. da sforzo* è caratterizzata da un dolore acuto seguito da indolenzimento momentaneo ed è attribuita alla distensione delle vene endocraniche provocata da impaccio della circolazione di ritorno, in seguito a sforzi che determinano un blocco toracico, o per afflusso di sangue alla testa (atto di abbassarsi, sforzi intellettuali).

Sono stati preconizzati contro di essa i tonici venosi (adrenalina, postipofisi); agisce bene la fenolizzazione del ganglio sfeno-palatino.

3) *C. sintomatica di lesioni del simpatico cervicale.* Mette bene in evidenza l'importanza delle perturbazioni della circolazione cefalica nella produzione di certe cefalee. Le lesioni del simpatico cervicale, di fatto, siano esse operatorie, traumatiche, o secondarie ad un'artrite cervicale cronica, determinano un'iperalgesia dei territori corrispondenti. Ne risulta una sindrome complessa, in cui domina la cefalea. Questa è generalmente unilaterale; sopra un fondo di cefalea continua, ma sorda, si innestano delle crisi, con battiti, molto penose, specialmente in occasione di sforzi. Tutta una serie di disturbi varî fa corteo a questa cefalea: fotofobia, ronzii d'orecchi, vertigini, stato nauseoso, facile stanchezza fisica. *fil.*

MISCELLANEA.

L'eczema ed il suo trattamento.

(A. C. ROXBURGH. *The Practitioner*, mag. 1936)

Si chiama generalmente dermatite l'infiammazione della pelle di cui è nota la causa ed invece eczema se questa è ignota. La definizione può essere esatta dal punto di vista scientifico, ma è insufficiente da quello pratico. I dermatologi però sono ben lungi dall'essere d'accordo sulla esatta definizione dell'eczema. L'A. lo considera come un'infiammazione della pelle dovuta alla sensibilizzazione delle cellule epidermiche verso qualche sostanza che è innocua per i normali. Ne segue che la pelle di un paziente con eczema ha qualche cosa di anormale; in altre parole, si esigono due fattori per la produzione dell'eczema, una predisposizione delle cellule epidermiche ed un fattore eccitante che può essere esterno, di origine sanguigna od anche sviluppato *in situ* alle terminazioni nervose epidermiche. La predisposizione dell'epidermide può essere ereditaria od acquisita, temporanea o permanente, sicchè l'eczema può iniziarsi nell'infanzia e continuare tutta la vita, oppure aversi soltanto nell'infanzia o solo nell'età adulta. È spesso associato ad ipersensibilità dei pazienti o dei familiari (asma, febbre da fieno, emicrania).

Alcuni dermatologi preferiscono, del resto, la denominazione di dermatite da sensibilizzazione a quella di eczema. L'antigene può derivare dall'esterno, dal canale alimentare, dai batteri di un focolaio settico, dalla degradazione delle stesse cellule epidermiche oppure svilupparsi secondariamente nell'organismo da un antigene primario, od essere liberato dalle terminazioni nervose sotto l'influenza di una emozione o di altro sforzo nervoso.

CARATTERI CLINICI E TIPI.

I caratteri variano a seconda degli stadî. L'eczema si inizia con rossore ed edema, unitamente alla presenza di minute vescicole (dai più bassi limiti della visibilità fino a 2 mm.), che possono rompersi e lasciare trapelare del liquido; questo può disseccarsi e formare delle croste più o meno ampie. Dopo un certo tempo, lo strato corneo si riforma al disotto delle croste, ma generalmente assume un aspetto squamoso prima di ritornare normale. Il ciclo descritto può essere interrotto da ricadute (dallo stadio squamoso a quello secernente) o complicato dall'azione del grattamento e dall'infezione secondaria. Se l'eczema continua a lungo, si può avere una lichenificazione, con pelle inspessita e pigmentata.

L'eczema differisce dalla dermatite dovuta a forti irritazioni, per il fatto che nel primo le vescicole sono minute e con sede nello spessore dell'epidermide, mentre nella dermatite sono ampie e superficiali.

Oltre agli stadî descritti, vi sono forme particolari. Papulare o follicolare, se invece di essere continua l'eruzione è in punti delimitati, spesso sui follicoli pilari; discoide o circinato, secondo la forma delle chiazze; impetiginoide o lichenificato, come risultato di infezione o di grattamento.

Si dà il nome di eczema rubrum ad una forma cronica che si manifesta sulle gambe,

(dal ginocchio alle dita dei piedi) a superficie rossa lucente ed a margini netti.

L'eczema delle palme o delle piante tende, se acuto, al tipo di cheiropompholyx, in quanto che la grossezza dello strato corneo impedisce la rottura delle vescicole, sicchè queste hanno una superficie più larga che di consueto. L'eczema cronico tende alla formazione di ragadi e fessure dolorose. L'eczema delle falangi distali colpisce anche la matrice dell'unghia, con la formazione di strisce trasverse e di irregolarità delle unghie.

L'eczema infantile (nei primi 2 anni di vita) colpisce in forma di chiazze rosse le guancie, la fronte ed il mento, ma può estendersi. È dovuto a sensibilizzazione, ma i fattori fisici vi esercitano notevole influenza.

La prurigo di Besnier è costituita da un eczema cronico con lichenificazione della faccia e delle parti flessorie delle ginocchia e dei gomiti ed è associato con l'asma. La malattia tende a scomparire verso il 10°-15° anno.

L'eczema varicoso si ha nelle gambe in cui la circolazione è difettosa per la presenza di varici.

Diagnosi.

L'eczema va distinto anzitutto dalla dermatite seborroica (in cui si deve riconoscere l'elemento seborroico) nonchè da quella da irritanti. Il tipo secco discoide va distinto dalla psoriasi e quello circinato dall'erpete. Talvolta è malagevole la distinzione dall'impetigo.

Utile è il tentare di riconoscere l'eventuale sostanza che è alla base dell'eczema ed a ciò serve bene il metodo di applicare sulla pelle la sostanza sospetta e tenervela con del cerotto. Talvolta, la reazione non si ha che dopo 48 ore e la sensitività della pelle può essere multipla, sicchè la prova non è sempre conclusiva.

Il trattamento.

Se l'anamnesi o le ricerche riescono ad identificare la sostanza causatrice, il processo va considerato come dermatite e la prognosi è indubbiamente migliore. In caso contrario, si farà la ricerca di eventuali focolai settici (tonsille, denti, appendice). Se l'eczema è grave ed esteso, si terrà il paziente in letto, anche per evitare la frizione da parte dei vestiti. Curare l'evacuazione intestinale (purganti salini) e somministrare una dieta leggera e semplice. In casi gravi, tenere il paziente per 5-7 giorni a riso cotto, acqua e glucosio, aggiungendo poi cautamente altri alimenti.

Come rimedi interni, l'A. consiglia il vino d'antimonio (a base di tartrato d'antimonio) in quantità di circa 10 gocce, 3 volte al giorno. Per calmare l'irritazione e permettere il sonno, è utile l'antipirina (30-60 cg.). Con la somministrazione dell'olio di paraffina, si tenderà ad impedire l'assorbimento di sostanze tossiche dall'intestino.

Trattamento locale. — Anzitutto, è da rilevarsi che l'acqua, specialmente saponosa è assai irritante per una pelle eczematosa. Vi sono individui con delle chiazze di eczema alle braccia ed alle gambe, le quali scompaiono se prima di fare il bagno si spalmano con unguento di paraffina, in modo da non esporle all'azione dell'acqua. Le croste si asportano rammollendole dapprima con olio di oliva o di paraffina, ovvero con l'applicazione di cataplasmi di amido ed acido borico. Se l'eczema è infettato, si faranno fomenti borici ogni 1/4 d'ora per un'ora; per le mani ed i piedi, si faranno 1-2 bagni giornalieri con soluzione salina ipertonica calda, medicando poi con lozione al piombo od alla calamina. È importante evitare il grattamento!

Le applicazioni locali varieranno secondo lo stadio. Quando la superficie è rossa e vescicolare, si spargerà del talco o della calamina, oppure si userà una lozione al piombo od alla calamina. Queste si useranno se la superficie è secernente, oppure si faranno applicazioni di unguenti alla calamina od all'ossido di zinco, stesi su garza e rinnovati 2-3 volte al giorno. Quando si usino le lozioni, si eviterà il disseccamento, aggiungendo di tanto in tanto del nuovo liquido; non usare medicature abbondanti nè impermeabili (per non riscaldare la parte). Per mantenere la medicatura o l'unguento agli arti, usare delle specie di calze.

Passato il periodo secernente, e nei tipi meno acuti di eczema, usare la pasta di zinco, da spalmarsi su della garza o della mussola, rinnovandola 1-2 volte al giorno, dopo avere asportato la pasta disseccata mediante olio di oliva o di paraffina.

Alle lozioni ed alle paste, si possono aggiungere delle sostanze antipruriginose nelle seguenti proporzioni per le quantità prescritte nelle formule sotto elencate (Fenolo 5-10 gocce; Mentolo 30 cg.; Cloretone 30-60 cg.).

Nei casi resistenti o cronici, aggiunta di acido pirogallico (12 cg.) o di catrame preparato (10-60 gocce per ogni 30 grammi di pasta bianca al catrame).

Le chiazze resistenti si spalmano con catrame preparato, in strato molto sottile, che si lascia seccare per 10-15 minuti; spolverare con talco ed eventualmente proteggere per evitare l'insudiciamento dei vestiti; rinnovare ogni 2-3 giorni.

Molto utili possono essere i raggi X nelle forme subacute o croniche.

Diamo le formule dell'A.:

Lozione al piombo. Acqua vegeto-minerale (estr. del Goulard) gocce 6; Acq. dist. q. b. per g. 30.

Lozione al piombo ed alla calamina. Calamina prep.; Ossido di zinco; Acqua del Goulard; Glicerina, ana g. 3,60; Acqua di calce q.b. per fare g. 30.

Linimento di calamina. Calamina prep.; Ossido di zinco, ana g. 3,60; Olio di oliva; Acqua di calce, ana q.b. per fare g. 30.

Crema di zinco. Ossido di zinco; Lanolina, ana g. 7,20; Olio di oliva; Acqua di calce, ana q.b. per fare g. 30.

Pasta di zinco. Ossido di zinco; Amido polv.; Lanolina, ana g. 7,20; Paraffina molle q.b. per fare g. 30.

Pasta bianca al catrame. Catrame preparato; Ossido di zinco, ana g. 1,80-3,60. M. ed aggiung. Amido pov.; Paraffina molle, ana g. 10,80. *fil.*

Metodi moderni di agglutinazione.

(J. C. CRUICKSHANK. *Proc. of the Royal Soc. of Medicine*, maggio 1936).

Da quando Widal propose l'applicazione dell'agglutinazione alla clinica per la diagnosi di febbre tifoide, l'evoluzione del metodo ha portato a modificare profondamente le nostre concezioni sull'agglutinazione e sull'interpretazione della reazione.

Dal punto di vista teorico i concetti di Bordet, che divide l'agglutinazione in due stadi, sono ancora quelli dominanti: nel primo stadio l'anticorpo si combina con l'antigene, e il germe viene così « sensibilizzato ». Nel secondo stadio i germi vengono ammassati per azione dell'elettrolito, cioè della soluzione salina nella quale sono sospesi: i germi sono infatti mantenuti in sospensione uniforme in virtù della carica negativa posseduta, che tende a tenerli separati. Quando sono sensibilizzati in presenza dell'elettrolita la carica elettrica viene diminuita, e la tensione superficiale fa sì che essi si riuniscano in ammassi.

I primi progressi nella tecnica hanno consistito nello standardizzare i fattori della reazione, e il sistema di lettura.

Ma l'evoluzione moderna del metodo comincia da quando, per iniziativa di Weil e Felix, si cominciò a distinguere l'agglutinazione flagellare dalla somatica. Se si prepara un siero agglutinante verso un germe flagellato, gli anticorpi ottenuti corrispondono a quello che viene chiamato antigene ciliare o antigene H ed anche all'antigene somatico o antigene O. Se invece si prepara un siero con la variante non ciliata dello stesso germe, otterremo soltanto degli anticorpi anti O.

L'antigene H è termolabile (70° per 15 minuti); esso produce agglutinine ad alto titolo, e dà agglutinazione rapida ed a grossi granuli. La formolazione non lo distrugge. Tenendo conto di queste proprietà può essere studiato separatamente dall'antigene O, che ha caratteri opposti.

Un'altra nozione assai importante è quella dell'esistenza delle cosidette varianti R ed S. Su un terreno solido un germe del tifo dà delle colonie liscie, di forma regolare e bene emulsionabili; ma lo stesso germe, può talvolta dare delle colonie ruvide in superfice, irregolari di forma ed autoagglutinabili. L'esperimento ha dimostrato che la prima variante (S=smooth, liscia) ha proprietà antigene differenti dalla seconda (R = rough, ruvida), e che tale differenza è a carico della frazione somatica. Dal punto di vista che ci interessa, queste varianti hanno molta importanza, poichè un siero preparato con uno stipite R, non agglutina una sospensione di antigene somatica della variante S. E bisogna tenere presente che i passaggi ripetuti in terreni di cultura inducono facilmente la variazione ruvida.

È evidente l'importanza di questi dati nella pratica batterio- e siero-diagnostica.

Osserviamo anzitutto che la sierodiagnosi effettuata con antigene formolato prende in considerazione soltanto l'antigene H. Si comprende che ciò costituisce un considerevole svantaggio, se si pensa che circa nel 28 % dei casi di tifoide, non si ha formazione di agglutinine anti H (Felix).

Sembra inoltre che nella vaccinazione le agglutinine O siano scarsamente prodotte e scompaiano rapidamente. Ciò può aiutare nel discriminare l'agglutinazione da infezione da quella da vaccinazione. A questo proposto è bene insistere sulla opportunità di effettuare la siero diagnosi nella prima settimana di malattia quando vi sia un sospetto di infezione, per avere così una base da cui partire per attribuire giusto valore ad un eccessivo risultato siero-diagnostico.

Accenneremo infine all'antigene « Vi » (virulenza), dimostrato da Felix nel bacillo del tifo isolato di fresco. Nei riguardi dell'agglutinazione esso ha importanza pratica in quanto usando germi vivi ed isolati da poco, l'agglutinazione dell'antigene O viene mascherata dalla presenza di Vi. Donde l'opportunità di usare sospensioni di antigeni H ed O uccisi, oppure germi che abbiano subito numerosi passaggi in cultura. E. CARLINFANTI.

DIVAGAZIONI

Razza e mentalità.

A proposito delle recenti discussioni sui pericoli derivanti dagli incroci di italiani con indigeni dell'Africa Orientale, L. Cipriani (*Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia*, 15 luglio 1936) rileva le differenze fisiche e mentali che esistono fra le varie razze ed i caratteri degli ibridi.

Le razze umane oltre che per i caratteri somatici esterni (colore della pelle, natura dei capelli, forma e volume del cranio e delle varie parti della faccia, dimensioni del corpo, ecc.) differiscono per note funzionali e sopra tutto per i caratteri mentali.

La prevalenza intellettuale della razza bian-

ca è diventata assiomatica in ragione del grado di civiltà da essa raggiunto lasciando più o meno indietro tutte le altre, e della quantità e qualità di manifestazioni di tutte le attività della mente. Nessuna particolarità di forma e struttura del cervello si è potuto finora mettere in evidenza per dimostrare la ragione di tali differenze psichiche tra razza e razza. Gli antropologi hanno dato un qualche valore alle caratteristiche della testa ed alla capacità cranica, sulle quali si posseggono numerosi dati.

Al riguardo sono interessanti i dati sulla circonferenza dei negri e dei bianchi subito dopo la nascita. Nei negri puri d'America, diretti discendenti di quelli importanti dall'Africa a cominciare dal secolo XVII Davenport trovò una media di 325 mm. nei neonati e di 337 mm. dopo una settimana di vita. Martin, invece, ha trovato che all'atto della nascita i tedeschi hanno in media una circonferenza della testa di 347 mm., i belgi di 335 mm., i francesi di 429, i russi di 342 mm,. gli ebrei di 327 mm. Oltre a ciò va rilevato che le ossa craniche dei negri hanno uno spessore maggiore che nei bianchi, il che aumenta ancora più in questi ultimi la prevalenza del contenuto endocranico.

Lo stesso Martin trovò che la capacità cranica nel maschio adulto è di 1530 cmc. per gli olandesi, di 1538 per i savoiardi, di 1546 per gli Svizzeri, di 1559 per i parigini, di 1546 per i bretoni, di 1548 per i baschi spagnuoli, mentre è di 1329 per i nubiani, di 1462 per i negri in genere, di 1540 per i negri sudafricani, di 1570 per gli amoxosa. Queste cifre acquistano maggior valore quando si consideri il rimanente dello sviluppo corporeo che è sicuramente più vantaggioso nelle razze negre.

D'altra parte per l'apprezzamento delle differenze psichiche oltre che dei dati numerici predetti bisogna tener conto delle variazioni morfologiche. È stato accertato che in tutte le specie animali, selvaggie o domestiche ad ogni minima differenza corporea si associano evidentissimi cambiamenti di contegno. L'uomo non può fare eccezione a questa regola. D'altra parte negli stessi animali le variazioni del contegno sono parallele ad un aumento del volume del cervello in rapporto alla massa del corpo. Salendo dai gradini più bassi a quelli più alti della scala zoologica si constata la così detta cefalizzazione, ossia un ampliamento della scatola cranica ed una riduzione delle ossa del muso. Qualche cosa di analogo si osserva nelle razze umane. In effetti i negri presentano uno sviluppo facciale ed una proiezione all'innanzi di tutto il viso, che non si constatano nei bianchi. Per tali caratteri fisici essi si avvicinano agli antropoidi, e le loro condizioni psichiche sono tali che non consentono le attività possibili ai bianchi.

Le relazioni tra caratteri fisici e mentali sono state sufficientemente illustrate dagli studi di de Giovanni e Viola. Quest'ultimo fondandosi sulle ricerche di de Giovanni, Broca, Manouvrier, Mantegazza, Boucard, Benedecke e altri identificò tre tipi morfologici: micro-, macro- e normosplancnico. Weidenreiche invece distinse due soli tipi, il lepto- e l'eurysomo, mentre MacAulifte ne distinse quattro, il respiratorio, il digestivo, l'atletico ed il cerebrale. Nei bianchi predomina il tipo normosplancnico di Viola, che manca quasi totalmente ai negri.

Si è cercato anche di fissare per ciascun tipo morfologico un grado ed una forma d'intelligenza. Naccarati della Columbia University sostenne perfino un indice morfologico dell'intelligenza.

Comunque tanto i tipi morfologici quanto i caratteri psichici sembrano in stretti rapporti con le condizioni endocrine. Keith sostiene addirittura che i fatti ormonici comandano le caratteristiche razziali, la statura e le proporzioni del corpo, il colore della pelle, le qualità dei capelli, la forma e le dimensioni della testa e le tendenze mentali.

Ogni razza ha possibilità di sviluppo somatico e psichico che sono definiti in limiti fissi.

I popoli di razza nera, anche malgrado i millenari contatti con altre razze non hanno mai dimostrato la capacità di assurgere ad alte manifestazioni spirituali. I negri possono imparare i bassi mestieri dei bianchi, ed eccezionalmente giungere anche a disimpegnare mansioni che richiedono una cultura più o meno elevata, quali la chirurgia e l'insegnamento, ma ad essi è sempre mancata la scintilla creativa. Essi hanno una limitata capacità di assorbimento e di ripetizione, ma difettano assolutamente di capacità d'innovazione. Mai nei negri si è dimostrato uno sviluppo culturale e civile spontaneo.

E lungi dal rivelarsi suscettibili del progresso, mostrano indizi manifesti di tendenza al regresso.

Questa razza inferiore non ha nella sua costituzione elementi capaci di dare un apporto di miglioramento negli incroci con razze superiori. Esistono fatti, che hanno tutto il valore di esperienze di laboratorio, che dimostrano come i prodotti degli incroci d'individui bianchi con negri sono sotto tutti i riguardi pessimi. Presentano aggravate le deficienze dei negri, senza presentare nessuno dei caratteri buoni dei bianchi.

Solo dal mescolarsi di razze superiori si può attendere un prodotto talvolta anche migliore dei progenitori. Sembra anzi che questi incroci assicurino, oltre che il miglioramento, il mantenimento dei caratteri che danno la prevalenza ai popoli. Alcune razze del bacino del mediterraneo, che raggiunsero nell'antichità alti gradi di civiltà, e per alcune mani-

festazioni mai raggiunti poi da altri popoli, sono irrimediabilmente decaduti, perchè non ebbero il vantaggio di potersi mescolare con altre razze superiori. Invece le invasioni subite dall'Italia, se per qualche tempo ne determinarono il crollo politico e sociale, provocarono il mescolamento delle razze italiche con razze incolte ma antropologicamente superiori. Ne derivarono ibridi ai quali si deve il fiorire della rinascenza e l'incessante progresso del popolo italiano. È possibile anche constatare come nelle varie parti della stessa Italia si progredì di più là dove gli incroci furono più numerosi e persistenti. Quelle parti d'Italia che meno subirono le invasioni scontarono questo vantaggio con un più lento ritmo nel progresso della civiltà.

I maggiori contatti che si hanno con la razza negra, l'incessante e sempre più rapida e larga colonizzazione dell'Africa da parte degli europei, l'uso di truppe di colore nelle contese europee, hanno fatto sorgere il problema di evitare l'inquinamento della razza bianca. Purtroppo l'istinto sessuale non sempre tien conto della selezione eugenetica. Donne francesi si accoppiano con soldati negri trasferiti in Francia, donne tedesche si accoppiarono con i negri delle truppe di occupazione della Renania. Il fenomeno non conferisce alla dignità della donna europea. Ma a parte ciò resta il fatto che molte di esse rimasero e rimangono incinte dei negri. Sorse il grido d'allarme e si pensò anche di legittimare anzi di rendere obbligatorio l'aborto per evitare la produzione di meticci che costituiscono un'onta e un pericolo per l'integrità della razza bianca.

L'occupazione dell'Etiopia ha reso in Italia palpitante il propblema degli incroci tra bianchi e neri, sopra tutto fra uomini bianchi e donne negre .Il pericolo aveva tanto più interesse perchè lo sfruttamento di quel vasto territorio (a differenza di quanto si è verificato per l'imperialismo di altri paesi che hanno sfruttato e sfruttano la mano d'opera degli indigeni) avverrà per l'immigrazione di grandi masse di italiani che per ovvie ragioni nei primi tempi non potrà essere accompagnato da un numero sufficiente di donne.

È a prevedere e a temere che gli incroci tra bianchi e negre saranno frequentissimi. Potrà prodursi e sviluppare una popolazione di meticci che costituiranno un grave peso ed un pericolo per l'impero.

Occorre pertanto disciplinare, arginare il fenomeno con provvidenze severe, tali che marchino una netta separazione tra bianchi e negri, che consentano ai nostri soldati ed ai nostri coloni la soddisfazione dei bisogni sessuali senza ricorrere ad accoppiamenti che potrebbero avere conseguenze nefaste per la solidità dell'impero.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

L. DI PRISCO. *Valore dello stato anteriore nell'apprezzamento delle conseguenze di un infortunio sul lavoro.* Volume in-16° di 86 pag. V. Idelson, Napoli, 1936. Prezzo L. 6.

Problema della più alta importanza nel campo dell'infortunistica, questo che viene qui considerato dall'A., campo purtroppo invaso dalle male erbe di cavilli, sofismi e polemiche spesso tutt'altro che conformi ai fini della giustizia ed alla dignità della scienza.

Nella breve memoria, l'A. ha il merito di mettere in chiaro le idee, rifuggendo da esagerazioni e proponendo uno schema di classificazione basato, oltre che sul grado di efficienza patogena dello stato anteriore, anche sulla persistenza o meno della capacità lavorativa anteriormente all'infortunio ed arrivando anche al concetto di un'assicurazione integrativa per coprire il danno concausale da stati anteriori.

Il lavoro è stato premiato in occasione dell'VIII Congresso internazionale di Infortunistica e di Medicina del lavoro a Bruxelles, nel 1935. *fil.*

G. CARRIÈRE. *La diphtérie.* Masson e C., Paris 1936. Fr. 35.

Monografia clinica, scritta sopratutto per il medico pratico, il quale potrà trovarvi tutto ciò che concerne l'argomento dell'infezione difterica.

Nessuna parte infatti vi è trascurata, cominciando dalle nozioni batteriologiche ed epidemiologiche, per terminare a quelle cliniche delle varie forme della malattia ed alle indicazioni terapeutiche. Ampiamente trattata la profilassi, con le più recenti vedute sulla vaccinazione, e ben descritta la tecnica dell'intubazione e della tracheotomia.

Numerose figure arricchiscono il testo, e ne facilitano la comprensione. M. FABERI.

F. RATHERY. *Le traitement du coma chez le diabetiques.* Editore J.-B. Baillière et fils; Parigi; Prezzo Fr. 8.

La terapia del coma è comandata dall'esatta e rapida diagnosi della malattia causa dell'accidente. Perciò il Rathery dedica buona parte di questa monografia all'accertamento dei caratteri del coma diabetico e degli elementi che lo distinguono dalle altre forme di coma, tenendo conto, per altro, che il solo fatto che quest'accidente si verifica nel diabetico non autorizza a classificarlo come diabetico.

Indica poi la terapia, varia a seconda delle forme di coma dei diabetici: coma per collasso cardiaco, coma insulinico e coma acidosico. DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Edemi per carenza alimentare nei vecchi.

Si incontrano frequentemente dei vecchi (70-80 anni) che presentano uno stato edematoso degli arti inferiori, talora anche assai esteso in alto e che si accompagna a un decadere dello stato generale, nei quali l'esame più accurato del cuore e dei reni non lascia rintracciare la causa di questi edemi. Spesso si pensa, basandoci sulla diagnosi di riposo a edemi cachettici, ad un cancro latente sito cioè in regioni ove non riesce facile svelarlo. Qualche volta l'ulteriore decorso conferma questa ipotesi, ma in molti casi non si tratta neppure di ciò.

P. Durand de Courville (*Jour. des pract.* n. 52, anno 49°) richiama l'attenzione su tali casi e dice che molto spesso si tratta di edemi da carenza vitaminica alimentare. In alcuni casi in cui esisteva infatti una alimentazione monotona e scarsa potè ottenere dei risultati brillanti con il somministrare vitamine e dieta più varia. L. TONELLI.

La chetonemia nei bambini.

Lo studio della chetonemia nei bambini si presenta interessante anche perchè sono note nella patologia infantile le forme morbose caratterizzate dall'iperchetonemia (digiuno, diabete, cachessia, eclampsia, vomito periodico o lipotossia, vomito ciclico od emoacidosi acuta).

G. Frola (*Riv. di clin. pediatrica*, febbraio 1936) ha studiato la curva chetonemica del bambino, specialmente in riguardo alle prove funzionali del fegato.

Ha osservato che la chetonemia a digiuno può presentare oscillazioni di una certa ampiezza, sia nei sani, sia in quelli con forme morbose acute o croniche, sia infine nello stesso individuo. Essa non può quindi fornirci dati importanti nello studio delle varie malattie, all'infuori delle sindromi chetoniche e nemmeno può servire come prova di funzionalità epatica.

La chetonemia a digiuno viene influenzata dal carico di glucosio, presentando elevazione dei valori dopo 30' e 60' e ritornando normale alla II-III ora. Non si hanno, però, differenze notevoli fra i sani ed i malati, sicchè mediante il suo studio non si possono rivelare i gradi modici d'insufficienza epatica. *fil.*

Il trattamento dell'obesità con una dieta scarsa in carboidrati.

P. Hanssen (*Acta med. scand.*, vol. 88, fascicolo I, 1936) riferisce i risultati ottenuti con una dieta scarsa in carboidrati, in 21 individui obesi, di età dai 18 ai 55 anni. Il soprappeso variava dal 38,5 % al 148 %. Sesso: 20 donne ed 1 uomo.

La dieta conteneva 1850 calorie giornaliere, così distribuite: Proteine 71 g.; Grasso 117 g.; Carboidrati 112 g. Sostanze alimentari: Verdure 650 g.; Frutta 100 g.; Carne 100 g. (oppure Pesce 125 g.); pane 100 g.; Panna 65 g.; burro 65 g.; formaggio 35 g. Uova n. 2; olio di oliva 25 g.

I cibi vanno preparati senza farina nè zucchero; usare invece della gomma adragante e del cristallosio. Il contenuto vitaminico è assicurato mediante il burro, la panna, le verdure fresche, a cui si aggiungono giornalmente 50 grammi di carote crude grattugiate. Nessuna restrizione nelle bevande; cloruro di sodio 8-10 g. al giorno. La dieta è divisa in 3 pasti: alle 8, 12 e 18; verso le 15, un bicchiere di succo di frutta ed acqua e, dopo cena, una mela.

Sia d'estate che d'inverno fare in modo di prendere aria per qualche ora ogni giorno, ma proibire ogni esercizio che stanchi.

Il peso dei pazienti variava da 144 kg. a 85. Durante la permanenza di 6-16 settimane, il peso diminuì di kg. 0,870 per ogni settimana, in media, variando da 0,54 a 1,34. Si ebbero notevoli miglioramenti anche subbiettivi, specialmente nel senso di fatica; scomparvero o migliorarono anche le piccole infezioni (rinofaringee od altre).

La quantità di 1850 calorie è una media, che può essere diminuita o leggermente aumentata (nell'uomo, p. es., è consigliabile l'aggiunta di altre 30 calorie sotto forma di lardo o burro). Secondo la perdita di peso, poi, si possono aumentare o diminuire i cibi grassi. *fil.*

Le cure di dimagrimento con i dinitrocorpi.

H. Staub (*Klin. Wochens.*, 1935, n. 6) osserva che il dinitrofenolo, come pure il dinitrocresolo sono corpi molto attivi con punto di attacco periferico. Mediante essi, le combustioni nei tessuti possono aumentare in modo tale da rendere impossibile ogni regolazione calorica, per cui si può avere un'iperpiressia. Per arrivare, poi, ad una vera azione dimagrante, si devono usare delle dosi, che possono provocare intossicazioni gravi.

Si deve inoltre tener presente la possibilità di una speciale sensibilità per tali sostanze. Particolarmente pericolose esse sono nei tubercolosi, alcoolisti, e malati di fegato e reni. Dopo un lungo uso anche di piccole dosi, si possono avere lesioni parenchimatose del fegato e dei reni.

Non si deve pensare di poter ottenere con esse il dimagrimento senza una corrispondente riduzione della dieta e non si deve trattare con esse un'innocente obesità da iperalimentazione. Questi rimedi convengono in casi speciali. (È da badare alla purezza; pare che gli accidenti non siano ascrivibili a dinitrofenoli puri, ma alla coesistenza di dinitrocresoli). *fil.*

L'opoterapia tonsillare.

L'intervento chirurgico sulle tonsille, dettato frequentemente da necessità terapeutiche o profilattiche può essere parziale o totale; dura tuttora il dibattito tra i partigiani della tonsillectomia e quelli della tonsillotomia; la prima sarebbe più radicale e quindi più efficace; ma sembra che l'asportazione totale delle tonsille non sia scevra di inconvenienti dal punto di vista generale; oltre alle funzioni protettive e meccaniche locali, pare che alla tonsilla spetti anche quella di un organo di secrezione interna, la cui perdita potrebbe essere non indifferente per l'organismo.

Recentemente R. Celler (*Gaz. Hebd. Méd. de Bordeaux*, 3 nov. 1935) ha proposto di correggere gli inconvenienti della tonsillectomia mediante somministrazione di estratto tonsillare, preparato secondo un procedimento adeguato (per il quale rimandiamo al lavoro originale). Da una a tre goccie di tale estratto rappresenterebbero la medicazione sufficiente, purchè la cura sia abbastanza prolungata (fino a 3 mesi).

Tale trattamento sarebbe per ora da considerare come di prova. L'esperienza ulteriore confermerà o infirmerà l'efficacia di esso.

S. M.

TECNICA.

Modo di svelare l'emorragia occulta nelle feci.

Le piccole emorragie del tratto gastrointestinale possono sfuggire alle ordinarie ricerche del sangue nelle feci, ma possono essere rivelate all'esame spettroscopico. Gli studi di Hächer, Haurowitz, Boas ed altri coproematologisti mostrano che il sangue ingerito è eliminato essenzialmente come ematina, che è un prodotto (contenente ferro) di decomposizione dell'emoglobina. La curva usuale di eliminazione rivela una rapida escrezione d'ematina nelle prime 24 ore. L'apice di eliminazione della copratina (emina ridotta) si ha fra il 2° e il 3° giorno, mentre quello dei corpi porfirinici si ha fra il 3° e il 4°. Fu fissata l'attenzione su uno di questi corpi porfirinici, la copratoporfirina o denteroporfirina, perchè la sua presenza può aiutare nella diagnosi di emorragie minime da cancro o da ulcera del tratto gastrointestinale quando l'esame delle feci è negativo per l'ematina.

Chimicamente la porfirina è emina senza ferro. Le porfirine sono costituenti basali dei pigmenti come la clorofilla, i pigmenti biliari e muscolari, il citocromo e l'emoglobina e sono importanti non solo per la respirazione degli animali e delle piante, ma anche per la sintesi dello zucchero dal diossido di carbonio e acqua. Dagli studi sintetici di H. Fischer le porfirine sono derivate dalla porfina, nucleo fondamentale comune all'emoglobina, alla clorofilla e ad altri derivati ed è formata da quattro nuclei pirrolici.

La coproporfirina si ha normalmente nelle urine e nelle feci, l'uroporfirina si ha nelle urine solo nella porfirinuria.

Tutte le porfirine mostrano quattro bande di assorbimento in soluzioni alcaline, ma l'aspetto spettrografico è diverso per ogni porfirina.

I metodi complessi per isolare la copratoporfirina non incoraggiano ad usare la cura della copratoporfirina sistematicamente.

Un metodo immunologico per rivelare il sangue nelle feci sarebbe l'ideale, ma l'ematina non ha proprietà antigene e la globina, che potrebbe provocare un anticorpo specifico, è scomposta nel tratto intestinale.

(*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 25 luglio 1936). R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Azione dell'insufficienza renale sulla glicemia dei diabetici.

H. Dibold (*Klinische Wonische*, 14 sett. 1935) ha fatto numerose ricerche in proposito su 77 diabetici, con insufficienza renale di vario grado. Nella maggior parte dei casi, la insufficienza renale sembra che faccia diminuire le oscillazioni dello zucchero nel sangue e ritardarne il decorso, senza però modificarne fondamentalmente la misura. Una dieta carboidrata di breve durata abbassa la glicemia più spesso che nei diabetici senza insufficienza renale, mentre la dieta continuata a base di albumina e carboidrati la eleva. La ritenzione azotata e la ipreglicemia si manifestano come oscillazioni acute, ma sempre con un decorso analogo nello stesso senso. Comunque, però, non si deve ritenere che l'uso possa essere conseguenza dell'altra, ma devono essere entrambe considerate come fenomeni dovuti ad una causa che presiede ad entrambe. *fil.*

MEDICINA SOCIALE

Statistica e medicina.

(G. L'ELTORE. *Le Assicurazioni Sociali*, 1936, n. 2).

È questo il titolo della Prolusione al Corso di Statistica Sanitaria tenuto il 13 gennaio 1936 nella R. Università di Roma.

L'A. definisce la medicina statistica: la conoscenza numerica dei fatti medici e rileva che questa disciplina è venuta ad occupare nel secolo XX un posto importante nei giornali medici e politici perchè ritenuta elemento indispensabile per ogni provvedimento di legislazione igienica.

Essa deve inoltre la sua crescente diffusione ed autorità all'uso dei metodi quantitativi nelle ricerche mediche ed al conseguente accumularsi di grande quantità di dati scientifici che

hanno bisogno di essere elaborati e semplificati in poche cifre.

Della maggior parte dei problemi biologici è stata tentata la soluzione per via matematica ed anche la medicina clinica pur non essendosi finora mostrata troppo favorevole in teoria a questa tendenza moderna, praticamente si serve molto spesso dei dati statistici.

L'A. pone in cinque gruppi le applicazioni del metodo statistico alle scienze mediche:

1) Esame dei caratteri fisici e fisiologici dell'uomo nelle varie età della vita;

2) Stato costituzionale nelle malattie e raggruppamenti umani;

3) Andamento della mortalità e morbilità nelle razze, sessi, categorie professionali;

4) Valori dei sintomi delle malattie e delle varie ricerche batteriologiche, chimiche, fisiologiche e biologiche;

5) Condizioni sociali legate alla vita ed all'igiene di ciascuna comunità.

Segue un interessante disegno storico retrospettivo che segnala tutti coloro che hanno creato e perfezionato la statistica medica, da John Graunt (1662) detto il padre della statistica medica, fino al Quefelet, al Gavarret, al Poisson e al Bertillon.

Purtroppo una buona parte dei cultori delle scienze mediche si sono mostrati e si mostrano ancora ostili nei riguardi del metodo statistico. Ma a suffragare l'utilità di questa disciplina l'A., rammenta che l'antisepsi ha dimostrato i suoi vantaggi sull'osservazione statistica, che tutte le polemiche pro e contro la vaccinazione si conducono con cifre, che le indicazioni chirurgiche si basano sui risultati dell'intervento, che l'eredità di alcune malattie si poggia sugli elementi forniti dalla indagine numerica, che la medicina assicurativa è solo possibile per i calcoli della statistica medica, ecc. ecc.

Chiude il suo dire prospettando il sempre maggiore sviluppo che prenderà la statistica medica ai fini della medicina sociale e della medicina preventiva. La statistica medica si identifica oggi con la politica sanitaria e non è possibile suggerire provvedimenti igienici o promulgare leggi preventive senza l'aiuto dei dati statistici.

Il Regime stesso infine per tutto il suo vasto programma etico-sociale si serve delle rilevazioni statistiche sanitarie donde la necessità di migliorarle e perfezionarle per il bene della Patria e della Scienza. F. Vicentini.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. G. R. M. da S. C. C.:

La descrizione precisa, con tutti i dettagli di tecnica, delle reazioni di flocculazione proposte da Meinicke, si trova nel trattato di Luigi Viganò: *Reazioni biologiche*, IV edizione, 1934, pubblicato per cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Consultare anche *Gli esami di laboratorio: tecnica e diagnostica*, pubblicato da L. Pozzi, di cui è imminente la II edizione.

Gli estratti *originali* per seguire le reazioni di Meinicke, richiederli al dott. Elio Sbarigia (via Tiburtina 72, Roma) che ne è in Italia il rappresentante esclusivo.

A. Alessandrini.

VARIA

La risuscitazione ottenuta con trasfusione di sangue nella carotide.

Nella morte apparente, il ventricolo sinistro è vuoto, mentre il sistema venoso è ingorgato di sangue. Da ciò l'idea di introdurre il sangue per via arteriosa nella circolazione generale, che ha servito di base per interessanti esperimenti di O. R. Haas (Basel Dissertation, rif. in *Surgery, Gynecology a. Obst.*, agosto 1936). Negli esperimenti preliminari, egli potè accertarsi che il sangue introdotto nella carotide penetrava dovunque poichè, avendovi aggiunto del blu di metilene, vide colorarsi in blu gli emisferi cerebrali, il ponte, il midollo allungato; la puntura del cuore destro diede esito a sangue blu, il che dimostrava che il sangue introdotto era passato attraverso tutta la circolazione generale.

Per gli esperimenti definitivi, usò dei cani, a cui faceva inalare dell'anidride carbonica fino a produrre l'arresto del cuore e del respiro. In sèguito, il sangue venoso dello stesso animale, convenientemente arterializzato, veniva iniettato nella carotide (a monte ed a valle), in quantità di 100-300 cmc. e sotto una pressione di 250 mm. di mercurio. In 30-90 secondi, ritornavano il polso ed il respiro ed il ristabilimento completo si aveva in 2-3 minuti. *fil.*

Il senso dell'olfatto in gravidanza.

R. Nansen e L. Glass (*Klinische Wochens.*, 1936, n. 25) hanno fatto delle misure mediante l'olfattometro, rilevando una diminuzione del senso dell'odorato, che va dal 30 al 40 %. Con questa iposmia, si accompagnano delle perversioni dell'odorato, cioè una ipersensibilità verso certe sostanze che, in periodi di non gravidanza, non vengono percepite come disgustose.

Le perversioni dell'odorato possono avere una certa importanza nella genesi dell'iperemesi. L'iposmia può essere ricondotta al turgore del naso ed in parte ad una modificazione della capacità reattiva di tutto il sistema nervoso centrale nella gravidanza. La secrezione della saliva e del succo gastrico, l'appetito ed i processi digestivi in gravidanza possono essere influenzati dalle accennate modificazioni dell'olfatto. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso sindacale nazionale.

Il Congresso nazionale del Sindacato medico è indetto a Napoli, in occasione delle « Celebrazioni Campane », durante la prima metà di ottobre, in giorni da stabilirsi. Saranno discussi i problemi più interessanti della categoria: sarà dato il programma definitivo. A Salerno si rievocheranno le glorie dell'antica Scuola Medica Salernitana.

I gabinetti medici privati e le tasse prefettizie.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubbl.), con circolare n. 90, in data 30 giugno, ai Prefetti e Autorità assimilate, stabiliva che i gabinetti privati dei medici liberi esercenti devono ritenersi soggetti all'autorizzazione prefettizia prevista dall'art. 193 del vigente T. U. delle leggi sanitarie, quando, per l'attrezzatura e cioè l'organizzazione interna di mezzi e di personale, vengono ad assumere individualità propria, non confondibile con uno studio privato.

Con circolare n. 102, in data 8 agosto, il Ministero precisava che gli studi medici privati comuni, compresi quelli di odontoiatria, non rientrano in tale gruppo (pertanto non devono corrispondere la tassa di L. 300 per l'autorizzazione prefettizia; senza contare le multe per le ritardate denunzie).

La riportiamo integralmente.

Con circolare 30 giugno p. p. n. 90 è stato chiarito che i gabinetti dei medici debbono ritenersi soggetti alla autorizzazione prefettizia, prevista dall'art. 193 del vigente T. U. delle leggi sanitarie, soltanto quando per la loro interna attrezzatura e per il personale di cui dispongono vengono ad assumere di fatto individualità propria, non confondibile con quella di uno studio privato, e cioè del locale necessario per l'esercizio della speciale branca professionale coltivata dal sanitario.

Per quanto riguarda i privati gabinetti dentistici degli odontoiatri liberi esercenti, devesi far presente che questo Ministero con circolare 14 gennaio 1935, n. 20400 3. A. G./20025 — nello intendimento di far compiere un accurato censimento per la repressione dell'abusivismo, da parte di chi non fosse munito della prescritta autorizzazione all'odontoiatria — dispose che tutti gli esercenti gli anzidetti gabinetti dentistici fossero invitati a presentare istanza di autorizzazione prefettizia ai sensi del citato art. 193.

Detta autorizzazione, che prima era gratuita, con R. D. L. 26 settembre 1935, n. 1749, è stata assoggettata a tassa di concessione governativa, in seguito a che la competente Sezione stomato-odontologica ha rivolte istanze perchè venga ripresa in esame la necessità dell'autorizzazione prefettizia per i gabinetti privati degli odontoiatri liberi esercenti.

Al riguardo si osserva che sotto il profilo strettamente giuridico e prescindendo dai motivi di opportunità per i quali fu diramata la circolare 14 gennaio 1935, l'autorizzazione prefettizia deve considerarsi indispensabile, secondo recenti pronunciati dell'autorità giudiziaria, nei soli casi contemplati dall'art. 193, e cioè per gli Istituti o case di cura e per le case e pensioni per gestanti, sottoposti al controllo statale, anche se la cura si compia ambulatoriamente, e cioè senza degenza.

Pertanto i gabinetti privati degli odontoiatri liberi esercenti sono da considerarsi alla stessa stregua degli altri studi privati dei medici, non soggetti all'autorizzazione di cui all'art. 193 del T. U. leggi sanitarie.

Con questa determinazione si considera definitivamente chiarita l'importante questione.

Si prega segnare ricevuta.

Pel Ministro: BUFFARINI.

Autorizzazione all'imbarco in qualità di medico di bordo.

Riceviamo dalla Federazione Nazionale Fascista della gente del mare, in data 28 ag. 1936-XIV:

Leggiamo nel n. 34 (del 24 agosto), del pregiato giornale da Lei diretto, a pag. 1547, sotto il titolo: « Autorizzazione all'imbarco in qualità di medico di bordo », alcune notizie non esatte.

Ci permettiamo quindi di chiarire che, a norma delle vigenti disposizioni di legge, il diploma di medico di bordo (abilitato ad imbarcare in tale qualità di navi nazionali) si consegue in seguito a concorso per esami che viene bandito dal Ministero dell'Interno.

Il R. D. L. 10 ottobre 1935-XIII, n. 2022, cui si riferisce il redattore del Suo giornale, in via transitoria ed in vista di circostanze eccezionali, contempla nell'art. 1 la possibilità che medici di bordo regolarmente diplomati vengano in determinati casi imbarcati d'autorità, e nell'art. 2 prevede che possano, sempre in via transitoria e *limitatamente ai casi di necessità ed urgenza*, essere concesse delle autorizzazioni provvisorie a medici forniti di determinati requisiti che si siano dati regolarmente in nota alla Direzione Generale Sanità Pubblica.

Circa poi il libretto di navigazione, documento ufficiale, è noto ch'esso viene rilasciato dalla competente Autorità Statale e precisamente dalle RR. Capitanerie di Porto, e non dalle Compagnie di Navigazione, come asserisce erroneamente il Suo redattore, Compagnie le quali non hanno alcuna ingerenza in merito.

Con ossequio fascista.

Il Reggente del Gruppo Nazionale:
C. MANASSEI.

Il Commissario:
DAVIDE LEMBO.

La risposta al N. 34 rifletteva il quesito dell'abbonato e non tratta tutta la questione dei medici di bordo; ossia tratta dell'autorizzazione *provviso-*

ria consentita dal R. D. 10 ottobre 1935 e delle modalità come conseguire l'autorizzazione.

La Federazione, invece, accenna a tutta la materia dei medici di bordo ed espone tutto il contenuto del R. D. anzidetto.

Specifichiamo che l'autorizzazione consentita dal R. D. ha carattere di provvedimento *eccezionale;* essa ha durata temporanea, anzi è limitata ad un solo viaggio, e non dà diritto all'iscrizione nel ruolo dei medici di bordo.

Questa iscrizione viene fatta soltanto per quelli forniti di autorizzazione conseguita a seguito di esame.

Il Ministero dell'Interno dovrà indire appena possibile la sessione di esami per medici di bordo.

TRINCAS.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ROMA. *Ministero di Grazia e Giustizia.* — Concorso, per titoli, ad un posto di Sanitario presso le carceri giudiziarie di Roma per il solo servizio notturno con l'obbligo di pernottare nello Stabilimento. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Procura Generale presso la Corte d'Appello di Roma.

Il concorso bandito dal Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma, annunziato nel N. 34, pag. 1548, scade il 15 e non il 30 settembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

S. E. il prof. Dante De Blasi è nominato socio della Reale Accademia Nazionale dei Lincei, per la Categoria quinta, Sezione di patologia.

Ce ne compiacciamo con l'illustre scienziato e maestro, che onora l'Italia.

NOTIZIE DIVERSE

4° Congresso internazionale di anatomia.

Il Congresso federativo internazionale di Anatomia, svoltosi a Milano dal 3 all'8 settembre è stato organizzato, sotto gli auspicî delle maggiori Società scientifiche italiane, da un Comitato di presidenza composto delle rappresentanze, oltrechè della Società italiana di Anatomia, di quelle delle nove più importanti Società ed Accademie affini dell'estero — Francia, Germania, Giappone, Inghilterra, Olanda, Polonia, Portogallo, Spagna, Stati Uniti d'America — e del quale è stato guida instancabile l'illustre prof. Ferdinando Livini, direttore dell'Istituto di Anatomia.

La solenne seduta inaugurale si è tenuta al Castello Sforzesco, nella grandiosa Sala del Consiglio, alla presenza di S. A. R. il Duca di Bergamo, di altissime autorità, dei delegati stranieri. Pronunziò il discorso inaugurale il prof. Livini; parlò poi, per il Governo, S. E. Bianchini, che dichiarò aperto il congresso in nome del Re ed Imperatore — il quale si era compiaciuto di assumere l'alto patronato. Il prof. Policard portò il saluto e il ringraziamento delle rappresentanze straniere.

I lavori del Congresso si sono svolti simultaneamente in due distinte sezioni: la prima dedicata alla Istologia, alla Istofisiologia, all'Embriologia descrittiva e sperimentale; la seconda all'Anatomia macro- e microscopica.

I lavori sono stati intramezzati da trattenimenti — notiamo un ricevimento offerto dalla Podesteria — e da visite agli Istituti scientifici e clinici di Milano e di Pavia, da una visita alla Certosa di Pavia ecc.; si sono chiusi con un viaggio, seguendo quattro itinerari a scelta dei congressisti.

2° Congresso italiano delle società di chirurgia riparatrice e plastica.

Avrà luogo in Roma nei giorni 21 e 22 ottobre in un locale della R. Clinica Chirurgica gentilmente messo a disposizione dal prof. Alessandri.

Sono invitati a parteciparvi tutti i soci fondatori, ordinari e onorari, tutti indistintamente i medici civili e militari che si occupano di tale branca e tutti coloro non medici ai quali tale argomento può interessare.

Tema di relazione: « Cura chirurgica delle cicatrici in genere nei riguardi della chirurgia plastica e riparatrice »; sarà svolto dal dott. Vittorio Schimka di Trieste.

Coloro che intendono presentare delle comunicazioni sono pregati d'inviarne i titoli con un breve riassunto al più presto possibile ed in ogni modo prima del 25 settembre p. v. al prof. Arturo Manna, via Nazionale 87, Roma.

Medici francesi il Italia.

La Sezione Medica del Comitato Francia-Italia ha organizzato un viaggio di medici francesi in Italia, per visitarvi le opere medico-sociali e le grandi organizzazioni ospedaliere e rinnovare ai colleghi italiani i propri sentimenti di stima e di amicizia. Il viaggio si svolgerà dal 15 al 27 settembre col seguente itinerario: Parigi-Torino-Novara-Milano-Salsomaggiore-Bologna-Firenze-Montecatini-Roma-Verona-Bergamo. Le famiglie dei me-

dici possono partecipare al viaggio; ma il numero dei partecipanti è limitato. Per le adesioni: Secrétaire général de la section médicale du Comité France-Italie, Bureau de la C.I.T., boulevard des Capucines 3, Paris.

Un po' dovunque.

Il capitano medico dott. Remo Rasia del Polo, di Sampierdarena, dirigente la 13ª Ambulanza odontoiatrica in A. O., ha ricevuto un encomio solenne « Per intensa attività spiegata durante la guerra etiopica nell'arte sua odontoiatrica con rara competenza e nobilissimo e generoso spirito di sacrificio ».

Il prof. Giovanni Piantoni, specialista in chirurgia generale dell'infanzia ed in ortopedia, chirurgo capo della Sezione ortopedica al mare dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, fu prescelto dal Ministero dell'Educazione Nazionale (Direzione Istruzione Superiore) per esaminare all'estero i diversi mezzi usati nel trattamento ortopedico delle paralisi infantili, specialmente a base di fisico-chinesiterapia. È di recente ritornato dopo aver frequentato durante sei mesi le principali Cliniche ortopediche ed i più importanti Istituti della Svizzera, della Germania e della Francia; ora ha l'incarico della preparazione tecnico-sanitaria di un erigendo Istituto ortopedico, in cui prevalentemente si tratteranno le paralisi infantili.

Il 4° Congresso internazionale di citologia sperimentale si è svolto a Copenaghen dal 10 al 13 agosto. Ai lavori hanno preso parte attiva i proff. Donaggio, Terni e Levi.

Il Congresso Internazionale d'insegnamento tecnico, che avrebbe dovuto aver luogo a Roma nei giorni 28-30 maggio e che era stato rimandato ad epoca indeterminata, sarà tenuto a Roma nei giorni 28-30 dicembre 1936-XV. Il Congresso è stato promosso dal « Bureau International de l'Enseignement Technique » (B.I.E.T.) che ha sede a Parigi (II), 2, Place de la Bourse, presso il quale sono rappresentati tutti i Governi. Tra i temi in discussione è « L'orientamento professionale e la sua continuità » (tra i relatori sono A. Gemelli, F. Banissoni, S. Visco).

Coloro che desiderano notizie e chiarimenti possono rivolgersi alla « Direzione Generale per l'Istruzione Tecnica », Ministero dell'Educazione Nazionale, Roma.

La Lega delle organizzazioni di eugenica terrà il 4° Congresso internazionale di eugenica a Berlino nel 1937. Alla presidenza è stato chiamato lo svedese Svöjgreen.

La Società tedesca di eredologia terrà la sua 9ª riunione a Francoforte sul Meno, dal 18 al 22 marzo 1937. Segretaria: Frau Prof. P. Hertwig, Albrecht Thaer-Weg 6, Berlin-Dahlem, Germania.

La Società tedesca per la tutela del lavoro si adunerà a Francoforte sul Meno in ottobre; tema: « Lavoro e nutrizione ». Rivolgersi alla: « Geschäftsführung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschütz, Hohenzollernplatz 49, Frankfurt a. M. 17, Germania.

Ricordiamo che il 9° Congresso francese di stomatologia avrà luogo dal 5 al 10 ottobre, nei locali della Facoltà medica di Parigi. Temi: « Studio comparativo dei trattamenti delle infezioni periapicali croniche », « Controindicazioni assolute e relative al trattamento ortodontico ». Problema in discussione: « Complicazioni immediate e mediate delle estrazioni. Loro trattamento ». Sono in programma varie conferenze. È prevista un'escursione a Chantilly. Segretario generale: Dr. Dechaune, rue de Rivoli 182, Paris.

Il 7° Congresso nazionale rumeno di chirurgia si terrà a Bucarest dall'8 al 12 novembre. Temi: « Le fratture della colonna vertebrale » (relatori Topa e N. Barbilian); « La litiasi salivare » (Dan Teodesco e Aleman); « La vaccinazione pre- e postoperatoria » (N. Combiesco e A. Crainiceanu).

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata nei giorni 9 e 23 giugno e 9 luglio, sotto la presidenza dei proff. Dossena e Raverdino, assistiti dal segretario dott. R. Sassi. Sono state fatte comunicazioni da: A. Pellegrini, Dossena, A. Posarelli; A. Pellegrini, R. Sassi, G. Pittiani; Raverdino, Lusena, Pietrantoni - G. Pittiani.

L'Ente Provinciale per il Turismo della provincia di Lecce, in occasione della « Mezza Estate Salentina » (20 agosto-20 settembre c. a.), organizza un raduno nazionale di medici da tenersi, in una o più giornate, a « Santa Cesarea Terme ». L'organizzazione di tale raduno è fatta a cura del Sindacato Provinciale Fascista dei Medici di Lecce.

La Scuola Medica Ospedaliera di Napoli ha organizzato un corso di perfezionamento dal 5 novembre al 15 dicembre, in Clinica medica, Clinica chirurgica, Urologia, Dermosifilopatica, Oculistica, Ostetricia e ginecologia. Radiologia. Della Società è presidente il prof. P. Tedeschi, segretario il prof. E. Bazzicalupo. Sede: Ospedale Incurabili.

Ricordiamo che una serie di corsi di perfezionamento è organizzato a Berlino per il prossimo autunno; ne abbiamo già dato notizia nel N. 26, p. 1223-9.

Alla seconda Settimana Medica Internazionale, che ha avuto luogo a Lucerna fra il 31 agosto e il 5 settembre, è stato invitato a tenere una conferenza sulle « Diatesi emorragiche » il prof. G. Frontali, direttore della R. Clinica Pediatrica di Padova.

La lezione del prof. Frontali, il quale ha recato personalmente e con la sua scuola largo contributo allo studio delle diatesi emorragiche per mezzo dell'indagine sui capillari della superficie corporea, ha contribuito a mettere in viva luce l'attività scientifica nell'Italia fascista.

Il chirurgo newyorkese Fred H. Albee è stato ospite di Buenos Aires, ove ha tenuto varie conferenze, tra cui le seguenti: « Il batteriofago nel trattamento delle osteomieliti », « La ricostruzione del gomito »; ha anche proiettato e commentato alcune cinematografie d'interventi chirurgici.

Il prof. Mouriquand, di Lione, si è recato in Argentina per tenere delle conferenze a Buenos Aires, Rosario e Cordoba sulla meteoropatologia in pediatria e le vitamine.

Il 27 settembre a Bologna verrà onorata la memoria di Cesare Cavina; nella Clinica odontoiatrica (via S. Vitale 59) saranno scoperti un busto del Cavina ed una lapide che ricorda il suo contributo all'insegnamento e al progresso della stomatologia; una rappresentanza di colleghi e allievi porterà dei fiori sulla tomba dell'Estinto.

Il 25 agosto si sono compiuti 100 anni dalla morte di Cristoforo Guglielmo Hufeland, reputato terapista, nato a Berlino nel 1762. Alcune delle sue ricette sono ancora molto in uso.

Il Duce ha destinato la somma di L. 400.000, ricevuta dalla Società Anonima Bonifiche Calabresi, al Sanatorio antimalarico di Sant'Eufemia Lamezia.

La Scuola medica di Kerville (Kansas, S. U. d'A.) ha inaugurato la nuova sede: un edifizio di 5 piani, salvo nella parte centrale, ove i piani sono 6; è costato 6 milioni di lire it. Alla cerimonia inaugurale era presente, come ospite d'onore, il primo medico diplomato dalla scuola 50 anni or sono: era stato, in quell'anno, anche il solo.

Il poderoso sviluppo della neurochirurgia trova espressione nel nuovo periodico « Zentralblatt für Neurochirurgie », allegato al « Zentralblatt für Chirurgie »; è diretto dal prof. Tönnis, con la cooperazione di molti competenti di varî Paesi (non vi figura l'Italia). Il primo numero reca la data di agosto e contiene tre contributi originali, una rivista d'insieme ed un resoconto. Il periodico è édito da J. A. Barth di Lipsia; per la redazione rivolgersi al: Prof. Dr. W. Tönnis, Leiter der Neurologischen Abteilung der Staatl. Luitpold-Krankenhaus, Würzburg.

Il periodico « Cosmobiologie » ha completato la sua prima annata. Sede: rue Verdi 24, Nizza.

Il Consiglio amministrativo del Sindacato dei medici della Senna ha votato un ordine del giorno perchè l'ispezione medica nelle scuole secondarie si limiti alla sorveglianza sull'igiene, al riconoscimento delle malattie contagiose e ad avvisare le famiglie; il Consiglio protesta contro l'utilizzazione dell'ispezione a scopo di orientamento professionale.

Il Consiglio Nazionale delle Ricerche ha istituito per il prossimo anno accademico 1936-37 dodici premi di L. 3000 ciascuno, da assegnare agli autori delle migliori tesi di lauree di carattere coloniale, nelle varie Facoltà, tra cui quella di medicina.

La R. Accademia d'Italia, nella Classe di Scienze fisiche, matematiche e naturali, ha destinato la somma di L. 500.000 della Fondazione Volta — istituita dalla Società Edison di Milano — a ricerche da svolgersi nell'Africa Orientale; ha anche fissato nuovi assegni per viaggi di studio.

Si è inaugurato a Buenos Aires il primo Servizio municipale di ospedalizzazione per poliomielitici. Si tratta di una corsia riservata dell'Ospedale Alvarez, diretta dal dott. E. J. Beretervide. Costituirà un centro di profilassi, di cura e di studio.

La motorizzazione delle ambulanze della Croce Rossa Germanica ha compiuto grandi progressi. Ora questo Ente dispone di 650 squadre motorizzate, di cui la più importante è il « posto di soccorso ambulante » del « Controllo » di Brunswich. L'autoambulanza è fornita di luce elettrica, d'acqua corrente e di riscaldamento. Ha reso importanti servizi durante l'inverno, nei campi sportivi. Misura 10 metri di lunghezza ed è divisa in tre sezioni, una delle quali costituisce una sala d'operazioni completamente attrezzata ed una contiene quattro letti, sovrapposti a due a due.

Il sottotenente medico dott. Mario d'Alise colla sua 26ª Ambulanza odontoiatrica è stato trasferito dall'Eritrea in Addis Abeba ove ha ricevuto l'incarico, dalla Direzione di Sanità, di organizzare il servizio stomatologico.

I giornali recano che in Spagna un apparecchio « rosso » ha sorvolato, il 31 agosto, la città di Burgos lasciando cadere quattro bombe una delle quali è esplosa davanti l'ospedale di San Giovanni e altre due sono cadute in pieno sull'ospedale del vicino Valle, uccidendo 5 feriti che si trovavano nell'ospedale, mentre altri 18 ricoverati hanno riportato ferite più o meno gravi.

In un ospedale di Stoccolma si sono prodotti alcuni casi di avvelenamento, di cui tre letali, attribuiti ad uno scambio di medicinali.

Per avere ingerito cibi guasti, centocinquanta operai delle officine ferroviarie governative di Omiya, nel Giappone, hanno presentato sintomi d'avvelenamento.

Un forte incremento della morbosità e della mortalità da malaria è segnalato sulle coste della Jugoslavia; è attribuito alle piogge copiose. La malattia incide sovratutto sulle classi povere, che non possono provvedersi dei rimedi.

Il dott. Prospero Caporali di Napoli è stato denunziato e tratto in arresto perchè un suo cliente cessava di vivere poco dopo che il medico gli aveva praticata un'iniezione endovenosa.

In età di soli 34 anni, per una caduta, è morto a Rio de Janeiro il dott. Wray Lloyd, canadese, addetto alla Fondazione Rockefeller. Ha compiuto interessanti studî sulla febbre gialla, con particolare riguardo alla vaccinazione.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 13 luglio al 19 luglio 1936: Morbillo 276 (1153); Scarlattina 87 (147); Pertosse 211 (661); Varicella 108 (185); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 344 (601); Infezioni paratifiche 95 (124); Febbre ondulante 63 (93); Dissenteria 25 (38); Difterite e croup 171 (279); Meningite cerebro-spinale epidemica 11 (12); Poliomielite anteriore acuta 73 (99); Encefalite letargica — (—); Anchilostomiasi 8 (26); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 52 (71), dichiarata — (—); Pustola maligna 18 (19); Parotite epidemica 96 (198); Leishmaniosi 4 (4); Febbre puerperale 20 (25).

Denunzie dal 27 luglio al 3 agosto 1936: Morbillo 257 (889); Scarlattina 96 (150); Pertosse 202 (595); Varicella 84 (125); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 444 (862); Infezioni paratifiche 99 (136); Febbre ondulante 48 (67); Dissenteria 22 (39); Difterite e croup 215 (391); Meningite cerebro-spinale epidemica 8 (17); Poliomielite anteriore acuta 53 (70); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 11 (16); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 53 (87), dichiarata 1 (2); Pustola maligna 34 (45); Parotite epidemica 84 (180); Leishmaniosi — (—); Febbre puerperale 22 (23).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Journal A. M. A., 23 mag. — J. J. SHORT e H. J. JOHNSON. Aumento di metabolismo nell'obesità. — H. LOWENBURG sen. e T. M. GINSBURG. Ipercalcemia indotta; azione terapeutica possibile nella porpora trombocitopenica. — W. M. McMILLAN e D. R. CUMMINGHAM. Trattamen delle ernie mediante iniezioni sclerosanti.

Med. Klinik, 5 giu. — E. LEHUTRARTZ. Cambiamenti nel chimismo muscolare durante l'allenamento. — G. PISK. Fenomeno speciale della muscolat. addom. nell'emiplegia.

Giorn. di Med. Mil., mag. — ALESSANDRI. Trattamento delle ferite di guerra. — PEDROLI. Uso dei proiettili deformati da parte dell'esercito abissino.

Minerva Med., 9 giu. — S. CERQUA. Equivalente istaminico nel sangue in diverse condizioni morbose.

Ann. It. di Chir., gen.-feb. — G. CONTI. Trattamento delle perforazioni da ulcera gastro-duod. in peritoneo libero. — M. PROTO. Azione di alcune vitamine sul processo di circolaz. — Q. VISCHIA. Associazioni morbose nel quadrante destro dell'addome.

Bruxelles-Méd., 14 giu. — Numero sull'educaz. fisica.

Journ. Méd. Franç., mag. — Numero sull'eccesso di urea sanguigna.

Journ. A. M. A., 30 mag. — R. M. THOMSON. Lymphopathia venereum. — V. C. DAVID e M. LORING. Lesioni extra-genitali del linfogranuloma inguinale. — H. WILSON e N. W. ROOME. Esercizi vascolari passivi.

Deut. Med. Woch., 12 giu. — HERZOG. Trattam. della policitemia con dieta poverissima di proteina animale. — SCHMIDT e STOCKUSEN. Studî sull'intosiscaz. difterica.

Klin. Woch., 13 giu. — A. JORES. Compito dell'ipofisi nella genesi dell'ipertensione arteriosa. — A. J. ANTHONY. Malattia delle altezze.

Arch. Intern. Med., mag. — M. T. SCHNIKLER e al. Effetti della tiroidectomia totale nell'uomo. — T. H. HARRISON e al. L'insufficienza cardiaca acuta. — A. SINDONI jr. Quando somministrare l'insulina. — R. SCHNIDER e M. ORTMAYER. Classificazione delle gastriti croniche. —G. D. TAYLOR e al. Tipi roentgenologici delle artriti croniche.

Surg., Gyn. a. Obst., giu. — G. GÖMÖRI. Accidenti delle anestesie locali. — J. L. REYERAFT e F. MOORE. Trattamento dell'aborto.

Journ. d. Prat., 13 giu. — F. TÉRRIEN. Scollamento retinico.

Brit. Med. Journ., 13 giu. — W. S. C. COPEMAN. Trattam. della fibrosite. — L. COLE. Trattam. del tetano.

Med. Welt, 13 giu. — H. STEFAN. Tbc. e psiche. — H. DOERFLER. Il parto asettico.

Med. Klinik, 12 giu. — J. ERBSLÖCH. Trattam. della febbre puerperale dopo il parto e dopo l'aborto. — E. EKBLOM. La tetania e suo trattam.

Gaz. d. Hôp., 13 giu. — FORGUE. La scienza francese nello studio del cancro.

Paris Méd., 13 giu. — Numero in omaggio alla medicina italiana.

Chinese Med. Journ., apr. — Numero di pediatria.

Riv. Ospedal., apr. — A. GUALDI. Immunità acquisita nella malaria.

Prensa Med. Argent., 27 mag. — V. M. TERRIZZANO. Igiene kinesiterapica del sedentarismo.

Gazz. Intern. di Med. e Chir., 15 giu. — G. TARANTINO. Tiroide e funzione gastrica.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 21 Settembre 1936 - XIV Num. 38

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

Sulla ricostruzione della parete posteriore del canale inguinale nella "radicale" per ernie recidivanti e su alcune considerazioni, da ricerche personali, sul medesimo.

Prof. SILVESTRO BILE
Incaricato di Anatomia Chirurgica e corso di Operazioni nella R. Università di Napoli.

Per quanto la tecnica chirurgica abbia fatto a tutt'oggi voli giganteschi, e per quanto il materiale di sutura offra tutte quelle garenzie di asepsi che in passato difettavano, può accadere che dopo una oculata e giudiziosa « *radicale* » per ernia inguinale, si possa verificare recidiva e qualche volta, riproduzione dell'ernia dopo il reintervento.

Modificazioni al classico e ingegnoso metodo del nostro grande Bassini, a quello di Mugnai, di Postempski, di Koker. di Championnière, di Barker, di Faure, ecc., ve ne sono a non finire, e sarebbe qui inutile e fuori posto elencarle.

Non mi sarei perciò deciso a scrivere questa nota, se non mi fossi più che convinto, in un triennio di esperienze, che quanto vado a dire può rappresentare un utile rilievo di tecnica, per ottenere una robusta ricostruzione della parete posteriore del canale inguinale. La finalità su cui si sono basati i non pochi metodi operatorii è principalmente rappresentata dal fatto di riformare al canale inguinale una parete posteriore robusta e solida in sostituzione della *fascia transversalis* che da sola, la rappresentava.

A tale scopo il Bassini suturava il cosidetto « triplice strato » alla porzione riflessa del punto di Falloppia; mentre la maggior parte degli operatori tralasciava di comprendere in tale sutura, la tenue *fascia transversalis*. A proposito di quest'ultima formazione è necessario che io esponga anche velocemente ciò che è frutto di non poche mie esperienze sul

cadavere e sulla quale fascia, scrissi, in un mio lavoro del 1932 sotto il seguente titolo: S. BILE. *Sul comportamento più comune di alcuni piani muscolo-fasciali della regione ipogastrica e inguino-addominale ecc. ecc. Ricerche di morfologia,* Roma 1932.

Riporto qui quanto ebbi occasione di scrivere in tale lavoro.

Delle due fascie transversales: la *fibrosa* e quella *cellulosa* studiata da Richet e che da Welpeau fu chiamata « *fascia endoaddominale* » l'unica che in effetti è una formazione a sè è la fascia di Richet (Welpeau) che può presentarsi discretamente costituita o non, a seconda dello sviluppo della tela grassosa sottoperitoneale.

Essa contribuisce alla formazione della pagina posteriore del *m. grande retto anteriore dell'addome,* nel suo quinto distale.

Normalmente si presenta sotto l'aspetto di una lamina cellulosa negli individui magri; grassosa negli obesi.

Costantemente si confonde con l'aponevrosi *ombelico pelvica* quasi in corrispondenza delle arcate del Douglas (*) e lateralmente ai due legamenti ombelicali obliterati.

Nelle persone magre la fascia di Richet è alquanto resistente sempre però in ragione diretta della sua tessitura cellulosa; e venendo in basso si porta oltre il bordo profondo del pube, strisciando dietro la sinfisi, per perdersi nel tessuto cellulare lasso corrispondente alla fascia pelvica superiore. Lungo la linea alba, essa aderisce al suo margine posteriore, per quanto molto labilmente.

In corrispondenza della regione inguino addominale, la fascia in quistione risale nel 65 % dei casi, posteriormente alla parete profonda del canale, convogliando in alto e medialmente i vasi epigastrici profondi.

In corrispondenza del suo tratto pelvico, la *fascia cellulosa* scorrendo dietro la sinfisi pubica e dietro alle branche orizzontali, ne tappezza la faccia posteriore, contribuendo alla formazione di due logge, di cui la mediana (spazio retropubico) (Bile), è chiuso lateralmente in alto a livello del margine posteriore superiore dell'osso (per l'aderenza della fascia ad esso) confondendosi in basso col tessuto cellulo areolare del pavimento pelvico; quella laterale (che comunica con la prima) (Bile) è compresa tra la branca trasversa del pube, l'aponevrosi dell'*otturatore interno* in avanti, e la fascia cellulosa di Richet (confusa con l'aponevrosi ombelico pelvica) posteriormente.

È questa una loggia osteo-fibro-cellulosa che accoglie il ramo retropubico dell'*arteria otturatrice* e il fascio nerveo vascolare *otturatorio.*

Lo scarso tessuto cellulare ivi compreso si continua, attraverso il canale sottopubico, col connettivo profondo della radice della coscia, e ciò spiega, come un ascesso ossifluente, della faccia profonda della branca del pube, possa diventare extrapelvico e venire in avanti nella loggia degli *adduttori.*

In corrispondenza dell'orificio profondo del canale inguinale la fascia di Richet vi si prolunga per formare la guaina agli elementi funicolari e al legamento rotondo. E veniamo alla parete posteriore di esso canale e alla non mai tanto discussa « *fascia transversalis* » *fibrosa di Astley Cooper.* Dalle mie ricerche ho potuto notare che quasi sempre (circa l'80 %) a formare tale parete contribuisce esclusivamente una formazione fibrosa, la quale è *diretto prolungamento del m. trasverso,* che si attacca medialmente al bordo laterale del m. Retto, inferiormente al margine posteriore del legamento del Gimbernat e lateralmente si confonde con la fascia iliaca.

Gli autori in genere descrivono tale formazione col nome di « *fascia transversalis fibrosa di Cooper* » e la fanno arrivare in alto fin quasi al m. Diaframma, ove si sperde gradatamente. Quando il m. trasverso discende poco sull'arcata di Falloppio, tale fascia è molto più robusta e si continua in alto col muscolo, del quale forma il tendine laminare.

All'opposto, quando esso si arresta molto in basso, tale produzione risale alquanto sulla faccia profonda dei suoi fasci muscolari più bassi ed è velata dal fascetto inguino pubico del *Beurnier.*

Io la considero come la porzione più distale del tendine del muscolo trasverso. Qualche volta essa invece di terminare medialmente sul bordo laterale del m. Grande retto, procede in avanti di esso fondendosi col tendine largo, superficiale del *piccolo obliquo* il quale a questo livello non è fuso con quello antistante del *Grande obliquo.* (Spazio intrafasciale prerettale) (Bile).

Circa i rinforzi di tale formazione non sempre ho potuto riconoscere il legamento detto di Henle, di Hesselbach e la bendelletta ileopubica di Thompson.

L'orificio profondo del canale resta così scolpito nella porzione distale del tendine laminare del m. *trasverso* (*fascia transversalis fibrosa di Cooper,* secondo gli autori) sotto

---

(1) Cfr. S. BILE: *Sul comportamento più comune di alcuni piani muscolo fasciali, ecc., ecc. Ricerche di morfologia.* Roma, 1932.

forma di una apertura semilunare con due corni di cui uno è quasi verticale (l'anteriore) e l'altro è orientato trasversalmente in alto e in fuori. La *fascia propria di Cooper*, detta da Richet « *cellulosa* » e da Welpeau « *fascia endoaddominale* » aderisce a detta apertura e vi si estroflette a dito di guanto formando quella produzione che va sotto il nome di *Vaginale comune al funicello e al testicolo* nell'uomo; e *guaina del legamento rotondo*, nella donna. Non sarebbe quindi, secondo quanto ho avuto agio di osservare, la *fascia transversalis fibrosa*, una sola produzione ma essa si presenta duplice e di diversa consistenza e struttura; poichè mentre quella *fibrosa* e che forma in effetti la parete posteriore del canale inguinale, è dipendenza diretta del m. trasverso; quella « *cellulosa* » è una formazione a sè, e non è altro che una lamina sottile, organizzatasi a spese della tela sottoperitoneale, alla stessa guisa della « *fascia endotoracica* ».

Canale inguinale. — Esso è costituito in verità da tre parti, invece di quattro, poichè quella che è considerata come parete superiore, altro non è che il solo margine inferiore libero del *piccolo obliquo* e dalla sua continuazione nel cosidetto *tendine congiunto*, perchè quello inferiore del *trasverso* non è libero ma si continua in basso sulla pars reflexa del ponte, sotto il nome di *fascia transversalis fibrosa*.

La parete anteriore, a rigore di logica non è rappresentata solamente dall'*aponevrosi del grande obliquo* ma anche dalla fascia che tappezza anteriormente tale largo tendine e che è conosciuta sotto il nome di « *tunica di Lauth; tunica di Scarpa* ».

È quest'ultima lamina che forma, specie nell'ernia obliqua esterna una tunica completa e che spessissimo aderisce più o meno, al sacco erniario.

Essa forma passando innanzi all'anello cutaneo del canale una specie di opercolo, per poi continuarsi nelle borse sotto il nome di « *tunica sottodartoica* ». Bisogna notare a proposito dell'anello inguinale superficiale che spesso esso è assai rimpicciolito per la presenza di una specie di *graticcio fibrillare*, dipendente da un fascetto di fibre tendinee di rinforzo, della medesima aponevrosi del *Grande obliquo*.

Questo intreccio di fibre a cui ho creduto di dare il nome di *benderella preanulare*, riducendo tale apertura, giocano una parte importante nella formazione dell'*ernia interstiziale* (Tillaux), la quale, per tale barriera è costretta a farsi strada attraverso alla compagine del margine superiore del canale stesso, cacciandosi o *tra il piccolo obliquo o trasverso*, o *tra il piccolo obliquo e l'aponevrosi del Grande obliquo*.

La parete posteriore è costituita, andando dalla profondità alla superficie:

dalla *fascia propria di Cooper*, o *cellulosa di Richet* ecc.;

dalla fascia transversalis fibrosa di Cooper, dipendenza del m. trasverso (Bile);

dal perimisio dei due muscoli piccolo obliquo e trasverso che scendendo verso il ponte sostiene in avanti gli elementi del funicello nell'uomo, e il legamento rotondo nella donna.

La parete inferiore è foggiata a gronda e non è altro che la *pars reflexa* dell'aponevrosi del *Grande obliquo*, che nel suo segmento distale e in corrispondenza della porzione mediale della branca orizzontale del pube si accartoccia dall'alto al basso e davanti in dietro per prendere parte alla costituzione del *legamento di Gimbernat*.

Da quanto sono andato brevemente esponendo, risulta abbastanza chiaro, come nella cura radicale di un'ernia inguinale, si dovrebbero prendere in più giusta considerazione tutti gli strati che hanno ceduto all'ernia e ricostruire, quando è possibile, la maggior parte di essi.

Ecco perchè giustamente il nostro grande Bassini insisteva molto nella sutura della *fascia transversalis fibrosa*, che assieme al *piccolo obliquo* e *trasverso* egli chiamò *triplice strato*, e che cuciva alla porzione riflessa del ponte.

Tecnica personale. — Per evitare l'imbibizione degli strati, con l'anestesia locale, sono solito, quando mi è possibile, ricorrere alla rachianestesia interspinosa, tra la 10ª e l'11ª o tra l'11ª e la 12ª vertebra dorsale usando *solamente* la soluzione già preparata di Novocaina e suprarenina « Meister Lucius » che non solo risponde egregiamente ma, quanto, non mi ha finora mai causato eventuali complicanze che spesso vengono lamentate usando altri preparati.

È inutile dire che 50 minuti prima della operazione faccio praticare una iniezione di caffeina.

1° *tempo.* — Col solito taglio inguinale incido la cute e la tela sottocutanea, allacciando scrupolosamente sia la sottocutanea di Haller, sia altri piccoli vasi che danno sangue, in modo da ottenere una emostasi com-

pleta. Ciò coadiuva assai per la prima intenzione.

L'estremo pubico del taglio deve sorpassare alquanto l'anello inguinale cutaneo, per poter bene esplicare le ulteriori manovre di isolamento.

Con due pinze di Chaput, applicate l'una al lembo superiore e al pannolino corrispondente, e l'altra a quello inferiore e al pannolino vicino ottengo un buon divaricamento della ferita e una perfetta visione del piano sottostante.

Preparata bene e per tutta la lunghezza del taglio la lamina del grande obliquo e la tela cellulosa che la ricopre (tunica di Scarpa), incido quest'ultima sopra la sonda in modo da averne due lembi, uno superiore e l'altro inferiore.

È solamente al di fuori dell'anello, che detta lamina aderisce più o meno intensamente al sottostante sacco erniario e qui bisogna usare maggiore cautela per non lacerarla.

Solo preparando tale sottile formazione connettivale, si può ottenere una chiara visione dell'*anulus*, poichè essa gli scivola in avanti per continuarsi poi nelle borse sotto il nome di « *tunica sottodartoica* ».

Incido allora, a partire dall'anello, la aponevrosi del grande obliquo, secondo una linea che sia parallela al decorso del ponte di Falloppio ma che ne dista un dito trasverso e mezzo.

I due lembi così ottenuti vengono anch'essi per mezzo delle stesse « Chaput » fissate in alto e in basso, a relativi pannolini.

2° *tempo*. — Prima di iniziare l'isolamento del sacco, a piccoli colpi di bistori, si cercherà di preparare bene il margine inferiore del *piccolo obliquo* che sarà stirato in alto, mentre la *pars cremasterica* di esso muscolo, viene repertata con una Chaput e portata in basso. Si è così al cospetto della parete anteriore del sacco. Si procede allora alla completa preparazione di esso su tutta la sua circonferenza, facendo attenzione al colletto che dovrà essere *completamente* isolato. Tale manovra io sono solito farla servendomi di una pinza anatomica e di un sottile bistori sostituendoli raramente con la compressa, che lacera le tuniche periernarie, e che spesso produce un noioso gemizio sanguigno.

Con la preparazione del sacco, con la resezione di esso e con l'allacciatura del peduncolo termina questo tempo che è il più delicato, e qualche volta, il più difficoltoso.

3° *tempo o di ricostruzione*. — Uso, per mia abitudine, e perchè vi concedo il massimo valore, la sospensione del peduncolo allacciato, alla faccia posteriore della parete muscolare (*piccolo obliquo e trasverso*) secondo il concetto e la tecnica di Barker.

Ciò fatto si dovrebbe avere sotto gli occhi la *fascia transversalis fibrosa di Cooper*, degli autori che a detta di alcuni può raggiungere lo spessore di qualche millimetro.

La formazione che appare non è, secondo quato ho avuto agio di dire più sopra, la *Transversalis fibrosa di Cooper*, ma la *fascia transversalis cellulosa di Richet;* la tunica endoaddominale di Welpeau, perchè la prima formazione, secondo mie esperienze, essendo emanazione del tendine del M. Trasverso, è stata già interrotta, nella preparazione del margine inferiore di quest'ultimo, per ottenere la mobilizzazione di questo piano muscolare.

Non sempre tale sottile fascia può essere preparata e ammesso pure che lo fosse, a nulla giova il servirsene per la sua sutura al ponte nella ricostruzione del *triplice strato*, secondo il Bassini, perchè la sua fragilità non verrebbe in niun modo a rinforzare la nuova parete del canale.

E venendo ora alla lamina muscolare cremasterica io non condivido affatto l'opinione di molti che la considerano inutile e senza funzione, poichè essa, venendo compresa nella sutura, rinforza di non poco la parete posteriore del canale, funzionando (mi si passi la espressione e il paragone) da buon cemento nella ricostruzione di essa parete.

E ritornando alla descrizione del III tempo; anche io suturo alla porzione riflessa del ponte un triplice strato ma esso a differenza di quello considerato dal prof. Bassini, è costituito: dal m. *trasverso;* dal m. *piccolo obliquo* e dal lembo superiore dell'*aponevrosi del grande obliquo*.

Tale sutura viene fatta a mezzo di tre punti staccati, col catgut n. 4, comprendendo in essa la *lamina cremasterica* che riposa sulla faccia profonda del lembo inferiore del tendine largo dell'obliquo esterno e lungo la doccia inguinale.

Espletata così la riunione dei tre strati superiori al cremastere e al ponte (pars reflexa) ribatto sulla faccia superficiale del lembo superiore, il segmento inferiore dell'aponevrosi del grande obliquo riunendoli a mezzo di una sutura, cosidetta dai « sarti » a *punti a giorni*, mediante un ago cilindrico, onde evitare possibile lacerazione dei due lembi aponevrotici.

Due o tre punti staccati riuniscono la tela sottocutanea e la lamina di Scarpa. Sutura della pelle a mezzo di ciappe di Michel.

CONCLUSIONI.

Per quanto riguarda il canale inguinale, le indagini da me portate, per il passato, su di esso, mi fanno ammettere che la parete posteriore è formata da una emanazione del m. Trasverso la quale scendendo al ponte vi si inserisce al suo labbro posteriore, e medialmente, al tendine del m. Grande retto.

Per ciò che riguarda il limite superiore di esso, vi prende parte soltanto il bordo libero del m. *piccolo obliquo*, in modo che in una sezione frontale, il tragitto inguinale acquista la forma triangolare, con l'apice al margine libero di quest'ultimo muscolo, verso il quale convergono dal basso l'aponevrosi del grande obliquo in avanti e l'emanazione del tendine del trasverso, (*fascia transversalis di Cooper* degli autori) posteriormente.

Circa la tecnica da me usata; a formare la parete posteriore del canale usufruiscono di un *triplice strato*, il quale però a differenza di quello considerato dal Bassini (fascia transversalis - trasverso - piccolo obliquo) è formato dal trasverso, dal piccolo obliquo e dal lembo superiore dell'aponevrosi del Grande obliquo.

In più; nella sutura di questo triplice strato alla *pars reflexa* del ponte, è compresa la benderella cremasterica.

Aprile, 1936-XIV.

RIASSUNTO.

L'autore espone alcune sue considerazioni sulle due fascie *transversalis*. Nella ricostruzione della parete posteriore del canale inguinale si serve anch'esso di un triplice strato, che, però a differenza di quello usato dal Bassini, è formato dal trasverso, dal Piccolo obliquo e dal lembo superiore dell'aponevrosi del Grande obliquo.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO
Direttore: Prof. DOMENICO CESA-BIANCHI

Anemia perniciosa e carcinoma gastrico

M. CALABRESI, aiuto e libero docente.

Mentre è comune nella casistica clinica la necessità di proporre una diagnosi differenziale tra carcinoma gastrico e anemia perniciosa, la coesistenza di questi due stati morbosi non è evenienza molto frequente a presentarsi nella pratica ed anche più rari sono i casi correttamente diagnosticati in vita

Un caso di questo tipo, seguito prima lungamente per l'emopatia e poi ricoverato in clinica per la sopravvenuta neoplasia gastrica, può essere così brevemente esposto:

G. P., a. 59, operaio. Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare. Godette sempre buona salute fino all'età di 54 anni, epoca in cui cominciò a lamentare disturbi gastro-intestinali, costituiti da senso di peso postprandiale e facili diarree.

A 57 anni ebbe broncopolmonite e fu allora riconosciuto affetto da enfisema polmonare e da sclerosi renale e miocardica.

Da qualche mese i disturbi gastrici si sono fatti più intensi, l'ammalato accusa pirosi, disappetenza, senso di peso persistente, talora vomito alimentare: inoltre diarrea, non melena; infine astenia ed edemi declivi.

All'esame obbiettivo risulta un soggetto in condizioni discrete di nutrizione, molto anemizzato. Nulla di notevole rilevasi al capo e al collo. Torace: note di enfisema polmonare e fatti catarrali bibasilari. Cuore alquanto ingrandito nei due diametri: toni cupi e lontani; qualche extrasistole ventricolare. Addome tumido, cicatrice ombelicale appianata; lieve versamento ascitico; resistenza alla palpazione, non però zone dolenti; fegato palpabile un dito sotto l'arco, liscio, non duro, nè dolente. Edemi discreti agli arti inferiori. Null'altro di notevole.

L'esame radiologico non dimostra nessun rilievo patologico: l'esame della funzionalità gastrica dimostra ipochilia con anacloridria completa: non sangue chimicamente dimostrabile, non acido lattico. La ricerca del sangue nelle feci è negativa.

Esame del sangue: Hb. 43; glob. rossi 1.700.000; Vg. 1,23; glob. bianchi 4.000; piastrine in numero normale; anisocitosi e poichilocitosi con prevalente macrocitosi; reticolociti 5,6 %. Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 58, eosinofili 2, linfociti 30, monociti 10; non si riscontrano forme immature della serie bianca nè della serie rossa, salvo rare emazie nucleate.

Puntura sternale: si dimostrano numerosi elementi della serie megaloblastica in vario stadio di maturazione; rare c. immature della serie bianca; non si osservano megacariociti.

In base a questi dati la diagnosi di anemia perniciosa risulta sicura: essa viene del resto confermata dall'esito ottimo dell'epatoterapia, che ristabilisce in due mesi una quasi normale crasi

sanguigna (Hb. 70, emazie 4.400.000; Vg. 0,86; globuli bianchi 8.000: formula normale).

Soltanto le condizioni circolatorie sono ancora non normali: mentre la ascite è scomparsa, persiste lieve succulenza declive.

L'ammalato viene seguito per quasi due anni e mantiene sempre un discreto equilibrio. Ma nel febbraio del '34 richiede ancora ricovero in ospedale in condizioni assai gravi: l'anemia si è ancora accentuata, nè più si giova dell'epatoterapia; d'altra parte i disturbi gastrici sono assai più intensi, con vomito quasi quotidiano, e assai più grave la disappetenza; le condizioni di nutrizione sono estremamente decadute e anche la psiche è obnubilata. All'esame obiettivo, a parte i dati riferentisi alle condizioni generali, si apprezza una notevole resistenza epigastrica: la palpazione provoca molto viva dolenzia; l'esame del sangue dà un'anemia abbastanza intensa (Hb. 55; globuli rossi 2.500.000; V. globulare 1,10); non elementi immaturi in circolo. La ricerca del sangue nelle feci è intensamente positiva.

Prima ancora che si possano espletare altri esami, l'ammalato presenta ripetute scariche di melena e viene rapidamente a morte.

Tenuto conto della grave decadenza delle condizioni generali, sproporzionata al grado di anemizzazione, della sintomatologia gastrica, presentata dal paziente negli ultimi mesi, ed inoltre della dolenzia epigastrica e della melena, viene avanzato il sospetto di una neoplasia — probabilmente della regione antrale dello stomaco — associata alla anemia perniciosa.

L'autopsia ha confermato pienamente la diagnosi clinica, dimostrando un carcinoma gastrico ulcerato nella regione dell'antro, ancora senza diffusione metastatica. Il midollo osseo delle ossa lunghe era quasi ovunque giallo; ma sugli strisci del midollo sternale e costale si potevano dimostrare numerosi elementi della serie megaloblastica.

Per il resto si confermò l'esistenza di lesioni sclerotiche miocardiche e renali, da aterosclerosi diffusa, e dell'enfisema polmonare già diagnosticato da anni.

Osservazioni come quella ora riportata presentano interesse pratico per il quesito diagnostico che sollevano; ma hanno sopratutto interesse dottrinale per i rapporti che si sono voluti stabilire da alcuni autori tra l'emopatia e la neoplasia, sulla base comune della achilia gastrica. I criteri diagnostici che possono condurre ad una corretta interpretazione di casi in cui coesistono due forme morbose che presentano alcuni sintomi in comune, sono nenecessariamente soltanto forniti da constatazioni obbiettive di sintomi caratteristici di ciascuna delle due malattie. È evidente che per il nostro quesito non presentano nessuna utilità i soliti criteri diagnostici differenziali: così le condizioni di nutrizione solitamente ben conservate, l'assenza o la modestia dei disturbi gastrici (vomito, anoressia), in confronto ai sintomi di insufficiente digestione ed assimilazione intestinali, la buona sopportazione dell'anemia, sono argomenti a favore della diagnosi di anemia ipercroma, ma non sono tanto caratteristici da risolvere il dubbio diagnostico.

Anche sintomi propri dell'anemia perniciosa, come la glossite hunteriana, la sindrome di Lichtheim, le alterazioni biochimiche e metaboliche — e specialmente della eliminazione di bilina —, non sono argomenti sufficienti per affermare la diagnosi di anemia primitiva quando coesista sufficientemente dimostrata la neoplasia gastrica. La glossite ha ormai perduto del suo significato specifico, dacchè è stata riconosciuta frequente anche nell'anemia ipocroma achilica; la sindrome nervosa può essere simulata non eccezionalmente da fatti nevritici, che nel carcinoma dello stomaco e specie nei casi con l'anemia grave sono tutt'altro che rari [pseudotabe, polinevritica (1)]; infine l'aumento assoluto dell'eliminazione di bilina costituisce certo un reperto tipico per la anemia di Bierneir e manca solitamente nella neoplasia, ma è stato segnalato esso pure in qualche caso di carcinoma gastrico [Zardi (2)].

Così pure l'iperbilirubinemia a reazione indiretta può essere soltanto un argomento per ammettere l'esistenza di iperemolisi, ma non può assumere gran valore diagnostico.

La presenza di sangue nelle feci, se ripetutamente constatata, è certo suggestiva per la diagnosi di neoplasia: ma non è eccezionale che nell'anemia primitiva si abbiano manifestazioni emorragiche.

L'esame del succo gastrico può assumere qualche valore: così i segni di ristagno sono a favore di un ostacolo allo svuotamento gastrico e quindi di una lesione anatomica; la presenza di HCl., più o meno rara negli anemici perniciosi secondo i vari autori, è un argomento di sospetto, ma in casi di questo tipo non è sufficiente per escludere l'anemia primitiva; le indagini per la dimostrazione del principio intrinseco di Castle avrebbero valore assai maggiore ma non possono essere considerate di uso pratico: in questo senso non può essere invece utilizzata almeno per ora la prova di Singer [Ratten, *Reticulocyten-Reaktion* (3)].

In realtà ed in pratica soltanto la dimostrazione dell'anomalie ematologiche proprie del-

(1) Un caso di anemia grave da carcinoma gastrico, con degenerazione dei cordoni posteriori è stato descritto da GARVEY e STERN. Am. Journ. med. Ass., 1924 (II), p. 847.

(2) ZARDI. Arch. malattie app. digerente, vol. I, p. 479, 1932. In proposito vedi anche GREPPI. Haematologica, vol. 15, p. 573, 1934.

(3) SINGER. Erg. inn. Med., vol. 47, p. 421, 1934; VILLA. Rass. clin. scientifica, vol. 13, p. 339, 1935; SINGER e WECHSLER. Klin. Woch., 1936 (I), p. 668.

l'anemia di Biermer e la constatazione diretta del tumore e delle sue metastasi possono portare a conclusioni fondate. Per quanto riguarda gli esami ematologici, non è sufficiente la dimostrazione in circolo di emazie nucleate, nè la constatazione di una macrocitosi, che può anche comportare un discreto aumento del valore globulare (4); casi di questo tipo sono stati ripetutamente comunicati sotto la diagnosi di anemia perniciosa, ma non possono essere presi in considerazione perchè manca la dimostrazione dell'alterata morfogenesi dei macrociti: soltanto la presenza di megaloblasti, nel sangue circolante o nel midollo osseo, ha reale valore diagnostico. Ciò tanto più in quanto è noto che in casi di metastasi ossee di neoplasie epiteliali di qualunque origine si ha non eccezionalmente un reperto di macrocitosi e di eritroblastosi normocitica, con leucocitosi mieloide e iperpiastrinemia e presenza in circolo di elementi immaturi della serie bianca midollare (5), anche senza che le metastasi ossee siano state dimostrate in vita per sintomi subbiettivi (dolore) ed obbiettivi (radiologici).

Alterazioni ematologiche assai gravi di questo tipo abbiamo osservato di recente in una donna di 49 anni, operata sette anni fa per carcinoma mammario, recidivato e operato ancora dopo 9 mesi e successivamente irradiato. L'ammalata venne a noi in stato di anemizzazione estrema; gli esami del sangue praticati dimostrarono un'anemia di alto grado (Hb = 20) normocroma e lievemente ipercroma (fino a 1,10 di valore globulare) con anisocitosi e poichilocitosi e macrocitosi prevalente: con leucocitosi fino a 13.000; numerosi eritroblasti orto-policromatici in circolo e anche forme megaloblastiche sospette: inoltre numerosi mielociti, non però forme più immature; l'arricchimento del sangue periferico non ha fornito risultati diversi, la biopsia del midollo sternale non è stata possibile; l'esame radiologico dello scheletro non ha dimostrato metastasi ossee, mentre si poterono dimostrare metastasi polmonari e addominali; un tentativo di epatoterapia ad alte dosi, così come ripetute trasfusioni non portarono miglioramento nella crasi sanguigna. Dopo un mese di degenza l'ammalata, ulteriormente aggravata, volle uscire e morì dopo pochi giorni senza che siano risultati altri segni decisivi a favore della diagnosi di anemia perniciosa, che ci

(4) BOCK. Med. Klin., 1933 (I), p. 263; HARTFALL. Lancet, 1933 (I), p. 77.

(5) PARMENTIER e CHABROL. Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, 31 luglio 1909.

parve di potere escludere in confronto di quella di carcinosi diffusa — anche osseametastatica da neoplasia mammaria.

Le anomalie a carico della serie bianca valgono in questi casi ad allontanare dalla diagnosi di anemia di Biermer; per altro la constatazione — se sicura — di elementi megaloblastici renderebbe giustificato il mantenere in sospeso la classificazione di osservazioni come quella resa nota recentemente da Labbé e Balmus (6): ma non autorizza certo ad ammettere una forma particolare di anemia perniciosa da carcinoma gastrico.

D'altra parte la dimostrazione dell'esistenza di un tumore gastrico non sembra offrire particolari difficoltà, anche a parte i casi in cui lo sviluppo del tumore sia tale da renderlo direttamente palpabile, o quelli in cui sia già evidente la diffusione metastatica, che sono ormai sprovvisti di interesse pratico infatti l'esame radiologico risulta dimostrativo in una percentuale così elevata di casi che sembra vano l'insistere su questo punto.

Si debbono però tenere presenti le osservazioni, certo rare, di masse pseudoneoplastiche apprezzabili alla palpazione o all'esame radiologico in soggetti affetti da anemia perniciosa [Nothnagel; Nauer; Müller, Naegeli; Martius; Kleemann; Weiss; Haring; Boschi; Bastecky e Warady; Veil e Benzacquen (7)]. Aspetti fallaci di questo tipo — forse di osservazione non eccezionale se transitori — trovano a quel che pare la loro interpretazione in spasmi o stati ipertrofici della tonaca muscolare o della *muscolaris mucosae*. L'importanza di tali osservazioni è tale che Naegeli ritiene necessario il controllo autoptico per assicurare la diagnosi di neoplasia gastrica in anemici perniciosi che presentino tali reperti.

In pratica nel singolo caso il problema diagnostico può presentarsi più o meno arduo: schematicamente si possono distinguere tre eventualità, secondo che una delle due malattie è già sicuramente diagnosticata quando insorgono sintomi che giustificano il sospetto del sovrapporsi dell'altra malattia, o invece il malato si presenta a noi con sintomi propri dell'una e dell'altra forma morbosa.

(6) LABBÉ e BALMUS. Le sang, vol. 9, pag. 113, 1935.

(7) KLEEMANN. D. Arch. Klin. Med., vol. 128, p. 271, 1919; NAEGELI. *Blutkr. u. Blutdiagn.* V. Ed., Springer, 1931; BOSCHI. Arch. it. mal. app. digerente, vol. 3, p. 589, 1934; BASTECKY e VARADI. Le sang, vol. 9, p. 41, 1935; WEIL e BENZAQUEN. Le sang, vol. 3, p. 314, 1935. Sulla radiologia dello stomaco nell'a. p., vedi anche: BONANNO. Radiologia medica, vol. 12, p. 749, 1925.

In questo ultimo caso oltre al dilemma diagnostico — anemia perniciosa o carcinoma gastrico — si dovrà tenere presente la possibilità che le due malattie coesistano [Melocchi (8)]: sebbene assai rara non è da escludere a priori tale eventualità. Comunque l'esame dettagliato ed anche l'esperimento terapeutico (epatoterapia, eventualmente laparatomia esplorativa) consentiranno per lo più una diagnosi corretta, quando si sia disposti a considerare con giusta critica, ma senza preconcetti negativi, anche l'evenienza meno comune.

Quando la neoplasia è stata già riconosciuta e confermata dall'evoluzione del caso, l'emopatia potrà essere messa in discussione solo per i risultati di un esame ematologico che presenti note di ipercromia e di metaplasia mieloide (9): nè il quesito diagnostico avrà grande interesse pratico di fronte alla dimostrata inoperabilità del caso (10).

Comunque ho già detto che in questi casi si può porre il quesito tra una vera emopatia associata al carcinoma e una reazione mieloide in rapporto probabilmente a metastasi ossee della neoplasia primitiva: pure essendo stati descritti anche elementi megaloblastici in casi che sembrano appartenere al secondo gruppo, soltanto a questo reperto possiamo attribuire il valore di elemento diagnostico-differenziale: la leucocitosi con elementi giovani mieloidi e la iperpiastrinosi sono invece dati favorevoli all'ipotesi di metastasi ossee, ipotesi che andrà possibilmente convalidata dall'esame radiologico.

La terza eventualità — di gran lunga la più frequente, in base alla casistica resa nota in proposito (11) — del sovrapporsi della neoplasia a una anemia perniciosa sicuramente dimostrata, è anche quella che presenta il maggiore interesse in pratica. In questi malati — che per la emopatia potrebbero essere sotto la vigilanza medica più attenta in tale senso — la diagnosi precoce di carcinoma gastrico dovrebbe essere possibile e consentire un altrettanto precoce intervento terapeutico. Occorre però che si tenga presente la possibilità di tale complicazione, che non sembra più eccezionale nei casi di lunga sopravvivenza degli anemici perniciosi. I criteri di orientamento in questi casi possono essere forniti dall'insorgenza di disturbi gastrici, prima assenti, dalla compromissione dello stato generale non in rapporto con il grado di anemia, ed infine da modificazioni del quadro ematologico: mentre in alcuni casi, come nel nostro, si ha soltanto un aggravamento dell'anemia, che conserva i propri caratteri distintivi, in altri invece il reperto del sangue si allontana dal tipo proprio dell'anemia perniciosa, per acquistare le note dell'anemia secondaria [Weinberger, Sonnenfeld, Zadek (12)]; l'anemia non reagisce più vantaggiosamente alla terapia specifica e anzi, come nel caso di Schoen, si ha un arresto dell'immissione in circolo di megaloblasti — forse anche un'inibizione nella loro produzione — anche senza somministrazione di fegato.

Malgrado i reperti pseudo-neoplastici sopra ricordati, l'attento esame radiologico, mediante tutti i sussidi tecnici (piccolo e grande riempimento, compressione dosata, uso preliminare di antispastici) deve costituire ancora il mezzo migliore per confermare i sospetti dell'esame clinico ed ematologico.

Questi esami dovrebbero essere ripetuti periodicamente negli anemici perniciosi, visto che in questi anni, dopo l'introduzione della epatoterapia, la casistica di carcinoma gastrico in anemici è andata rapidamente aumentando.

Si ammette anche da vari autori che se tali casi prima erano realmente eccezionali, ciò dipende solo dal fatto che gli ammalati venivano a morte troppo presto perchè il carcinoma gastrico potesse insorgere e manifestarsi: secondo questi autori è d'attendersi che tale associazione morbosa diventerà sempre più frequente, e si ammette anche che essa non sia casuale, ma dovuta alla gastrite che costituisce il fondamento patogenetico comune delle due

(8) MELOCCHI. Riforma medica, n. 13, 1932.

(9) Casi di questo tipo sono stati comunicati da BRANDES e da ENGEL (citati da WILKINSON). Vedi anche: GREPPI, loco cit.

(10) Non considero qui — ben s'intende — l'anemia perniciosa degli operati per carcinoma gastrico (sindrome di Morawitz): evenienza questa ormai ben nota, tardiva ma relativamente frequente in casi di gastrectomia totale o subtotale, rara invece nelle comuni resezioni anche a distanza di molti anni. (WILKINSON e BROCKBANK. Quart. Journ. med., vol. 24, p. 219, 1931; FASIANI e CHIATELLANO. Arch. it. mal. app. digerente, vol. 3, pag. 447, 1934). L'importanza di una corretta diagnosi in confronto a quella di recidiva in tali casi è evidente.

(11) NAEGELI, loco cit.; WILKINSON. Acta med. scand., vol. 80, p. 466, 1933. Ai casi raccolti da questi autori si possono aggiungere le osservazioni di CARNOT, BERARD e BOLTANSKY. Paris méd., n. 14, 1927; SALTZMANN. Acta med. Scand., vol. 75, p. 198, 1931; WEIL e BERNARD. Presse méd., p. 97, 1935, I; SCHOEN. Münch. med. Woch., p. 440, 1535 (I); MICHELI (loco cit., pag. 12) accenna pure a casi di osservazione personale.

(12) WEINBERGER. Ztschr. angewandte Anatomie, vol. 6, p. 289, 1920 (cit. da WILKINSON; SONNENFELD. Dtsch. med. Woch., p. 1794, 1924; ZADEK. Med. Klin., p. 1674, 1926.

malattie. Esclusa ormai da tutti l'esistenza di un'anemia perniciosa da carcinoma gastrico, l'antica questione dei rapporti tra gastropatia e anemia si ripresenta quasi in senso inverso: se cioè l'anemia perniciosa possa considerarsi condizione predisponente al carcinoma: o se almeno esista un nesso causale tra le due malattie.

Alla prima ipotesi si può rispondere negativamente già con semplici considerazioni statistiche: è vero che tra i casi resi noti di neoplasie epiteliali associati ad anemia perniciosa quelli di carcinoma gastrico rappresentano circa l'85 %: ed è anche vero che nella casistica di Wilkinson (13) l'incidenza di carcinomi in casi di anemia perniciosa è più frequente che nella media generale; ma, come fa notare questo autore, l'età in cui le due malattie sogliono più spesso manifestarsi è la stessa; e le osservazioni di cui disponiamo sono troppo scarse per sottoporle a valutazioni statistiche. È chiaro invece — data l'alta frequenza del carcinoma gastrico — che il numero di casi di questa malattia che insorgono in anemici perniciosi è minimo, quasi trascurabile; nè corrisponde la distribuzione geografica delle due malattie; e del resto ognuno ha ormai in osservazione da lunghi anni degli anemici trattati con fegato e regolarmente seguiti, ma niente autorizza a ritenere che li minacci una così grave complicanza. Per questi motivi tanto Naegeli quanto Wilkinson ritengono veramente occasionale la coesistenza dei due processi morbosi: anzi secondo Naegeli per la comparsa del tumore, il midollo riacquisterebbe la facoltà perduta di fabbricare eritrociti normoblastici.

Pure tale conclusione non soddisfa appieno, tenuto conto anche della constatazione di casi di neoplasia gastrica e di anemia perniciosa insorti nella stessa famiglia [Borovanska (14)] e della frequenza con cui l'achilia precede l'una e l'altra malattia. È proprio questo il punto critico di tutto il problema: quale valore si può assegnare all'achilia — o meglio all'anacloridria — come elemento causale nella genesi sia del carcinoma gastrico che dell'anemia perniciosa? Rappresenta essa un'alterazione costituzionale che favorisce l'ulteriore sviluppo di altre cause morbose: od è invece il risultato di processi gastritici, di cui le malattie che qui ci interessano costituiscono conseguenze più gravi? Così impostato il problema è altrettanto antico, quanto insolubile coi dati a nostra disposizione. Ma è certo che neanche l'achilia rappresenta una condizione preliminare necessaria per lo sviluppo del carcinoma gastrico (15), nè si può interpretare semplicisticamente la genesi della neoplasia come conseguente ad un processo gastritico. D'altra parte l'achilia può essere asintomatica per tutta la vita o invece accompagnarsi a manifestazioni anemiche che sono tra loro affatto diverse (16). Stando all'opinione oggi generalmente accertata, si deve ammettere che il principio antipernicioso intrinseco di Castle viene prodotto indipendentemente dalla capacità della mucosa gastrica di secernere fermenti o HCl: talchè può aversi la sua produzione in quantità sufficiente in achilici mentre esso potrebbe mancare in soggetti a secrezione cloropeptica pressochè normale [Allodi (17)]. Del resto è evidente che l'achilia rappresenta una alterazione diffusa a tutto il sistema ghiandolare dello stomaco, mentre la genesi del tumore deve pur sempre essere ricondotta a lesioni locali: quanto alla sede in cui si forma il principio di Castle, non sappiamo ancora se esso abbia genesi ubiquitaria nello stomaco e soltanto in esso, o sia proprio di alcuni tratti soltanto della mucosa: anche le più recenti ricerche sperimentali [Petri, Ohlsen e Boggild (18)] non hanno condotto a risultati conclusivi.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze si deve dunque ammettere che l'alterazione funzionale che porta alla carenza del principio di Castle si manifesta solitamente in casi di achilia, ma non è obbligatoriamente connessa a questo stato; tanto meno poi esiste un rapporto obbligato tra l'achilia e lo sviluppo di una neoplasia gastrica. Nessun vero nesso causale può dunque legare queste due malattie, ma certo esiste una condizione che è favorevole al manifestarsi di entrambe: e questo può bastare a spiegarci sia le osservazioni di casi famigliari delle due malattie sia la loro associazione in uno stesso caso.

Conclusioni analoghe insomma a quelle che sembrano oggi giustificate anche per l'anemia ipocroma essenziale: di tutti questi stati morbosi l'achilia è una condizione predisponente, spesso constatabile, ma non ne è la causa: e se l'achilia stessa può giustificare il non raro sovrapporsi di queste malattie, nessun nesso causale è peraltro dimostrato tra esse.

---

(13) WILKINSON. Loco cit.
(14) BOROVANSKA, FELKLOVA. Folia ematologica, vol. 40, p. 178, 1930; WILKINSON, loco cit.

(15) HURST. The Lancet, p. 1023, 1929 (II).
(16) MICHELI. Arch. mal. app. digerente, vol. 6, p. 528, 1934.
(17) ALLODI. Min. medica, 1930 (II), n. 30.
(18) PETRI, OHLSEN e BOGGILD. Acta med. scand., vol. 87, p. 14, 1935.

Queste conclusioni hanno anche valore da un punto di vista pratico, diagnostico e prognostico: negli anemici perniciosi l'attenzione del medico deve essere sempre tesa verso una possibile complicante neoplasia: ma non si deve fare pesare questo timore sui malati che la terapia epatica e gastrica ha ricondotto alla vita.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di anemia perniciosa, per anni favorevolmente influenzato dalla epatoterapia, e rapidamente interrotto nella sua evoluzione dallo sviluppo di un carcinoma gastrico; ricorda i casi analoghi resi noti e discute i problemi diagnostici e patogenetici derivanti da tale associazione morbosa.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

REPARTO UROLOGICO
DEL POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA.
Primario: Prof. GUSTAVO RAIMOLDI.

Un nuovo letto cistoscopico radiologico per la diagnostica urologica. (*)

DOTT. PAOLO BLASUCCI.

Credo che non vi sia urologo nè radiologo che non abbia avuto spesso a deprecare le difficoltà e gl'inconvenienti che si verificano nell'eseguire l'esame radiologico ascendente dell'albero urinario.

Lo strumentario necessario alla cistoscopia è d'ordinario tenuto completamente separato da quello radiologico, e da questo fatto deriva una perdita di tempo e una manovra di trasporto che è tutta a scapito del malato e della precisione delle ricerche.

L'urologo che deve eseguire la cistoscopia, specialmente nei malati che hanno una vescica irritabile, non può adattarsi a lavorare sul tavolo radiologico. D'altronde l'acqua e l'urina che sporcano abitualmente il letto cistoscopico danneggerebbero il letto radiologico; ed è quindi più conveniente eseguire la cistoscopia in separata sede.

Tanto meno è possibile poi al radiologo di eseguire la pielografia e la cistografia sul tavolo cistoscopico perchè anche se egli ha un apparecchio radiologico trasportabile, non ci si può contentare oggi di quei radiogrammi confusi che si hanno senza l'eliminazione dei raggi secondari. A tale scopo è indispensabile adoperare il diaframma di Potter-Bucky o almeno quello Siemens o di Akerlund.

Oltre queste considerazioni è necessario rilevare i difetti degli stessi comuni tavoli cistoscopici. In questi di solito, il mettere un malato in posizione per la cistoscopia, specialmente se questo è corpulento ed indebolito, obbliga ad un vero facchinaggio.

Ben di rado il paziente comprende che deve portarsi sull'orlo del letto e pochi sono i malati che riescono a muoversi da soli a forza di braccia. Mettere poi una malata in posizione genupettorale, per eseguire una cistoscopia alla Kelly richiede un lavoro assai difficile.

Introdotto il cistoscopio cominciano spesso guai anche più seri per il cistoscopista che è fatto bersaglio a sorprese non del tutto piacevoli. Egli è di solito seduto su di uno sgabello più o meno mobile, di fronte al perineo dell'infermo, cercando magari un appoggio pei gomiti sull'orlo non propriamente asettico del recipiente di raccolta dei liquidi sporgente dal tavolo operatorio. Spesso peraltro l'urina e gli altri liquidi invece di raccogliersi nella vaschetta del tavolo, spruzzano fuori con incontenibile violenza attraverso le commessure dell'istrumento sotto la spinta spasmodica del detrusore.

L'operatore viene così colpito direttamente nel viso dallo spruzzo offensivo con quanto rischio per la sua incolumità ognuno può bene immaginare.

Come si trovano i bacilli di Koch nelle culture e nei sedimenti così si trovano nelle urine che sporcano il medico; peggio accade se per avventura l'urologo deve esplorare la parete vescicale anteriore; in mancanza di una ottica retrograda, egli è costretto ad accoccolarsi a volte sul pavimento che è inevitabilmente bagnato.

Nè si dica che per ovviare a tali inconvenienti basta indossare un grembiule di tela cerata perchè anche se questo protegge dall'insulto diretto dei liquidi settici, questi non sono assorbiti dalla gomma, e vi restano per gocciolare poi sui vestiti e sulle scarpe dell'operatore.

Eseguito che sia il cateterismo degli ureteri, ecco che nell'inviare il malato nel reparto radiologico per la pielografia ascendente è necessario rimuovere il cistoscopio lasciando solo i cateteri in sito per non correre il rischio di contundere la vescica.

Nelle donne, per la brevità dell'uretra, la

(*) Questo letto fu presentato ai congressi delle Società Italiane di Chirurgia e di Urologia tenuti in Roma nell'ottobre del 1934.

manovra è agevole, ma negli uomini è ben più difficile, specie nel doppio cateterismo, giacchè nel ritirare il cistoscopio per tutta la lunghezza dell'uretra, sospingendosi mano a mano i cateteri lungo tutto il tragitto, può sempre accadere che si sbagli per difetto o per eccesso col risultato di rimuovere senz'accorgersene i cateteri dalla loro posizione nell'uretere o provocare il ripiegamento di essi occludendone il lume.

Ma uomo o donna che sia il paziente, quando si sia costretti a togliere il cistoscopio, non è possibile avere la certezza matematica che i cateteri siano ancora nel giusto punto dell'uretere al momento della pielografia.

Noi abbiamo avuto più di un caso nel quale ripetuti tentativi di pielografia ascendente sono rimasti infruttuosi perchè un uretere spastico, con una peristalsi molto energica, riusciva ad espellere il catetere in vescica durante il breve tragitto tra il reparto urologico e quello radiologico. Che meraviglia che un uretere capace di espellere grossi calcoli riesca a mungere in vescica un catetere!

Ma neanche a questo punto termina l'odissea del medico e dell'infermo chè per quanto i liquidi di contrasto oggi in uso siano ben tollerati, spesso la distensione della pelvi, specialmente se malata, provoca dolore e per tale ragione si tenta di abbreviare le sofferenze dell'infermo proprio quando la ricerca è più utile e fruttuosa.

Se si chiedono poi le due pielografie in posizione orizzontale e verticale, pare che l'urologo tenti di mettere proprio alla prova la pazienza del radiologo, chè questi, non può costringere un malato dolorante a stare anche in piedi.

Le modificazioni ortostatiche o il controllo di una nefropessi non si possono rilevare che con difficoltà.

Il desiderio di eliminare questi inconvenienti mi aveva spinto da tempo a studiare per risolvere integralmente tutti questi problemi ma non avevo avuto mai l'occasione di trovarne una soluzione pratica.

Nell'imminenza dell'inaugurazione del reparto urologico del Policlinico nel 1934, il mio primario prof. Raimoldi aveva già cominciato a studiare un nuovo tipo di letto urologico che poi mi incaricò di condurre a termine.

Ho cercato di dare al letto alcune caratteristiche che potessero farlo utilizzare ugualmente bene sia come letto cistoscopico che come letto radiologico.

Fu necessario anzitutto rendere indipendente dal tavolo la bacinella che raccoglie l'urina (fig. 1). A tale scopo feci abbinare ad un ordinario sgabello a vite un sostegno per un secchio destinato a raccogliere i liquidi e fra i due interposi una piccola mensola al duplice scopo di permettere al cistoscopista di appoggiare comodamente i gomiti e di sorreggere un grembiule di tela gommata per convogliare i liquidi nel secchio. A questa mensola può ancora adattarsi un sostegno per un paraviso



Fig. 1.

di celluloide per proteggere meglio l'operatore: ma in pratica ho trovato che neanche questo è sufficiente ed è preferibile proteggere il viso con una maschera di tela.

Dal margine del tavolo un altro grembiule di tela gommata che è fissata ad una ciambella, convoglia a sua volta i liquidi dal perineo del malato nel secchio, formando con quello che si trova dal lato dell'operatore un grosso imbuto (fig. 4) che impedisce ai liquidi di andare altrove che nel secchio.

In tal modo la protezione dell'operatore è completa: la parte sporca è facilmente rimovibile e può venire sostituita non appena sia ultimata la cistoscopia.

Il piano del letto è costituito da un telaio rigido rettangolare in canna di ferro ben robusta. A questo telaio (fig. 2) è fissato un piano di legno compensato, permeabile ai raggi X.

Al di sotto del piano, a distanza minima, scorre un diaframma antidiffusore di Potter Bucky che si può spostare longitudinalmente e fissare in qualunque posizione (fig. 3).

Il tavolo poggia su due mensole che ruotano su di un sostegno a capra al quale è fissato un motore elettrico che con una vite perpetua

ed un sistema di ingranaggi conici assicura la mobilità del letto intorno ad una asse trasversale permettendo tutte le posizioni, dalla verticale a quella di Trendelenburg esagerata con una escursione di circa 140°.

Il movimento del motore è comandato da un pedale fissato al piede del letto (dal lato sinistro) che può anche invertire il senso di rotazione del motore, cosicchè il cistoscopista può variare da sè l'inclinazione del malato,

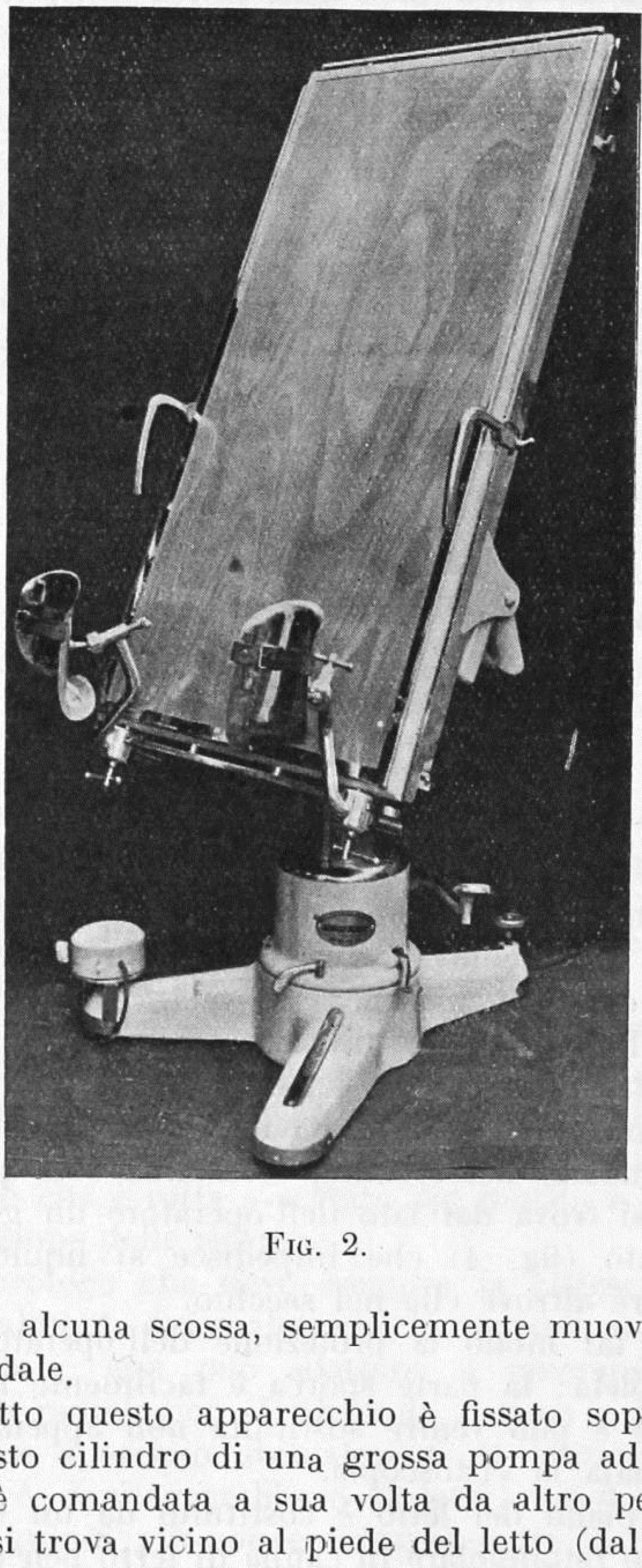


FIG. 2.

senza alcuna scossa, semplicemente muovendo il pedale.

Tutto questo apparecchio è fissato sopra il robusto cilindro di una grossa pompa ad olio che è comandata a sua volta da altro pedale che si trova vicino al piede del letto (dal lato destro). In tal modo l'operatore può anche alzare ed abbassare il letto in toto e può far compiere al malato istantaneamente con i comandi a pedale qualunque movimento dell'ampiezza necessaria senza lasciare il cistoscopio e senza spostarsi dalla posizione assunta.

Ultimata che sia la cistoscopia senza sporcarsi e nelle condizioni di tecnica più precisa, si tolgono di mezzo lo sgabello mobile, le tele gommate e subentra la parte radiologica che si può fare in sito; sia in posizione orizzontale che verticale senza spostare il cistoscopio nè il malato.

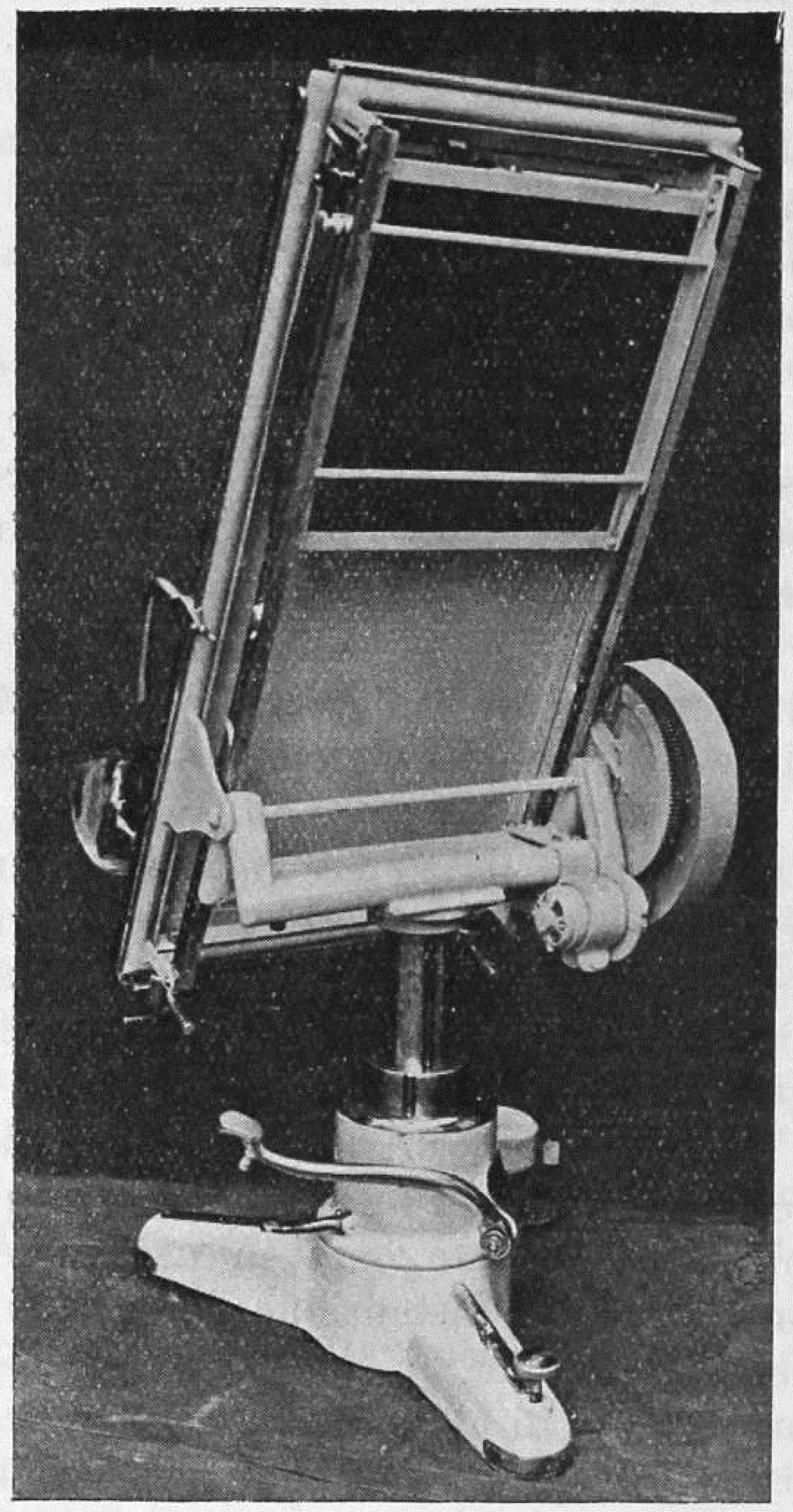


FIG. 3.

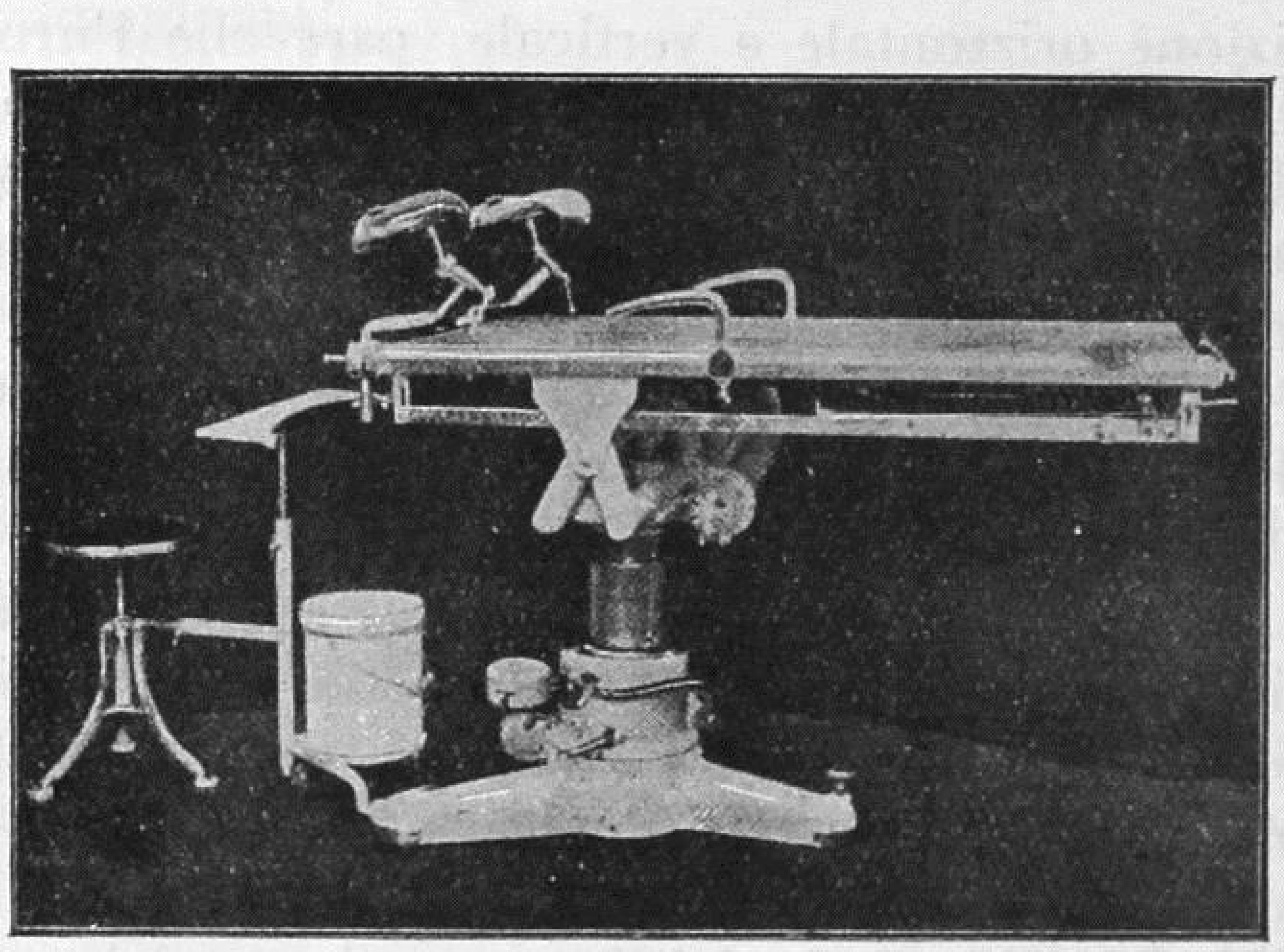


FIG. 4.

CONCLUSIONI.

Questo tavolo presenta tutte le caratteristiche desiderabili in pratica per un letto cistoscopico come per un letto radiologico per urologia. Esso offre i seguenti vantaggi:

1) Consente di mettere il malato in posizione per la cistoscopia invitandolo semplicemente a sedersi sui reggi cosce. Ribaltando il

tavolo di 90° lo si trova pronto per la cistoscopia;

2) Se si vuol fare la cistoscopia alla Kelly, basta invitare il malato ad inginocchiarsi sui reggi cosce, quindi rotando il tavolo lo si troverà nella posizione desiderata;

3) I grembiuli, applicati al sedile ed allo sgabello, convogliano bene l'urina nel secchio e risparmiano il cistoscopista;

4) Il piano del letto si può sollevare di 50 cm. e ruotare di 140° portandolo dalla posizione verticale a quella di Trendelenburg col solo uso dei pedali, permettendo così all'urologo di esplorare qualsiasi parte della vescica senza muoversi dal suo sedile;

5) Il sedile è costruito in modo che l'urologo può scegliere la posizione più comoda e restare sempre bene appoggiato senza fare alcuno sforzo per tenere immobile il cistoscopio;

6) Ultimata la cistoscopia, senza muoversi dal suo posto, l'urologo, semplicemente ruotando il letto in Trendelenburg, può procedere all'esame radioscopico della vescica, dalla pelvi, e dell'uretere. Sulla scorta dei reperti radioscopici, si può allora procedere alle radiografie necessarie, adoperando solo lastre piccole evitando spreco di materiale fotografico;

7) Permette di verificare la mobilità del rene e gli ostacoli di canalizzazione dell'uretere paragonando l'esame in Trendelenburg con quello in posizione verticale;

8) Può venire utilizzato anche come ortoscopio e trocoscopio e permette quindi di eseguire anche altre ricerche radiologiche tanto necessarie all'esame urologico, come per esempio l'esame del torace.

RIASSUNTO.

L'A. descrive ed illustra un nuovo tipo di letto che possiede tutti i requisiti necessari, tanto alla cistoscopia, come all'esame radiologico dell'albero urinario e permette di eseguire queste ricerche senza spostare il malato.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

Nefrite acuta.

(HORACE EVANS. *The Brit. Medic. Journ.*, 22 agosto 1936).

Sulla cura della nefrite acuta l'A. rileva anzitutto che più precocemente si inizia la cura, migliori risultati si avranno.

Bisogna distinguere due tipi di nefrite acuta: quella monosintomatica o nefrite acuta focale e quella classica o nefrite acuta diffusa.

Nella nefrite acuta focale l'ematuria è il solo segno di malattia renale; essa si produce nell'acne di una malattia infettiva (tonsillite, osteomielite, otite), non dà ipertensione nè edema, ha decorso lieve, di breve durata e scompare rapidamente. La prognosi è buona e per lo più si ha la guarigione.

La nefrite acuta diffusa ha inizio subdolo o appariscente, spesso dà i primi sintomi nella convalescenza di una malattia infettiva. Il periodo di latenza, che va dall'inizio della malattia infettiva all'inizio della nefrite, può essere di 1-3 settimane. I sintomi sono: ematuria, edema della faccia, cefalea, dolori addominali, vomito, dispnea, ipertensione. Raramente si ha insufficienza cardiaca con edema polmonare, o sintomi di ipertensione cerebrale (coma, perdita della vista). Si può avere anuria. Quando l'inizio è subdolo più facilmente si passa alla forma cronica.

La cura generale ha per base il riposo in letto e al caldo per 4 o 6 settimane almeno. Il riposo in letto deve continuare almeno finchè si abbia ritorno alla pressione normale e scomparsa dell'edema e notevole diminuzione dell'albuminuria. Nel periodo poi di convalescenza si eviterà il raffreddamento.

La dieta severa dà un riposo dei reni e di tutto il sistema circolatorio (e questo è importante perchè il concetto odierno che si ha della nefrite è che non sia solo una malattia del rene, ma di tutto il sistema cardiovascolare).

Si comincia col digiuno: per 24 ore si dà solo succo di arancio zuccherato (fino a 16 aranci al giorno). In qualche caso è necessario prolungare questo periodo di digiuno e nei casi gravi si può fare anche per dieci giorni, al massimo.

Il digiuno prolungato per più giorni determina diminuzione della pressione e dell'edema; allora si può dare gelatina, giuncata, budini al latte, creme, pane e burro, marmellata, puree vegetali. All'inizio della convalescenza si darà: pesce fresco, pollo e uova. La riduzione dei liquidi si farà finchè dura l'edema. La dieta deve essere aclorurata.

Per quanto riguarda la cura del focus che ha prodotto la malattia, è meglio aspettare ad aggredirlo quando i fatti nefritici sono in regressione, perchè spesso l'intervento è seguito da esacerbazione.

Nelle forme di sepsi l'intervento immediato è necessario.

L'anemia concomitante si può curare con preparati di ferro.

In quanto alle *complicazioni* si possono avere: insufficienza acuta di cuore, ipertensione cerebrale, oliguria ed anuria.

Segni dell'insufficienza acuta di cuore sono: dispnea, cianosi, crepitazioni alle basi polmonari, edema polmonare acuto. Oltre al riposo e al digiuno sono utili in questi casi il salasso, la morfina sottocutanea e la strofantina endovenosa (ma queste ultime solo nell'adulto). Successivamente si darà la digitale in dose proporzionata all'età.

L'attacco di ipertensione cerebrale è caratterizzato da cefalea, convulsioni, coma, amaurosi e altri sintomi nervosi. Si cura col salasso e colla puntura lombare. Il salasso dev'essere di 400 cc. per un bambino e di 600 per un adulto. Anche qui la morfina è utile.

L'oliguria e l'anuria a volte scompaiono rapidamente e senza speciali cure oltre quelle già indicate; qualche volta è utile ingerire una notevole quantità di liquido o fare un'iniezione endovenosa di 100 cc. di soluzione di cloruro di sodio al 15 %. A volte non si riesce a vincere l'anuria, che è sempre un segno di gravità.

Durante la convalescenza si eviteranno i raffreddamenti, si porterà biancheria di lana, si faranno bagni caldi e si seguiranno restrizioni alimentari solo se c'è l'albuminuria.

L'albuminuria può persistere anche molti mesi.

La somministrazione di ferro è utile finchè scompare l'anemia. R. LUSENA.

Il significato clinico del tasso dell'urea nella pratica medica.

(J. CASTAIGNE. *Journ. méd. franç.*, maggio 1936).

Il precetto fondamentale di Widal della necessità di dosare l'urea sanguigna per la prognosi di una nefrite rimane intangibile, ma l'insieme dei lavori finora pubblicati mostra che a tale cifra non va attribuito un valore assoluto dovendosi conoscerne l'esatto significato mediante altre ricerche.

Anzitutto, vi sono delle nefriti interstiziali che evolvono fino alla morte, senza provocare un eccesso di urea nel sangue, anzi coesistendo con cifre normali.

Si può inoltre rilevare un eccesso di urea nel sangue in individui che non hanno insufficienza renale nè lesionale, nè funzionale.

Vi sono poi delle iperazotemie, che oltrepassano i 3-4 grammi, le quali non soltanto non sono rapidamente mortali ma, se sono dovute ad insufficienza renale funzionale, possono scomparire abbastanza facilmente e rapidamente con una terapia adatta.

L'A. ha anche introdotto la nozione delle *azotemie da soprappiù*, cioè di quei casi in cui, all'azotemia da causa renale, si aggiunge quella dovuta ad altri fattori, come l'oliguria da qualsiasi causa, l'eccesso di alimentazione azotata, l'esagerata disassimilazione dei tessuti e la cloropenia.

Tutti questi fatti non tolgono il grande valore che ha la determinazione dell'azotemia, ma impongono la considerazione di tutte le cause che possono influire su di essa, in modo da fare la giusta parte a quella renale.

METODI CLINICI PER L'INTERPETRAZIONE DEL VALORE DELL'ECCESSO DI UREA SANGUIGNA.

I) Malati con tasso di g. 0,50-1, senza sintomi evidenti di nefrite, nè di infezioni acute o croniche.

Si tratta di quei casi che Widal e la sua scuola considerano come di azotemie iniziali o di allarme e l'A. propone di chiamare « azotemia limite ».

Si procede allora come segue. Riposo assoluto in letto con dieta ipoazotata e medio-clorurata e cura di diuresi (se non vi sono controindicazioni, come l'asistolia). Ogni minzione viene raccolta in un recipiente separato, il che permette di vedere i risultati della prova di diuresi, di prendere la densità di ogni emissione, di paragonare la diuresi notturna alla diurna e di conoscere il comportamento della diuresi delle 24 ore. Dopo 4 giorni, nuovo dosamento dell'azotemia. Inoltre, interrogatorio ed esame del malato per vedere se vi sono altri fattori in causa (cuore, fegato).

In oltre la metà dei malati dell'A., si è potuto, in tal modo, trovare delle cause extrarenali dell'azotemia per le ragioni seguenti: 1) densità molto differenti fra le diverse minzioni; 2) presenza di nicturia dovuta al fegato od al cuore (per cui la diuresi aumentava di giorno in giorno); 3) urea sanguigna diminuita al 5° giorno e nettamente al disotto di 0,50. Spesso, si è riscontrata la causa extrarenale per un abbassamento della diuresi, di origine cardiaca od epatica o dovuta ad insufficiente quantità di bevande o ad esagerata traspirazione.

Si fanno alzare i pazienti, continuando lo stesso regime e si procede ad una nuova determinazione dell'azotemia dopo altri 4 giorni. Se questa rimane uguale, si sopprime la cura di diuresi e si aumenta l'alimentazione azotata. Se una nuova determinazione, dopo altri 4 giorni, dà una quantità inferiore a 0,40, si conclude che l'azotemia è extrarenale. Nei malati in cui la diuresi non si manifesta bene, si prescriverà un altro periodo uguale per 4

giorni, fino a che non si sia ottenuta una diuresi di 2 litri.

Spesso è difficile ottenere un riposo di 8 giorni complessivi; ma si fa notare che il sacrificio non è poi grande in confronto all'importanza dei risultati. Ad ogni modo, in caso di impossibilità, si farà almeno la cura di diuresi con un regime ipoazotato e poco salato, determinando poi l'azotemia dopo 8 giorni.

Nel 40 % dei casi, l'A. ha riconosciuto la presenza di insufficienza renale per la paridensità bassa delle singole minzioni, per la scarsa concentrazione dell'urea urinaria anche nelle minzioni poco abbondanti, per il fatto che le urine del giorno erano meno abbondanti che quelle della notte.

In tali casi, il tasso dell'urea sanguigna si può abbassare dopo i 4 e, più ancora, dopo gli 8 giorni; in tal caso, si tratta di insufficienza renale funzionale. Quando invece, esso rimane costante, si deve concludere per una nefrite cronica uremigena iniziale e s'impone il regime alimentare più stretto e l'igiene generale più severa, mentre nell'insufficienza funzionale basterà una sorveglianza per impedire ricadute.

II) Azotemie elevate durante sindromi acute di origine infettiva, tossica o circolatoria.

S'impone il regime idrico, salvo nei casi di asistolia. Si raccoglieranno, anche in questi casi, le singole minzioni. L'esame della densità non ha significato perchè la presenza di albumina altera i risultati. Invece è importante la determinazione dell'urea urinaria; con cifre vicine a 40/1000, si può dire che i reni funzionano bene (l'eccesso di urea è dovuto alla diminuzione della diuresi ed alla citolisi esagerata dei tessuti); mentre se è inferiore a 20, si tratta di insufficienza renale funzionale o lesionale (presenza di elementi renali).

Se non vi è insufficienza renale, stimolare la diuresi (trattamento cardiotonico nell'asistolia, bagni tiepidi e bevande abbondanti nelle malattie acute, iniezioni di cloruro di sodio nelle intossicazioni acute con vomiti abbondanti). Quest'ultimo procedimento è utile anche nelle insufficienze funzionali delle infezioni ed intossicazioni.

Nelle insufficienze lesionali, la questione di ristabilire la diuresi domina la prognosi più ancora che il tasso dell'urea sanguigna.

III) L'eccesso di urea nelle nefriti croniche. Possono presentarsi vari casi: *a)* N. C. idropigene, degenerazioni amiloidi. In generale, non si accompagnano ad eccesso di urea sanguigna, che più che altro è dovuto alla diuresi insufficiente; *b)* Le N. C. ipertensive pure. Non si ha generalmente eccesso di urea sanguigna; spesso, però, l'iperazotemia è mascherata e basta diminuire la diuresi od aumentare l'azoto nell'alimentazione per vedere comparire cifre di 1 grammo ed oltre; in tali malati, generalmente, si ha una bassa concentrazione di urea nelle urine; *c)* N. C. uremigene, in cui la cifra dell'urea sanguigna ha la massima importanza, dopo però che si è tolta quella eventuale dell'azotemia da soprappiù, di cui sopra si è parlato.

L'interpetrazione clinica di un'azotemia nel malato con segni clinici di uremia ipertensiva od uremigena va quindi diretta con i seguenti criteri.

1) Azotemia normale nella sindrome ipertensiva. Per 2 giorni soltanto, restrizione dei liquidi ed alimentazione più ricca in azoto. Si osserva paridensità bassa delle urine frazionate ed al terzo giorno l'azotemia sale da 0,50 ad 1 g. ed oltre. Si tratta di azotemia mascherata; la prognosi, più che sul tasso dell'urea, si basa sullo stato delle arterie ed il malato, più che dall'uremia, è minacciato dall'emorragia cerebrale.

2) Azotemia-limite, con i segni classici di nefrite interstiziale. Comportarsi come sopra ad 1).

3) Iperazotemia manifesta (p. es., 3 grammi). Ricercare l'eventuale azotemia da soprappiù. Se il malato ha vomiti o diarreé abbondanti ed è sottoposto da tempo al regime aclorurato, tentare, *con prudenza*, la cura di reclorurazione che, in qualche caso abbassa l'azotemia al disotto di un grammo. Se non si trovano cause di azotemia da soprappiù, mettere il malato a regime di acqua e frutta e riposo assoluto; al V giorno, nuova determinazione dell'azotemia. Se si ottengono cifre basse, si tratta di malati che non avevano un regime abbastanza stretto o che si stancavano troppo; essi potranno avere una certa sopravvivenza purchè si sottopongano ad un regime molto severo.

Se la cifra dell'azotemia non muta, si tratta di malati minacciati da accidenti uremici gravi quando facciano qualche piccolo scarto di regime. Se poi l'azotemia aumenta, la malattia è arrivata allo stadio di disassimilazione e la morte si avrà entro giorni o settimane.

fil.

Rottura spontanea della vescica.

(Samul Soifer. *The urologic and cutaneus Rewiew*, marzo 1936).

I casi di rottura spontanea della vescica finora pubblicati non sono molti.

Il termine di rottura spontanea deve attribuirsi a quei casi in cui manca un *trauma proveniente dall'esterno*.

La rottura spontanea della vescica può essere dovuta ad uno sforzo eccessivo durante la defecazione o il parto o *nell'atto di mingere*.

Le contrazioni muscolari, agendo bruscamente sulle pareti vescicali distese e per questo alterate, possono essere causa di rottura spontanea.

La diagnosi di rottura spontanea della vescica non è sempre facile a farsi, tanto più che i segni clinici differiscono a seconda della forma se *intraperitoneale* o *extraperitoneale*.

In tutti e due i casi sono presenti uno o più di questi sintomi: *disuria*, *pollachiuria*, dolore *al basso ventre* e infine la *tossiemia* dovuta all'assorbimento di tossine dell'urina infestata

Nella forma intraperitoneale prevalgono i sintomi di *peritonite* localizzata o diffusa, mentre la forma *extraperitoneale* può presentarsi obbiettiva sotto forma di una tumefazione del basso ventre.

Da quanto detto bisogna pensare alla rottura spontanea della vescica in casi in cui è presente una disuria con ostacolo uretrale e distensione o che presentano fatti di peritonite senza che si osservi una tumefazione soprapubica.

La cura è sempre chirurgica e deve essere quanto più è possibile precoce. L'A. riporta un caso personale. Si tratta di un malato entrato all'ospedale in ritenzione completa acuta, il quale non solo aveva rifiutato la cistotomia d'urgenza, ma si era opposto all'operazione al secondo giorno con la scusa di sentirsi meglio nonostante non avesse più urinato attraverso l'uretra. Operato in terza giornata l'A. trovò una inondazione peritoneale di pus e di urina.

SCANDURRA.

ORGANI DI MOVIMENTO.

Lesioni minori dei muscoli e delle articolazioni.

(W. ELDON TUCKER. *Practitioner*, aprile 1936).

L'esperienza ci ha insegnato che la riparazione naturale delle strutture lesionate è spesso in eccesso per un completo e precoce ristabilimento funzionale dei tessuti. Il riposo assoluto e l'inattività fanno sì che la natura compie indisturbata i suoi metodi col risultato che spesso come conseguenza della più banale lesione si hanno delle inabilità e delle storpiature. Deve quindi essere cura del pratico di guidare e regolare gli sforzi della natura secondo una giusta direzione.

Non si deve dimenticare che il rigonfiamento dei tessuti, come risultato di lesioni, ha una duplice origine e che il trattamento deve tener conto di questo. Anzitutto la lesione del muscolo o dell'articolazione provoca tutti i fenomeni dell'infiammazione non batterica: dilatazione dei vasi vicini, rallentamento della corrente sanguigna con essudazione di linfa e di siero; a questa condizione va riserbato il nome di versamento traumatico. Purtroppo, però, una lesione anche banale può provocare la rottura di qualche vaso, sicchè si ha una forte effusione di sangue nei tessuti; questa è spesso consecutiva a colpi del tutto banali sulle natiche, sulla coscia, sul polpaccio e può avere come conseguenza, oltre ad un forte dolore, le peggiori complicazioni di invalidità. Il sangue effuso nei tessuti si comporta come un corpo estraneo e tende ad aumentare i fenomeni dell'infiammazione. Il destino di tale effusione può essere vario:

1) Riassorbimento totale senza conseguenze e la terapia deve tendere a questo;

2) Aumento di temperatura provocato dal riassorbimento;

3) Riassorbimento parziale, mentre il rimanente provoca una reazione fibrosa dei tessuti e conseguente formazione di adesioni ed aderenze dei tessuti vicini;

4) L'emorragia può diffondersi a strutture più o meno lontane, provocandovi aderenze, inspessimenti dolorosi, con conseguente dolore e limitazione di movimento.

5) I muscoli circostanti si fanno atrofici ed atonici; effetto dovuto in parte al meccanismo nervoso dei muscoli stessi, in parte alla distensione dei tessuti per l'emorragia ed anche ad effetti tossici sulle terminazioni nervose;

6) L'ematoma può infettarsi formando un ascesso nella compagine del muscolo, condizione che si verifica più facilmente in pazienti con sepsi focale (denti, tonsille, intestino infetto, diabetici);

7) In vicinanza di un osso, l'emorragia può venire invasa da osteoblasti e si può sviluppare una miosite ossificante;

8) Attorno all'emorragia può svilupparsi un areazione fibrosa e formarsi quindi un ematoma incistato;

9) È stato anche osservato lo sviluppo di un sarcoma specialmente dopo lesioni che avevano provocata emorragia.

LE BASI DEL TRATTAMENTO.

Vanno anzitutto distinti i due casi dell'estesa emorragia per rottura di un vaso e quello in cui il rigonfiamento è dovuto soltanto all'essudazione; spesso, però, si combinano le due condizioni.

Nel primo caso, come si è detto il sangue agisce da corpo estraneo ed è interesse di eliminarlo, il che si può fare in due modi:

1) Mediante aspirazione od evacuazione del coagulo. In molti casi, si può fare l'aspirazione con un ago a lume largo, ma se il sangue è ormai coagulato, è necessaria una piccola incisione, da farsi con le maggiori cautele asettiche e con anestesia locale. Può essere necessario attendere alcuni giorni perchè la raccolta sia ben delimitata.

2) Aumentando e facilitando l'assorbimento. Questo può ottenersi con i mezzi seguenti: *a*) Riposo, che non deve essere assoluto, ma permettere dei lievi movimenti, senza portare il peso (del corpo); *b*) Contrazioni muscolari deboli mediante la corrente faradica; *c*) Calore, radiante od infrarosso; antiphlogistine; *d*) Mas-

saggio; purchè l'emorragia non sia vicina all'osso deve essere il più profondo possibile allo scopo di aumentare l'area di assorbimento; *e*) jonizzazione e diatermia; *f*) compressione mediante lana e fasciatura.

Quando il rigonfiamento sia essenzialmente dovuto all'essudazione, per prevenire la formazione di aderenze e l'atrofia muscolare, si adotteranno i mezzi seguenti: *a*) Saldo sostegno della parte lesa specialmente se si permettono dei movimenti con supporto di peso; questi, però, non si faranno se vi è versamento sinoviale, fino a che esso non sia assorbito; *b*) Lievi movimenti, con o senza supporto di peso, da farsi spesso, ma per brevi periodi nella giornata; *c*) Graduali contrazioni muscolari con la corrente faradica; *d*) Massaggio, incominciando con lo sfioramento; *e*) Calore, infrarosso o radiante; *f*) ponizzazione o diatermina.

Nel caso che la lesione sia spesso ricorrente o non guarisca bene col trattamento, si deve pensare alla possibilità di sepsi focale, specialmente nel caso del « gomito da tennis », nella tenosinovite degli estensori del pugno e negli sforzi del tendine d'Achille.

Per quanto riguarda più propriamente i *muscoli*, si osserva quanto segue:

1) Distensioni muscolari. Il muscolo è stato disteso oltre i limiti dell'elasticità, oppure un movimento inaspettato lo ha disteso prima che avesse il tempo di contrarsi. Evitare la tensione, sostegno della parte, corrente faradica, massaggio e lievi movimenti daranno in pochi giorni la guarigione.

2) Strappamento di poche fibre. Aspirazione se vi è ematoma; trattamento come sopra, salvo che la tensione dovrà essere evitata per un periodo di almeno 3 settimane.

3) Tenosinovite, che si osserva specialmente al pugno ed alla caviglia. Calore, massaggio corrente faradica, diatermia, jonizzazione. Si devono evitare ad ogni costo le aderenze del tendine e delle sue guaine; se tale complicazione è già avvenuta, occorrono parecchie settimane di cura meticolosa. Questa può farsi con la distensione passiva del muscolo alla massima estensione, provocando subito dopo la contrazione mediante una forte corrente faradica. Utile è anche combinarvi il massaggio profondo e la jonizzazione. Verso la fine della cura, il paziente può avvertire un forte dolore, per la rottura delle masse fibrose e la presenza di piccoli frammenti fra il tendine e le sue guaine. Vi è anche un tipo di tenosinovite associata con distensione frequente e focolai settici; si ha particolarmente per gli estensori del carpo e del pollice.

Le *lesioni articolari* possono essere le seguenti:

1) Lesioni sinoviali. Differiscono da quelle puramente legamentose per la presenza di un eccesso di liquido endoarticolare. Sono spesso associate con distensione dei legamenti; il versamento può essere sanguinolento e richiedere l'aspirazione; nel caso del ginocchio, questa si farà dalla parte esterna della sacca sopracondilare. Si impedisce in tal modo, la deposizione di cenci granulari di fibrina e la conseguente capsulite cronica. L'irrigidimento articolare e l'atrofia muscolare si prevengono facendo lievi movimenti senza supporto di peso, con le contrazioni muscolari graduali, il calore ed il massaggio, la jonizzazione e la diatermia.

2) Lesioni dei legamenti. Vi è dolorabilità generale sulla linea dei legamenti con dolore alla distensione passiva, senza eccesso di versamento sinoviale. Specialmente frequenti al ginocchio ed alla parte laterale esterna della caviglia. Il trattamento consiste in un buon supporto, nelle contrazioni muscolari graduate, calore e massaggio, jonizzazione e diatermia. È importante l'evitare la contrazione del legamento con limitazione del movimento e la formazione di inspessimenti dolorosi, dovuti alla diffusione del versamento.

3) Distensioni articolari croniche. L'articolazione tende a diventare rigida ed i muscoli circostanti atrofici. Per la rigidità (dopo controllo radiologico per riconoscere l'eventuale esistenza di una frattura o di una malattia attiva), manipolazioni forzate sotto anestesia, seguite dal calore, massaggio e graduate contrazioni muscolari.

Contro l'atrofia muscolare, esercizi, contrazioni muscolari mediante la corrente faradica, calore e massaggio. Ogni articolazione dipende dai suoi muscoli per la stabilità e se questi sono atrofici ed atonici, l'articolazione tende alle distensioni od a dare movimenti improvvisi ed inattesi, sicchè delle strutture importanti, come la fibrocartilagine endoarticolare, possono essere strappate o staccate. Per mancanza di apprezzare alla giusta misura l'importanza del controllo dei muscoli, si possono quindi avere delle lesioni gravi.

Se non è possibile fare il trattamento elettrico, si potranno comunque prevenire le complicazioni con l'uso dei bagni di contrasto (docce alternate) e di adatti esercizi secondo le direttive accennate.

Si tenga ad ogni modo presente che, nelle lesioni minori, è un errore il prescrivere il riposo completo e che, ad ogni modo, è conveniente fare una radiografia se la lesione è in vicinanza dell'osso. *fil.*

L'artrite secca dell'anca.

(J. SÉDILLOT. *Journal des praticiens*, 6 giugno 1936).

Un recente lavoro (1934) di Weissenbach e Françon dimostra perentoriamente l'erroneità delle vedute sul *morbus coxae senilis* che per un mezzo secolo è stato considerato dapprima come una monoartrite e poi un'affezione spe-

ciale, autonoma, distinta dal reumatismo cronico mentre esso va incluso, secondo la concezione dei classici, fra le manifestazioni del reumatismo cronico. Su 32 casi di artrite secca, di fatto, detti autori hanno osservato soltanto uno con monoartrite; in 18 casi le manifestazioni associate del reumatismo cronico avevano preceduto l'artrite dell'anca; in 18 casi, vi erano più di 4 articolazioni interessate che per ordine di frequenza erano: dita, ginocchia, anca opposta, colonna lombare, dita dei piedi. Purtroppo le diverse teorie fin qui sostenute invocano dei fattori che non sono affatto determinanti, ma soltanto accessori, in certo modo localizzatori ed i procedimenti che agiscono contro di essi sono evidentemente destinati all'insuccesso.

Quando un malato è affetto contemporaneamente di artrite secca dell'anca e di reumatismo cronico deformante ed anchilosante del polso, presenta in verità due artriti clinicamente molto differenti, ma il buon senso deve indurre a pensare che sono dovute ad una stessa causa e che soltanto la fisiologia particolare di ogni articolazione comanda la forma clinica.

Il polso, di fatto, è un'articolazione di mobilità pura, a capsula lassa, con numerosi recessi della sinoviale e le cartilagini articolari non devono subire nessuna pressione.

L'anca, invece, è dal punto di vista fisiologico un'articolazione del tutto diversa. È una articolazione di sostegno, a capsula serrata, senza recessi. Le cartilagini articolari, specialmente quella che riveste la parte apicale della testa del femore e la parte corrispondente del cotile sono, fra tutte le cartilagini articolari, quelle che devono sostenere la massima pressione per centimetro quadrato.

In un'articolazione normale, la sinovia è un lubrificante perfetto che permette alle cartilagini articolari — tessuti fragili e mal nutriti — di esercitare senza usura le loro dure funzioni. Nell'artrite dell'anca, la sinovia non è più normale ed il termine di « secca » lo indica nettamente; a causa del reumatismo cronico, la sinovia contiene dei precipitati (sali di calcio, urati) che agiscono al pari dello smeriglio nelle sfere di un meccanismo, intaccandole. In un'articolazione come il polso, di pura mobilità, i precipitati possono accumularsi e si formano le nodosità del reumatismo cronico ad aspetto tumorale, con perdita dei movimenti per ingombro articolare e finalmente anchilosi. In un'articolazione di sostegno, come l'anca, sottoposta a forte pressioni, tali precipitati provocano rapidamente l'usura delle cartilagini articolari incominciando dai punti sottoposti alle più forti pressioni; donde l'usura rapida di certe zone, sempre le stesse; aumento del « giuoco » articolare, non mai anchilosi, ma piuttosto tendenza alla sublussazione. L'adduzione limitata nel *morbus coxae senilis* è dovuta alla contrazione muscolare e non finisce mai in anchilosi.

Sono soprattutto due lesioni che l'uso e l'abuso dei raggi X ha messo in primo piano in questa malattia e l'hanno fatta ritenere un'affezione speciale: l'osteolisi della testa femorale e gli osteofiti al contorno delle cartilagini articolari, lesioni che sembrano opposte. Ora l'*osteolisi* si produce perchè quando la cartilagine è logorata, l'osso sottogiacente non è più nutrito e muore. Con il logorìo della cartilagine, poi, l'articolazione si trova decentrata e la cartilagine è sottoposta a spinte tangenziali alla superficie che tendono a scollarla dall'osso; la faccia profonda, periostica continua a fabbricare dell'osso, donde la formazione degli *osteofiti*.

Le particolarità radiologiche del *morbus coxae senilis* appaiono quindi evidentemente dovute alle caratteristiche dell'articolazione, ma il processo originario è sempre lo stesso del reumatismo cronico.

Ne viene la deduzione pratica, per la cura, di una terapia di disintossicazione, che dà spesso buoni risultati non soltanto nei casi di reumatismo cronico diatesico, ma anche in tutte le « miserie » dell'artritismo, che derivano dalla flocculazione sanguigna dell'acido urico: gotta, asma, eczema, orticaria.

Invece, le conseguenze delle antecedenti vedute che facevano del *morbus coxae senilis* una malattia a sè erano disastrose per la terapia, in quanto che se ne concludeva che la medicina generale è quasi disarmata di fronte a tale malattia, mentre non si trovava salvezza che nella foratura della testa femorale, che viceversa dà spesso degli insuccessi ed anche quando dà dei successi questi sono più apparenti che reali.

In base a queste considerazioni, l'A. arriva alle seguenti conclusioni pratiche per la cura dell'artrite secca dell'anca.

1) Sottoporre il malato per i 2 primi mesi ad una cura di disintossicazione artritica severa, che ha di mira specialmente l'insufficienza ureopoietica e proteopessica del fegato, lo stato di iperuricemia del malato in modo da evitare nel suo sangue un eccesso di flocculazioni di acido urico. Dopo il II mese, un regime meno severo di mantenimento da continuarsi a lungo.

2) Provocare con tutti i mezzi possibili l'iperemia nell'articolazione malata, il che contribuirà alla sua restaurazione. L'A. trova molto utile la rivulsione ignea ripetuta, fatta ogni 15 giorni circa al davanti ed al didietro del gran troncatere. Beninteso possono anche applicarsi tutti i consueti mezzi crenoterapici e fisioterapici.

3) Infine è della massima importanza che il malato che si trascina penosamente con dei bastoni, faccia dell'esercizio muscolare e faccia pertanto lavorare l'articolazione malata, ma *evitando che le cartilagini già compromesse*

abbiano a subire la minima pressione. A tale scopo, la bicicletta è lo strumento ideale di meccanoterapia.

L'A. ha fatto imparare a montare in bicicletta a vecchi di 70 anni e più, che erano confinati nella camera da oltre un anno e che hanno così potuto fare vari chilometri. In bicicletta, l'anca non lavora più che come una spalla; tutto il peso del corpo poggia sugli ischi e l'anca che lavora soltanto per muovere il pedale non è più un'articolazione di sostegno; lavora soltanto per iperemizzarsi e non si logora più.

Occorre una bicicletta da donna, con piccolo sviluppo, con una sella bassa in modo da riprendere facilmente il contatto col suolo con la gamba sana. È bene che i pneumatici siano del tipo «ballon» e poco gonfiati. Per quelli che non possono avventurarsi in bicicletta per le strade, è consigliabile l'esercizio con una bicicletta fissa. *fil.*

La ganglionectomia nella cura della poliartrite grave e dell'osteoartrite.

(A. YOUNG. *Brit. Med. Journ.*, 22 agosto 1936).

Ci sono alcune forme di artrite (o primaria reumatoide, o osteoartrite primaria o secondaria) in cui non si ottengono miglioramenti colle cure comuni e la loro proporzione è di circa il 10 % delle forme di artrite. Secondo l'A. i medici devono in questi casi rivolgersi ai chirurghi per poter dare un sollievo ai malati.

Egli già in due casi di poliartrite reumatoide cronica aveva ottenuto ottimi risultati dalla ganglionectomia lombare.

Al recente Congresso Internazionale di Chirurgia al Cairo si discusse l'argomento in cui l'A. riferì su 6 casi con risultati brillanti.

Il primo caso operato di ganglionectomia da Adson risale al 1928 (e l'intervento era stato fatto nel 1926). Sei casi pubblicarono Rowntree e Adson nel 1929.

Fraser nel 1931 ebbe successo con la ganglionectomia cervico-toracica in un caso di poliartrite degli arti superiori.

Il meccanismo col quale la ganglionectomia agisce non è chiarissimo. Si può supporre che l'aumento dell'apporto sanguigno agli arti ha la parte più importante. Certamente c'è anche un elemento trofico nella produzione dell'artrite cronica e sul meccanismo di azione bisogna pensare a qualcosa che oltrepassa i semplici fenomeni locali, perchè si sono avuti dei miglioramenti degli arti superiori anche per ganglionectomia lombare.

Già tempo fa il Leriche aveva osservato che anche la simpatectomia periarteriosa eseguita su un arto ha prodotto effetti anche sull'altro arto. La simpatectomia, si sa, provoca diminuzione del numero delle emazie e dei leucociti (specialmente dei polinucleati).

Forse la ganglionectomia agisce provocando la liberazione di sostanze adroenergiche e può darsi che queste abbiano azioni sui tessuti articolari e periarticolari.

Nei sei casi che l'A. ha comunicato al Congresso del Cairo, si trattava di malati che non potevano alzarsi dal letto, che oltre ai dolori avevano anche fenomeni spastici e qualcuno aveva anche tumefazione di varie articolazioni. In tutti fu fatta la ganglionectomia bilaterale, e in tutti si ebbe scomparsa dei dolori e scomparsa degli spasmi. Nessuno di questi malati è peggiorato dall'epoca dell'intervento (e il primo caso fu seguito per 4 anni).

Un settimo caso operato quest'anno pure dall'A. non ha dato che un miglioramento transitorio della malattia, mentre un ottavo caso recentissimo ha dato ottimi risultati postoperatori.

In tutti i casi in cui fin'ora si è applicata la ganglionectomia si trattava di casi di lunghissima durata, in cui si può anche pensare che la fase attiva della malattia fosse esaurita. Per questo l'A. crede che meriti servirsi di quest'intervento anche precocemente per vedere se agisce favorevolmente anche a malattia appena iniziata. R. LUSENA.

DIVAGAZIONI

La menopausa maschile.

La sindrome completa della menopausa maschile è assai rara, mentre molto più frequenti sono le sindromi incomplete, fruste. Georges Richard (*Revue méd. Nancy, Journal des praticiens*, 1936), ricorda che la sindrome può interessare quasi tutti gli apparati: in ordine di frequenza; l'apparecchio circolatorio, il digestivo, il respiratorio, il sistema nervoso, gli organi dei sensi, l'apparato genito-urinario.

Apparato respiratorio: si può osservare l'aritmia respiratoria, isolata o complicata ad extrasistole, d'origine il più spesso digestiva. Le estrasistoli possono accompagnarsi a vertigini, in genere leggere, brevi. In un grado elevato, l'estrasistole può portare a sincope, con un meccanismo analogo a quello che si verifica nella bradicardia permanente. Non è rara vederla nei costipati, ad es., nell'evacuare: in genere al cessare della sincope si ha una crisi sudorale. Frequenti sono le eclissi cerebrali ed amaurotiche. Altro sintoma di distonia vegetativa a predominio vagale è l'instabilità tensionale (instabilità tensionale della cinquantina, del Dumas). Disturbi circolatori delle estremità possono giungere finó all'asfissia.

Apparato digestivo: può presentarsi aerofagia a tipo dispnoico od anginoso. Talora singhiozzo in occasione di bibite calde od alcooliche. Non sono rari, dopo emozioni o stanchezza eccessiva, vomiti a tipo bilioso o ipersecretivo gastrico. Fra i 45-55 anni, frequenti sono le crisi emorroidarie, che scompaiono generalmente una volta sorpassato il climaterio.

Sistema nervoso: psicologia bene analizzata dal Marañon: tristezza profonda, fatta di di-

sarmonia fra l'appetito sessuale conservato e la riconosciuta diminuzione dell'attitudine genitale; capovolgimento psichico che porta in questa età o alle follie amorose od alle grandi conversioni. Altri piccoli sintomi sono: sensazione subiettiva curiosa dell'*ansietà al crepuscolo*, caratterizzata da un sentimento inesplicabile di depressione e di tristezza che aumenta a mano a mano che la luce decresce, e scompare appena il soggetto è esposto alla luce artificiale viva. Spesso si ritrova una instabilità emozionale che trasforma soggetti ponderati, equilibrati, in nervosi irritabili, sensibili alle minime impressioni, esitanti. L'instabilità vasomotoria raramente si avverte nell'uomo sotto forma di vampate come nella donna.

Apparato respiratorio: frequenti sono le crisi di starnuti, senza secrezione, in genere alla fine di pasti, specie se questi sono abbondanti e ricchi di bevande alcooliche. Più rare ancora le crisi di rinite spastica con idrorrea nasale. Talora si assiste a vere crisi asmatiformi.

Apparato genito urinario: in certuni, ipereccitabilità sessuale a crisi che contrasta frequentemente con la riduzione dell'attitudine genitale. Spesso ipereccitabilità della mucosa urinaria, con pollachiuria con spasmi sfinterici, che portano a ritardo della minzione od irregolarità di vuotamento della vescica.

Forme cliniche: la sindrome non si ritrova mai al completo. Quasi sempre la deficienza anteriore di un organo crea la predisposizione della localizzazione. Nei due quinti dei casi del Dumas si trattava della forma circolatoria (instabilità circolatoria tensionale, estrasistoli, vertigini, sincopi); un quinto dei casi erano degli psichici (instabilità emozionale, tristezza senza causa, psicastenia, modificazioni del carattere). Altrettanti malati accusavano manifestazioni digestive (aerofagia, singhiozzo, vomito).

Un quinto presentava disturbi respiratori, o genito-urinari, o isolati (crisi sudorali o crisi emorroidarie).

MONTELEONE.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Proff. G. FUMAROLA e G. MÒGLIE. *La terapia delle malattie nervose e mentali.* Volume di 760 pagine con 47 illustrazioni. Editore L. Pozzi, Roma 1936. Prezzo L. 75.

Il libro dei proff. Fumarola e Mòglie, sulla terapia delle malattie nervose e mentali, riassume in sè, attraverso anche l'opera di valenti Collaboratori, quanto di meglio l'alta autorità e la larga esperienza della Scuola romana, che ha vantati nomi insigni quali Mingazzini e De Sanctis, ha loro appreso.

L'opera avrà certamente la più grande accoglienza nel mondo degli studiosi e dei pratici, non solo per il suo intrinseco valore, ma anche perchè non raramente la terapia delle malattie nervose e mentali è trascurata, e troppo spesso, perchè si parte dal falso presupposto dell'incurabilità del maggior numero dei morbi di questo capitolo, in quanto si ignora quanto pure di utile e proficuo in questo campo può e deve essere fatto.

Dopo una parte generale introduttiva, in cui bene e chiaramente sono descritte le singole tecniche di piccoli interventi diagnostici e terapeutici, quali le punture craniche, lombari, della cisterna, ecc., trova una particolarmente ampia e completa trattazione il capitolo, forse più moderno, della terapia del sistema nervoso: la piretoterapia, di cui sono partitamente trattati i diversi agenti e di cui è studiato il complesso e sempre discusso meccanismo patogenetico.

Della Marconiterapia, si accenna fra i mezzi fisici, capitolo, anche questo, assai ampiamente svolto.

Segue la trattazione delle applicazioni Roentgen e radiumterapiche in neurologia, una rassegna dei diversi mezzi farmacologici di cui il medico dispone in questo campo, ecc.

Ma dove l'opera, che è chiusa da un'ottima appendice sulla Chirurgia del sistema nervoso, raggiunge la maggiore originalità, è nella trattazione della terapia delle malattie mentali, che è certamente la parte più ignorata dal medico pratico e di cui, sia pure sotto la modesta forma di persuasione, rieducazione dei nevropatici, isterici ecc., quasi quotidianamente si presentano al medico occasioni di utili applicazioni.

L'opera risulta nel suo insieme quanto mai unitaria ed organica, originale nella sua concezione e moderna impostazione. Anche dal punto di vista tipografico l'Editore ha fatto opera veramente degna e siamo sicuri che del bel volume dei proff. Fumarola e Mòglie, che oggi esce, potremo presto riparlare in occasione di nuove edizioni.

CESARE FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

P. Croveri. *Patologia tropicale e parassitaria.* Vol. I: *Malattie da protozoi dell'uomo e degli animali.* Torino, Coop. libri del G. U. F. e Sten; 1936. L. 55.

Premessi alcuni cenni di climatologia tropicale e dei suoi rapporti con la patologia coloniale, in questo primo volume l'A. tratta le malattie dei flagellati dell'uomo e degli animali (Leishmaniosi e Tripanosomiasi). Sono passate in rassegna quindi le spirochetosi e malattie affini (febbre gialla, dengue, febbre da pappataci), amebiasi, ecc. e per ogni gruppo di malattie, allo studio delle quali tanto validamente hanno contribuito autori italiani, oltre l'etiopatogenesi, la clinica, l'epidemiologia, la terapia sono indicati i migliori metodi di ricerca che meglio rispondono nella pratica corrente.

Sopratutto interessante appare la trattazione delle protozoosi degli animali domestici e selvatici, che l'A. competente anche in medicina tropicale veterinaria, fa seguire, in ogni capitolo, alle umane, allo scopo di meglio evidenziare le loro interdipendenze e delucidare così l'importantissima questione dei serbatoi di virus.

L'esposizione dotta, convincente, piana, è completata da una ricca iconografia quasi tutta originale e da una aggiornatissima bibliografia, sì che questo volume rappresenta quanto di meglio si possa desiderare in argomento e senza dubbio riuscirà di grande utilità a tutti coloro, sia medici che studenti, che intendano dedicarsi alla medicina coloniale.

C. F.

M. Journé, P. N. Deschamps. *Manuel de Pathologie médicale.* Vol. in-8° di pag. 1702. Masson et C.ie, Paris, 1936. Fcs. 90.

Come recenti manuali italiani, questo che è alla terza edizione, raduna ed ordina in concisi, schematici paragrafi le nozioni di patologia medica necessarie allo studente. Ogni singolo capitolo è aggiornato ed è armonicamente proporzionato all'interesse dell'argomento. Descrizioni semplici delle malattie secondo una precisa direttiva: definizione, sintomi, diagnosi, etiologia, patogenesi, complicazioni, cura, che condensa in poche righe quanto è necessario conoscere per appressarsi al letto del malato.

Superfluo aggiungere che in questa nuova edizione metodi di esplorazione e metodi curativi recentissimi sono chiaramente ricordati e descritti.

Delle 1702 pagine, 294 sono dedicate alle malattie infettive e parassitarie, 281 alle affezioni dell'apparato respiratorio, 304 all'apparato digestivo, 240 al circolatorio, 67 all'urinario, 94 al locomotore, 83 agli organi ematopoietici e sangue, 61 alle ghiandole endocrine, 62 alle diatesi ed alle carenze, 180 al sistema nervoso.

Monteleone.

Olmer, Buisson, Audier. *Les interventions de pratique médicale courante.* Vol. in-8° di pag. 160. G. Doin, Paris, 1936. Fcs. 15.

Sia che si tratti di una delle numerose piccole manualità cognite talora più ai non medici che ai laureati in medicina, sia che si tratti di manualità più complesse, quali l'intubazione o la puntura sottooccipitale, non sono rare le volte in cui il pratico messo nella necessità della loro immediata applicazione si trova nell'impossibilità di eseguirle per non averne apprese le esatte modalità di esecuzione. Questo libretto cerca di porre nelle mani del giovane medico una guida facile, chiara, completa. Esso è pertanto un libretto prezioso e per convincersene basta scorrere l'elenco degli argomenti trattati: dalla tecnica delle iniezioni sottocutanee, alle intramuscolari, alle intravenose; dalla puntura della pleura alla puntura lombare o del pericardio o della milza, od addominale. Dalla trasfusione sanguigna alla cutireazione, alla tracheotomia, al pneumotorace artificiale, all'ossigenoterapia, ecc.

Completa la descrizione tecnica di ogni piccolo intervento, un accenno alle indicazioni, alle controindicazioni. Il libretto, ben accetto dagli studenti, non sarà disdegnato dai medici anche anziani.

Monteleone.

Lehrbuch der inneren Medizin. III edizione. Due voll. in-8° di complessive pagg. 1780, con 324 figg. J. Springer ed., Berlin, 1936. Prezzo RM. 46 (rileg. 52).

A soli due anni dalla seconda, si pubblica ora la terza edizione di questo trattato, segno evidente del favore con cui è stato accolto e che realmente merita. Esso è dovuto alla collaborazione di 15 autori diversi ad ognuno dei quali è stata affidata la parte in cui avevano una particolare competenza.

L'indirizzo è rimasto immutato, con la trattazione clinica basata sulle nozioni di fisiopatologia, mettendo in rilievo il disturbo di funzione in modo che esso serva come punto di partenza per lo studio della malattia; ampiamente svolta è la parte terapeutica. In omaggio all'indirizzo odierno della Germania, vi è anche un capitolo sulla patologia ereditaria nelle malattie interne (R. Siebeck). Precede una introduzione dello stesso autore che mette in rilievo con senso profondamente umano quello che è il malato, designando poi i compiti e la missione del medico.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Facciamo seguire l'elenco dei singoli capitoli con i nomi dei relativi autori. La dottrina delle malattie infettive (R. Doerr). Patologia e terapia delle mal. infettive (R. Staehelin). Malattie del circolo e del mediastino (P. Morawitz). Mal. degli organi respiratori (H. Assmann). Mal. degli organi digerenti (W. Stepp). Patologia del diaframma (H. Eppinger). Mal. del fegato e delle vie biliari (G. v. Bergmann e F. Stroehe). Mal. del pancreas (G. Katsch).

Mal del ricambio idrico e salino, delle vie urinarie e dei genitali maschili (H. Straub). Mal. del ricambio e nutrizione (E. Grafe). Mal. delle ghiandole endocrine (H. Eppinger). Mal. degli organi di movimento (H. Assmann). Mal. del sangue ed organi emopoietici (A. Schittenhelm). Mal. nervose organiche (Fr. Hiller). Neurosi (R. Siebeck). Intossicazioni (P. Morawitz). Mal. da cause fisiche (G. Katsch). Lesioni da sostanze radioattive (A. Schittenhelm).

Da ultimo un bel capitolo sulla terapia generale (H. Bohnenkamp).

I capitoli più rimaneggiati in confronto della precedente edizione sono quelli sugli organi respiratori, sulla nutrizione e ricambio e sugli organi di movimento. *fil.*

P. NOBÉCOURT. *Clinique Médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines.* Masson & C., Paris, 1936. Fr. 60.

L'A. pubblica in questo volume una seconda serie di lezioni, facendo seguito a quelle edite nel 1926. Si tratta di argomenti di alto interesse, per la frequenza con la quale nell'età infantile si riscontrano tali sindromi.

E poichè la soluzione dei problemi clinici, etiologici, patogenetici e fisiologici ad esse legati presuppone una conoscenza perfetta della semeiologia, l'A. insiste giustamente sulla descrizione dei caratteri morfologici e antropometrici, e traccia con completezza le linee per l'esame clinico metodico, corroborato dalle ricerche radiologiche e biologiche.

Interessanti, tra le altre, le lezioni sulle deviazioni staturali, quelle sulla pubertà patologica, sull'acondroplasia e il rachitismo della media infanzia, sulle sindromi basedowiane, sull'obesità, sul ginandrismo e il genito-surrenalismo.

La consueta ricchezza di figure e di radiogrammi costituisce anche in questo volume un pregio indiscusso, per l'esatta e rapida comprensione degli argomenti anche i più difficili.

M. FABERI.

E. ROYER DE VÉRICOURT. *Le syndrome endocrino-hépato-myocardique.* Un vol. in-8° di pag. 144; Masson et C.ie, Paris, 1936. Fcs. 25.

Il sottotitolo del libro « sur un aspect de cirrhoses pigmentaires » indica l'essenza del lavoro. Con l'acuta analisi dei sintomi osservati in alcuni pazienti affetti dal cosidetto diabete bronzino, con l'esame dei casi dagli altri studiosi pubblicati, l'A. è tratto ad ammettere e ad isolare, nel campo della « cirrosi pigmentaria », una particolare sindrome risultante dall'associazione dei seguenti elementi: aplasia endocrina molteplice, epatite cronica diffusa, emosiderosi viscerale diffusa, insufficienza miocardica grave. L'A. descrive i caratteri particolari dell'insufficienza cardiaca, della miocardia nervoso-endocrina, nel senso del Laubry, della sindrome poliglandulare (diabete, melanodermia, atrofia testicolare, ecc.), l'emosiderosi.

Si tratta di modalità cliniche che pongono sotto una particolare luce ed aspetto la cirrosi bronzina: nel suo quadro clinico l'elettrocardiografia, l'esame clinico del cuore, fanno porre in prima linea la miocardia endocrina, le relazioni strette non solo cardioepatiche, ma del sistema cardioepatico stesso col pancreas (la cui importanza nella regolazione del metabolismo del ferro è nota), colle surrenali, con il testicolo, con l'ipofisi, ghiandole tutte che nelle osservazioni dell'A. risultano sempre alterate.

Lavoro originale, ricco di apporti positivi, consolidato da una vasta bibliografia.

MONTELEONE.

F. MARTINEZ, I. BERCONSKY. *Aparato respiratorio.* Vol. di 183 pag. con 170 figure; Editor « El Ateneo », 1936, Buenos Aires.

Circoscritto al solo apparato respiratorio questo libro di semeiologia fisica e funzionale, risulta un complesso ben organizzato di piane nozioni esposte con quel linguaggio familiare ma tecnico, tanto caro agli studenti. Aggiungiamo inoltre due fatti: anzitutto la deliberata eliminazione di ogni citazione bibliografica nonchè di quasi tutti i nomi che usualmente sogliono aggregarsi ai singoli sintomi, nomi che già di per sè obbligano lo studente ad un particolare esercizio mnemonico. In secondo luogo mettiamo in evidenza nel libro di Martinez e Berconsky la limitazione dell'esposizione delle teorie patogenetiche di questo o quel suono, di questo o quel rumore ecc., alle più universalmente accettate.

Impiantato così un trattatello di semeiotica, non se ne discute la grande utilità pratica: se a questo poi aggiungiamo 170 figure e schemi su 280 pagine complessive, figure e schemi in gran parte originali, abbiamo una idea della realizzazione didattica di uno dei più complessi capitoli della semeiologia medica.

Come per la generalità delle opere che ci pervengono dal Sud-America, il lavoro è stampato con veste lussuosa e cura meticolosa: ad esso non mancherà il più ampio successo fra gli studenti ed i medici pratici.

MONTELEONE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

I disturbi della pressione cranica.

Come rilevano Riser e Planques (*Gaz. méd. France*, 14 aprile 1936), possono essere di origine ipotensiva ed ipertensiva.

Disturbi ipotensivi. Si osservano anche in individui normali quando cambiano di posizione; altre volte, invece, seguono un trauma cranico od uno spasmo arterioso, oppure una perdita di sangue o di liquor. Sono inoltre da menzionarsi la cefalea violenta e gli stati melanconici.

Come rimedi efficaci: 1) il nitrito d'amile, ad azione molto breve; 2) l'acetilcolina, di cui l'azione si prolunga per 10-20 minuti; 3) l'istamina, per iniezioni endomuscolari a dosi di 1 mg., che ha un'azione notevole per 15-20 minuti; 4) l'efedrina (3 cg. per via orale), di cui l'effetto continua abbastanza a lungo.

Si è talora ottenuto un successo mediante l'iniezione endovenosa di 50 cmc. di siero clorurato ipotonico (6/1000) o glucosato (30/1000). Può bastare, talora, anche il semplice decubito addominale, tenuto per un paio d'ore. Azione lenta ha la teobromina.

Disturbi ipertensivi. Si possono avere per stasi venosa, per iniezioni endovenose abbondanti e rapide, per aumento di volume del liquor, o del contenuto endocerebrale (tumore).

Se la stasi venosa è connessa ad una cardiopatia asistolica, si procederà alla terapia cardio-tonica.

Buoni risultati danno le soluzioni ipertoniche di sale (100/1000) o di glucosio (400/1000) per via endovenosa. Meglio ancora il solfato di magnesio per la stessa via (50-60 cmc. della soluzione a 150/1000).

Si comprende che tale mezzo sarà inefficace nel caso di tumore cerebrale. Potrà essere utile l'estrazione del liquor da tentarsi però con prudenza. *fil.*

Sindrome dolorosa nel campo dell'arteria temporale superficiale.

J. A. Chavany (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 5 luglio 1936) pubblica il caso di una p. di 63 anni, affetta da artrite cronica deformante, la quale presentava un dolore lungo il decorso dell'arteria temporale superficiale di D. Tale dolore discontinuo, insorgente a crisi parossistiche, dà la sensazione di bruciore più o meno vivo, che segue una scala crescente che va dal formicolio pruriginoso banale alla scottatura atroce, analoga a quella che potrebbe produrre l'introduzione di un ferro rovente sotto la cute.

Il dolore insorge lentamente, in qualche minuto raggiunge l'acme, dura circa venti minuti, decresce poi per scomparire del tutto. Le crisi sono aumentate col tempo, nel 1930, quando insorsero si sono avute 3-4 volte, poi ogni mese, poi ogni settimana, da qualche mese 5-6 volte nelle 24 ore senza orario fisso, sia di giorno che di notte. Favoriscono l'insorgenza del dolore: l'assistere ad una rappresentazione teatrale o ad uno spettacolo cinematografico. Leniscono i dolori: la compressione del lobulo dell'orecchio D., la frizione della cartilagine auricolare, il passaggio dalla stazione coricata o seduta alla eretta. Durante la crisi la pressione dell'arteria mostra una ipertonia nei confronti della art. temp. nel lato opposto.

A parere dell'A. questo ipertono della muscolare è da interpretare non come uno spasmo ma come un crampo della tunica medica e cerca così di spiegare il dolore. La obbiettività generale è negativa. Nulla di neurologico, non crisi vasomotorie, la palpazione dei vari vasi arteriosi dimostra arterie elastiche, non dure: press. art. 170-100 al Vaquez e Laubry, indice oscillometrico 5. Reaz. di Wassermann negativa.

L'A. interpreta la sindrome descritta come un caso di simpatalgia dell'arteria temporale superficiale, come una vera *emicrania esterna* e propone come terapia sedativi nervosi del gruppo barbiturico, modificatori del tono arteriale (benzoato di benzile, cloridrato di papaverina, acetilcolina), iniezioni periarteriali di alcool o iniezione di 0,25 di caffeina seguita in punto vicino da altra iniezione di 1/4 mmgr. di adrenalina. Qualora queste cure non servissero per la guarigione è da praticare l'allacciatura del vaso. L. TRAVIA.

Lo stato attuale della terapia della chorea minor.

Il trattamento della chorea minor ha subito varie vicende negli ultimi 10-15 anni. Nel 1919 è stato introdotto l'uso del nirvanolo. Si è dimostrato che il nirvanolo produce un nuovo quadro morboso; la malattia da nirvanolo, che guarirebbe la corea. La diffusione sempre crescente di questo nuovo mezzo ne mise però anche in evidenza gli inconvenienti, culminati in qualche caso nell'esito letale: si tornò perciò ad altri mezzi di cura già prima usati e nuovi se ne escogitarono: soluzione del Fowler, luminalette, riposo in letto ed isolamento, puntura lombare ecc. ecc. Autori americani ed inglesi, partendo dalla convinzione che la febbre rappresenti il fattore veramente efficace nel trattamento della corea, hanno sperimentato l'azione di iniezioni quotidiane di un vaccino misto tifo-paratifico, ma le indicazioni di questo trattamento si sono dimostrate limitate ed esso inoltre non mette al riparo da eventuali complicazioni cardiache.

Da più parti si è tornato ad usare il nirvanolo. A. Bowe (*Zbl. inn. Med.*, 18 luglio 1936),

elaborando il materiale della Clinica pediatrica di Königsberg, comprendente dal 1925 al 1935 31 casi di corea, dei quali 29 trattati col nirvanolo, conclude per la reale efficacia di questo trattamento, che si manifesta: 1) colla guarigione o con il miglioramento del quadro clinico, 2) con l'abbreviamento della durata della malattia, 3) con la prevenzione dell'insorgenza di recidive. La minore durata della malattia è considerata come un momento importante per la prevenzione di un'endocardite acuta e nei casi nei quali il cuore sia già danneggiato rappresenta una diminuzione di carico per il circolo. M. NUNBERG.

La cura della epilessia essenziale col vaccino antirabico.

M. Tyndel e M. Pasternak (*Wien. Klin. Wschr.*, 14 agosto 1936) osserva che già da lungo tempo sono stati iniziati tentativi di cura di alcune malattie nervose con i vaccini antirabici. Così, ad esempio, è stato usato tale vaccino nella paralisi progressiva, nella tabe, nella sciatica, nella malattia di Heine-Medin, con discreti risultati. Nicolic ebbe l'occasione di osservare un epilettico che curato occasionalmente per un morso di cane, guarì quasi miracolosamente dei suoi accessi già dopo la prima iniezione di vaccino.

Partendo da questa osservazione, gli AA. hanno saggiata la nuova terapia in dieci casi di epilessia essenziale, adoperando il metodo di vaccinazione antirabica di Semple, ottenendo però risultati in complesso negativi. Solo quattro casi mostrarono una leggera diminuzione di frequenza degli accessi, mentre in un malato l'affezione dimostrò un netto peggioramento.

Non sembra quindi che il nuovo metodo possa in pratica trovare larga applicazione.

PUDDU.

Monconi di amputazione dolorosi. Simpatectomia cervico-toracica.

P. Wertheimer e Ph. Frieh (*Lyon Chirurgical*, Tome 33, n. 2) considerano che l'enervazione simpatica per l'arto superiore consiste attualmente nell'asportazione del ganglio stellato, ma che però è generalmente ammesso che un numero considerevole di nervi simpatici distribuiti all'arto superiore, sono tributari dei due o tre primi gangli toracici; descrivono perciò un caso clinico che per loro ha un valore sperimentale. Si tratta di un individuo di 40 anni che nel 1916 subì l'amputazione del pollice sinistro e ferita dell'indice per scheggia di granata e che solo nel 1933 incominciò a soffrire di crisi dolorose iniziatesi dal primo atrofico interdigitale e rimontanti all'avambraccio ed al braccio che nel 1935 divennero insopportabili. Gli AA. praticarono prima iniezioni locali di novocaina poi l'asportazione del ganglio stellato senza risultato e l'ammalato guarì solo dopo l'asportazione del 2° e 3° ganglio dorsale.

ACHILLE GRASSI.

NOTE DI DIETETICA.

Sul danno che viene ai malati dalle eccessive restrizioni dietetiche.

Ogni metodo terapeutico deve essere sempre applicato *cum granu salis*. Ricordando questa massima, K. Hitzenberger (*Med. Klin.*, 14 agosto 1936) si volge ora a considerare la dietoterapia dei portatori di ulceri gastroduodenali sanguinanti.

È classico sottoporre questi malati a un regime latteo, di latticini, di riso, per periodi di tempo talora interminabili. Se questa alimentazione rappresenta un buon metodo di riposo per lo stomaco, essa è però anche estremamente anemizzante. I cibi infatti ricchi di ferro, sono la carne, le uova, i legumi. Escludere per mesi e mesi dalla dieta di un soggetto anemizzato questi alimenti, significa rendergli molto difficile e tarda la riparazione dell'anemia. L'A. propone invece di somministrare a questi malati un regime relativamente ricco di cibi provvisti di ferro, o almeno, quando non si possa fare altrimenti, di aggiungere alla dieta dei preparati ferruginosi (g. 0,5 di ferro ridotto 6 volte al giorno). A dimostrazione del suo asserto egli riporta alcuni casi, che, sottoposti a un incongruo regime, erano rimasti anemici per molti mesi dopo la loro emorragia, e che vennero ben presto riportati a ottime condizioni ematiche con la somministrazione di un vitto adatto e di preparati di ferro.

PUDDU.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi sierologica dei tumori maligni.

Importanti contributi vengono riferiti sui più recenti metodi di diagnosi sierologica dei tumori maligni.

C. Reiners e F. König (*Münch. Med. Woch.*, n. 34, 21 agosto 1936) pubblicano i risultati ottenuti con la reazione di Klein, che si fonda sulla ricerca di un fattore litico nel siero, posto a contatto di una goccia di sospensione di cellule, ottenute da determinati tumori trapiantabili del topo.

La prova è stata eseguita sopra 691 campioni di sangue complessivi.

Tra questi, 438 riguardavano casi accertati clinicamente ed istologicamente di tumori maligni di vario tipo, e la percentuale di positività fu di 93.7, mentre in 28 casi di tumori benigni la percentuale di negatività fu di 92.9. ed in 372 casi di controllo di 95.

Percentuali analoghe si ebbero in una serie di casi di dubbia diagnosi.

Gli AA. hanno infine constatato l'influsso di

fattori disturbi la reazione (medicinali, atti operativi, irradiazioni, emorragie, disturbi digestivi, febbre, cachessia), per cui insistono nel consigliare la sua applicazione precoce, non appena il malato capita all'osservazione.

F. Gösler (ibid.) l'ha eseguita in 90 casi, ottenendo egualmente una positività del 96:100, con validità dall'ulteriore decorso clinico.

G. Hepp (ibid.) rende note le proprie osservazioni, con analoga percentuale (90:100), mettendo in rilievo l'utilità pratica che la reazione può avere in molti casi clinici, come ad esempio nella diagnosi differenziale tra ipertrofia della prostata e carcinoma prostatico, e tra la mastopatia cronica cistica e il carcinoma della mammella.

H. Reploh e H. Middeldorf (ibid.) hanno invece usato la tecnica di Lehmann-Facius, basata fondamentalmente sopra una reazione antigene-anticorpo.

Ebbero in tal modo il 94:100 di resultati positivi su 100 casi di neoplasmi maligni, con il 4,2:100 di resultati aspecifici su 182 sieri normali.

S. Nakagawa, T. Takasugi ed E. Ogawa, finalmente (*Klin. Woch.* n. 34, 22 agosto 1936), modificando quest'ultima reazione, hanno eseguito ricerche sopra oltre 1000 sieri, giungendo alle seguenti conclusioni:

1) i resultati della reazione combinata sono indipendenti dallo stato di eredità o di disposizione neoplastica, come pure dalla R. W. e dall'età del soggetto, deponendo effettivamente per la presenza di un tumore maligno;

2) la reazione offre grande ausilio per la diagnosi precoce di neoplasma maligno;

3) i limiti di sicurezza della reazione combinata sono superiori a quelli della Lehmann-Facius, permettendo anche una differenziazione tra sieri carcinomatosi e sarcomatosi.

M. FABERI.

MEDICINA SCIENTIFICA

È possibile considerare le affezioni reumatiche come malattia di natura allergica?

C. Keiffenheim (*Münch. Med. Wschr.* 7 agosto 1936) dice che negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi lavori i quali tendono a dimostrare che le malattie reumatiche presentano stretti rapporti con le manifestazioni allergiche. Gudzent ad esempio giunge a concludere — sulla base di numerose prove di ipersensibilità eseguite in reumatici con allergeni alimentari — che ogni forma di reumatismo è espressione di una reazione allergica verso una proteina eterogenea.

L'A. ha ora voluto sottoporre a esperimento, in un numeroso gruppo di infermi, la giustezza di queste supposizioni. Tutta una serie di estratti di alimenti proteici venne saggiata su casi di artrite cronica, di tipo degenerativo e infiammatorio (primario e secondario), come pure in soggetti normali. I risultati ottenuti sono stati incostanti e non hanno dimostrato nulla di diverso tra il modo di reagire degli ammalati e quello dei sani. Specialmente verso il pesce, la carne, il latte, sia gli artritici che i normali dimostrarono di essere frequentemente ipersensibili, ma con percentuali pressappoco uguali. I casi di artrosi e quelli di artrite reagirono in maniera molto simile. Anche i tentativi di desensibilizzazione, intrapresi dall'Autore nei malati che avevano dato luogo a positività delle prove, non portarono alcun beneficio.

Dai risultati di queste ricerche non si può quindi concludere che la teoria che ammette una base allergica nelle malattie reumatiche, almeno per le forme croniche, sia degna di molta considerazione.

PUDDU.

IGIENE

Il problema del gozzismo in rapporto con le condizioni igienico-sanitarie.

Il gozzismo, per quanto non più appariscente come un tempo, è ben lungi dall'essere debellato e la sua influenza si riflette sinistramente sulle minorate condizioni fisiche e psichiche delle popolazioni e degli individui, che ne sono colpiti. Giustamente V. Ambrosi, uno dei più competenti studiosi del gozzismo, lo definisce come uno dei più gravi problemi demografici, sanitari e sociali.

Brancola ancora nel buio lo studio eziologico, inteso come ricerca del misterioso agente patogeno. Forse la causa non è univoca e vari fattori debbono coesistere ed agire per la sua produzione.

Lo studio del problema, pertanto, non può fare astrazione dalle condizioni ambientali, che talora sembrano assumere una grande importanza, come risulta dal coscienzioso lavoro di G. A. Trikurakis (*L'Ospedale maggiore*, 1936; il lavoro è stato poi pubblicato a parte e risulta di 52 pag. con 38 fig.).

Il Trikurakis, medico condotto di un consorzio nell'alta Valle d'Aosta, di cui alcune frazioni arrivano a 1500 m. ed oltre, espone le condizioni di quella gente, costretta ai più duri lavori per strappare con grande fatica il piccolo frutto della terra, vessati da tasse, per cui alle volte capita, p. es., che il dazio da pagare supera il valore della bestia da macellare. L'A. esamina largamente e minuziosamente lo stato delle abitazioni (spesso in miserande condizioni), quello demografico e poi descrive, famiglia per famiglia, lo stato sanitario-economico e le condizioni di vita per quelle dove si trovano dei minorati.

Non è possibile riportare tutte le interessanti notizie che ci dà l'A. nel suo lungo studio, che va letto e meditato da chiunque si occupi di questioni igienico-sociali. Importante è il rilevare l'alta percentuale di minorati fisicamen-

te e psichicamente, che troviamo in quegli ambienti, minorazione a cui contribuiscono il gozzismo, l'atavismo (con il matrimonio fra consanguinei) ed il fattore ambientale.

Il gozzismo, sotto il cui nome sono comprese tali minorazioni, è ben lungi dall'essere scomparso in montagna dove, data l'alta percentuale di queste minorazioni, s'impongono provvedimenti per il risanamento delle popolazioni alpine.

Lo studio dell'A. è anche interessante perchè illustra il triste fenomeno dello spopolamento della montagna, sia per la denatalità, sia per le dure condizioni di vita, che costringono individui e famiglie a cercare altrove un miglioramento.

Anche l'assistenza medica e le condizioni di vita dei medici in quei paesi sono da prendersi in seria considerazione. Il consorzio dove l'A. è medico condotto è composto di 11 comuni, con oltre 5000 abitanti, *distribuiti in varie vallate* (chi conosce la montagna comprende il perchè della sottolineatura) presso il Gran S. Bernardo, da 700 a 1800 m. di altitudine. Condizioni, che mi ricordano l'antico consorzio — allora internazionale con la confinante Austria — dei 7 Comuni della Valle di Vestino, in provincia di Brescia. Si comprende quanto sia faticosa e disagiata la vita del medico condotto in tali località e come l'assistenza medica sia talora ridotta ad una vera parvenza, tanto da arrivare perfino — cito un esempio dell'A. — 24 ore dopo avvenuto il parto per cui era stato richiesto l'intervento del medico. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. G. P. A., da New York:

Consulti le seguenti opere:

A. CASTIGLIONI. *Italian medicine*, P. Roeber, New York, 1932.

ID. *Storia della medicina*. II edizione. A. Mondadori, Milano, 1936.

L. GUALINO. *Storia medica dei Romani Pontefici*. Ed. di Minerva medica, Torino.

fil.

VARIA

Il vocabolario medico.

Si ha un gran parlare, in questi ultimi tempi, della necessità di una maggiore purezza di linguaggio da parte dei medici nei loro elaborati scientifici.

Il dott. Coëlho, in un congresso di giornalisti medici, si ebbe a dichiarare molto rattristato dalle improprietà grammaticali ed etimologiche della letteratura medica, ed esortò i colleghi latini a salvaguardare la purezza della lingua latina che è la fonte più preziosa per il conio dei termini scientifici. Il dott. Coëlho, ad esempio, non vorrebbe sentire o leggere degli ibridi etimologici come *urinoterapia* nè aggettivi come *neoplasico*, al posto del quale ci dovrebbe essere *neoplastico*.

Ora, noi pensiamo che il purismo nel linguaggio scientifico è necessario, è vero, ma non è giusto che per ottenerlo si vada a finire nella pedanteria.

È di questa opinione anche chi ha scritto l'editoriale di un numero del *British Medical Journal*.

L'A. di questo articolo, ha pescato, a caso, una frase in un vecchio volume del *British Medical Journal* ed ha trovato: « Negli ultimi due anni tutti i casi che ho curato, sono stati operati ». Il purista subito osserverà che non è possibile curare dei casi, bensì dei pazienti. Ed è giusto. Ma se la frase fosse stata, per esempio, « oggi ho visto un caso di carcinoma inoperabile » sostituendo la parola *caso* con paziente si sarebbe dovuto dire « oggi ho visto un *paziente affetto da* carcinoma inoperabile », il che è più lungo.

Certo, la linea fra la pedanteria affettata e la correttezza di linguaggio, è difficile a tirarsi.

G. L. C.

Come si pagano i medici cinesi.

Generalmente si crede che in Cina i medici vengano retribuiti solo quando i clienti stanno bene: la retribuzione si sospenderebbe nel corso della malattia. Il medico avrebbe, dunque, il compito principale di prevenire le malattie.

Il dott. Wu-Lien-Tah, noto per i suoi studi sulla peste, direttore del Servizio nazionale quarantenario della Cina, venne interpellato, al riguardo, or è qualche tempo, dal « Lancet ». Egli possiede una speciale competenza non solo quale cinese e quale medico, ma anche perchè ha collaborato ad una voluminosa « Storia della medicina cinese ».

Risulta che in Cina molte famigie corrispondono al medico una quota annua. Si può considerare che lo facciano per essere mantenute in buona salute: se, difatti, sopravviene una malattia, il medico non riceve un compenso *extra*. Siffatta modalità di retribuzione si risolve in una forma di assicurazione o di mutualismo.

A volte viene chiamato un altro medico occasionale. Se il malato guarisce, il medico manda la parcella, e questa viene corrisposta; se il malato muore, il medico non manda la parcella.

Quindi effettivamente il medico di famiglia lavora di meno se i clienti stanno bene, mentre il medico occasionale guadagna solo se i malati vanno bene.

Il dott. Wu-Lien-Tah teneva infine a dichiarare che, malgrado i torbidi politici, la medicina cinese progredisce.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Concorso - Esibizione del solo elenco dei titoli.

Un concorrente aveva esibito l'elenco dei titoli già prodotti per altro concorso della stessa Provincia, a norma dell'art. 96 del regolamento 12 febbraio 1911, n. 297, il quale dispone così, relativamente ai concorsi comunali in genere: « chi concorre a posti vacanti in più Comuni, ancorchè appartenenti a diverse provincie, deve presentare tante domande quanti sono i corrispondenti concorsi, unendo ad una sola di esse i documenti originali e a ciascuna delle altre un elenco redatto in carta bollata, da rilasciarsi dal Sindacato col visto del Prefetto in cui siano descritti specificatamente i titoli dell'aspirante ». Si è discusso della applicabilità di questa disposizione ai concorsi comunali, per la nomina dei sanitari condotti; ma praticamente questo temperamento è stato osservato, senza inconvenienti.

La quistione è ora superata perchè per i concorsi sanitari il regolamento 1935, n. 281 dispone che « i candidati a concorsi indetti in diverse provincie devono presentare tante domande quanti sono i corrispondenti concorsi unendo a una sola di esse i documenti in originale e a ciascuna delle altre in copia integrale debitamente autenticata ». La disposizione dell'art. 96 non è dunque applicabile.

Ritornando al caso speciale che dà argomento a questa nota, è da avvertire che i titoli corrispondenti all'elenco erano presso la stessa Prefettura, per altro concorso. La Commissione giudicò in base all'elenco descrittivo, pur avendo la possibilità di richiedere i titoli. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 28 gennaio 1936, n. 90, ha ritenuto, con ragione, che sia illegittimo questo procedimento: « se pure, *in astratto*, possa dubitarsi che le Commissioni abbiano il dovere di richiedere la trasmissione dei documenti da parte dell'autorità cui già sono stati prodotti, o se invece incomba al concorrente l'obbligo di rendersi parte diligente perchè tale trasmissione avvenga, in concreto nessun dubbio è possibile una volta che i titoli del dott. Calabrò si trovavano nella stessa Prefettura ove si sono svolte le operazioni del concorso ».

Implicitamente ha ammesso il Consiglio di Stato l'applicabilità del citato art. 96 nei *concorsi comunali regolati dalle norme anteriori al T. U.* 1934, ma ha soggiunto che, per iniziativa della Commissione o, preferibilmente, dell'interessato, i titoli debbano essere trasmessi alla Commissione e se siano negli uffici della stessa Prefettura, indipendentemente dalla iniziativa del concorrente, la Commissione debba richiederli ed esaminarli. È evidente che il giudizio fondato su un elenco sommariamente descrittivo ha una base non completa e, specialmente *se è possibile* controllare gli originali o le copie autentiche dei titoli, non si deve rinunziarvi.

Concorso per esami e per titoli.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 17 maggio 1930, n. 306, Di Bartolo contro Comune di Gela, aveva ritenuto che, bandito un concorso per titoli ed esami, la valutazione dei titoli debba precedere le prove di esame. In senso analogo: decisione 11 dicembre 1911, n. 636, 27 luglio 1933, n. 475. Si eviterebbe così la possibilità di adattamenti del giudizio sui titoli al risultato noto delle prove di esame.

Ma, con decisione 28 gennaio 1936, n. 88, la V Sezione del Consiglio di Stato ha fatto una distinzione che non ci sembra fondata su base consistente: « È da osservare che, nella specie che forma oggetto della decisione 17 maggio 1930, n. 306 — dice la sentenza qui segnalata — la precedenza di valutazione dei titoli era fondata sul bando di concorso, il quale espressamente prescriveva che la gara fosse per titoli ed esami; sicchè la Sezione ritenne che, anche in analogia a quanto era prescritto in via legislativa per casi perfettamente analoghi, (vedansi specialmente gli art. 1 e 65 del R. D. 9 dicembre 1926, n. 2480), la valutazione dei titoli dovesse precedere gli esami; ma nella specie non solo il bando di concorso 5 agosto 1933, in conformità al Reg. 16 gennaio 1927, n. 155 non diede precedenza ai titoli, prescrivendo invece che il concorso fosse per esame e titoli, ma la particolarità della materia sulla quale doveva cadere l'accertamento della idoneità dei concorrenti da parte della Commissione giudicatrice, conferì naturalmente una decisa prevalenza alle prove di esame, che, tra prove pratiche, prova scritta e prova orale, erano nel notevole numero di 7 e costituivano evidentemente il mezzo preponderante per la decisione del concorso; sicchè non si comprenderebbe la necessità di una preventiva valutazione dei titoli ».

L'una e l'altra ragione non sono persuasive; non lo è la prima, perchè l'ordine di precedenza *letterale* non ha nessun significato e tanto meno obbliga ad osservare nel procedimento l'ordine stesso, che spesso è casuale, mentre la precedenza della prova di esame corrisponde ad uno scopo sostanziale; non lo è la seconda, perchè, se pur prevalesse per entità complessiva di punti la prova di esame, la differenza di grado non eliminerebbe la ragione che, riconosciuta efficace dalla giurisprudenza, giustifica la precedenza della valutazione dei titoli.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione Nazionale Fascista della gente del mare.

Riceviamo e ci è grato di pubblicare:

Spett. Direzione della Rivista
« Il Policlinico »
Roma

Abbiamo rilevato la corrispondenza da Porto Said, riguardante le difficoltà di rimpatrio per i marittimi sbarcati nei porti Egiziani per malattia, pubblicata dalla Vostra autorevole Rivista nel N. 30 del 27 luglio u. s.

Nel comunicarVi che abbiamo informato immediatamente la competente Autorità invocando solleciti provvedimenti Vi inviamo i più gentili ringraziamenti, con la preghiera di trasmettere gli stessi anche al corrispondente di Port-Said del quale apprezziamo altamente la cameratesca attività svolta in favore dei nostri organizzati.

Saluti fascisti.

Il Commissario: DAVIDE LEMBO.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASTI (*Alessandria*). — Concorso per titoli a due posti di medico condotto presso i Comuni di: ISOLA D'ASTI, stipendio annuo L. 7000 con quattro aumenti quinquennali del decimo; indennità cavalc. o autom. L. 2500 annue, oltre a L. 600 se incaricato funzioni uff. sanit.; ROCCHETTA TANARO, stipendio L. 7000 annue, con 4 aumenti quinquennali del decimo; indennità per autom. o cavalc. L. 2500, oltre a L. 700 se incaricato funzioni uff. sanit. Scadenza 30 ottobre 1936.

MANTOVA. — Concorso per titoli scientifici e pratici posto Direttore medico Ospedale Psichiatrico Provinciale. Stipendio annuo L. 20.000 oltre indennità servizio attivo di L. 5000 al lordo. Domande, in carta bollo, corredate dei documenti d'uso, al Presidente Congregazione Carità di Castiglione delle Stiviere, via B. Ordanino 171 entro il 10 ottobre 1936.

ROMA. *Ministero di Grazia e Giustizia.* — Concorso, per titoli, ad un posto di Sanitario presso le carceri giudiziarie di Roma per il solo servizio notturno con l'obbligo di pernottare nello Stabilimento. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Procura Generale presso la Corte d'Appello di Roma.

TORINO. — È riaperto il concorso al posto di primario medico, Sezione Pediatria nell'Ospedale Maria Vittoria (via Medail 3). Scadenza per le domande ore 17 del 22 novembre 1936. Condizioni stabilite nel programma relativo, visibile presso la Segreteria dell'Ospedale unitamente allo Statuto ed al Regolamento dell'Opera.

TRENTO. *Ospedale Civile.* — Concorso, per titoli, al posto di Medico Primario con incarico Direttore e al posto di Chirurgo Primario. Stip. L. 12.000; partec. 42 % proventi tariffe dozzinanti. Al Direttore spetta alloggio gratuito senza mobilio e riscaldamento ed indennità carica L. 3000 annue. Ritenute legge; scad. 10 nov. ore 18. Per chiarimenti rivolgersi Segreteria Congregazione Carità, via S. Croce 9, Trento.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione « Tommaso Storelli ».

È aperto il concorso a due premi della fondazione « Tommaso Storelli » fra i laureati in Medicina e Chirurgia nell'anno accademico 1934-35 per L. 1250 ciascuno.

Possono concorrere al premio i laureati cittadini italiani che dimostrino: 1) di aver frequentato l'ultimo triennio nella Facoltà Medico-Chirurgica di Bari; 2) di aver riportato un voto negli esami di Patologia e Clinica Medica non inferiore agli otto decimi; 3) di aver conseguito il diploma di laurea nell'anno accademico 1934-35. L'assegnazione del premio sarà fatta a quei concorrenti che presenteranno almeno un lavoro di Patologia e Clinica medica, di indole pratica, ritenuto il migliore da apposita Commissione giudicatrice. Se nessun lavoro risulterà meritevole del premio, questo sarà messo a concorso nell'anno successivo. A parità di merito per l'entità del lavoro, il premio sarà assegnato a quello che ha avuto una migliore media di voti nella carriera universitaria. Domande al Rettore della R. Università Adriatica « Benito Mussolini » non oltre il 15 ottobre.

Concorso delle RR. Terme di Salsomaggiore.

Il concorso bandito dalle RR. Terme di Salsomaggiore per un lavoro clinico sperimentale sul tema « Le acque salsobromoiodiche e la sifilide dell'infanzia », con premio di L. 5000, è prorogato al 31 gennaio 1937.

BORSE DI STUDIO.

Revoca di sospensioni di concorsi a borse di studio.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale ha disposto la revoca della sospensione dei concorsi a Borse di studio o premi, istituiti presso le Università e gli Istituti superiori o derivanti da fondazioni nell'interesse dell'istruzione superiore. Tale sospensione era stata ordinata nello scorso gennaio, a tutela dei legittimi interessi degli studenti e degli studiosi chiamati alle armi per mobilitazione.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

S. M. il Re, con Decreto di Suo *motu proprio*, si è compiaciuto di nominare Commendatore dell'Ordine della Corona d'Italia, il prof. Antonino Rapisarda, primario medico e direttore dell'Ospedale di Jesi e presidente dell'Accademia Medico-Chirurgica del Piceno

Il Comitato direttivo della Società francese di Dermatologia e di Sifilografia di Parigi, ha eletto ad unanimità il sen. prof. Aldo Castellani membro d'onore, per le alte benemerenze da lui acquisite nel campo della scienza.

Il dott. Carlos Mainini è nominato presidente dell'Associazione Medica Argentina.

Il prof. Kurt Walcher, ordinario di medicina legale all'Università di Halle, è stato chiamato, con lo stesso grado, all'Università di Würzburg.

NOTIZIE DIVERSE

10° Congresso nazionale d'igiene.

Dal 4 al 7 ottobre p. v. avrà luogo in Napoli il X Congresso Nazionale d'Igiene, promosso dall'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene.

Saranno proposti alla trattazione del Congresso importanti temi, quali i seguenti: « Attività e programmi degli Istituti di Assicurazione nel campo della prevenzione »; « I grandi problemi igienici dell'Impero Coloniale »; « L'assetto igienico-sanitario delle Stazioni di cura »; « Lotta contro la mortalità infantile ».

Il programma delle quattro giornate del Congresso è di imminente definizione, dovendosi armonizzare al Calendario delle Celebrazioni Campane.

4ª Riunione europea d'igiene mentale.

Si terrà a Londra dal 5 all'8 ottobre, sotto gli auspicî del Consiglio Nazionale per l'igiene mentale, nei locali del Ministero di sanità.

Verranno presentate tre relazioni, sui seguenti temi: « L'igiene mentale e il cinematografo », relatori Jakob Billström (Stoccolma), A. Repond (Monthey); « L'igiene mentale e l'infermiera », relatori Hans Roemer (Illenan), José Germain e E. Escardó (Madrid), Heinrich Kogerer (Vienna); « L'igiene mentale scolastica nel periodo dell'adolescenza », relatori K. H. Bouman (Amsterdam), L. Rochlin (Charkoff), J. R. Rees (Londra).

Sono organizzate visite a istituti di profilassi mentale, a ospedali psichiatrici, colonie ecc. in Londra e dintorni.

Sono annunziati brillanti ricevimenti, da parte delle autorità ufficiali del Regno Unito e di organismi scientifici di Londra. Sono previste varie escursioni, per i giorni 7 e 8 ottobre.

La Compagnia internazionale Cook è incaricata di fornire le informazioni concernenti gli alberghi, i viaggi e le escursioni. Sono stabilite varie riduzioni ferroviarie (40 % in Francia, 35 % nel Belgio).

La Lega italiana d'igiene mentale ha predisposto un progetto di viaggio a Londra e Parigi per i partecipanti italiani.

Sede degli uffici: The National Council for Mental Hygiene, Chandos House, Palmer Street 76-77, London S. W. 1.

Per informazioni rivolgersi alla segreteria della Lega italiana d'igiene mentale, via P. Toscanelli 8, Firenze.

Corso di perfezionamento in clinica delle malattie respiratorie in Roma.

Sono aperte le iscrizioni per i medici forniti di diploma di laurea o che abbiano superato gli esami di abilitazione professionale.

Inizio del corso: novembre p. v. La frequenza è obbligatoria.

Tassa di iscrizione L. 300, unitamente a domanda in carta libera e certificato di laurea. Rivolgersi Direzione Istituto « Carlo Forlanini », Monteverde Nuovo, Roma.

Cinematografia a colori nella Clinica chirurgica di Roma.

Nell'anfiteatro della R. Clinica Chirurgica di Roma, ha avuto luogo la prima proiezione in Europa di cinque filmi a colori, « girati » nel reparto chirurgico dell'Israel Hospital di Brooklin (New York), a cura del chirurgo che presiede al Reparto stesso, dott. Sarnoff. Operatore è stato lo stesso Sarnoff.

Presentato dal prof. Alessandri — ad iniziativa del quale insieme con quella del prof. Carducci per la Scuola Medica Ospitaliera e del sen. Pende, il Sarnoff è stato invitato — l'O. ha illustrato brevemente i filmi durante la proiezione.

La cinematografia a colori si è rivelata un ottimo mezzo didattico. Il Sarnoff ha fatto proiettare un'operazione di simpatectomia lombare, una di plastica nasale, una di idrocelectomia, una di tiroidectomia in cui i piani profondi del collo erano visibili a tal punto da far vedere le arterie pulsanti.

Azioni giudiziarie.

Il dott. A. Meismer, professore di chirurgia speciale e stomatologia all'Università di Varsavia, oriundo tedesco, aveva eseguito un difficile intervento sul pittore Drabik: l'asportazione della mandibola, sostituita da una protesi. L'operazione, durata un'ora, era riuscita; ma venti minuti dopo il paziente decedeva per collasso cardiaco. I familiari del Drabik intentarono causa contro il Meissner, per negligenza, in quanto egli non si sarebbe accertato in anticipo delle condizioni del cuore, e chiedevano 80 mila zloty d'indennizzo. Al processo la posizione del Meismer venne aggravata dalla deposizione di un collega; ma i periti hanno riconosciuto che il Drabik era morto per una imprevedibile ipersensibilità alla narcosi e il Meismer è stato assolto, tra gli scroscianti applausi del pubblico.

Una signora ha intentato causa contro un noto radiologo di Pest perchè, in seguito a trattamento, le era rimasta una macchia sul volto; chiedeva 5000 pengö d'indennizzo. Il Tribunale non ha accolto la richiesta, in quanto la macchia può essere facilmente occultata col semplice uso di cipria e perchè essa è incomparabilmente meno antiestetica della barba, che prima copriva il volto della signora. Questa venne condannata alle spese del processo.

In Francia si è svolto un processo contro un radiologo, al quale un cliente che presentava disturbi gastro-enterici, aveva chiesto una radiografia; il radiologo lo convinse ad eseguire due brevi sedute di radioscopia; sopravvenne una dermite, attribuita dal radiologo al fatto che il cliente, contro le istruzioni impartitegli, si era collocato in modo da aderire all'ampolla di Crooks. Il Tribunale dette ragione al radiologo, ma la Corte d'Appello lo ha condannato a corrispondere un modesto indennizzo (il cliente ne aveva chiesto uno elevatissimo). Il medico ha rinunziato alla Cassazione, anche perchè ha da fare con un nullatenente e non ne otterrebbe la rivalsa delle spese. Il caso viene commentato da Foveau de Courmelles in « Journ. des Pratic. », 15 ag. 1936. È certo che, di questo passo, l'esercizio della medicina diviene impossibile; quanto meno, il medico finisce col praticare l'astensionismo nei casi difficili.

La dentista J. E. May Moyce, esercente a Poplar (Inghilterra), è stata condannata a corrispondere

250 sterline (15.000 lire it. circa) ad una cliente, sig.na Eilen O' Shea, cui aveva estratto, in due riprese, sotto anestesia generale, tutti i denti della mascella superiore e otto denti della mascella inferiore, con la cooperazione di un assistente, pure dentista. Risultò che l'estrazione degli otto denti della mascella inferiore non era stata autorizzata e che non era neppure giustificata: difatti una presunta piorrea alveolare non è stata riconosciuta dal dott. G. C. Exner. Anche per gli altri denti il grave intervento fu giudicato troppo precipitato e in gran parte evitabile. Comunque, non si trattava di estrazioni d'urgenza e si sarebbe avuto tutto il tempo per ottenere l'autorizzazione di procedere a nuove estrazioni in altre sedute, qualora fossero state stimate necessarie.

Un po' dovunque.

Alla Camera dei Deputati è stato presentato il disegno di legge per la conversione in legge del decreto 8 giugno 1936 relativo al conferimento a titolo d'onore della laurea o del diploma agli studenti militari caduti in A. O.

Il 3° Congresso internazionale della malaria, che doveva aver luogo a Madrid dal 12 al 18 ottobre, è stato rinviato, a causa della situazione politica, ad epoca da destinarsi.

La 10ª Conferenza internazionale sulla tubercolosi, annunziata a Lisbona per i giorni 7-10 settembre, è stata rimandata ad epoca da destinarsi, a causa della situazione politica della Spagna.

Il 12° Congresso Naz. della Società italiana di radiologia medica è indetto a Venezia dal 24 al 26 settembre. Relatori ufficiali saranno i proff.: Turano di Roma, Gallavresi di Milano; Conte e Stoppani di Torino; Salotti di Siena; Becchini di Napoli. Il discorso inaugurale sarà tenuto dal prof. Mario Donati. Il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. Arcangelo Vespignani di Venezia.

Il 5° Convegno dell'Associazione Nazionale Volontari del Sangue (Avis) si tiene in Bressanone il 20 settembre.

Il prof. Mario Girolami, della R. Clinica Medica di Bologna, avendo avuto l'incarico di preparare per la prossima Riunione di Tripoli (ottobre 1936) della Società Italiana per il Progresso delle Scienze (VIII Gruppo di Sezioni) una relazione sui « Progressi della Patologia coloniale in Italia dall'anno I dell'Era Fascista », rivolge a tutti i colleghi viva preghiera di voler gentilmente fargli avere con cortese sollecitudine gli estratti delle loro pubblicazioni, riguardanti la patologia coloniale e apparsi dal 1922 in poi, allo scopo di facilitare la elaborazione di questo lavoro che deve riuscire una completa documentazione dell'attività scientifica dei medici italiani in questo campo.

Viene eretto a Tiflis un Istituto scientifico panrusso per lo studio del batteriofago; verrà inaugurato nel 1937 e sarà diretto dal prof. F. d'Herelle.

L'Università di Bologna è stata autorizzata con R. D. 2 luglio 1936, n. 1478, ad accettare la donazione di lire centomila nominali in titoli del Debito pubblico italiano 5 % disposta in suo favore dal comm. Gildo Borsari, direttore amministrativo della R. Università, per l'istituzione di un premio da intitolarsi « Premio dottoressa Myriam Borsari » (nome della defunta sua figlia).

La Compagnia ferroviaria della Manciuria meridionale ha allestito un treno-ospedale per il proprio personale ed eventualmente per gli abitanti della zona prossima alla ferrovia.

Un gruppo di turisti francesi e belgi si è recato a visitare l'Istituto sanatoriale « Carlo Forlanini » di Roma.

Il Governo argentino ha costituito una Commissione nazionale di cooperazione intellettuale, allo scopo di promuovere la cooperazione intellettuale con l'Estero, come pure tra i varî rami culturali dell'interno: scienze, letteratura, arti, insegnamento ecc.; il nuovo Ente sarà in rapporto con l'Istituto internazionale di cooperazione intellettuale, che ha sede a Parigi, e con l'Ufficio internazionale di educazione, che ha sede a Ginevra. I maggiori nomi dell'Argentina figurano nella Giunta esecutiva.

Si è ritirato dall'insegnamento in età di soli 55 anni, a causa di disturbi visivi, il prof. dott. Tetsuno Aoyamo, clinico chirurgo alla Facoltà medica dell'Università imperiale di Tokio, considerato nel Giappone una delle personalità più eminenti dell'èra Megi: malgrado l'età relativamente giovane, apparteneva alla cosidetta « vecchia guardia ».

I medici di Lima hanno reso omaggio, con diverse manifestazioni pubbliche, ai colleghi che hanno raggiunto il 25° anno di esercizio professionale.

La Facoltà medica di Bordeaux ha stabilito che il giuramento d'Ippocrate venga stampato alla fine di tutte le tesi e che il candidato lo legga il giorno dell'esame.

A Parigi sono stati apposti un busto e una targa ad uno degli immobili della via intitolata al dott. Jacquemaire Clemenceau, morto cinque anni or sono di una setticemia contratta durante un'operazione. Sono stati pronunziati varî discorsi, che hanno tracciato la vita del giovane Clemenceau, il quale, dopo essere stato un eroe e un grande ferito della guerra, cadde sul campo del dovere professionale a 37 anni. Era nipote dello statista.

La « Société Médicale du Littoral Méditerranéen » ha organizzato il 14° viaggio sulla Costa Azzurra per i giorni 26 dicembre 1936 - 2 gennaio 1937. Sede: rue Verdi 24, Nizza.

Le operazioni militari in Spagna hanno fatto scoprire, dai giornalisti stranieri accreditati presso il Quartiere Generale dell'esercito nazionale, un villaggio poverissimo della provincia di Valladolid, Palazuele, i cui abitanti indigeni sono tutti esadattili.

Il Governo cantonale di Basilea ha esonerato dalle funzioni di professore di anatomia patologica nell'Università il dott. W. Gerlach, a causa della sua attività in favore del movimento nazionalsocialista, attività stimata incompatibile con le funzioni d'insegnante presso un'Università svizzera.

Il dott. Giorgio Pons, medico esercente in Perosa Argentina e podestà del comune di Roure, è stato sospeso dalla carica e dall'ufficio di podestà, per infrazione ai doveri professionali, dacchè egli ebbe a rifiutare la sua assistenza in un caso d'infortunio e ad un bambino in condizioni gravissime, il quale decedeva poco dopo il mancato intervento.

È morto il 15 agosto, in età di 74 anni, il noto tropicalista REINHOLD RUGE, che appartenne lungamente alla Marina germanica; insegnò igiene all'Accademia della marina. Molto credito ottenne la sua opera: « Introduzione allo studio delle malattie malariche ». In collaborazione di zur Werth e poi anche di Mühlens, pubblicò il trattato « Malattie tropicali e igiene tropicale », che è giunto alla 3ª edizione ed è stato tradotto anche in italiano. Ha contribuito alla pubblicazione del « Trattato d'igiene sulle navi da guerra ».

A. P.

È morto a 69 anni il medico veterinario Sir ARNOLD THEILER, nato in Svizzera, naturalizzato inglese, notissimo per i suoi studi sulle malattie protozoarie degli animali, compiuti nel sud-Africa; al suo nome è stato intitolato il genere *Theileria*, causa delle « theileriosi »; dal suo nome è stato pure denominata la *Spirochaeta theileri*.

M. P.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 3 agosto al 9 agosto 1936: Morbillo 196 (654); Scarlattina 101 (178); Pertosse 182 (554); Varicella 86 (133); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 449 (963); Infezioni paratifiche 102 (135); Febbre ondulante 51 (66); Dissenteria 15 (29); Difterite e croup 228 (417); Meningite cerebro-spinale epidemica 12 (12); Poliomielite anteriore acuta 45 (68); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 11 (19); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 56 (76), dichiarata — (—); Pustola maligna 35 (40); Febbre puerperale 23 (28); Leishmaniosi 1 (1); Parotite epidemica 77 (154).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Wien. Klin. Woch., 19 giu. — REUSS e HASSMANN. Flora batter. intest. e disturbi diger. nei lattanti. — SIMPSON. Trattam. della sifilide e della gonorrea con la febbre artificiale.

Riforma Med., 13 giu. — Omaggio alla medicina francese.

Presse Méd., 6 giu. — R. LERICHE. Guarigione definitiva di orticaria dopo appendicectomia. — 10-17 giu. H. CHEBANIER e al. Ipofisi e diabete.

Ann. Inst. Pasteur, giu. — B. PALANT e al. Immunizzaz. antidifterica con una sola iniez. di anatossina precipitata. — J. P. EXCHAQUET. Immunizzazione antipneumococcica da inalaz.

Bull. Ac. de Méd., 9 giu. — P. REMLINGER e J. BAILLY. Vaccinaz. antirabbica con i vaccini fenicati.

Arch. Mal. Appar. Diger., mag. — E. FROLA e A. OLIVERI. Appendice e tbc. polm. — A. VECCHI. Modificazioni ematologiche nei resecati di stomaco. — A. ALLODI. Steatorrea cron. idiopatica.

Clin. Chir., giu. — D. SOLI. Pseudomixoma del peritoneo ex appendice.

Acc. Med., mag. — V. DE CIGNA. Oscillatore a onde multiple di Lakhovsky e sue applicazioni in terapia.

Diagnostica e Tecn. di Lab., 25 mag. — M. STRUMIA. Il laboratorio clinico.

Quaderni dell'Allergia, mag. — V. VALENTI. Problemi immunitari in farmacologia: idiosincrasia e anafilassi. — F. CIANCIO. Emetina e sindromi da ipersensibilità.

Mediz. Welt., 20 giu. — H. J. LAUBER. Biologia delle ferite.

Klin. Woch., 20 giu. — C. KAUFFMANN. Valore terapeutico degli ormoni sessuali femm. — E. G. NAUK e B. MALAMOS. Modo d'azione dei rimedi antimalarici nella malaria delle scimmie.

Gaz. d. Hôp., 20 giu. — G. WORMS e H. P. KLOTZ. Fisiologia del timo.

Münch. Med. Woch., 19 giu. — L. SEITZ. Glandole genitali e sistema ormonico sessuale. — W. KINDLER. Emorragie improvvise spontanee dall'ugola. — H. RUTENBERK. Nuovo trattam. del morbo di Basedow.

Paris Méd., 20 giu. — Chirurgia infantile e ortopedia.

Brit. Med. Journ., 20 giu. — R. MILLER e M. RAVEN. Nausea epidemica e vomito. — C. RUSSELL SALISBURY e C. SPENCER MELVIN. Segni oftalmoscopici della morte.

Lancet, 20 giu. — W. C. WILSON e G. D. ROWLEY. Tossiemia acuta nelle scottature; uso dell'estratto di corteccia surrenale.

Clin. Med. It., giu. — S. LAUFER e A. RUBINO. Derivazioni elettive nella diagnosi dei disturbi di conduzione del miocardio atriale. — M. MANCARELLA. Reaz. di Weltmann nel tifo. — M. CORDARO. Anemie da brucellosi.

Med. Klinik, 19 giu. — A. MEESMANN. Trattam. operativo del distacco della retina. — R. STEINDLER. Colpo di sole.

Prensa Méd. Arg., 3 giu. — C. BONORINO UDAONDO. La cura bulgara nel parkinsonismo post-encefalitico. — J. L. CARRERA. La cosidetta « sifilide nervosa asintomatica ».

Amer. Journ. Med. Sc., giu. — C. N. H. LONG. Interrelazioni tra le glandole a secrez. interna e metabolismo. — J. D. GOLDSTEIN. La prova di Gordon nel morbo di Hodgkin. — E. A. ROVEN-

stine. Complicazioni respiratorie post-operatorie. — S. R. Mettier e al. Azione della irradiazione Röntgen sulla piastrinogenesi.

Folia Med., 15 giu. — C. Fittipaldi. Bronchiettasie sifilitiche.

Arch. It. di Sc. Med. Col. e Parass., apr. — E. Satta. Bilharziosi intestinale da *Sch. Mansoni* in Eritrea. — G. Bacchelli. Id. in Somalia.

Bull. d. Sc. Med., mar.-apr. — P. Pensa. Sul cosidetto « segno eritrocitico » in gravidanza.

Minerva Med., 23 giu. — F. B. Omizzolo. La tbc. nelle prostitute. — F. Romeo. Ipoglicemia secondaria a somministraz. di HCl.

Journ. A. M. A., 6 giu. — A. Bassler. Ostruz. intestin. da amebiasi. — E. P. Ralli e al. Azione del carotene e della vitamina A sul diabete mellito.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 giu. — F. G. Cawston. Il fico d'India come larvicida.

Riforma Med., 20 giu. — G. Bossa. Metabolismo del tessuto linfatico in varie condizioni morbose. — M. Loreti. Complicazioni chirurgiche da tifo in vaccinati.

Presse Méd., 24 giu. — M. Loeper e al. Sindromi nervose nel cancro esofageo. — J. Fleury e M. Minière. Setticemie streptococciche acute d'origine gengivo-dentaria.

Haematol., V. — E. Storti. Mielosi eritremica. — L. Cotti. Influenza della vitamina C sulla coagulaz. del sangue.

Dermosifilogr., giu. — G. Manganotti. Ulcerazioni acute non veneree dei genitali femm.

Giorn. di Batter. e Immun., giu. — L. Schioppa. Eventuale azione degli antivirus sulla polpa vaccinica. — L. Michelazzi. Allergia e immunità abc. specifica.

Giorn. di Cl. Med., 10 giu. — G. Hetenyi. Origine dell'obesità. — L. Jarno. Terapia dell'ulcera gastr. — I. Zaday. Studi sulla costituz.

Münch. Med. Woch., 26 giu. — H. Naujoks. Danni intrauterini del feto. — R. Meissner. Ittero cronico recidivante.

Deut. Med. Woch., 26 giu. — Ginecologia.

Proc. R. Soc. Med., giu. — S. P. James e al. Ricerche cliniche e speriment. sulla malaria. — A. Sorsby e L. R. Benham. Esami allergici in affezioni oculari esterne. — Discussioni su: Ostruzioni dell'esofago esclusi i tumori mal. — Malattie obliterative delle arterie negli arti. — Dismenorrea intrinseca. — Casistica varia.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., giu. — J. Duguing e P. Fabre. Stasi duoden. paralitica cronica. — M. Vauthey. Itteri consecutivi a medicazioni mercuriali. — L. B. Berlin e al. Sul trattamento delle affezioni del fegato e delle vie bil. — S. Ryss e al. Sul trattam. delle enterocoliti. — L. S. Schwarz e X. Krinsky. Epatite e gastrite.

Med. Klinik, 26 giu. — E. Voht. Esercizi fisici e fisiologia degli org. sessuali muliebri. — H. Knaus. Interruz. eugenica della gravidanza.

Klin. Woch., 27 giu. — G. Witman. Esame citologico di essudati e trasudati. — H. Reichel. Linfopenia nell'uremia. — R. Klima. Trattam. della purpura trombopenica.

Med. Welt, 27 giu. — F. Funk. Azione della luce sulla cute e suo impiego terapeutico. — H. Weber. Diagnosi precoce dell'arteriosclerosi.

Brit. Med. Journ., 27 giu. — R. D. Gillespie. Fattori psichici nell'asma. — R. M. Murray. Emocromatosi. — A. Miller. Drenaggio del seno mascellare.

Lancet, 27 giu. — W. P. Murphy. L'infezione focale. — L. P. E. Laurent e M. B. Walker. La prostigmina nel trattam. delle myasthenia gravis.

Journ. A. M. A., 13 giu. — N. P. Hudson e al. Fattori di resistenza nella poliomielite sperimentale. — C. H. Barnacle e al. La febbre artificiale nel trattam. della corea.

Nutrition, II. — Pelle e tubo digerente. Le simpatosi cuti-digerenti.

Prsse Méd., 27 giu. — V. Audibert e al. La paralisi facciale detta « a frigore ».

Giorn. d. Med. Prat., mag. — R. Carusi. Trombosi delle coronarie a sindrome addomin.

Presse Méd., 1 lug. — P. Merklen e al. Il sangue negli antichi gastroectomizzati.

Practitioner, lug. — Disordini mentali iniziali.

Edinb. Med. Journ., lug. — J. H. Biggart. Diabete insipido.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 28 Settembre 1936 - XIV Num. 39

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALI RIUNITI DI NAPOLI.
ISTITUTO LUCIANO ARMANNI
REPARTO DI ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA.
Direttore: Prof. VINCENZO TRAMONTANO.

V SALA CHIRURGICA DELL'OSPEDALE INCURABILI.
Direttore inc. prof. FRANCESCO FAZIO.

L'importanza della embriogenesi nell'ectopia della milza.

Dott. GENNARO GUAZZIERI, coadiutore chirurgo.

L'ectopia splenica non è certo di osservazione così rara da rendere di per sè stessa ogni caso degno di particolare menzione. A me pare tuttavia che quello capitato alla mia osservazione, per la piccola età dell'inferma, si presti ad alcune particolari considerazioni sulla patogenesi di questa malattia, che lo rendono degno di speciale interesse.

Cang. Teresa, di anni 6, da Capri.

I genitori sono viventi e sani. La madre non ha mai avuto aborti. Ha quattro fratelli ed una sorella che godono tutti buona salute.

Nata a termine con parto eutocico e dopo una gravidanza regolare, l'inferma ebbe allattamento materno e dette i primi passi in epoca normale. Nè al momento della nascita, nè in seguito, i familiari notarono difetti o ritardi nel normale sviluppo della bambina, che anzi fu sempre piuttosto precoce e di carattere assai vivace. Tranne una lieve infezione morbillosa all'età di quattro anni, non ebbe altre malattie degne di nota prima dell'attuale.

I genitori non sanno dire con precisione l'epoca in cui la bambina cominciò ad accusare i primi disturbi. Circa sei mesi addietro, essa si lamentò una mattina di dolori al ventre, che furono presi come conseguenza di disordini alimentari. A quanto sembra l'addome divenne meteorico, l'alvo rimase chiuso per circa 24 ore e si ebbe qualche vomito. I genitori la purgarono e nello spazio di due giorni tutto tornò al normale.

La scena si ripetette quasi identica altre due volte nel periodo di cinque mesi, ma poichè la bambina non appariva affatto sciupata e tutto scompariva in poco tempo, sempre si giustificarono tali disturbi come eccessi di alimentazione,

tanto più che la piccola è stata sempre di grande appetito.

Quindici giorni or sono però il quadro per quanto non molto diverso nell'insieme, fu di maggiore gravità. L'inferma venne colpita in pieno benessere da forti dolori, l'addome si fece teso, cessò ogni emissione di feci e di gas, nonostante che i genitori anche questa volta avessero somministrato un purgante e praticato dei clisteri, comparve un vomito persistente e per la prima volta la bambina assunse un aspetto molto sofferente, tale da preoccupare i familiari. Fu chiamato un sanitario che pensò ad una occlusione intestinale e consigliò senz'altro il ricovero in Ospedale.

Senonchè, avendo la madre fatto di sua iniziativa alcuni cataplasmi sull'addome, l'inferma ebbe una prima scarica di feci, cui ne seguirono in breve tempo delle altre, abbondanti e numerose. I vomiti cessarono, le sofferenze diminuirono e la piccola lasciò ben presto il letto, continuando però a lamentarsi di tanto in tanto di qualche dolore all'addome. Neanche in questo periodo, come nei precedenti, ebbe elevazione febbrile.

Avendo però i genitori notato nei giorni successivi, e per la prima volta, secondo loro, che l'addome, nella sua metà inferiore, appariva alquanto rigonfio ed era dolente alla pressione, l'inferma fu portata in Ospedale il giorno 16 giugno 1935.

E. O.: Bambina di sei anni, bene sviluppata, ed in buono stato di nutrizione. Non presenta difetti o imperfezioni in alcuna parte del corpo. Dentatura regolare per la sua età; nessuna nota a carico di alcun organo.

All'ispezione dell'addome mentre l'inferma è in posizione orizzontale, si nota, in effetti, che l'ipogastrio è alquanto sporgente, un po' più dal lato sinistro e di forma regolarmente globosa. L'addome segue ovunque i movimenti respiratori.

Alla palpazione nella regione suddetta si sente chiaramente sotto la mano una massa che arriva in alto circa due dita al disotto dell'ombellicale trasversa, sui lati si allontana di poco dalla linea mediana a destra, di circa tre dita a sinistra, ed in basso si perde dietro il pube. Tale massa è di consistenza uniformemente dura-elastica, della grandezza di una grossa arancia, alquanto dolente alla pressione, liscia, facilmente spostabile nei vari sensi, senza però che sia possibile allontanarla di molto dalla sua posizione abituale. Il resto dell'addome non offre alla palpazione nulla di notevole.

La percussione sul tumore dà un suono ottuso; tutto intorno si avverte suono timpanico e la percussione non si modifica facendo cambiare la posizione dell'inferma. Non si apprezza alcuna onda liquida, nè si riscontra alcun accenno di versamento con la percussione sui fianchi.

Il riscontro rettale non dà alcun ragguaglio, anche perchè la bambina soffre ed è molto irrequieta.

Esame delle orine normale. Cutireazione negativa.

Esame radiologico. — L'esame del grosso intestino, eseguito per clisma, dimostra una buona canalizzazione, con morfologia colica conservata. Tale reperto è confermato con l'esame eseguito *per os*. La radiografia diretta delle regioni renali mette in evidenza ombre renali in sede normale, non ingrandite, o comunque deformate.

Non era possibile in tali condizioni formulare una diagnosi di certezza. Perdurando però invariato lo stato di cose già descritto, si decise di procedere senza ulteriori attese ad un intervento esplorativo il giorno 22 giugno 1935.

Atto operativo: Narcosi eterea. Laparatomia mediana sotto ombellicale. Piccola quantità di liquido libero, citrino, in addome.

Con delicatezza e dopo avere isolato il campo operativo, si distaccano dalla massa, con discreta facilità, numerose aderenze epiploiche e dell'intestino tenue e si mette così, poco per volta, allo scoperto il tumore. Questo appare liscio, di colorito rosso bruno, di consistenza duro-elastica, di forma di un ovoide schiacciato, con una faccia convessa volta in basso ed a sinistra, ed una piana o leggermente concava volta in alto ed a destra, grande quanto un'arancia e con delle incisure nella parte anteriore.

La massa non ha alcun legame con gli organi del piccolo bacino e si trova esattamente situata parte subito sotto la parete muscolare, parte dietro il pube, più specialmente a sinistra della linea mediana; essa si presenta legata e quasi sospesa solo ad un peduncolo che si inserisce longitudinalmente per circa cinque o sei centimetri sulla sua faccia piana, si restringe ben presto facendosi simile ad un cordone ombellicale, di cui è però meno spesso, e presenta, in un punto una torsione che non raggiunge i 180°. Tale peduncolo risale in alto tanto che per seguirlo sono costretto ad allargare la breccia laparatomica fino a due dita al disopra dell'ombellico e va a finire, slargandosi e ispessendosi, dorsalmente, alquanto a sinistra della linea mediana; più che con la vista è possibile fare tale constatazione seguendo questo cordone con le dita. Non esistono altri legamenti al di fuori di questo peduncolo.

La presenza delle incisure, la forma del tumore, l'inserzione del peduncolo, mi fanno venire il sospetto che trattasi di una milza ectopica, e per assicurarmene vado all'esplorazione della regione splenica. Infatti l'ipocondrio sinistro è vuoto e lo stomaco, il che, data l'ampiezza della breccia, mi è possibile vedere, è in diretto contatto con la parete laterale sinistra dell'addome. Il rene sinistro si sente al suo posto normale.

Torno quindi sul tumore e facendo trazione in basso su di esso, metto una pinza nella parte più stretta del peduncolo ed asporto quindi la massa. Legatura e peritoneizzazione del moncone; chiusura totale a strati della parete.

Qualche vomito subito dopo l'intervento, grande irrequietezza della bambina in prima giornata. in seguito decorso regolare e guarigione per prima della ferita.

L'esame del sangue fu praticato l'indomani dell'intervento, quattro giorni dopo e quindi all'uscita dell'Ospedale con i seguenti risultati:

I esame di sangue:

Corpuscoli rossi 3.846.000 per mmc.; corpuscoli bianchi 9648 per mmc.; emoglobina 65.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 67 %; polinucleati eosinofili 2 %; polinucleati basofili 0; linfociti 26 %; Monociti 5 %.

II esame di sangue (dopo 4 giorni):

Corpuscoli rossi 3.966.000 per mmc.; corpuscoli bianchi 11.564 per mmc.; emoglobina 70.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 65 %; polinucleati eosinofili 2 %; polinucleati basofili 0; linfociti 29 %; monociti 4 %.

III esame di sangue (dopo 20 giorni):

Corpuscoli rossi 4.260.000 per mmc.; corpuscoli bianchi 13.645 per mmc.; emoglobina 80.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 62 %; polinucleati eosinofili 1 %; polinucleati basofili 0; linfociti 31 %; monociti 6 %.

Al microscopio discreta anisocitosi e poichilocitosi; parecchi corpuscoli rossi con spazio centrale scolorato, specie nei due primi esami. Niente altro di notevole.

Attualmente sono trascorsi circa sette mesi dall'operazione. La bambina, che è stata vista l'ultima volta nel gennaio c. a., cresce normalmente di peso e di altezza, la sua nutrizione è perfetta e non è andata mai soggetta in questo periodo ad alcuna infezione.

Descrizione del pezzo asportato:

La milza pesa gr. 160 ed ha uno spessore massimo di cm. 4 1/2, una larghezza di cm. 9 ed una lunghezza di cm. 11 1/2. La sua forma è ben conservata ed il suo margine anteriore presenta tre incisure poco profonde. La superficie non è uniformemente liscia, ma mostra qua e là delle chiazze rugose per un processo di perisplenite. Il colorito è rosso-bruno, in qualche punto quasi nerastro.

Al taglio la consistenza dell'organo è maggiore del normale e la capsula splenica, con le trabecole che da essa si dipartono, è ispessita. La milza è dovunque fortemente congesta e la polpa rossa notevolmente aumentata. Nel polo superiore si nota un infarto di notevole grandezza. La parte asportata del peduncolo lungo circa 6 cm., presenta ad una distanza di 3 cm. dalla sua inserzione un accenno a torsione (fig. 1).

All'esame istologico appare nettamente l'aumento di tutto lo stroma, la polpa bianca è evidente ed i corpuscoli del *Malpighi* ben conservati e con centro germinativo in attiva proliferazione; la polpa rossa è notevolmente iperplastica e le lacune spleniche, abbondanti, appaiono ripiene di eritrociti e mostrano un endotelio rigonfio per evidente stasi sanguigna.

In corrispondenza dell'infarto, si riscontra una zona necrotica, in cui si notano zolle amorfe, prive di struttura.

L'importanza della mia osservazione risiede massimamente sulla età dell'inferma.

Recentemente Abell, nel 1933, ha riunito in un interessante ed assai preciso lavoro di insieme, 95 casi di milza migrante, con torsione del peduncolo, aggiungendovi due osservazioni personali. Per quanto riguarda l'età dei vari infermi, egli ha notato che il 14,3 % di essi avevano un'età al disotto dei 20 anni, il 66,7 % si trovava fra i 20 e 40 anni, ed il rimanente 19 % andava al di là di questa cifra. I malati che avevano un'età fra i 21 ed i 30 anni rappresentavano la percentuale più elevata, costituendo appunto il 34,5 % della cifra totale.

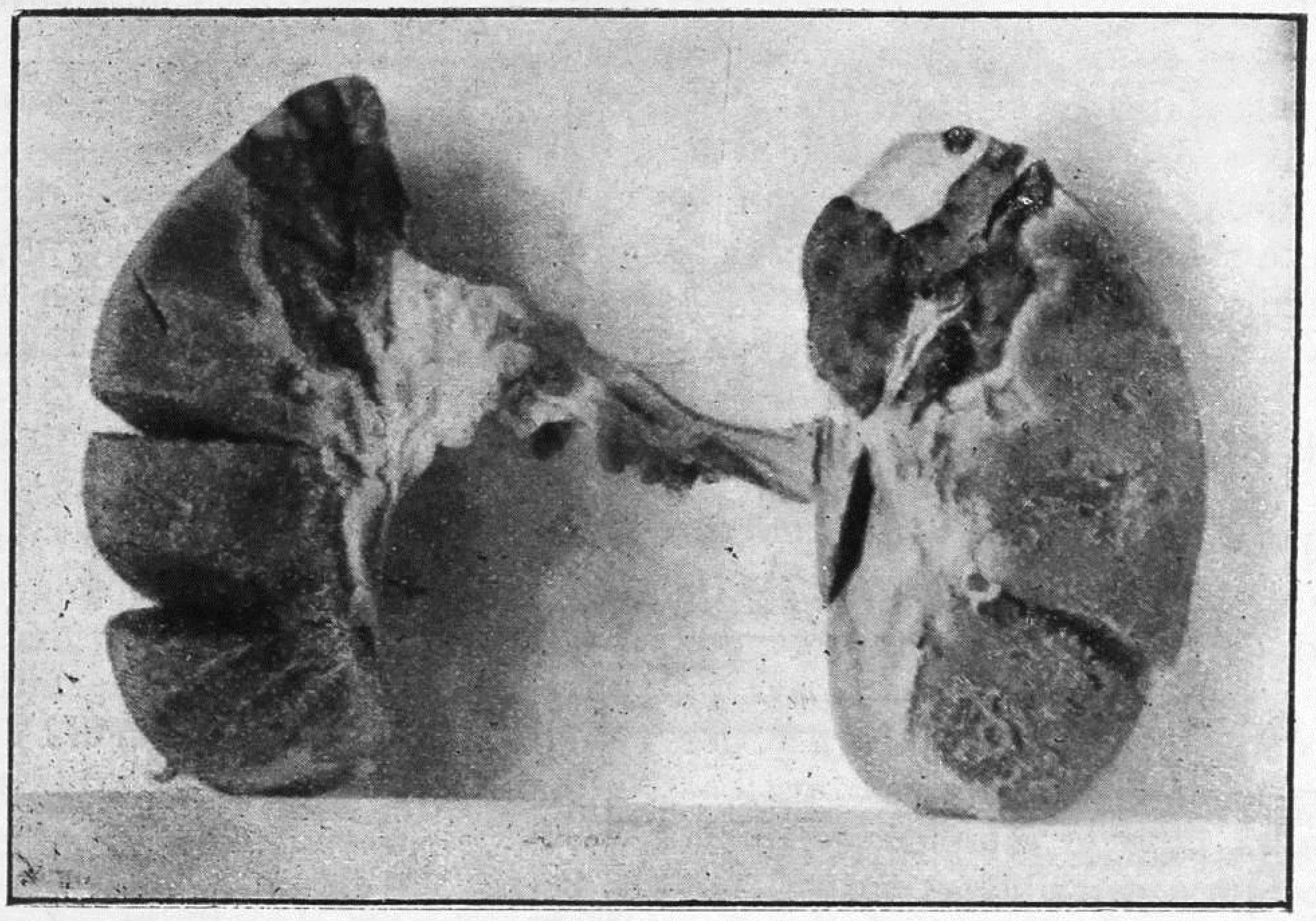


Fig. 1. — La milza è stata divisa in due parti e mostra nel suo polo superiore un grosso infarto. Le soluzioni di continuo, che si osservano nel parenchima, sono dovute al prelevamento dei pezzi per l'esame istologico. Il peduncolo è unito alla metà destra della milza ed è leggermente torto su sè stesso a circa tre cent. dalla sua inserzione.

Ecco la tabella che io trascrivo integralmente:

Età	Femmine	Maschi	Totale
1-10 anni	0	1	1
11-20 »	9	2	11
21-30 »	27	2	29
31-40 »	26	1	27
41-50 »	11		11
51-60 »	3	—	3
61-70 »	1	—	1
71-80 »	1	—	1
Età non annotata	9	—	9
Età e sesso non annotato			2
Totale	88	5	95

L'unico caso al disotto dei dieci anni, riguarda l'osservazione riferita da Southam, nel 1921, di un ragazzo di 6 anni, senza alcun precedente anamnestico degno di particolare osservazione, ricoverato in Ospedale con diagnosi di appendicite acuta, ed operato con questa diagnosi. Mentre si praticava l'anestesia si notò un grosso tumore, francamente mobile nella fossa iliaca di destra. L'addome fu aperto sulla pararettale di questo lato e si trovò che il tumore era costituito dalla milza migrata, mentre tutti gli altri organi, per quanto fu possibile vedere, erano nella loro posizione regolare.

La milza fu portata via, attraverso l'incisione fatta, senza difficoltà ed al peso risultò circa 4 volte più grande del normale. L'esame istologico non mostrò alcuna alterazione di essa all'infuori di una fortissima congestione dovuta alla torsione del peduncolo. Southam ritiene senz'altro che l'ectopia splenica nel suo caso era dovuta a fattori congeniti, ma non spiega quali questi potessero essere.

Non vi sono nella statistica di Abell altri casi di milza mobile in soggetto con età inferiore ai dieci anni, nè a me, con una accurata disamina della letteratura, è stato possibile trovarne.

Invece agli undici casi riferiti da Abell tra gli undici ed i venti anni di vita, ho potuto aggiungere quello di Castanio e Brea, riferito alla Soc. di Ostetricia e Ginecologia di Buenos Aires nel maggio del 1933, di un ragazzo di 14 anni, che da due anni presentava dei fenomeni dolorosi più o meno acuti e diffusi all'addome ed in cui, alla palpazione, si scoprì un tumore del volume di una testa di feto, che occupava la parte inferiore della fossa iliaca sinistra e del fianco. All'operazione si vide che esso era costituito dalla milza in sede ectopica, la quale aveva subito ripetute e parziali torsioni sul suo peduncolo, e presentava aderenze con il colon trasverso e con l'angolo sinistro del colon. Fu eseguita la splenectomia con buon esito.

Per spiegare l'insorgenza della milza ectopica, in questi casi, debbono intervenire di certo dei disturbi congeniti dello sviluppo senza di cui sarebbe assai difficile spiegare la patogenesi di questa malattia, quando essa si presenta nell'infanzia e nella prima giovinezza.

È risaputo come due gruppi di cause sono state abitualmente messe avanti dalla maggioranza degli Autori per spiegare la patogenesi della milza mobile: le une estrinseche, le altre intrinseche alla milza stessa. Tra le prime sono da annoverarsi i traumi, il rilasciamento delle pareti addominali con consecutiva enteroptosi, facile a trovarsi, e qualche volta anche assai accentuata, nelle donne che abbiano avuto molte gravidanze, l'allungamento congenito, o il più spesso acquisito, dei legamenti che fissano la milza nella sua normale posizione; tra le seconde sono comprese tutte quelle malattie che portano ad un aumento di volume e di peso dell'organo.

Tra tutte queste cause non ve ne è alcuna che possa essere considerata capace di spiegare sufficientemente l'insorgenza di una milza ectopica.

A prescindere dalla maggiore frequenza che avrebbe senza dubbio questa malattia, se essa riconoscesse in un fattore traumatico il suo agente patogenetico, l'influenza del trauma, anche a volerla ammettere, risulterebbe sempre circoscritta a dei limiti molto ristretti.

È facile comprendere infatti come le modificazioni di posto della milza in seguito ad un trauma non possano essere molto accentuate senza provocare gravi danni e come forse i soli traumi piccoli e ripetuti, quali il correre, il saltare, ecc. possano contribuire ad aumentare l'ampiezza di escursione di questo organo, quando però esistano anche altre cause di possibile dislocazione.

Il rilasciamento generale delle pareti addominali ha certamente la sua importanza e spiega perchè l'ectopia splenica si verifichi specialmente nelle donne e nelle multipare in modo particolare. Ma d'altra parte vi sono anche numerosi casi di milza mobile in soggetti con pareti addominali normali, come pure esistono, accanto a individui con visceroptosi e milza mobile, altri in cui ad una totale visceroptosi non si accompagna una dislocazione della milza, ed altri ancora con ectopia splenica evidente, nei quali, viceversa, il rimanente dei visceri addominali ha conservato la propria normale posizione.

Se fra flaccidità delle pareti addominali, ripetute gravidanze e visceroptosi da un lato ed ectopia splenica dall'altro esistessero in effetti degli indiscutibili legami, mi sembra troppo bassa la percentuale del 2 % di ectopia splenica trovata da Albutt nella ptosi totale dei visceri addominali.

Per quanto riguarda l'allungamento congenito dei legamenti della milza a me pare che intenderlo isolatamente non costituisca altro che una supposizione del tutto arbitraria, appunto perchè non è possibile che esso possa esistere senza alcun particolare disturbo dello sviluppo embriogenetico; e lo stesso può dirsi per l'assenza di alcuno di essi. L'allungamento acquisito può forse spiegare la milza mobile in qualche caso, ma è del tutto insufficiente in quelli nei quali, come nella mia inferma, non si può, data l'età invocare tale patogenesi.

Più che parlare di un allungamento prece-

dente alla comparsa della milza ectopica, sarebbe meglio considerare l'allungamento stesso semplicemente secondario allo spostamento di quest'organo e consecutivo allo stiramento esercitato su di esso dalla milza già dislocata per altre ragioni.

Anche l'aumento di volume e di peso, inteso come fattore fondamentale, lascia modo di fare varie obiezioni: che il tumore splenico da solo non possa senz'altro essere causa dell'ectopia splenica, lo dimostra il fatto che altrimenti tale anomalia dovrebbe verificarsi con molto maggiore frequenza e invece in un infinito numero di casi la milza viene trovata ingrandita, senza che con ciò si sia verificato una sua anormale mobilità.

primaria; il più delle volte invece l'aumento di volume è un fenomeno secondario allo spostamento e più specialmente ad una eventuale torsione del peduncolo ed è dovuto soltanto alla congestione secondaria dell'organo.

Ricordo da ultimo che per Chiarugi il più efficace sostegno ed il più solido punto di appoggio della milza è rappresentato dal rene sinistro, talchè quando questo viene a mancare, come nel caso di rene mobile, anche la milza, dopo di avere col suo peso disteso i legamenti peritoneali, esce dalla sua loggia e discende nell'addome. Greiffenhaghen e Kehr erano anche essi di questa stessa opinione.

Appare evidente come nessuna delle cause qui sopra elencate possa da sola, o in comune

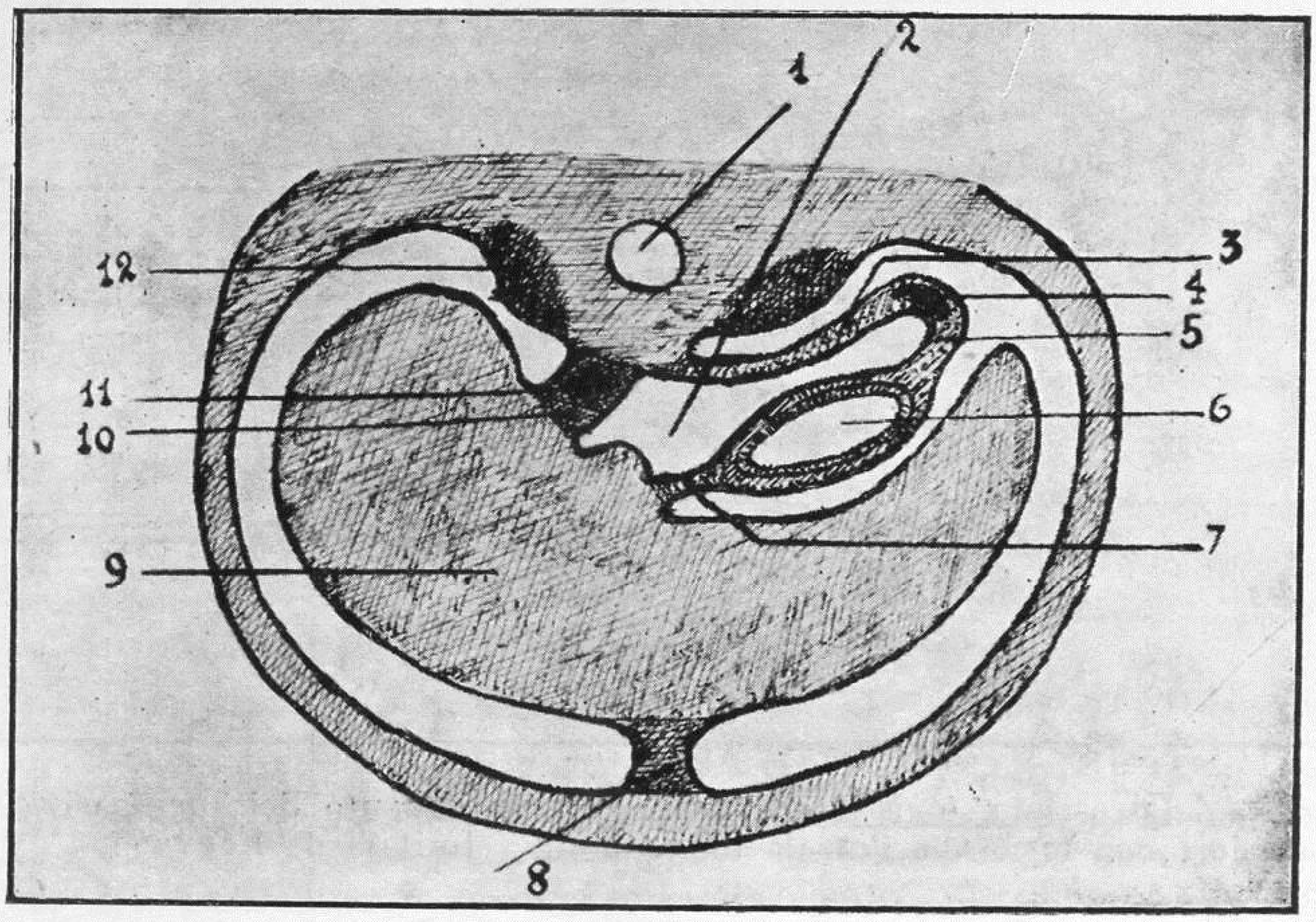


FIG. 2. — Sezione trasversale passante per l'abbozzo della milza. — 1. Aorta. 2. Sacco epiploico. 3. Mesogastrio posteriore. 4. Milza. 5. Epiploon gastrosplenico. 6. Stomaco. 7. Piccolo epiploon. 8. Legamento sospensore. 9. Fegato. 10. Meso epato-cava. 11. Vena cava inferiore. 12. Rene. (Imitato da ROUVIÈRE).

Hirschfeld aveva notato che non è affatto frequente la ptosi, nella leucemia, non ostante il forte aumento di volume della milza in tale malattia, Mac Donald menziona particolarmente il fatto di aver visto pochissimi casi di milza mobile nella Spagna Meridionale, e nella Clinica Mayo, su 500 splenectomie eseguite per le più svariate affezioni, solo due volte fu trovata una milza mobile.

Egualmente in Italia la maggioranza degli Autori è d'accordo nel riconoscere la poca frequenza della milza ectopica nelle splenomegalie malariche o di altra natura.

È bene osservare che quando la milza dislocata appare aumentata di volume, tale ingrossamento non è sempre dovuto ad una malattia

con le altre, spiegare sufficientemente tutti i casi di milza ectopica e come altresì l'insorgenza di questa malattia non sia stata ancora sufficientemente chiarita.

Mi sembra così logico pensare che la patogenesi della milza mobile possa trovare la sua spiegazione riandando allo studio dello sviluppo della milza ed alla evoluzione di quelle pliche peritoneali a cui quest'organo è connesso.

Solo in questo modo è possibile giustificare la presenza di tale lesione nel mio caso in cui, data la piccola età della inferma, non è facile ammettere nessuna delle cause più sopra elencate.

Fino ad un certo momento della vita fetale

lo stomaco, come è noto, si trova situato esattamente su di un piano sagittale, rilegato in tutta la sua lunghezza alla parete addominale posteriore o dorsale per mezzo di un meso, chiamato *mesogastrio posteriore*. È appunto questo meso quello che a noi interessa.

Lo stomaco comincia ben presto un movimento di rotazione intorno ad un asse verticale, per modo che il suo bordo anteriore viene in ultimo a guardare verso destra, formando la piccola curvatura, ed il bordo posteriore, o grande curvatura, si volge a sinistra: contemporaneamente esso ruota anche attorno ad genza assai vascolare, nello spessore del mesogastrio posteriore, e propriamente nella sua parte esterna (fig. 2); essa si accresce assai presto, ne solleva il foglietto esterno o sinistro, ed è riunita in questo momento al pancreas da una porzione del mesogastrio, che diverrà in seguito l'epiploon pancreatico-splenico, ed allo stomaco da un'altra parte, che sarà l'epiploon gastro-splenico. Sono appunto questi due epiploon, che, separati fra di loro e tesi dal lato sinistro della linea mediana, in senso latero-mediale, tra milza e stomaco in avanti e milza e pancreas in indietro, formeranno le due pa-

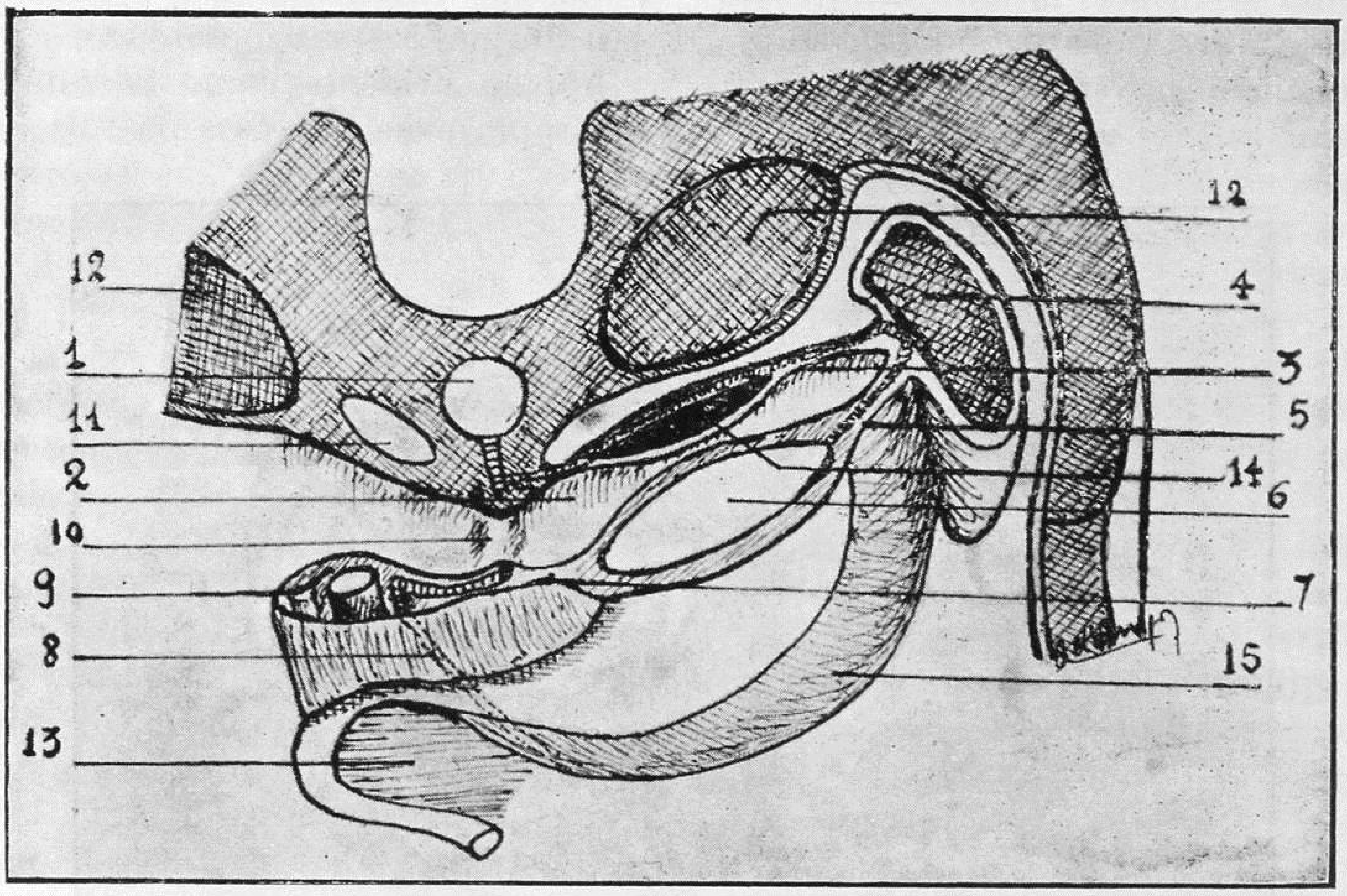


FIG. 3. — La sezione è praticata prima del saldamento del mesogastrio posteriore con la parete dorsale dell'addome. (Imitata da ROUVIÈRE).

un asse antero-posteriore, la sua estremità superiore si inflette verso sinistra e quella inferiore a destra.

È facile comprendere come questi movimenti non possono aver luogo senza dei contemporanei mutamenti, che si producono nel mesogastrio posteriore, il quale fino a che lo stomaco è verticale, è sagittalmente teso fra la colonna vertebrale e la grande curvatura. Esso aumenta in superficie e si allunga sufficientemente per permettere alla grande curvatura di spostarsi; anzi, superando i limiti necessari per assicurare lo spostamento dello stomaco, forma successivamente una lamina, che va dalla parete addominale posteriore alla grande curvatura, la quale, troppo lunga per restare tesa tra questo viscere e la parete, si ripiega su sè stessa, formando un seno aperto in alto.

La milza compare nell'embrione umano di sei settimane sotto forma di una piccola sporreti, anteriore e posteriore, della *retro cavità degli epiploon* (fig. 3).

Ma ritornando al periodo delle successive modificazioni del peritoneo, è noto che il foglietto peritoneale posteriore, nel terzo mese della vita fetale, comincia a saldarsi, a partire dalla linea di mezzo verso sinistra, con il peritoneo della parete posteriore dell'addome e tale saldamento occupa un po' alla volta una grande estensione (fig. 4).

È appunto nel momento in cui questo saldamento dovrebbe iniziarsi, che può rendersi possibile l'eventualità di una milza mobile.

Se per un disturbo nella evoluzione normale del peritoneo tale saldamento si arresta ad un dato punto o non avviene affatto (fig. 3), allora la milza rimane fissata ad una porzione di peritoneo che non oppone alcun ostacolo ad una possibile dislocazione di tale organo. Tale disturbo, come facilmente si comprende, fa ri-

sentire il suo effetto anche sulla formazione di quei legamenti che uniscono la milza al colon e al diaframma. Inoltre il pancreas, nella sua porzione situata a sinistra della linea mediana, godrà pur esso di una minore o maggiore mobilità.

In base ad una sua osservazione, riguardante appunto il cadavere di un bambino, con *situs viscerum inversus*, ed in cui la milza era sospesa ad un legamento unito solo alla parete dorsale dell'addome, e che racchiudeva in sè il pancreas, Toldt dette appunto questa spiegazione per la patogenesi della milza mobile.

zione anatomica non comune del mancato saldamento del foglietto peritoneale posteriore della borsa omentale con il peritoneo parietale corrispondente. Esso può considerarsi infatti come il persistere di uno stadio meno progredito di sviluppo, il quale si riscontra normalmente in alcuni animali. Zukerkandl e Klautsch hanno infatti osservato che in alcune scimmie la milza è completamente libera e si può, con la mano posta dorsalmente e lateralmente a quest'organo, arrivare con facilità, medialmente, fino alla colonna vertebrale. In altri mammiferi, come ad esempio nel cane, il foglietto

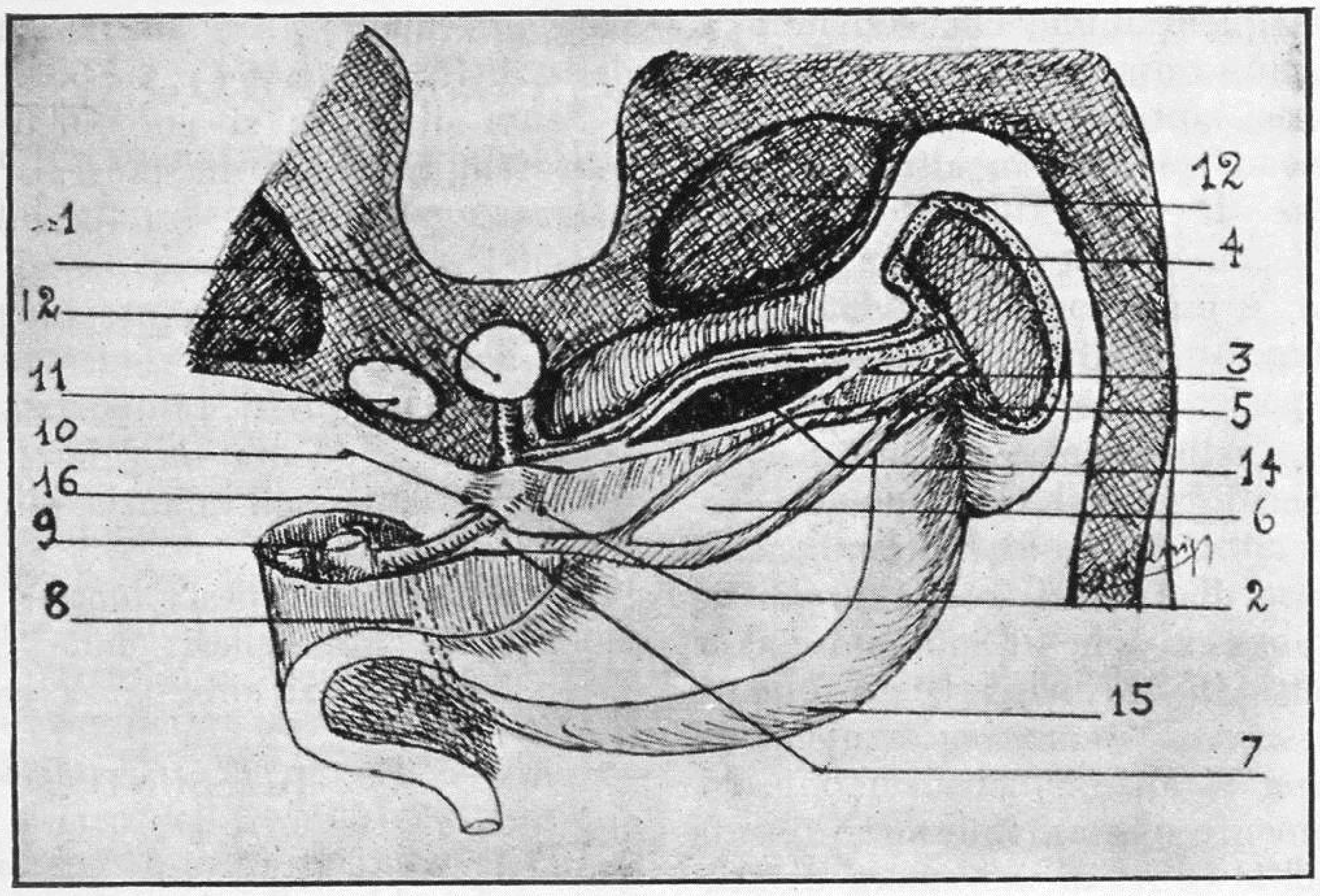


FIG. 4. — La stessa sezione dopo il saldamento fra mesogastrio e parete dorsale. 1. Aorta. 2. Retrocavità degli epiploon. 3. Epiploon pancreatico-splenico. 4. Milza. 5. Epiploon gastro-splenico. 6. Stomaco. 7. Piccolo epiploon. 8. Art. gastro-duodenale. 9. Peduncolo epatico. 10. Forame di Vinslow. 11. Vena cava inf. 12. Rene. 13. Mesoduodeno. 14. Pancreas. 15. Grande epiploon. 16. Vestibolo della retrocavità. (Imitata da ROUVIÈRE).

Nel caso di Zukerkandl, in cui la milza era egualmente sospesa ad un peduncolo peritoneale robusto, lungo circa nove centimetri, largo tre e mezzo e libero completamente fino alla colonna vertebrale, questo Autore fu dello stesso parere, ammettendo una deficiente evoluzione del mesogastrio posteriore; nella sua inferma Latzko, con un eguale reperto operatorio ammise una identica patogenesi, e così pure Rummel, più recentemente, in un caso in cui la milza era unicamente attaccata ad un peduncolo portante i vasi e diretto dall'alto in basso, dall'indietro in avanti ed in senso latero-mediale e che si inseriva solo in alto e posteriormente in vicinanza della linea mediana, ha sostenuto la stessa opinione.

Oltre che con l'embriologia, anche con l'anatomia comparata si può spiegare questa condi-

peritoneale posteriore si comporta quasi in questa identica maniera.

Bonome è dell'opinione che anche un'alterazione congenita nella origine e nella distribuzione dei suoi vasi, possa essere posto a base dell'ectopia splenica. Si può osservare però che se è possibile che tali anomalie vasali congenite possano verificarsi insieme a quei difetti di sviluppo di cui si è sopra parlato, e di cui potrebbero anche essere una naturale conseguenza, è più difficile invece, che esistendo da sole, cosa assai rara, egualmente provochino una ectopia splenica, quando quest'organo conservi le sue normali connessioni.

Quanto sopra si è detto dello sviluppo del peritoneo ci illumina, a mio parere, sulla patogenesi della milza mobile, la quale non è

stata sempre, nei casi riferiti, sufficientemente chiarita e ci dà la spiegazione del perchè l'ectopia splenica rimanga una osservazione piuttosto rara, anche se abbastanza numerose sono state le cause messe avanti per spiegare la patogenesi di tale lesione.

Di più si può, con questa interpretazione, riportare ad un unico fattore la causa prima di questa malattia, fattore con il quale è possibile spiegare egualmente sia i casi più numerosi di ectopia splenica osservati nelle donne e nelle multipare, sia quelli più rari, che si verificano senza precedenti gravidici e nei maschi, sia quelli infine che si hanno, e ciò è ancora più importante, nei bambini. Questi ultimi casi costituiscono proprio quelli che meno possono spiegarsi in altra maniera, appunto perchè il cosidetto allungamento congenito dei legamenti, unica causa possibile a questa età, è una ipotesi infondata se si suppone un regolare sviluppo e saldamento del peritoneo posteriormente.

Questo arresto nella normale evoluzione può d'altra parte verificarsi nel bambino, sia accompagnato da altri difetti di sviluppo, come appunto nel caso di Toldt già riferito, sia da solo, come nell'osservazione di Southam e nella mia, in cui tutti gli altri visceri, per quanto fu possibile osservare, erano regolarmente al loro posto.

Come giustamente osserva Rummel, diventa così comprensibile come nè il tumore di milza, nè l'enteroptosi, nè le ripetute gravidanze con il consecutivo rilasciamento delle pareti addominali, nè i traumi, diano di solito origine a questa malattia, nonostante la loro grande frequenza.

A queste cause tuttavia si deve forse continuare a dare una certa importanza nella insorgenza della milza mobile: se la vera base essenziale di questa malattia risiede in effetti nel mancato saldamento del peritoneo con la parete posteriore dell'addome, non è escluso che esse possano avere egualmente una reale influenza se considerate nel loro giusto valore di fattori occasionali.

Si potrebbe quasi immaginare che il mancato saldamento del peritoneo, pur essendo indispensabile alla migrazione della milza, solo in rarissimi casi, come appunto accade nei bambini, possa da solo causare tale malattia, che esso crea, starei per dire, solo potenzialmente; ma che quest'organo invece, sostenuto forse dal rene, come vuole appunto Chiarugi, Greiffenhaghen, Kehr, o più probabilmente dalla normale tensione delle pareti addominali, non si allontani il più delle volte dalla sua loggia, che solo quando delle cause occasionali, quali appunto l'aumento di volume della milza, i traumi, le gravidanze, non abbiano con il loro intervento fatto sentire la propria influenza sul manifestarsi di tale lesione.

Appare così chiaro perchè la milza mobile, frequente quando il terreno diviene gradualmente ed in modo particolare adatto a quanto una irregolare evoluzione dei mezzi di sostegno di quest'organo ha di già preparato, sia invece molto più rara se, con le stesse irregolarità di sviluppo, non esiste, come nei bambini, niente altro che faciliti lo svolgersi della dislocazione.

Senza dire che si può anche pensare che non sempre si sia in presenza di un totale mancato saldamento fra peritoneo e parete dorsale, ma che invece possano anche esistere dei casi in cui abbia avuto luogo solo un arresto nella normale evoluzione, in un dato momento; in questi l'importanza delle cause occasionali è ancora maggiore e la rarità di questa malattia nell'infanzia più facile a spiegarsi.

A me pare che questa ipotesi, affacciata per spiegare la patogenesi della milza mobile, possa considerarsi abbastanza convincente.

RIASSUNTO.

L'A. studia un caso di ectopia della milza in una bambina di sei anni, da lui operata di splenectomia.

Per spiegare tale dislocazione, ammette, discutendone la modalità, un disturbo nella normale evoluzione del peritoneo.

BIBLIOGRAFIA.

Abell. *Wandering Spleen with Torsion of the Pedicle.* Ann. Surg. XCVII, 722, 1933.

Albutt. Citato da Sutton.

Büdinger. Wiener Klinische Wochenschrift, n. 46, 1902.

Id. Ibid., n. 10, 1903.

Bonome. Archivio italiano di clinica medica, Milano, 1888.

Castanio e Brea. Boletin de la Societad de Obstetricia y Ginecologia de Buenos Aires, V, XII, n. 2, p. 82-87, 1933.

Chiarugi. *Anatomia dell'uomo.* Società Ed. Libraria Milanese, 1924.

Debierre. *Anatomie de l'homme.* Paris, 1890.

De Quervain. *Spez. Chirurg. Diagnostik.*

Falcone. *Embriologia.*

Greiffenhaghen. Zentralblatt f. Chirurg., n. 5, S. 124, 1897.

Ertwig. *Elementi di embriologia.* Vallardi, 1913.

Kehr. Citato da Büdinger.

Klautsch. Morfh. Jb. Bd. XVIII.

Latzko. Wiener Klinisch. Wochenschrift, n. 46, 1902.

MAC DONALD. The Lancet, v. II, 1909.
MAYO. Annals of Surgery, v. LXXXVIII, 1928.
PERNETH. Zentralblatt f. Gynecolog. Bd. XXXV, S. 856, 1912.
ROUVIÈRE. *Anatomie Humaine*. Masson, Paris, 1924.
ROKITANSKI. Zeitschrift der. Ges. der Aerzte in Wien., n. 3, 1860.
RUMMEL. Munchener mediz. Wochenschrift, n. 9, S. 371, 1929.
SUTTON. Annals of Surgery, 1925.
SCWARTZ. Citato da RUMMEL.
SOUTHAM. The Lancet, p. 642, 1921.
TESTUT. *Anatomia*.
TOLDT. Denksch. d. Kais. Akademie. Wien, 1879.
ZUKERKANDL. In BÜDINGER.

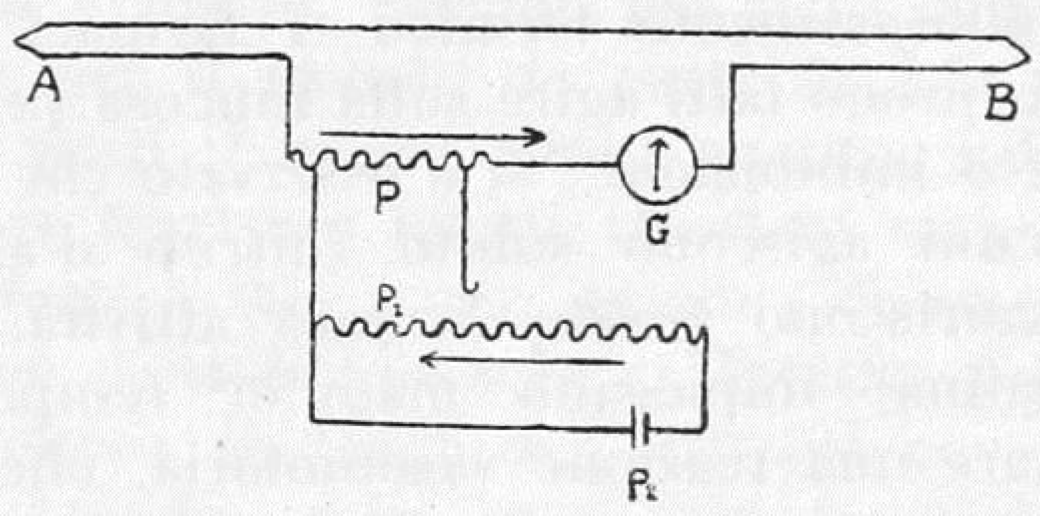
NOTE E CONTRIBUTI

Studio della temperatura e vasomotilità nasale per mezzo delle pile termo-elettriche.

Dott. GIORGIO MANCIOLI - (Milano).

È noto che la temperatura dell'organismo varia da regione a regione: infatti sebbene il sangue, compiendo nei vasi un intero circolo in 24'' eserciti la sua grande influenza per portare le varie regioni del corpo alla stessa temperatura, purtuttavia non si raggiunge ovunque un'uguaglianza termica perfetta: i tessuti più periferici e la superficie cutanea scoperta, per effetto dell'irradiazione continua del calore nell'ambiente e della traspirazione polmonare e cutanea hanno normalmente una temperatura più bassa delle parti profonde. Accurati studii su tale argomento furono compiuti da Bedard, Gassot, Crombie, ecc., finchè Gavarret nel 1855 riportò un quadro esatto delle temperature medie di molte regioni dell'organismo. Tali Autori si servirono per le loro ricerche di termometri clinici usuali, più tardi sostituiti da Baudin con termometri a mercurio più esatti e perfezionati onde permettere la registrazione di minime variazioni di temperatura (fino a 1/50 di grado). Ma anche questi ultimi, sebbene abbiano un bulbo più piccolo, non si prestano affatto all'esplorazione termica in qualche regione dell'organismo (es. fosse nasali). Occorre allora ricorrere ad altri mezzi d'indagine, e tra questi il più adatto è senza dubbio quello termo-elettrico; metodo non nuovo, perchè venne usato da Becquerel e Bernard per i loro studii sulla termogenesi. e più recentemente fu rimesso in onore da Stuard Mudd e collaboratori che, applicandolo nelle fosse nasali dimostrarono che ogni raffreddamento cutaneo è seguito da abbassamento della temperatura nasale, per vasocostrizione locale.

Il metodo termoelettrico è basato sul principio che, quando nel circuito di un galvanometro di debole resistenza si introducono 2 differenti fili metallici riuniti agli estremi con 2 saldature, basta raffreddare o riscaldare una



Schema di pila termoelettrica:
A = saldatura del punto da esplorare a t°.
B = saldatura a temperatura costante (0°).
G = galvanometro.
P, P_1, P_2, = dispositivo potenziometrico con P, P_1 = cassette di resistenza, P_2 = pila Daniell.

delle 2 saldature, perchè si sviluppi una corrente elettrica che fa deviare l'indice del galvanometro nel senso + o —, in proporzione dell'aumento o della diminuzione della temperatura della prima saldatura, rimanendo invariata quella della seconda saldatura compresa nel circuito (0° del ghiaccio fondente). La lettura delle deviazioni del galvanometro si compie per mezzo di un cannocchiale-scala; facendo precedentemente la taratura per confronto con un termometro a mercurio di precisione è agevole costruire allora un grafico, ed avere in ogni momento sott'occhio la nozione della temperatura esatta corrispondente ad ogni oscillazione del galvanometro.

Con tale apparecchio mi fu possibile studiare, nel 1931, le variazioni della temperatura nasale in soggetti normali durante le 24 ore, facendo ora per ora la misura termoelettrica distintamente sul setto nasale e sul turbinato, mentre veniva al contempo misurata la temperatura cutanea all'ascella con un termometro clinico. Si vide allora che la temperatura nasale subisce nel corso della giornata oscillazioni identiche a quelle che avvengono nel resto dell'organismo: tali oscillazioni seguono l'andatura già rilevata da Benedict e Snell col metodo bolometrico. Inoltre la temperatura nasale rilevata col galvanometro segue con molta esattezza e parallelismo evidente la temperatura ascellare; soltanto le oscillazioni galvanometriche sono più marcate, e ciò è dovuto sia alla maggior sensibilità del metodo termoelettrico rispetto a quello termometrico, sia all'enorme ricchezza di elementi vascolari nelle fosse nasali.

Questa ultima particolarità ha fatto ritenere che le fosse nasali fossero le più adatte per

uno studio preciso delle reazioni vasomotorie indotte da alcune sostanze farmacodinamiche, tenendo presente che ogni minima variazione del calibro vasale doveva provocare corrispondenti oscillazioni termiche, e cioè la vasodilatazione aumento di temperatura, la vasocostrizione abbassamento termico. I farmaci vasomotori furono fatti agire sulla mucosa per inalazione o imbibizione: si è osservato che mentre alcuni agiscono subito (nitrito d'amile), ma esauriscono presto la loro attività, altri (adrenalina) impiegano maggior tempo per provocare una reazione vasomotoria, che però più lentamente scompare. Ripetendo inoltre le applicazioni degli stessi farmaci sugli stessi soggetti nei giorni seguenti, si sono provocate sempre reazioni analoghe, e quindi tali da far escludere diminuzione di reazione locale per assuefazione. Infine si è visto che sotto lo stimolo di tali sostanze le pareti del turbinato accusavano variazioni termiche maggiori del setto, e ciò in rapporto alla più ricca vascolarizzazione e quindi più squisita sensibilità dei turbinati stessi.

Altre importanti esperienze del genere sono tuttora in corso; ma di esse parleremo in seguito.

RIASSUNTO.

L'A. mette in rilievo l'importanza del metodo termoelettrico che, attraverso la misurazione delle minime variazioni termiche, permette di studiare con esattezza le reazioni vasomotorie indotte, in zone assai limitate dell'organismo (fosse nasali), dalle varie sostanze farmacodinamiche.

TECNICA CHIRURGICA

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA.
Primario: Prof. L. DURANTE.

Dettaglio tecnico nel trattamento del sacco dell'ernia inguinale obliqua esterna.

Dott. ENNIO SAVARESE, vice-primario.

Passando in rassegna i numerosi metodi operativi proposti per la cura radicale dell'ernia inguinale del maschio, si rileva come i dati differenziali di ciascuno di essi riguardano esclusivamente le modalità di esecuzione della plastica addominale, mentre per tutti è uniforme il trattamento del sacco, del quale i vari AA., almeno quelli moderni, sono concordi di consigliare la sistematica totale estirpazione come principale garanzia per l'esito della cura.

Sebbene tale principio sia di valore indiscutibile, noi riteniamo che esistano dei casi particolari nei quali ragioni di sicurezza e di tempo possano autorizzare a fare qualche eccezione alla regola. Sappiamo infatti che se questo tempo dell'operazione è normalmente di facile e spedita esecuzione, a volte, nelle ernie obliquo-esterne, per condizioni anatomiche (ernie congenite), ma specialmente per alterazioni patologiche (sacculite, peri-sacculite, comune nei portatori di cinto) può divenire oltremodo indaginoso e non del tutto scevro di pericoli per l'integrità funicolo-testicolare. In tali evenienze il sacco, più o meno anormale, trovasi intimamente adeso agli elementi del funicolo che, d'altra parte per la loro fragilità, durante la manovra dissociativa, necessariamente più brutale, possono facilmente venire danneggiati. Contrariamente al parere di quegli AA. che consigliano la sistematica mutilazione del cordone allo scopo di diminuirne il volume, ritenendo sufficiente per evitare l'atrofia del testicolo la conservazione del solo deferente (Slawinski) o di questo assieme ad una o due vene (Herczel, Polya) o alla sola arteria deferenziale (Colle), noi pensiamo che le lesioni portate sopra gli elementi del funicolo non sono sempre trascurabili e che, ad ogni modo, solo ad esse debba farsi risalire la responsabilità di tutta quella serie di turbe circolatorie, di alterazioni neurotrofiche e di canalizzazione, che a volte insorgono a carico dell'apparato genitale dopo l'operazione, nonchè la responsabilità di quegli ematomi che, sia per la loro facile evoluzione in suppurazione, come pure per la loro semplice azione meccanica di distensione del canale inguinale neoformato, so-

no capaci di ritardare o addirittura di compromettere l'esito dell'intervento.

Senza voler esagerare la portata e la frequenza di questi inconvenienti è certo però che essi a volte possono verificarsi, e ciò anche indipendentemente dalla abilità dell'operatore; basti ricordare in proposito che lo stesso Bassini nella sua famosa monografia sulla cura radicale dell'ernia inguinale (Stabilimento Prosperini, Padova 1889), ci denunzia cinque casi di rottura del deferente, evenienza invero questa fra le più rare, data la speciale attenzione che ogni chirurgo suole porre nei riguardi di tale dotto.

Considerando che tutte le difficoltà della cura dell'ernia inguinale sono rappresentate dalla presenza del funicolo spermatico e dall'obbligo che doverosamente si impone l'operatore di rispettarne l'integrità, ci sembra naturale concludere che ogni manovra capace di determinare a suo carico la benchè minima lesione, sia da rigettarsi quale non rispondente ai principi informatori della cura: Pertanto, quando alla facile ed innocua dissociazione degli elementi del funicolo, è necessario sostituire una lunga e dannosa dissezione strumentale di essi, noi riteniamo che sia da considerare ingiustificabile ed antichirurgico ogni accanimento posto per portare a termine questo tempo dell'operazione. A tali conclusioni possiamo giungere anche prescindendo dalle ragioni da noi addotte, che potrebbero essere considerate d'indole troppo teorica ed insufficenti quindi per giustificare una modificazione di condotta dell'operatore. Infatti, anche quando non si voglia tener alcun conto delle eventuali lesioni del funicolo, o che queste si attribuiscano solamente a deficenza di tecnica, nessuno potrà negare però che, sempre in presenza di quelle alterazioni anatomo-patologiche alle quali abbiamo accennato, l'isolamento del sacco erniario dagli elementi del cordone importa necessariamente una perdita di tempo considerevole, che riesce seccante per l'operatore e dannosa per il paziente, in rapporto alla conseguente più lunga esposizione del campo di operazione, alla maggiore quantità di anestetico da propinarsi ed al più marcato shock operatorio. Si deve tener presente d'altra parte a questo proposito che il valore generico che si suol dare in chirurgia al fattore tempo, nella cura delle ernie può a volte diventare assoluto quando, come nei casi di strozzamento, si abbia da fare con soggetti fragili, già intossicati, spesso di età avanzata e nei quali per di più si debba impiegare già molto tempo per un eventuale speciale trattamento del viscere strozzato.

Entrati in questo ordine di idee, ci siamo proposti di studiare un metodo operativo che, senza infirmare il valore contentivo della classica operazione di Bassini, fosse capace di eliminare gli inconvenienti segnalati. L'argomento non è nuovo, essendo già stato oggetto di studio per il passato da parte di AA. che si erano posti il nostro stesso quesito; nella letteratura troviamo infatti riportate varie tecniche ideate a tale scopo, nessuna di esse tuttavia può dirsi soddisfacente: Wölfler propone, ad esempio, in luogo dell'estirpazione, che ritiene dannosa, una sutura con la produzione di escare sulla superfice interna del sacco erniario liberamente aperto. Tale procedimento però non è consigliabile, perchè, non dando garanzia di un completo saldamento dei foglietti sierosi, importando l'uso di sostanze irritanti e determinando in definitiva la produzione di un blocco cicatriziale in continuità del peritoneo parietale, espone ai conseguenti pericoli della possibile formazione di raccolte cistiche, della possibilità di propagazione del processo irritativo agli elementi funicolari ed infine al pericolo della facile produzione di un nuovo sacco erniario per trazione. Graser invece suggerisce di dividere trasversalmente il colletto del sacco affondandone il moncone previa sutura, e facendo chiudere il resto con il tamponamento protratto a lungo e con una sutura secondaria: questo procedimento elimina solo in parte gli inconvenienti del metodo di Wölfler e per di più importa una pratica noiosa che complica notevolmente il trattamento post-operatorio.

Macewen, per eliminare le difficoltà che si possono incontrare nell'isolamento degli elementi, consiglia di lasciare aderente al cordone una bandelletta di sacco; tale pratica oltre a non essere sempre facilmente eseguibile, in ispecie quando gli elementi si trovano molto sparpagliati, è causa di un nocivo aumento secondario di volume del cordone.

Altri ancora, in luogo di un laborioso scolpimento totale del sacco erniario, propongono l'eversione di questo sul cordone dopo averlo inciso longitudinalmente ed averne interrotta la continuità con il peritoneo parietale secondo la tecnica di Graser.

Questo metodo però se è veramente consigliabile nel trattamento delle ernie congenite per i suoi caratteri di semplicità e di sicurezza, non può essere invece applicato senza inconvenienti nelle altre forme di ernie, a meno che l'eversione secondo il metodo proposto dal Taddei, non venga limitata al solo fondo dei sacchi erniari inguino-scrotali aderenti. L'esecuzione del metodo, ci ha dimostrato infatti

che l'eversione totale del sacco, in questi casi sempre ispessito, da luogo ad un notevole aumento di volume del cordone, ciò che oltre ad essere antiestetico e a dare all'operato l'impressione di una mancata guarigione, predispone alle recidive per l'eccessiva distensione in cui viene ad essere mantenuto il canale

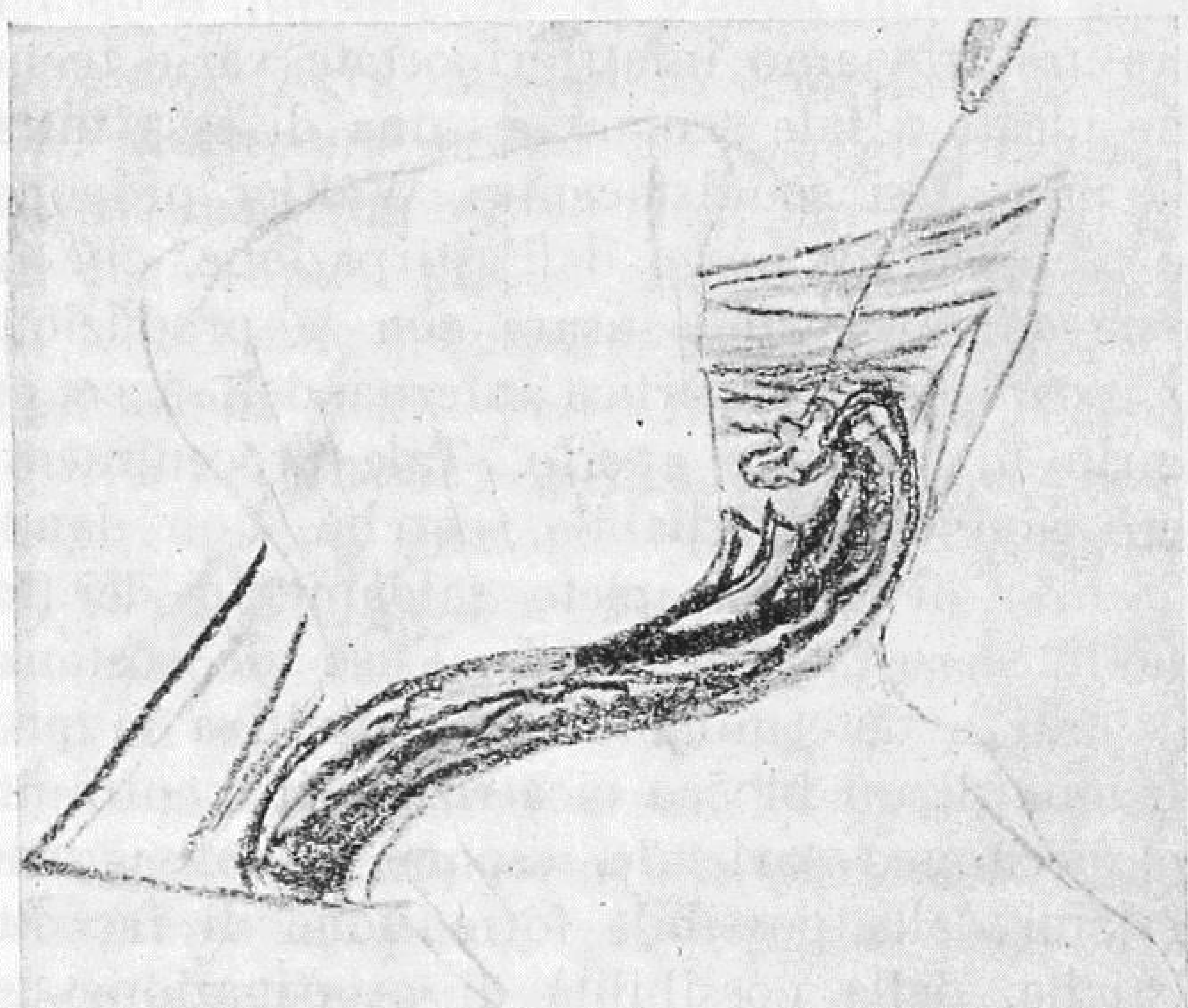


FIG. 1.

inguinale; in un nostro operato si ebbero ad osservare anche disturbi locali della circolazione, dovuti probabilmente all'azione strozzante del cingolo cicatriziale residuato attorno al funicolo.

Le esperienze da noi eseguite allo scopo di risolvere il problema propostoci, ci hanno portato alla ideazione di un nuovo trattamento

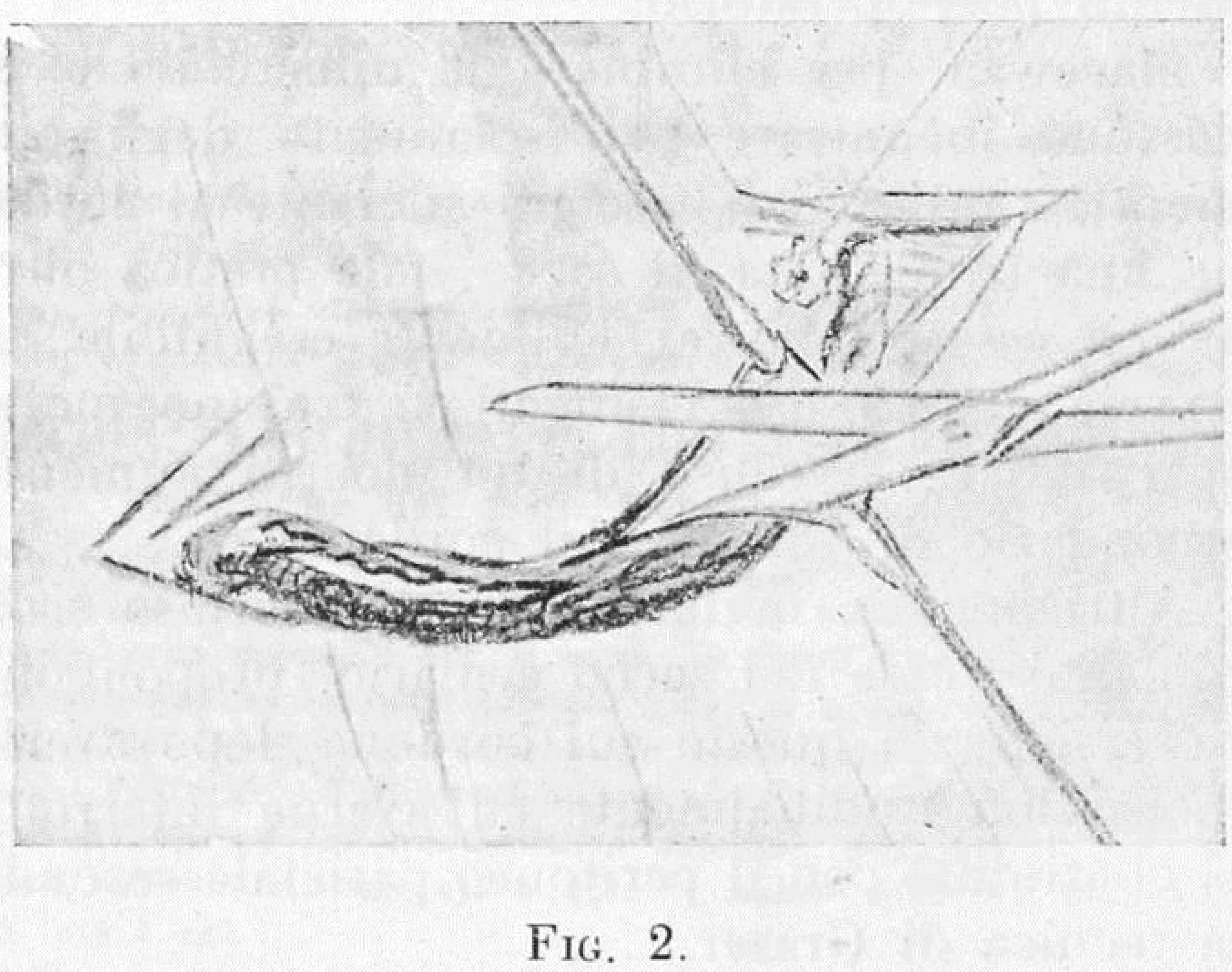


FIG. 2.

del sacco erniario, che a nostro parere riunisce ai requisiti di semplicità quelli della massima garanzia per un buon esito dell'operazione.

Secondo la nostra tecnica, il sacco erniario aperto longitudinalmente e discontinuato dal peritoneo parietale, si fissa disteso con la sua superfice sierosa contro il piano muscolare profondo, per cui gli elementi del funicolo aderenti al sacco vengono a disporsi nella loro sede normale senza bisogno di alcuna manovra di isolamento e senza che il canale inguinale abbia a subire deformazioni di sorta per la presenza dei residui saccularі.

Ed ecco come procediamo:

Estratto in toto dalla gronda inguinale il blocco erniario, si apre per via ottusa la vagina comune; riconosciuto il sacco messo così a nudo, con le solite cautele lo si incide longitudinalmente per tutta la sua lunghezza in un punto possibilmente lontano dagli elementi del funicolo (deferente), ovvero dove questi si trovano meno numerosi (fig. n. 2). Ridotto il viscere erniato, si mette bene in evidenza il colletto del sacco aprendo la fascia trasversalis, lo si isola per un piccolo tratto dagli organi vicini, ciò che in questo punto riesce sempre piuttosto agevole, e lo si seziona trasversalmente a ridosso del peritoneo parietale che si chiude con una sutura a borsa di tabacco (fig. n. 1).

Si procede quindi alla ricostruzione della parete posteriore del canale inguinale attenendosi al metodo di Bassini; ciascun punto di sutura però dovrà comprendere, oltre il triplice strato e la risvolta della gronda di Falloppio, anche un margine della lamina ottenuta con l'apertura longitudinale del sacco, e precisamente quello che viene a trovarsi superiormente quando il sacco aperto sia orientato con la sua superficie sierosa rivolta verso l'avanti (fig. n. 3). Tale lamina, fissata così con uno dei suoi bordi al legamento inguinale dalla

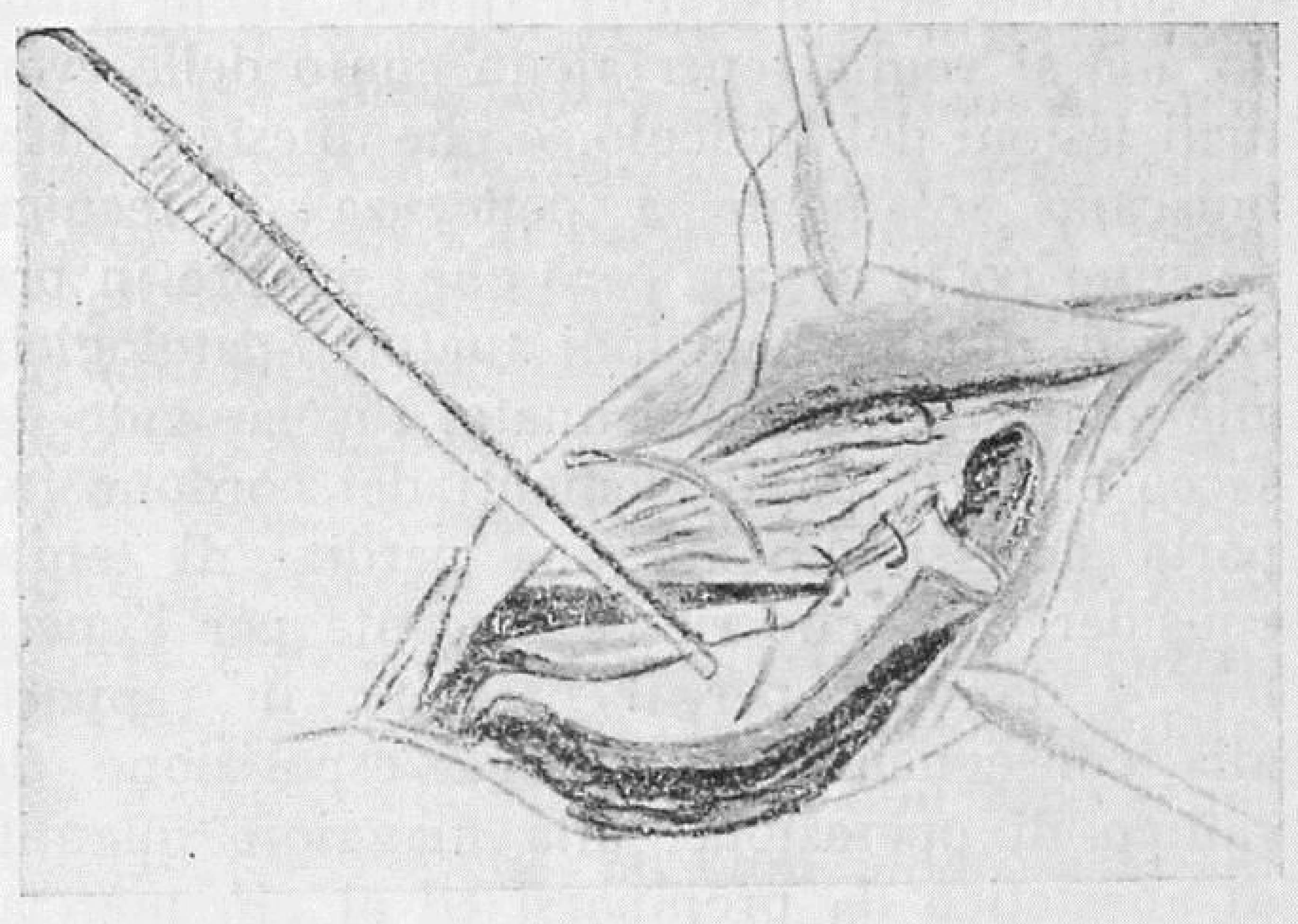


FIG. 3.

sutura profonda, si ribatte allora verso l'alto, in modo da portare la superficie sierosa contro il piano muscolare, e si fissa in questa posizione con alcuni punti staccati alla superficie interna della aponeurosi del grande obliquo (fig. n. 4). Si passa quindi alla ricostruzione della parete anteriore del canale inguinale e alle suture superficiali secondo la tecnica corrente.

Il trattamento da noi ideato per i sacchi erniari inguinali aderenti, ci sembra risolvere appieno tutti i quesiti che ci eravamo proposti. Esso è di facile e spedita esecuzione, evita qualsiasi maltrattamento degli elementi funicolari e non compromette in nessun modo il valore di contenzione dell'operazione. Da questo ultimo punto di vista anzi, il nostro procedimento sebbene ciò esuli dalle finalità per le quali è stato ideato è da considerarsi come un vero metodo autoplastico, atto se mai a garantirci maggiormente nei limiti del possibile dal pericolo delle recidive. La falda sieroconnettivale che noi affrontiamo infatti al

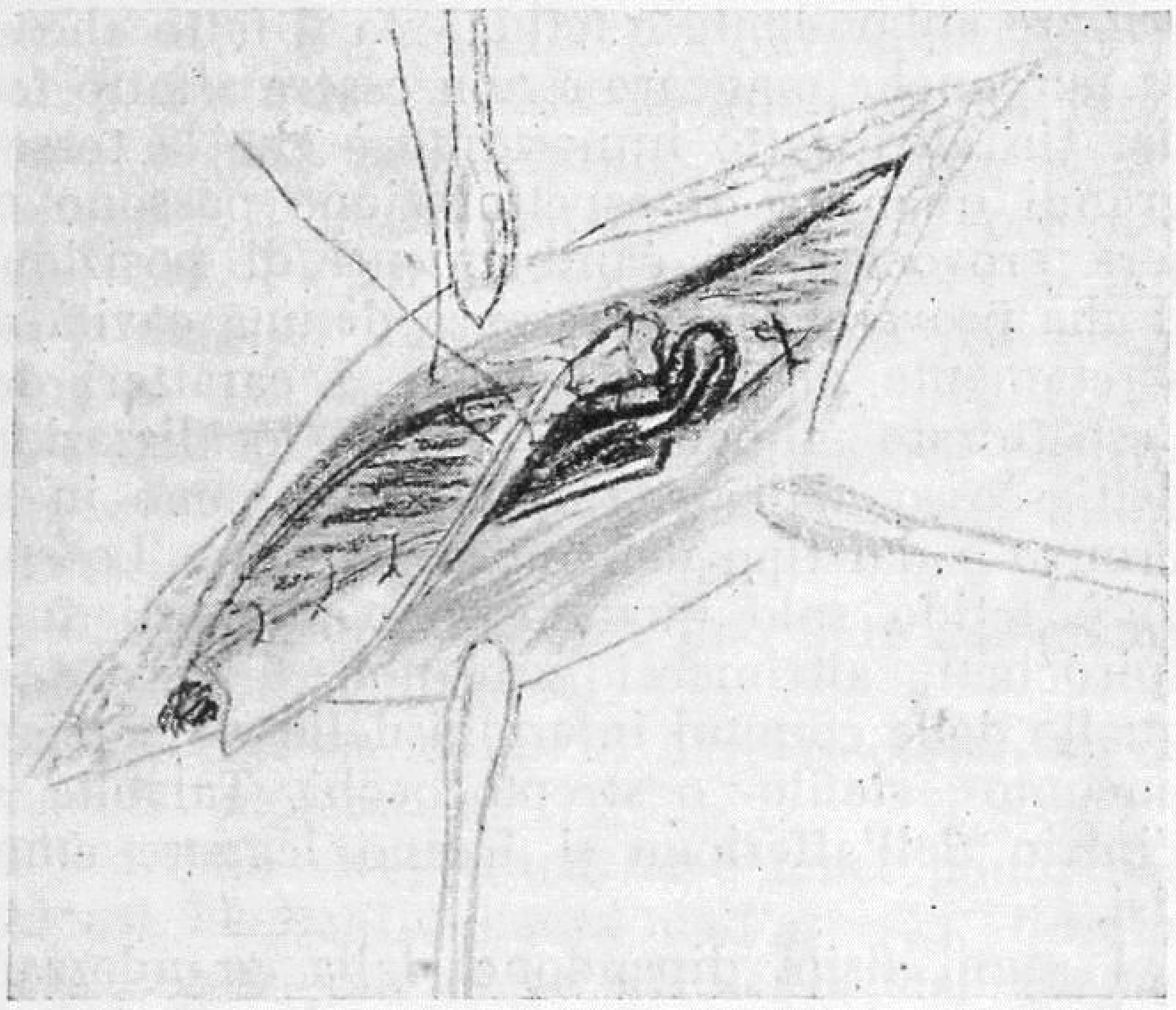


FIG. 4.

piano muscolare profondo, costituisce per il suo spessore e la sua resistenza, un ottimo materiale capace di rinforzare validamente la parete posteriore del canale inguinale, e rendere più spessa e quindi più tenace, la cicatrice della sutura profonda, affidata comunemente alle sole risorse delle sottili aponeurosi d'invoglio dei spesso esigui muscoli della regione; inoltre il margine delle estremità superiori di tale lamina, ricavato con l'incisione trasversa del colletto del sacco, limitando l'ampiezza dell'anello inguinale interno, ne rende più difficile la dilatazione, ed assicura una normale obliquità di tutto il canale, obliquità che può essere anche esagerata nei casi di ernie voluminose e quindi con funicolo allungato, adottando la tecnica di Durante.

La conservazione del sacco secondo il nostro procedimento è compatibile anche con la plastica di Postempski; in questo caso però il sacco deve essere orientato in senso opposto e cioè con la sua superficie sierosa rivolta verso i piani superficiali; in tale modo gli elementi funicolari, restano compresi fra il piano muscolo-aponevrotico e la lamina sacculare, che può essere così sfruttata per la formazione di una specie di parete anteriore del canale inguinale, atta comunque a proteggere il cordone dagli imbrigliamenti cicatriziali.

In conclusione riteniamo che il trattamento da noi proposto per il sacco erniario sia buono e pertanto lo segnaliamo, non con la pretesa di volerlo sostituire a quello ormai classico, al quale del resto anche noi normalmente ci atteniamo, ma semplicemente per indicare un buon ripiego chirurgico che in qualche caso speciale può trovare utile applicazione.

RIASSUNTO.

L'A. segnala un dettaglio tecnico per il trattamento del sacco dell'ernia inguinale obliqua esterna aderente che, senza infirmare il valore contentivo dell'operazione di Bassini, elimina i pericoli delle lesioni funicolari, riducendo nello stesso tempo la durata dell'intervento.

BIBLIOGRAFIA.

R. ALESSANDRI. *Man. di Chirurgia.* L. Pozzi, Roma.
E. BASSINI. Stabilimento Prosperini, Padova, 1889. In Arch. f. Klinik Chir., 1890, t. XL.
E. BERGMANN. *Trattato di chirurgia.* Soc. Ed. Libraria, Milano.
E. BUUM. *Die äussere Abdominal-Hernien.* Urban, Berlino, 1931.
A. CATTERINA. *L'operazione di Bassini.* L. Cappelli, Bologna, 1932.
S. DUPRAY et P. RECLUS. *Traité de chirurgie.* Masson, Paris.
G. FELIZET. *Les hernies inguinales de l'enfance.* Masson, Paris.
A. MARRO. *Cura delle ernie inguinali.* U.T.E.T., 1913.
G. MARION. *Technique chirurgicale.* Maloine, Paris, 1921.
E. PRETO. *Osservazioni sulle ernie operate.* Soc. Ed. Dante Al., Milano.
G. RAZZABONI. *Reinterventi operativi.* L. Cappelli, Bologna.
H. WOLFLER. *Zur Radicaloperation des freien Leistenbruches.* Festschrift f. Billroth. Stuttgart, 1892.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

L'ascesso pulmonare.

(J. MAXWELL. *Lancet*, 22 agosto 1936).

L'ascesso pulmonare può definirsi una suppurazione non tubercolare del parenchima del pulmone con la formazione di una cavità.

L'introduzione dell'indagine radiologica ha messo in evidenza che si tratta di un'affezione tutt'altro che rara. Sta di fatto che solo con tale esame riesce possibile accertare l'esistenza della lesione nella fase iniziale quando cioè essa non è rilevabile con qualsiasi altro mezzo diagnostico.

Le condizioni che più comunemente sogliono provocare l'ascesso pulmonare possono così raggrupparsi:

1) Lesioni del tratto respiratorio: *a*) tonsillectomie e estrazioni di denti; *b*) interventi operatorî sulla laringe; *c*) tracheotomia; *d*) corpi estranei nei bronchi, bronchiectasie, cancro dei bronchi; *e*) pulmonite, actinomicosi e infezioni fungose dei pulmoni; *f*) traumi del torace.

2) Condizioni addominali consecutive ad interventi su qualsiasi parte dell'addome, specie per affezioni settiche.

3) Condizioni settiche periferiche cutanee, otitiche, osteomielitiche, puerperali.

4) Lesioni del sistema nervoso.

5) Ascesso pulmonare primario.

Le condizioni che più comunemente sono associate all'ascesso pulmonare sono le operazioni nella bocca, la pulmonite, i corpi estranei nei bronchi, il cancro pulmonare ed i postumi d'interventi per affezioni settiche delle parti superiori dell'addome. Tuttavia è a rilevare che non di rado l'ascesso pulmonare appare come lesione primaria ossia non accompagnata da altra lesione in altre parti del corpo.

La causa dell'ascesso pulmonare è ancora in discussione. In alcuni casi sembra dovuta all'aspirazione di materiale infetto, e più spesso all'arresto di emboli settici in un ramo dell'arteria pulmonare. Sperimentalmente si è potuto provocare l'ascesso mediante l'introduzione di materiale settico per la via dei bronchi, specie quando il pulmone è alterato da processi infiammatori o collasso locale. Clinicamente si è constatato a mezzo della bronchioscopia che a seguito della tonsillectomia per lo meno nei tre quarti dei casi si ha aspirazione di sangue nei principali bronchi, ma che l'ascesso si forma solo nell'1 % dei casi. Ciò dimostra che vi devono essere altri fattori che concorrono alla produzione della suppurazione. Anche la teoria embolica è stata confortata dai dati sperimentali nonchè da quelli clinici. In effetti nell'ascesso pulmonare consecutivo ad operazione di processi settici dell'addome si è potuto dimostrare la coesistenza di focolai settici del fegato in un'alta proporzione dei casi, il che prova il passaggio di emboli attraverso la vena porta e l'arteria pulmonare.

Per quel che riguarda la sintomatologia va rilevato che in molti casi l'affezione assume il quadro di un'infezione acuta con scarsissimi segni di localizzazione. L'inizio può essere improvviso con febbre alta preceduta o non da brivido e senza alcun fatto che faccia pensare ad una affezione pulmonare. In taluni casi fin dal principio si ha tosse secca e dolore quando l'ascesso è situato in modo da provocare una reazione infiammatoria della pleura. Nel passato si credeva che l'espettorazione fosse sempre abbondante e fetida, sta il fatto che essa può anche mancare e non essere affatto fetida. Un altro fatto importante è che la tosse e grandi quantità di espettorazione possono essere provocati dai cambiamenti di posizione, il che proverebbe la presenza di una cavità discretamente piena di liquido. I caratteri dell'espettorato dipendono dalla localizzazione dell'ascesso, dalla sua apertura o meno in un bronco e dal tipo del microrganismo. Lo sputo è fetido solo quando sono presenti fusospirocheti, altrimenti esso non differisce da quello delle comuni infezioni delle vie aeree da pneumo-, stafilo- o streptococchi. Talvolta all'inizio dell'affezione si hanno leggere emottisi.

I segni fisici dipendono dalla grandezza e dalla sede dell'ascesso, che per lo più è localizzato nel lobo inferiore e ancora più frequentemente al lato destro. Quando è localizzato profondamente può mancare ogni segno fisico. I fatti più comuni sono la diminuzione dei movimenti del torace dalla parte malata e la riduzione di suono alla percussione. Quando l'ascesso è in comunicazione con un bronco si possono avere rantoli e soffio bronchiale, e d'altra parte si hanno modificazione dei segni fisici con i mutamenti di posizione. Quando è superficiale si possono avere reazioni pleuriche che possono giungere fino al versamento e all'empiema. Nelle forme croniche si hanno le caratteristiche dita a bacchette di tamburo, che per altro si possono avere anche nelle forme acute dopo qualche settimana.

Le complicazioni locali più frequenti sono la congestione pulmonare, la broncopulmonite e la fibrosi con bronchiectasia, la pleurite essudativa e purulenta, il piopneumotorace in caso di rottura dell'ascesso nella pleura.

Si possono avere inoltre infezioni metastatiche nel cuore con pericardite ed endocardite settica, ascessi sul sistema nervoso centrale, piemia, e nelle forme croniche degenerazioni amiloidi di varî organi.

La diagnosi oltre che su i dati anamnestici e sui sintomi e segni predetti si basa sull'esa-

me batteriologico dello sputo per escludere la tubercolosi e la cisti idatidea, e rilevare la presenza dei più comuni germi dell'ascesso pulmonare (bacilli fusiformi, spirilli, cocchi, bacillo di Pfeiffer, batteri anaerobici).

Il reperto radiologico è generalmente caratteristico. L'ombra è circolare e ben definita, talvolta deformabile per i movimenti quando c'è liquido in comunicazione con un bronco. Gli ascessi grandi possono offrire qualche difficoltà diagnostica perchè l'ombra è molto prossima alla parete toracica ed il livello del liquido può essere tale da far pensare ad un piopneumotorace. Nelle forme complicate con versamento pleurico il reperto radiologico non dà elementi sicuri, tuttavia le radiografie laterali possono dare qualche criterio di differenziazione. È possibile la confusione con il cancro, tuttavia l'ombra di quest'ultima raramente è così ben definita e circolare come quella dell'ascesso. Reperti analoghi possono aversi con le cisti dermoidi o idatidee; in tali casi la diagnosi va integrata con l'esame batteriologico dell'espettorato.

L'esame con il lipiodol può giovare per distinguere l'ascesso da una grossa cavità bronchiectasica.

Anche la bronchioscopia può dare sufficienti elementi per la diagnosi.

Solo eccezionalmente si deve ricorrere all'operazione esplorativa.

L'indirizzo terapeutico deve tener conto dei seguenti elementi: causa dell'ascesso, durata dell'affezione, natura e virulenza del germe infettante, condizioni generali del paziente, sede e grandezza della lesione, complicazioni.

Per quel che riguarda la sede e la grandezza dell'ascesso, devesi tener presente che esso può essere singolo e multiplo. L'ascesso singolo può essere uniloculare e multiloculare; ilare, centrale periferico e lobare; chiuso o aperto in un bronco o nella pleura.

Il riposo a letto è necessario sia per favorire l'assorbimento spontaneo dell'ascesso, che è possibile, sia per l'eventualità che l'ascesso si rompa ed il suo contenuto si versi in un bronco con la conseguente guarigione. La posizione da mantenersi a letto deve essere quella che più favorisca una tale eventualità e successivamente agevoli il deflusso del liquido nel bronco stesso.

Quando l'espettorato contiene spirilli giovano le iniezioni endovenose di preparati arsenicali organici.

Sono state anche consigliate le iniezioni endovenose di soluzione fisiologica con il 30 % di alcool, ma non sembrano molto vantaggiose.

L'emetina risulta inefficace. È stata adoperata con successo la medicazione intrabronchiale di argento organico o composti arsenicali iniettati mediante catetere o broncoscopia.

Il broncoscopio può essere adoperato per il drenaggio ed eventualmente il lavaggio della cavità ascessuale.

Il pneumotorace artificiale è indicato solo per gli ascessi profondi, ma non tutti sono d'accordo sulla sua efficacia.

Nei casi in cui tutte queste misure rimangono senza effetto conviene ricorrere all'intervento chirurgico. Questo è sopra tutto indicato per gli ascessi cronici, situati alla periferia e per i quali non può praticarsi efficacemente il drenaggio bronchiale.

Ai procedimenti molto complicati, come la pneumectomia e la lobectomia, si deve ricorrere solo nei casi cronici e ribelli ad ogni altra cura. La frenicotomia e la toracoplastica sono state tentate.

L'intervento chirurgico non è controindicato nei casi di ascessi multiloculari. Il drenaggio, previa rottura dei setti fra i loculi adiacenti, dà spesso la guarigione.

Quando l'ascesso è situato in vicinanza della pleura e si forma l'empiema bisogna prima di tutto trattare la lesione pleurica mediante toracotomia. Tali casi sono spesso seguiti da fistola bronco-pleurica che ulteriormente richiede la toracoplastica.

Comunque la migliore cura dell'ascesso pulmonare è la sua prevenzione prendendo in occasione di interventi chirurgici di qualsiasi specie tutte le precauzioni possibili capaci di ovviare siffatta possibilità. D'altra parte ai primi segni sospetti bisogna praticare tutti gli esami per l'accertamento del male. Questo curato nella sua fase iniziale può essere efficacemente curato, guarire rapidamente, evitando così complicazioni cronicizzanti o addirittura funeste. DR.

Complicanze nella frenicoexeresi.

(G. FERRARI. *Riforma Medica*, 15 agosto 1936).

La segnalazione degli inconvenienti che si possono presentare nel trattamento della tubercolosi polmonare colla frenicoexeresi presenta notevole interesse. La situazione del nervo frenico in una regione ricca di vasi e di nervi facilita le complicazioni a carico di questi elementi, soprattutto quando la ricerca sia lunga e indaginosa per anomalie di decorso.

Emorragie di una certa entità, ma facilmente frenabili con la legatura si possono presentare quando nel taglio dei tessuti viene lesa la giugulare esterna o qualche suo grosso ramo. Talora fu lesa la giugulare interna che però nell'operazione non dovrebbe apparire sul campo. Il pericolo che ne deriva dipende non solo dalla gravità dell'emorragia, ma anche dalla possibilità di lesioni di nervi che accompagnano il tronco venoso (simpatico, vago e ricorrente) durante i tentativi di allacciatura, e dalla possibilità di un'embolia gassosa. Nelle grosse vene del collo esiste infatti una pressione negativa, cosicchè quando vengono lese si può avere un'aspirazione di aria che può dare gravi disturbi generali e perfino la morte.

Gli incidenti da embolia gassosa sarebbero

più frequenti nella posizione seduta; perciò si raccomanda di operare in posizione orizzontale e con la testa pendente (posizione di Rose).

Vi è anche il pericolo di lesioni arteriose (tronco tireocervicale) e di lesioni dei vasi linfatici del collo: la ferita del dotto toracico determina la diffusione di un liquido lattiginoso nel campo operatorio: la ferita si chiude per lo più da sè, ma talora permangono durevolmente delle fistole linfatiche.

Delle complicazioni nervose la più frequente è la lesione del simpatico cervicale, la quale determina la sindrome di Claude Bernard-Horner. La lesione del vago determina una intensa tachicardia e spesso ha conseguenze fatali.

Il collasso massivo polmonare in passato era attribuito ad un'ostruzione dei bronchi per tappi di muco, mentre ora si ritiene che esso trovi il fondamento patogenetico in spasmo della muscolatura bronchiale o in una disergia nell'innervazione del polmone e precisamente nella prevalenza del simpatico, che governa il tono di retrazione nel parenchima polmonare, sul sistema parasimpatico (tono di dilatazione). Le cause di questa disergia sono date dalla demolizione di filamenti del sistema autonomo apportata colla frenicoexeresi.

Dalla congestione, dalla atelectasia, dall'edema è favorita l'infezione, così che si può avere all'insorgenza della broncopolmonite post-operatoria.

Le emottisi successive alla frenicoexeresi possono essere dovute a lacerazione di una parte del tessuto polmonare, a cui il frenico sia aderente o anche a perturbamenti circolatori insorti per la retrazione del parenchima.

I casi di pneumotorace spontaneo e di enfisema successivi alla frenicoexeresi sono alquanto rari. Quanto al meccanismo sembra che si tratti con ogni verosimiglianza d'una lacerazione pleurica che si determina quando esiste una sinfisi pleurica al livello della doccia nella quale scorre il nervo frenico.

Tardivamente possono verificarsi una serie di disturbi (cardiopalmo, modica dispnea, senso di oppressione al torace, di gonfiore allo stomaco, nausea, rigurgiti, talora vomito) che costituiscono il complesso sintomatico gastro-cardiaco.

L'A. descrive un caso di enfisema seguito da exitus comparso in un individuo a cui fu praticato l'intervento.

Dall'osservazione del caso l'A. deduce che è inesatta l'affermazione spesso ripetuta in questi tempi da vari AA. che per l'indicazione della frenicoexeresi è indifferente la sede delle lesioni. Quando l'apice polmonare è invaso da caverne molto grandi e superficiali che si estendono ampiamente in senso mediale, fornite di pareti rigide, sclerotiche, si ha il pericolo che nello strappamento del nervo aderente alla parete della caverna stessa o durante altre manovre operatorie, si possa determinare un locus minoris resistentiae, cosicchè forse anche con il concorso di altri fattori (tosse) si può avere la rottura della parete della caverna. È necessario tener presente questo pericolo, sia nello stabilire l'indicazione dell'intervento, sia nella esecuzione di esso. Prudenza, delicatezza e metodo nella operazione; limitarsi spesso al semplice taglio del nervo, in particolare non ostinarsi nella estirpazione del moncone periferico quando si incontrasse una resistenza eccezionalmente forte.

E. Carlinfanti.

MISCELLANEA.

La fisiopatologia delle emorragie e il trattamento di esse.

(J. J. Wood. *Brit. med. Journ.*, 8 luglio 1936).

Una notevole perdita sanguigna provocherà modificazioni fisiopatologiche di ordine diverso: anzitutto vanno ricordate quelle emodinamiche rivelate direttamente dalla sintomatologia circolatoria; accanto ad esse vanno considerate le ripercussioni dirette e indirette sul biochimismo del sangue e quindi le alterazioni dei singoli organi dovute a loro volta all'influsso dei primi due fattori.

La fenomenologia post-emorragica sarà evidentemente in rapporto alla quantità di sangue perduto; se questa non supera 500-1000 cmc. un rapido compenso sarà possibile; quando invece l'emorragia è imponente (fino a privare l'organismo della metà circa del sangue circolante) la sostituzione, anche della sola parte liquida richiederà parecchie ore.

I sintomi circolatori dell'anemia acuta si riassumono essenzialmente nel comportamento della pressione e del polso; la pressione cade rapidamente nel primo tempo per rialzarsi alquanto quando si manifesta la reazione vasocostrittoria provocata dal riflesso del seno carotideo o dell'arco aortico; con tale meccanismo la pressione sistolica riesce ad essere mantenuta sul livello di circa 100 mm. anche nei casi gravi fino a che il volume del sangue non viene integrato dal liquido tissulare; un nuovo abbassamento di essa subentra solo *in extremis*, quando falliscono i meccanismi reattivi. La pressione non costituisce quindi un esponente dell'entità dell'emorragia; un indice più preciso è costituito invece dal comportamento del polso il quale rimane frequente anche dopo integrata la componente ematica liquida.

I dati dell'emoglobinometria sono utilissimi per svelare la relativa diluizione del sangue; va notato però che nel momento della vasocostrizione reattiva la concentrazione emoglobinica rimane normale o quasi normale. L'impoverimento del siero in proteine si verifica solo in casi estremi.

Procedendo nell'ordine della successione patogenetica, occorre considerare la deficiente ossigenazione dei singoli organi (dovuta alla scarsa irrorazione ed alla povertà del sangue in emoglobina) con la conseguente lesione funzionale; gli stessi fattori in unione anche alla ipoproteinemia provocano nei casi gravi comparsa di edemi; il tessuto polmonare è uno dei primi ad essere colpito e già l'osservazione clinica ci rivela tale fatto che si manifesta con crepitazione e sub-ottusità alle basi polmonari. I reperti di autopsia mettono spesso in evidenza gli edemi di tessuti molli e specialmente quello polmonare anche in mancanza di netti sintomi clinici (Wright e Smith).

L'A. richiama l'attenzione sulle alterazioni renali post-emorragiche, di cui l'esponente sarebbe costituito dalla notevole iperazotemia. L'iniziale caduta della pressione inibisce o limita il passaggio del liquido dalle anse glomerulari nella capsula di Bowman; tali anse partecipano alla successiva vasocostrizione compensativa con la conseguente ischemia del glomerulo, e quindi anche in questo stadio la funzione escretoria è alterata: d'altra parte vi contribuisce pure l'anossiemia che si ripercuote specialmente sull'attività selettiva di riassorbimento delle cellule dei tubuli.

I valori azotemici nei primi giorni dopo l'emorragia possono oscillare tra 60 e 140 mgr. per cento; successivamente c'è ritorno lento ai valori normali; un ulteriore e rapido aumento del tasso azotemico deporrebbe per una nuova emorragia. (Va notato che, prescindendo dalla genesi renale dell'iperazotemia postemorragica, questa potrebbe essere considerata per lo meno in parte quale la conseguenza dell'afflusso di liquido tissulare più ricco di cataboliti azotati; ricordiamo a tale proposito che anche un modico salasso, che difficilmente inciderebbe sulla funzione renale, porta all'aumento del tasso azotemico. N. del Red.)

Sono ben noti i fenomeni cerebrali dell'anemia acuta che si manifestano col deliquio, torpore, confusione mentale ecc. Alla durata dell'anossiemia spetta un'importanza primaria sulla patogenesi di tali disturbi e il paziente che è lucido nei primi momenti dopo l'emorragia presenta invece fenomeni psichici gravi qualche ora dopo (quando la meccanica circolatoria è già in parte ristabilita). I disturbi mentali potrebbero essere dovuti anche all'edema cerebrale; in vista di tale possibilità l'A. considera quale pernicioso l'uso frequente di porre la testa dell'individuo anemizzato in posizione declive, la quale posizione non fa che ostacolare il circolo venoso di ritorno; secondo l'osservazione dell'A. nei casi del genere riesce molto più vantaggioso il sollevare la testa mediante uno o due cuscini.

L'A. valuta la prognosi dell'anemia acuta in rapporto sopratutto alla concentrazione emoglobinica (tenendo conto anche dell'azotemia): fino a che questa è superiore a 50-60 % la guarigione è la regola; se i valori oscillano tra 35 e 50 % la guarigione spontanea può avvenire; nel caso di valori inferiori e in mancanza di terapia adeguata e sopratutto tempestiva l'esito è fatale.

L'esperienza terapeutica dell'A. viene illustrata da alcuni casi tipici, in maggior parte rappresentati da emorragie gastriche imponenti. È stata valutata comparativamente l'efficacia curativa della somministrazione di soluzioni saline (fisiologica e glucosata) e quella della cosidetta trasfusione massiva.

La prima viene effettuata mediante una fleboclisi a permanenza, regolata in modo che la quantità del liquido somministrato sia di circa 120-150 cmc. per ora; la durata del trattamento è da uno a tre giorni; con esso viene reintegrato il deficit idrico e salino dell'organismo e viene apportato col glucosio un elemento nutritivo. Le condizioni dei pazienti migliorano progressivamente, specie per quel che riguarda la sete tormentosa, l'agitazione ecc. Va però notato che sia la pressione, sia il polso vengono scarsamente influenzati; d'altra parte v'è sempre il pericolo di accentuazione degli edemi in caso di somministrazione eccessiva. Nel complesso tale procedimento si dimostra insufficiente nei casi più gravi.

La trasfusione massiva, secondo la tecnica di Mariott e Kekwich, consiste anche essa nella somministrazione endovenosa continua, effettuata per molte ore di seguito, di sangue citratato nella proporzione di 90-150 cmc. per ora; la quantità totale può essere superiore anche a 6000 cmc. (in più volte). I due procedimenti possono naturalmente essere associati.

I risultati della trasfusione massiva sono stati ottimi nella maggior parte dei casi dell'A.; nello spazio di 12-24 ore si ristabiliva la pressione e il polso ritornava quasi normale; scompariva il pallore; l'emoglobina risaliva fino a 70 % (per scendere poi transitoriamente a valori alquanto inferiori); anche l'azotemia era favorevolmente modificata, sebbene il suo ritorno alla norma richiedeva qualche giorno.

La ragione della superiorità della trasfusione massiva alla fleboclisi continua è ovvia; essa soccorre non solo la meccanica circolatoria, ma mercè il contenuto dell'emoglobina combatte efficacemente l'anossiemia dei singoli organi.

L'A. ricorda il presunto pericolo di nuova emorragia in seguito all'introduzione di grandi masse del liquido, per osservare che la trasfusione prolungata non sembra che possa agire in questo senso; d'altra parte essa rappresenta un ottimo espediente per preparare l'infermo all'operazione immediata (nel caso, p. es., di gastrorragia) colla quale si dominerà il focolaio emorragico.

Discutendo infine la sintomatologia delle emorragie subacute, l'A. fa notare come que-

sta di solito è molto meno appariscente; pur essendo la concentrazione emoglobinica molto bassa l'infermo non presenta che pallore e lieve dispnea nello sforzo, che spesso non ostacola neanche l'esecuzione del lavoro quotidiano; anche l'iperazotemia è modica (35-60 mgr. %); se le perdite sanguigne si prolungano per settimane l'organismo perde le sue riserve di ferro; si stabilisce il quadro tipico di anemia ipocromica e microcitica.

Le condizioni di tali infermi possono essere migliorate mercè cure dietetiche, somministrazione di ferro ecc., che richiedono però alcune settimane; quindi anche nei casi del genere è raccomandabile una trasfusione, la quale facendo « risorgere » il paziente lo mette nelle condizioni di sopportare un atto operativo e previene i pericoli di una eventuale nuova emorragia che riuscirebbe fatale per un infermo già anemizzato.

Indubbiamente la trasfusione massiva, di cui l'A. è un fervente partigiano rappresenta una risorsa terapeutica di notevole entità; però i mezzi da essa richiesti, e cioè in prima linea le ingenti quantità di sangue umano, non sono per ora a disposizione di tutti. L'organizzazione di grandi unità cliniche ed ospedaliere forse un giorno ci permetterà servirsi su larga scala del prezioso espediente terapeutico nel trattamento d'urgenza dell'anemia acuta.

S. MINZ.

L'etiologia e la cura delle emorragie del naso e delle fauci.

(H. M. GOODYEAR. *Journal Amer. Medic. Assoc.*, 1 agosto 1936).

Le emorragie spontanee dal naso possono verificarsi nel corso di numerose affezioni (emofilia, porpora emorragica, telangettasia emorragica ereditaria, nefrite, ipertensione, ecc.). Pertanto la prevenzione delle rinorragie si fa curando la condizione causale.

Per quel che riguarda l'assesto della rinorragia in atto è a notare che la fuoriuscita del sangue nel 90 per cento dei casi avviene dalla parte anteriore del setto nasale. In tali casi è sufficiente l'applicazione di una soluzione di cocaina al 10 % seguita da una piccola applicazione di nitrato d'argento al 50 %. Se l'emostasi non si verifica immediatamente per la vasocostrizione, è certo che avverrà in capo a 10-15 minuti in seguito alla reazione locale che provoca un edema il quale occlude i vasi sanguinanti.

Le emorragie provenienti dalle parti posteriori del naso sono di difficile localizzazione. In tali casi occorre fare un'applicazione di nitrato d'argento al 50-100 % pigiando contro i due terzi posteriori del pavimento del naso. Segue ben presto una reazione edematosa che spesso arresta l'emorragia.

Specie nei casi di ipertensione giova molto l'irrigazione continua del naso quando l'emorragia proviene da un punto alto e posteriore.

Alexander raccomanda l'iniezione endovenosa di 5 cmc. di soluzione salina al 10 %. Egli ha ottenuto spesso l'emostasi delle emorragie dal naso e dalle tonsille. Buoni risultati si otterrebbero anche con l'iniezione intramuscolare di 10-20 cmc. della stessa soluzione.

In un caso ostinato si ebbe l'arresto della rinorragia in seguito all'iniezione sotto la scapula di 100 cmc. di sangue completo caldo di un datore.

L'arteria sfenopalatina passa sotto la mucosa della parete anteriore dello sfenoide e talvolta sul pavimento anteriore del seno. Pertanto questo vaso viene facilmente leso nella resezione della parete anteriore della cavità sfenoidea. L'emorragia può seguire immediatamente o qualche giorno dopo l'operazione, e può essere abbondantissima e di difficile localizzazione. Può essere arrestata con un grosso tampone all'iodoformio nella parte boccale dello sfenoide. Per ovviare l'inconveniente è stato consigliato di staccare, prima dell'operazione, la mucosa della parte superiore anteriore dello sfenoide e comprimere tutto il tessuto comprendente l'arteria con una pinza ricurva, oppure legare l'arteria stessa.

Nelle emorragie nasali inarrestabili è stata talvolta legata la carotide esterna che provvede all'irrorazione di tutta la mucosa nasale ad eccezione della parte superiore che è irrorata dall'etmoidea anteriore e posteriore branche dell'oftalmina, la quale deriva dalla carotide interna.

Durante le operazioni di tonsillectomia e adenoidectomia si possono verificare emorragie più o meno imponenti anche a distanza di giorni. Da ciò la necessità di far seguire all'operazione il tamponamento adrenalinico del nasofaringe. Per altro le operazioni sulle adenoidi dovrebbero essere seguite dalla retrazione del palato molle e dall'esame diretto dei punti sanguinanti. Al riguardo bisogna tener presente che le cinque arterie (facciale, linguale, mascellare interna, faringea ascendente e palatina discendente) provengono tutte dalla carotide esterna. Occore anche tener presente che operando sulle tonsille si può ledere la carotide interna, un vaso molto tortuoso che decorre in parte lateralmente ed in parte posteriormente alla tonsilla, dalla quale è separata solo dal muscolo costrittore superiore.

Nella cellulite retrofaringea consecutiva ad infezioni, come ad es. la scarlattina, l'emorragia dipende dalla giugulare interna e non dai vasi carotidei.

Nell'incisione dell'ascesso retrofaringeo l'emorragia è relativamente rara ma costituisce sempre un pericolo potenziale, come è attestato dai casi di morte riferiti. È pertanto prudente far precedere all'incisione l'aspirazione del pus. Quando l'emorragia si è verificata bisogna comprimere fortemente la carotide del

lato dell'ascesso, e quindi procedere alla legatura dell'arteria lesa.

Nelle infezioni tonsillari si possono verificare emorragie intermittenti anche senza sintomi faringo-mascellari. In tali casi è indicata la tonsillectomia per identificare il punto sanguinante.

Nei casi nei quali si hanno gravi emissioni di sangue in presenza di gonfiore retrofaringeo o peritonsillare, prima o dopo l'incisione, bisogna subito praticare la legatura della carotide comune, perchè ogni perdita di tempo potrebbe riuscire fatale.

Nel caso che lo spazio faringomascellare fosse disteso dal pus occorre procedere al drenaggio mediante incisione avanti il pilastro anteriore o dietro il pilastro posteriore.

La rimozione radicale della tonsilla è indicata dopo l'incisione di un ascesso peritonsillare quando c'è poco o niente pus ed il malessere generale e complicazioni al collo aumentano invece di diminuire.

Occorre tener presente che dopo la legatura della carotide comune al disopra del distacco della carotide esterna la circolazione di ritorno si ristabilisce rapidamente attraverso la stessa carotide esterna. Pertanto bisogna tener conto di questo fatto nella scelta del punto di legatura non trascurando la circostanza che spesso il distacco della carotide esterna avviene molto in alto. DR.

DIVAGAZIONI

Aspetti attuali del problema della sterilizzazione eugenica.

(CH. WOLF. *La Presse médic.*, 29 luglio 1936).

Poichè la parola « sterilizzazione » si presta a confusione, è necessario riservarla agli interventi sopprimenti la facoltà di procreare, soltanto, e riservare la parola « castrazione » all'« ablazione dei testicoli e delle ovaia ».

La castrazione e la sterilizzazione si differenziano profondamente, sia per gli effetti che per la tecnica e per gli scopi. La castrazione per anomalia dell'istinto sessuale è essenzialmente un metodo terapeutico, e la sua efficacia, dal punto di vista di protezione sociale, dipende dal suo successo curativo individuale; essa ha per il paz. importanza capitale perchè può privarlo del desiderio e del godimento e modificare profondamente la sua vita. La sterilizzazione eugenica è al contrario, una misura d'ordine sociale: per il paz. la sua importanza ed i suoi danni sono considerevolmente minori.

Le indicazioni della sterilizzazione sono di ordine medico, sociale, od eugenico.

Indicazioni mediche: sono ben conosciute. Alcune leggi di sterilizzazione eugenica specificano che la s. destinata ad evitare un serio danno per la vita o per la salute, e praticata con il permesso della malata, è permessa (Germania, Svezia, alcuni Stati dell'America del Nord). Ma per evitare abusi le nazioni — come recentemente la Germania — spingono la regolamentazione tanto oltre da impastoiare l'arte del medico, arte che finisce a poco a poco per essere regolamentata anche nei suoi dettagli in virtù di una scienza certamente avanzata, ma non definitiva.

Indicazioni sociali: possono essere raggruppate in due grandi categorie:

1) carico di famiglie numerose; alcune leggi riconoscono questa indicazione, specificando che la s. è ammissibile se la famiglia, e specialmente gli altri bambini, vengono a soffrire per una nuova gravidanza della madre, sia che la stanchezza supplementare sorpassi i suoi sforzi, sia che il carico sorpassi i mezzi (Norvegia, Lettonia, Cantone di Berna).

2) motivi fiscali: si è verificato che alcuni comuni, ansiosi di limitare il numero dei bambini illeggittimi suscettibili di aumentare il carico del loro bilancio, chiedono la s. delle p., in genere minorate o prostitute. Questi motivi, respinti da talune leggi, non sono riconosciuti da alcuno; deliberazioni di questo típo, ammesse ad es. dai medici di Basilea, sono disfattiste, per il cattolico è sacrilegio, per la maggioranza, immorale.

Sterilizzazione eugenica: il problema rimonta allo Spencer: la parola è creata dal Galton. Nella prima fase l'eugenica restò teorica. Considerando che gli individui, come le razze ed i popoli, sono il prodotto combinato del terreno e dell'ereditarietà, gli igienisti si sforzarono di migliorare il fattore più facile per l'attacco, cioè il terreno, onde lo sviluppo dell'igiene sociale, morale, mentale, fisica.

La seconda fase comincia con la propaganda di qualche igienista americano (Daniel, Forel, Naeke, Schiller, ecc.). Nel 1897 Sharp pratica la vasectomia per la s. dei criminali degenerati. Nella Svizzera, nel 1906, si pratica la s. su alcuni alienati internati, prima della loro liberazione. Dal 1907 al 1915, 15 Stati americani approvano leggi di s.

Nella terza fase, successiva al 1917, nuove leggi, rifacimenti di vecchie, regolamentazioni multiple. Oggi le leggi di s. sono in vigore in 27 Stati dell'Unione ed in 2 del Canadà. Nel 1928, in uno con la crisi, la corrente invade l'Europa, ed infine (quarta tappa) con la legge tedesca del 1933, la s. esce dal dominio medico e scientifico per entrare in quello politico: infatti è in virtù della concezione politica, secondo la quale l'individuo deve sacrificare i suoi interessi a quelli della comunità, ed in virtù della missione razzista, la s. diviene per la Germania una delle basi della rigenerazione nazionale. J. Bauer nota, deplorando, che la s. è divenuta una misura legale, la cui critica costituisce un delitto politico, una grande parola alla quale si dà tale una

forza di suggestione collettiva che anche dei medici ragionevoli ne abusano, rischiando di falsarne le applicazioni. La Germania resterà la sola a tentare realizzazioni radicali o si generalizzerà il concetto che la s. è la base della salute pubblica? Questione angosciosa per le persone di buon senso: l'eugenica a tendenza radicale, scatena in ogni mezzo, una inquietitudine morale perfettamente giustificata.

Tralasciamo di ricordare le varie legislazioni nei vari Stati; quale ne è il valore scientifico per le indicazioni? fino a qual punto l'eredità delle malattie elencate dalle leggi è stabilita? È possibile emettere una prognosi ereditaria abbastanza sicura per giustificare delle misure coercitive apportanti lesioni irreparabili all'integrità corporale?

Sull'ereditarietà morbosa tre metodi hanno finora fornito dati, se non di certezza, certo considerevoli:

Lo studio genealogico delle grandi famiglie colpite da tare fisiche o mentali.

Lo studio statistico dell'eredità diretta (genitori e figli dei malati in grandi serie, presi nei ricoveri degli alienati (prognostico ereditario empirico di Rudin).

Lo studio dei gemelli dell'istesso sesso, uscito da una stessa cellula uovo (Verschner, Lange ecc.).

I metodi genealogici dànno risultati chiari per le malattie poco estese: emofilia, atassia cerebellare, ad eredità mendeliana. Ma per le malattie mentali frequenti, l'interpretazione dei grandi alberi genealogici è difficile. Le grandi statistiche empiriche hanno i difetti di tutte le statistiche: si può far dir loro quel che si vuole. Minkowska, nella sua critica alla legge tedesca, arriva con un considerevole materiale a conclusioni fortemente differenti da quelle del Rudin. Steck osserva giudiziosamente che i tassi di probabilità risultanti dalle statistiche non sono sufficenti per stabilire una prognosi ereditaria individuale: solo la genealogia morbosa di ciascun caso isolato permette di dimostrare se la s. è giustificata.

Oligofrenia: la loro s. è la più giustificata. Essa non sempre è ereditaria e può anche essere conseguenza di encefaliti prenatali, di meningiti, sifilidi, traumi alla nascita, di insufficienza tiroidea ecc. Ma le statistiche trovano, da due genitori deboli mentali, il 91 % di oligofrenici, il 41,6 % se uno solo dei genitori è malato.

Schizofrenia: secondo Werthemann il 25-30 per cento dei gemelli uniovulari trasmetteranno la malattia senza sapere di esserne affetti. Rudin dà percentuali di probabilità dell'82 % di figli anormali per eredità convergenti (53% dementi, 29 % psicopati). Minkowska oppone a queste cifre pessimiste il fatto della « rigenerazione ».

Follia circolare: qui lo studio dei gemelli non offre dati sufficienti. Rudin indica per l'eredità convergente il 62 % di discendenti malati. Ma è noto che fra i psicopati le personalità, ed anche i geni non sono rari. Molti artisti di prim'ordine sono reclutabili fra gli schizoidi.

Epilessia: maggiori incertezze vengono ad infirmare le statistiche del Rudin sull'epilessia. Bauer trova le basi della s. eugenica nel l'epilessia così poco solide da attribuire ad un accecamento politico opinioni come quelle del Fischer per il quale « le basi della eugenica politica sono perfettamente solide ».

Senza insistere sull'ereditarietà della corea di Huntington, passando ai sordi, come si farà ad evitare che rimangano vittime della s. eugenica sordi da otite, da particolari vizi di conformazione e simili?

Vediamo le applicazioni pratiche: negli Stati Uniti poco più di 16 mila s. fino al 1933, di cui la metà in California. Per la Svizzera le cifre sono sconosciute, ma si aggirano, pel Cantone di Vaud, intorno al mezzo centinaio. In Germania la cifra conosciuta del 1934, è di 180-200000 (gli eugenisti integrali stimano doversi aumentare a 400000) annuali. In Svizzera sono stati sterilizzati specie oligofrenici: è evidente che esse non apportano alcun utile alla depurazione della popolazione: si è calcolato che per eliminare le malattie mentali occorrebbe sterilizzare almeno il 20 % della popolazione. Per Steck questo sarebbe « una misura per contribuire al disarmo piuttosto che una misura di igiene ». E si potrebbero dare infiniti esempi di quanto sia difficile mantenere nei limiti della ragione la applicazione legale di una legge così radicale.

Cosa si può sperare da una legislazione eugenica? Nella stessa Germania i pareri sono discordi. Bresler ha domandato a direttori di ricoveri, quando pensano avvenire una diminuzione delle accettazioni. La maggioranza ha risposto: non prima di molti anni, e magari di molte generazioni. Altri hanno risposto: dai dieci ai venti anni. Uno ha risposto: fra cinque anni. Tre stimano che l'influenza della s. sarà nulla. Gutt, portavoce ufficiale, ha espresso la speranza che le leggi della s. contribuiranno con la loro minaccia all'educazione del popolo, che imparerà a considerare il matrimonio e la salute ereditaria, seriamente. Wolf conclude con una frase di Steck « mantenendo nell'applicazione della nostra legge (Valdese), lo spirito di liberalismo e di rispetto della personalità umana, noi faremo di più per la sua accettazione ed una applicazione di più in più estesa piuttosto che con l'impiego di metodi coercitivi ».

Rischi operatori: nell'uomo sono insignificanti. La donna corre tutti i rischi di una laparotomia, ed in caso di anestesia generale, i rischi della narcosi. Anche con tecnica perfetta si sono verificate trombosi, embolie, pneumoniti. Si conoscono isolati casi mortali (in genere passati sotto silenzio).

Anche i rischi lontani sono nulli per l'uomo, mentre sono importanti per la donna: se le aderenze peritoneali sono rare, gravi sono le conseguenze psichiche, dovute alla maternità insoddisfatta.

Vantaggi individuali: nell'uomo, dall'instinto vivo, ma non pervertito, Sharp, Wagner-Jauregg, Kauders, Kappis hanno osservato un effetto calmante della vasectomia, con diminuzione dell'attività sessuale, specie della masturbazione. Nella donna niente di equivalente. Per i due sessi la s. conferisce una sicurezza pecuniaria e sessuale, una libertà fino alla licenza.

Danni sociali: si rimprovera alla s. di favorire la prostituzione onde l'aggravamento del pericolo venereo. Il danno resta limitato se il numero delle sterilizzazioni è modesto, consentendo una sorveglianza complementare: la cosa è differente se le s. sono a centinaia di migliaia. L'avvenire solo dirà se la legislazione è capace, come lo credono i giuristi tedeschi, di esercitare una influenza educatrice così potente da impedire la sregolatezza. Si può raddrizzare la morale e cambiare l'uomo a colpi di leggi e di decreti?

Ma il problema essenziale dell'eugenica integrale è quello dello spopolamento, problema non toccato se la s. si limita a qualche dozzina di persone ma che riveste importanza se queste assommano a molte centinaia di migliaia. Da un quarto di secolo la popolazione di quasi tutti i paesi è aumentata, malgrado la diminuzione delle nascite: l'aumento è dovuto unicamente alla diminuzione della mortalità ed all'aumento della longevità media. Ma se le classi di età elevata sono sempre più numerose di trent'anni fa, le classi giovani lo sono molto meno: fra qualche anno queste classi anziane toccheranno il termine della loro vita, il numero dei decessi aumenterà in proporzioni angosciose e l'eccedenza delle nascite sarà soffocato anche là dove è ancora imponente, da un eccedente numero di decessi.

Werthemann attira anche l'attenzione sul fatto importante stabilito dal Brüschweiler: la fecondità della donna è lungi dall'essere la stessa durante tutta la durata del periodo di maturità, essa raggiunge il massimo fra i 20-25 anni, resta elevata fino ai 30 anni, cade di poi rapidamente. Ora le classi giovani e feconde vanno a poco a poco rarefacendosi in seguito alla diminuzione delle nascite da una trentina di anni. In questo abbassamento di certo la diminuzione volontaria ha una importanza, ma ora, anche se questo fattore cessa, è da prevedere che il numero delle nascite continuerà ad abbassare.

Si capisce perciò che la sola politica negativa dell'eugenica, quella cioè della s., è incapace di ristabilire l'avvenire di una nazione. È assolutamente indispensabile di realizzare una politica eugenica positiva, cioè di accrescere la fecondità delle famiglie sane.

In conclusione: la s. praticata con prudenza su un piccolo numero di malati accuratamente selezionato, è utile per prevenire la nascita di esseri votati alla malattia, alla demenza, all'infelicità. Ma essa non avrà alcuna influenza sulla morbidità generale. La salute pubblica non potrebbe essere influenzata che con misure estremamente estese, eroiche. Ora le prospettive della denatalità sono tali che un popolo non può farvi ricorso senza rischio di suicidio. Allo stato attuale delle nostre conoscenze sull'ereditarietà, l'eugenica integrale è prematura; sarebbe giustificata solo per qualche malattia rara, senza importanza sociale (emofilia, corea di Huntington) e per la debolezza mentale. La s. dei portatori di germi di schizofrenia e di psicosi maniaco-depressive, per tentare di eliminarle, rischierebbe di impoverire l'umanità. Il principio della s. forzata ammessa da alcuni stati è giustificato dalla fede non dalla scienza. La Chiesa Cattolica respinge energicamente la s. eugenica, sia consentita o non. Monteleone.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

V. Maragliano (in collabor. con A. Agnoli, G. Palmieri, I. Ranzi, G. M. Reviglio, A. Vallebona). *Trattato italiano di marconiterapia.* Bologna, Zanichelli, ed. Prezzo L. 20.

Non è un fatto comune che dalla stessa Scuola (Genova) escano due trattati sullo stesso argomento a distanza di pochi giorni l'uno dall'altro. Questo libro del Maragliano vede la luce quasi contemporaneamente al volume del Cignolini ed arricchisce la nostra bibliografia medica di una pregevole opera, la cui necessità era sentita non solo dai cultori di terapia fisica, ma anche da clinici e da biologi.

Qual'è lo stato attuale della terapia con le onde corte o « Marconiterapia » (secondo le unanimi decisioni delle nostre riunioni scientifiche)?

Da circa dieci anni l'inesauribile sforzo della scienza medica ha introdotto fra i suoi mezzi di terapia le onde corte. È giusto ricordare i nomi dei pionieri che si sono susseguiti in ordine di tempo: Schereschewsky, Saidman, Schliephake, Liebesny. Ma è solo da poco più di un quinquennio che le applicazioni terapeutiche hanno incominciato a conoscersi e a richiamare, per l'importanza di alcune indicazioni, l'attenzione del mondo medico. Attualmente può dirsi che nessuno più ignora questo potente mezzo di terapia, sul quale convergono gli sforzi ansiosi di molti clinici e biologi. Da più parti si lanciano già grida di vittoria. È il momento dell'entusiasmo. È inevitabile che successi più o meno meravigliosi, preveduti o impreveduti, qua e là negati o

confermati, vengano segnalati da ogni parte con ritmo di giorno in giorno crescente. È chiaro che non si può oggi prendere se non una posizione di prudente riserbo, quale la critica impone; riserbo, ma anche fiduciosa attesa.

Il Maragliano, con la saggezza di chi possiede lunga esperienza, ha realizzato quest'opera con l'intelligente fusione di diversi capitoli svolti da competenti fisici, biologi e clinici. Ond'è che il nuovo trattato italiano risulta obbiettivo e convincente.

In un breve preambolo storico sulla marconiterapia all'estero e in Italia, l'A. rivendica opportunamente i meriti di alcuni nostri studiosi. È forse ancora la parola di Maragliano, che conclude il trattato con brevi e sagge considerazioni, le quali, mentre da un lato pongono in guardia dai facili entusiasmi, incitano d'altra parte a proseguire con fervore nelle indagini.

Dalla collaborazione del Palmieri e del Ranzi è risultato uno dei capitoli più pregevoli dell'opera: quello che tratta delle basi fisiche e biofisiche della marconiterapia. La chiara esposizione della non facile materia permette anche a coloro che hanno poca dimestichezza con l'elettrologia, di comprendere agevolmente le leggi fisiche e i fenomeni biologici collegati alla marconiterapia. Gli AA. ammettono la esistenza di un « effetto elettivo » pur riconoscendo la attuale povertà di cognizioni sul problema essenziale del meccanismo di azione biologica delle onde corte.

Il Reviglio introduce il capitolo sulla terapia con una precisa esposizione delle nozioni elettrotecniche indispensabili per rendersi conto della costruzione e del funzionamento degli apparecchi per marconiterapia, come pure delle modalità pratiche di applicazione. Il capitolo è arricchito da numerose illustrazioni e da utili disegni schematici e diagrammi.

Viene infine la parte dell'opera che più strettamente interessa il clinico: i risultati della marconiterapia. Vallebona e Agnoli, cui si deve questo capitolo, hanno opportunamente riunito in modo sintetico i risultati conseguiti dalla nuova terapia nei diversi campi finora provati, sia della medicina generale, sia delle varie specialità. Il capitolo contiene anche una importante rivista sulle azioni biologiche esercitate dalle onde corte, considerando tanto il campo dei microrganismi, quanto quello degli animali da esperimento e della fisiologia umana.

Notiamo che il maggior contributo clinico, al quale già partecipano con un cospicuo numero di osservazioni gli Autori italiani, riguarda le applicazioni locali in campo condensatore. Le applicazioni generali, dirette allo scopo di aumentare la temperatura dell'organismo (piretoterapia) trovano evidentemente indicazioni più limitate. Al riguardo un pregevole contributo è quello offerto dal Massazza, di cui gli AA. riportano i lusinghieri risultati ottenuti nella paralisi progressiva e nella demenza precoce.

Ma la marconiterapia, invece che alla piretoterapia, che fino a poco tempo fa è stata praticata, specie dalla Scuola francese, nei più diversi stati morbosi, sembra orientarsi di preferenza verso il trattamento locale, come è stato sostenuto in particolare da Schliephake e da Liebesny per la terapia delle affezioni di natura infiammatoria.

In quali forme morbose sono stati registrati finora i migliori successi? Tra le infiammazioni superficiali ricordiamo i paterecci, foruncoli, favi, idrosadeniti, mastiti ecc.; tra le flogosi profonde, in primo luogo quelle suppurative e cangrenose del polmone, poi le pleuriti specifiche, colecistiti, annessiti, artriti, osteomieliti, sinusiti, periodontiti ecc.

Ma l'azione delle onde corte non si limita ai processi di natura infiammatoria. Anzi le più recenti acquisizioni lasciano adito a buone speranze nel trattamento di svariate affezioni, nelle quali il ruolo infettivo è affatto secondario o nullo: così dicasi per le malattie vascolari (ipertensione, sindromi angiospastiche delle estremità, angina pectoris), per l'asma bronchiale, per le nevralgie ribelli ecc.

Da segnalare infine, come fecondo campo di ricerche e di possibili progressi terapeutici — per quanto i primi esperimenti impongano necessarie riserve — l'impiego della marconiterapia nelle affezioni dell'apparato endocrino e del sistema nervoso vegetativo.

In realtà, in confronto agli altri capitoli del trattato, relativamente estesi, sono poche le pagine dedicate ai risultati conseguiti in terapia umana e alla critica di essi, onde potrebbe notarsi un certo contrasto con il titolo del libro, che vuol essere un trattato di terapia. Ma riteniamo che la saggezza di chi ha diretto e di chi ha redatto l'opera non avrebbe potuto far di meglio di quello che ha fatto, di dedicare cioè molta parte alle basi fisiche e biologiche, indispensabili per ogni medico, che cerchi di conseguire successi terapeutici, conoscendo il mezzo che impiega, la sua azione, i suoi eventuali pericoli. L'ampia letteratura riportata o citata nel volume sarà di somma utilità per chi voglia provare il trattamento marconiterapico nei diversi stati morbosi. Forse il lettore avrebbe desiderato qualche maggiore dettaglio per quanto riguarda le modalità di applicazione, le dosi e il tipo di apparecchio usato dai principali Autori citati, poichè è indubbio che molte discordanze di risultati dipendono dalla diversa tecnica impiegata e non può essere a tutti facile di controllare questi dati nei lavori originali.

La marconiterapia, come sopra si è detto, attraversa il momento degli entusiasmi — ai quali inevitabilmente non andranno disgiunti

interessi commerciali e professionali — onde si impone per ora di considerare obbiettivamente tutto quello che è stato fatto e che rappresenta una base preziosa per continuare i tentativi. Bisogna attendere, senza inutili scetticismi, che il più ampio materiale clinico, specie quello che potrà essere raccolto da istituti ospitalieri e universitari, permetta di stabilire, al vaglio di una critica serena e rigorosa, le *vere indicazioni* della nuova terapia.

COLARIZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

Scritti in memoria del Dott. Prof. Giovanni Truffi. Padova, Tipografia del Seminario 1936-XIV, pp. 277, s. p.

Nel primo anniversario della morte di Giovanni Truffi, la cui giovanile e già così promettente esistenza veniva, or'è poco più di un anno, troncata da implacabile morbo, i colleghi della Clinica dermosifilopatica di Padova che lo ebbero a compagno di studio e di lavoro, hanno voluto onorarne la memoria con la pubblicazione di un volume di scritti di dermatologia, disciplina nella quale il lacrimato Estinto aveva dato già tante prove del suo ingegno, della sua preparazione scientifica e della raggiunta maturità per l'insegnamento universitario.

La raccolta è preceduta da una biografia di G. Truffi e da una rievocazione della sua attività di studioso che con commosse parole volle farne il prof. M. Artom nella riunione della Sezione triveneta della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia il 6 gennaio di quest'anno.

Segue l'elenco degli oblatori alla « Fondazione Giovanni Truffi » per una borsa di studio nella R. Università di Padova, alla quale concorsero parenti, amici ed ammiratori.

Gli otto lavori di cui si compone la raccolta meriterebbero ciascuno un particolare cenno sia per l'interesse dei varii argomenti, sia per il contributo personale che i singoli AA. hanno portato nei loro studi.

Le ricerche di Balbi, per citarne solo qualcuno, sui rapporti tra il bacillo dell'*eresipeloide*, quello del *mal rossino* ed il *b. « murisepticus »* risolvono in modo esauriente una controversa questione batteriologica; così come la memoria di Benetazzo sulle *piodermiti croniche vegetanti* inquadra molto opportunamente in una visione unitaria entità nosologiche spesso confondibili dal punto di vista clinico con altre forme di dermatosi e che si prestano perciò a non infrequenti equivoci diagnostici nei confronti di tumori, micosi, lues, tubercolosi cutanea, ecc.

Così pure due studi sulla *sclerodermia* ed *atrofia cutanea* (Cerutti, Weiss), e gli altri sugli *eritemi anulari centrifughi* (De Giorgio), sulle *nodosità juxta-articolari* (Policaro), su alcuni casi di *linfogranuloma inguinale* (Pavanati), sulle frontiere del « *lichen ruber* » (Tissi, il quale ci dà solo la prima parte del suo lavoro su di un argomento, a dire il vero non nuovissimo, ma già in questa sua introduzione mostra la completa padronanza della materia) sono da segnalarsi per il rigore scientifico con cui sono condotti, per la chiarezza dell'esposizione, per le non affrettate conclusioni.

L'edizione corretta e la buona veste tipografica concorrono a rendere questa raccolta di lavori, che ogni dermatologo leggerà con profitto, degna in tutto dell'Estinto, la cui memoria non si poteva più nobilmente onorare, e della Clinica di cui porta l'impronta.

VINCENZO MONTESANO.

L. SABADINI. *Les kystes hydatiques de la rate.* Vol. in-8° di pag. 200. Masson et C.ie, Paris, 1936. Fr. 32.

L'A., esperto chirurgo degli Ospedali di Algeri, ci dà, col presente lavoro, una completa monografia di una localizzazione dell'embrione esacanto, sempre meno rara anche nel nostro continente. Domina nel libro l'impronta chirurgica, ma l'interesse della sua lettura non è minore pel medico.

Accennato alla grande frequenza, specie in terra d'Africa, dell'affezione in genere e della particolare localizzazione splenica, il Sabadini passa in rassegna le nozioni patogenetiche della localizzazione primitiva splenica e della localizzazione secondaria della cisti idatidea.

Schematizza l'anatomia patologica, soffermandosi poi alla clinica delle cisti della milza descrivendone le forme a sviluppo addominale, a sviluppo toracico, a sviluppo addomino-toracico, ed alla diagnosi.

La seconda parte del libro è dedicata alla cura: metodi, indicazioni tecniche, vengono minutamente descritti, illustrati da belle figure semischematiche, ma quel che più importa vengono sanamente criticati alla luce dei risultati che se ne possono ottenere. Conveniamo perfettamente con il Costantini (presentante l''opera con lusinghiera prefazione) nel ritenere il libro, un autentico documentario, dalla facile lettura, e non dispiacerà a noi vedere che nella documentazione primeggiano gli studi italiani.

MONTELEONE.

PONROY e PSAUME. *Restauration et Prothèse maxillo-faciales.* Masson & C. Paris 1936. Fr. 80.

È l'ottavo volume della collana pratica stomatologica pubblicata sotto la direzione di Chompret. La particolare competenza dei due autori, addetti ai centri mascello-facciali di Parigi e professori di protesi alla Scuola di Stomatologia della stessa metropoli, si rende-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

evidente in tutti i vari capitoli del manuale che è spoglio di tutto ciò che può essere superfluo o inutile. È un libro scritto esclusivamente con fini pratici in quanto fra le operazioni chirurgiche e le applicazioni protesiche non vengono, per ogni dato caso, descritte ed insegnate tutte quelle che si possono eseguire, ma solamente le più semplici e le più comuni.

I capitoli sulle fratture della mandibola e sulla perdita di sostanza di questo importantissimo osso, sono tra i migliori: in esso sono passati in rassegna le fratture parziali, le complete, le lesioni dei tessuti di rivestimento, le lesioni dentarie, le infezioni, i ritardi di consolidazione, le consolidazioni viziose. Dal punto di vista clinico gli autori seguono le classiche divisioni delle fratture in mediane, laterali, doppie ed in rapporto alle sedi, in fratture della branca montante, dell'angolo, del condilo, del processo coronoide. Anche le fratture nei bambini sono state opportunamente trattate.

Gli AA. descrivono, indicandone gli usi, gli apparecchi di Angle, di Rubbrecht, di Martin. Nel capitolo dedicato alle operazioni chirurgiche gli AA. trattano dell'osteosintesi, delle pseudoartrosi, degli innesti ossei.

La perdita di sostanza della mascella, la perforazione della volta palatina, le emiresezioni dei mascellari, le divisioni palatine congenite, con la relativa protesi, hanno meritato da parte degli AA. la maggiore attenzione in quanto veramente una terapia razionale dona ai poveri mutilati tutta una nuova vita.

Anche le lesioni viziose periboccati, le deformazioni della piramide nasale, della regione oculo-palpebrale, del padiglione dell'orecchio, le ferite di guerra e le loro complicanze: emorragie, asfissie, enfisemi sottocutanei, hanno trovato nei due Maestri una esposizione chiara, precisa, aggiornata.

È questo un libro indispensabile sia ai chirurgi che agli odontoiatri, i quali finalmente possono consultare un'opera che è realmente nuova ed il cui contenuto era prima frazionato in piccoli richiami o note nei manuali di chirurgia ed odontoiatria generali.

Il libro consta di 502 pagine e contiene 338 figure illustrative. DE VECCHIS.

Atti del I Congresso Internazionale della trasfusione del sangue. Vol. I. Edit. Assoc. Volont. Sangue, Milano, 1936.

Questo volume oltre i discorsi inaugurali del prof. Alessandri, del prof. Lattes e del prof. Hirszfeld, e la celebrazione di Francesco Folli (prof. Pazzini), contiene le sei relazioni svolte al Congresso.

Nella prima il prof. Hirszfeld di Varsavia espone lo stato degli studi sulla non specificità della reazione Bordet-Wassermann. Praticando la reazione su larga scala in soggetti sani (donatori di sangue), ha potuto osservare che certi individui, che non presentano nessun segno clinico di sifilide, presentano nondimeno una Wassermann positiva. L'A. raccomanda di non affrettare la diagnosi di sifilide in questi casi.

Il dott. Ritter dell'ospedale Cantonale di Thurgau (Svizzera) discute i problemi della trasfusione negli eserciti, e constata che con le misure adottate già in molti Stati dovrebbe essere possibile preservare i feriti di guerra dalle conseguenze delle emorragie gravi e mortali.

La relazione del prof. Bogolometz (Mosca) riguarda i fenomeni dell'autocatalisi e la loro importanza nella trasfusione del sangue. L'A. conclude che l'efficacia della trasfusione dipende in gran parte dal contenuto di anticorpi (specie isolisine) del sangue del donatore.

Segue la relazione del dott. Tzanck di Parigi sull'uso della trasfusione nella terapia delle malattie infettive e sui problemi dell'immunotrasfusione.

Il prof. Dogliotti di Torino espone le indicazioni attuali della trasfusione, dividendole in indicazioni assolute, indicazioni relative ed indicazioni sperimentali.

La relazione del prof. Stahl di Breslavia infine tratta dell'azione stimolante della trasfusione, che assieme agli altri fattori si dimostra particolarmente giovevole nella terapia.

Questo primo volume, al quale seguirà un secondo contenente le numerose comunicazioni fatte al Congresso, costituisce una pubblicazione di notevole interesse scientifico.

E. CARLINFANTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 maggio 1936.

Presiede il Prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Ulcus e duodeniti in terreno di splenomegalia cronica.

Prof. E. GREPPI. — L'O. dopo aver ricordato 3 casi già descritti di ulcera duodenale associata a splenomegalia, presenta 5 nuove osservazioni in cui, sul comune fondo splenomegalico, e più spesso spleno-epatico, in senso produttivo e congestizio, le indagini clinico-radiologiche hanno posto in evidenza fatti di sofferenza duodenale a carattere di duodenite, con accenni frequenti di nicchie puntiformi non riconducibili con sicurezza a presenza definita di ulcus. Trae da questa e dall'altrui esperienza qualche riflessione sulla frequenza dei fatti associati gastroduodenali e splenopatici, sul significato delle due componenti, sulla possibile relazione tra loro, (flogosi congestizia delle mucose digestive sulla base di squilibri remoti nel circolo splancnico-portale e nell'innervazione relativa), infine sulla cura opportuna.

Il PRESIDENTE apre la discussione.

Ha la parola il Socio prof. ANTONELLI, il quale nota che non è ancora dimostrabile l'unità clinica dell'associazione tra le epatosplenomegalie da una parte e la fenomenologia duodenale dall'altra.

Troppo vari sono i processi morbosi epatosplenici riscontrati, troppo frequente il complesso morboso della sofferenza duodenale. Questa bilaterale ampiezza di dati può far pensare a coincidenze. Alla concezione unitaria manca la suffragazione sperimentale, sopratutto nei riguardi dell'ulcera duodenale.

Ha la parola il socio prof. FRUGONI, il quale chiede se il fegato nella patogenesi della sofferenza duodenale non rappresenti parte e importanza maggiore, avendo il prof. Greppi considerato quasi solo il fattore splenico. Quanto alla genesi delle emorragie collegate e subordinate a splenomegalie croniche, osserva che per reperto anatomico e per tipo di sindrome clinica (violenta ematemesi) le emorragie in grandissima predominanza di casi, sembrano essere di origine esofagea e gastrica e non duodenale.

Ha la parola il socio prof. MATRONOLA che ricorda un caso da lui operato di sospetta ulcera duodenale in epatosplenomegalia. La radiografia aveva dimostrato una nicchia duodenale, la malata aveva avuto melene. L'intervento non mostra traccia di ulcera, tanto che l'intervento si rivolse alla milza patologica e culminò con una splenectomia. L'esame istologico della milza e di un grosso ganglio asportato dal prof. Sotti non ha permesso di giungere ad una diagnosi anatomica. La malata presenta ancora subittero ed essendo ricoverata nella Clinica medica, sarà utile seguire il comportamento del duodeno per vedere se in esso si sia determinata quella evoluzione a cui ha accennato il prof. Greppi.

Infine il prof. ALESSANDRI, il quale rimanda per la discussione ad un suo recente lavoro in proposito, e si limita al problema della legatura dell'arteria splenica. Tale intervento limitato può avere la sua giustificazione in una difficoltà che si presenta nell'eseguire la splenectomia, ma indipendentemente da questa, la legatura dell'arteria splenica trova le sue indicazioni precise che egli ha esposto e messo in opera.

Risponde il prof. GREPPI che ringrazia gli oratori che sono intervenuti nella discussione. Egli non ha inteso di proporre una sindrome nuova con significato autonomo, ma soltanto di tener conto che nel vasto campo delle splenomegalie ed epatosplenomegalie accanto alle note alterazioni del circolo esofago-cardiale esistono non di rado sofferenze analoghe del tratto piloroduodenale, importanti per i disturbi dispeptici, gastralgici, emorragici. I disturbi sono variabili, spesso modesti, e non si possono rifiutare; essi dipendono da flogosi congestizia della mucosa, talvolta passano lentamente in fatti palesi di ulcera. I disturbi cioè non sono sempre esofagocardiali, ma interessano la zona piloroduodenale. La presenza dei segni di « epatite » accanto al tumore di milza contribuisce a farci ammettere in questi casi, disturbi latenti (nessun indizio di stasi portale) a carico della rete vasale delle mucose a livello di un viscere come il duodeno così sensibile ai turbamenti di circolo e d'innervazione e tipicamente portate ai fatti ulcerosi. I casi con ulcera restano naturalmente i più dimostrativi e convincenti; ma i fatti semplici di duodenite, notevoli per frequenza rivelano la partecipazione del viscere al turbato regime del sintomo spleno-portale.

Influenza di alcune acque minerali sulle contrazioni autonome degli ureteri.

Prof. P. TESTONI. — L'O. studiando l'influenza di alcune acque minerali sulla contrazione autonoma degli ureteri isolati della cavia è pervenuto alle seguenti conclusioni:

Alcune acque minerali (Lancisiana, Tettuccio, Telese) hanno azione inibitrice; altre acque minerali (Santa di Roma, Sangemini) accrescono l'ampiezza e la forza di contrazione ureterica; altre infine (Vallaverde, Ferrarelle, Acetosa di Roma), oltre a stimolare la funzione contrattile degli ureteri ne aumenta il tono. Tali conclusioni possono avere riflessi terapeutici.

Ha la parola il prof. MATRONOLA il quale chiede al prof. Testoni se le sue esperienze possono essere paragonate a quanto avviene quando si somministri acqua minerale per bocca, non ritenendo che esse vengano eliminate immutate attraverso il rene, si che possano stimolare, come nello sperimento di uretere.

Ha la parola il prof. SERENI, il quale ricorda le esperienze del compianto figliuolo prof. Enrico, sull'influenza dell'acqua di Fiuggi sulle contrazioni autonome dell'uretere. Le esperienze ricordate dal prof. Testoni furono le prime in argomento e facevano parte di un ampio ed organico piano di lavoro per studiare le proprietà biologiche delle acque di Fiuggi.

Ricorda la tecnica ideata e usata per lo studio delle contrazioni ureteriche dei vari animali e la netta conclusione dell'aumento delle contrazioni autonome dell'uretere, sotto l'influenza dell'acqua di Fiuggi, probabilmente dovute ad uno stimolo diretto sulle fibre muscolari dell'uretere. Tali esperienze furono comunicate dal prof. Nazari a Wittel nel maggio 1931.

Il Segretario: T. PONTANO.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 14 maggio 1936.

Presidente: Prof. G. DI GUGLIELMO.

Le forme pseudotubercolari emoftoiche e non emoftoiche della infezione brucellare.

Prof. PAOLO INTROZZI. — L'O. descrive un caso di setticemia da micrococco melitense con manifestazioni gravi a carico dell'apparato respiratorio della stessa natura eziologica, caratterizzate da un processo acuto flogistico-congestizio, emorragico, con focolai bronco-pneumonici accompagnati da abbondanti e ripetute emottisi.

Descrive il quadro clinico e semeiologico, riferisce i risultati degli esami di laboratorio (siero agglutinazione, emocultura, splenopuntura, sternopuntura positive per il micrococco melitense isolato pure dall'espettorato).

Dopo aver discusso i caratteri differenziali con le forme tubercolari dell'apparato respiratorio, ricorda le così dette pseudo-tubercolari, accompagnate o meno da emottisi della infezione brucellare, ne espone le caratteristiche cliniche e anatomo-patologiche e quelle che permettono di differenziare nettamente dai processi tubercolari, quali, oltre le indagini radiologiche e di laboratorio, il completo dileguarsi della fenomenologia polmonare col cessare della febbre e col migliorare delle condizioni generali, e specialmente l'esito in

guarigione con la vaccino-terapia endovenosa dimostratasi, anche in queste forme per quanto gravi ed altamente febbrili, come in tutte le altre complicazioni della maltese, di indiscutibile efficacia.

Distacco dell'«Os Cotiloideum Superius».

Dott. DE LUCA. — Descrive un caso di distacco da strappo da parte di masse muscolari dell'*Os cotiloideum superius* in sinostosi incompleta, in un uomo di 27 anni.

Riporta l'interpetrazione e la nomenclatura degli anatomici dei punti di ossificazione primitivi e complementari che prendono parte alla formazione dell'acetabolo.

È d'accordo col Perna nel proporre di lasciare la denominazione di *Os acetabuli* alla sola formazione ossea del fondo della cavità articolare e di usare la denominazione di *Os cotiloideum* per le formazioni ossee delle pareti della cavità e distinte anterius, posterius e superius.

Interpetra come *Os cotiloideum superius* atrofico, la formazione ossea tonda o triangolare spesso osservata nella parte cefalica del ciglio cotiloideo, talvolta come ombra isolata e comunemente denominata *Os acetabuli*.

Metastasi ossee da ipernefroma.

Dott. G. DE LUCA. — Riporta un caso di metastasi ossee multiple da ipernefroma curato con i raggi X e nel quale quasi tutti i focolai sono rimasti beneficamente influenzati dalla radioterapia.

Le metastasi ossee da ipernefroma sono spiccatamente radiosensibili ed il radiologo, anche nei casi a localizzazioni multiple non deve mai disperare ma tentare la cura che se non può dare la guarigione, può sensibilmente attenuare le sofferenze degli infermi e prolungarne la vita.

Tumore fecale del retto.

Dott. G. DE LUCA. — L'O. descrive un caso di tumore fecale del retto, della grossezza di una arancia, che alla radioscopia preliminare dell'addome non aveva dato alcuna ombra apprezzabile e resosi visibile dopo un clisma opaco per i depositi di bario che ne tappezzavano le pareti.

Nel caso riportato fu l'esplorazione digitale del retto che permise la diagnosi esatta di fecaloma mentre l'indagine radiologica stereoscopica, che aveva stabilito la sede endorettale della massa, non aveva potuto fornire dati differenziali sicuri tra un tumore ed un fecaloma.

L'esplorazione rettale e strumentale del retto dovrebbe sempre precedere l'indagine radiologica quando si sospetta una lesione dell'ultimo tratto del crasso.

Nei casi di focolai all'indagine radiologica deve essere lasciato soltanto il compito di definire il volume delle masse ed il numero di esse.

Lesioni laringee da brucellosi melitense.

Prof. E. GIUFFRIDA. — L'O. rende note tre osservazioni di laringo-stenosi da brucellosi melitense, rilevando le caratteristiche cliniche e il fondamento anatomo-patologico di questa complicanza manifestatasi in tre casi nei quali la tecnica vaccinica endovenosa era stata solo insufficientemente praticata. I gravi fatti di asfissia resero necessaria in tutti e tre i casi la tracheotomia: tuttavia la gravità della malattia generale in due casi frustrò l'esito dell'intervento conducendo egualmente a morte l'ammalato; in un terzo caso si riuscì a salvare la vita al paziente ma permase una laringo-stenosi cicatriziale che è tuttora oggetto di trattamento.

L'O. insiste sulla gravità di questa complicanza della melitense che prima d'ora era del tutto sconosciuta.

Seduta del 4 giugno 1936.

Dott. F. RANDONE. — *Su di una variante liscia cromogena stabile del bacillo della tubercolosi umana.*

Sulla patologia del ferro nell'anemia ipocromica achilica: determinazione delle dosi massimali.

Prof. A. BASERGA e dott. N. CIMINO. — Dopo aver ricordato le variazioni della posologia del ferro nelle varie epoche (da pochi centigrammi fino a 10 gr. e più pro die secondo le raccomandazioni dei più moderni AA. americani e scandinavi!) gli OO. riferiscono sui tests reticolocitari e in particolare sul test della doppia punta reticolocitaria, che permettono oggi di stabilire su basi esatte la patologia dei rimedi antianemici. Essi applicano tali tests in un caso personale di anemia ipocromica achilica, e concludono che nel caso in esame 2 gr. di ferro ridotto pro die rappresentano già una dose massimale.

La polipeptidemia nella tubercolosi polmonare.

A. LONGO. — L'O. ha ricercato il tasso dei polipeptidi nel sangue di 87 ammalati di tubercolosi polmonare. L'indice notevolmente si scosta dalle cifre che si hanno negli individui normali e molto più nelle forme evolutive tossiche che nelle forme torpide. Espressione di un alterato ricambio endocellulare l'indice di polipeptidemia dimostra un certo rapporto con l'evoluzione dei focolai e la sua determinazione può quindi riuscire utile in clinica per il significato pronostico che può inserirsi nel complesso degli altri dati.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Blenorragia cronica della donna; diagnosi e cura.

La blenorragia, così frequente nell'uomo, è rara nella donna (Barbellion, *Journal des praticiens*, n. 31, 1936); la blenorragia femminile è il più spesso subacuta, discreta, con tendenza alla cronicità. Nove volte su dieci questa blenorragia cronica femminile ci è rivelata da chi se ne contagia, nel quale l'insemenzamento del germe porta ad una blenorragia acuta. In presenza di una inchiesta in una donna, per una eventuale blenorragia, le nostre direttive saranno: 1° la blenorragia cronica nella donna non è una malattia vaga, indeterminata, generalizzata, vincibile con qualche vaccino od ovulo; è invece una malattia di localizzazione precisa, e perciò non si deve cercare « una blenorragia », ma una uretrite blenorragica, una skenite blenorragica, una bartolinite, una metrite blenorragica; 2° tutti i ripari del germe saranno esaminati e saranno oggetto di prelevamento, anche in assenza di segni, di secrezione. Per il prelevamento si osserveranno le seguenti norme. Per l'uretra: la donna non ha urinato da due o tre ore: si comprime l'uretra da dietro in avanti, si preleva quel che compare. Si penetra poi nell'uretra per uno o due cm. e si gratta leggermente la mucosa con l'ansa sterile (secondo prelevamento uretrale). Un'uretra sana dà sempre un prelevamento anche minimo. Una uretra con gonococchi non ne dà sovente di più e presenta un aspetto esteriore identico.

Per le glandole di Skène: su ciascun labbro uretrale si ricercheranno due o tre orifizi glandolari. Se la pressione fa uscire un leggero gemizio dall'uno di questi orifizi, prelevare questo gemizio. Se si scopre un orifizio qualsiasi, penetrarvi con l'ansa e fare questo prelevamento. Una sola glandola di Skène infetta, può perpetuare una blenorragia.

Glandole del Bartolini: sono il riparo più frequente e più difficile a scoprire. Prima fare pulizia con un tampone umido, comprimere la ghiandola fra il pollice e l'indice. Bisogna conoscere approssimativamente ove si trova l'orifizio che in genere non si vede: un poco di liquido mucoso o mucopurulento, indica l'orifizio di uscita. Il prelevamento si fa d'ambo i lati. Una ghiandola normale generalmente è secca, una malata dà una secrezione con germi banali, gonococchi, od ambedue. Talora la ghiandola malata è stata estirpata, ma non completamente, ed allora il gemizio è sempre carico di gonococchi.

Collo: l'aspetto del collo non dice nulla. Con un tampone si toglie il tappo mucoso. Il prelevamento si farà nel collo, ad un cm., rigirando l'ansa sul suo asse: si fanno due o tre prelevamenti successivi.

Corpo dell'utero, annessi: In queste due localizzazioni il prelevamento del collo sarà ripetuto prima e dopo le regole. E se è negativo, la gonoreazione è molto preziosa, la qual reazione nelle localizzazioni alte è sempre utilissima. Nelle localizzazioni basse il trattamento locale, con la cauterizzazione, disinfezione, soppressione, del focolaio è indispensabile.

MONTELEONE

Splenomegalie malariche e splenoptosi simulanti affezioni ginecologiche.

E. Rapani (*La Clinica Ostetrica*. giugno 1936) riporta un'osservazione personale in cui la malata venne portata al tavolo operatorio con diagnosi di tumescenza annessiale destra di probabile origine infiammatoria, mentre invece si trovò una milza ectopica torta sul peduncolo con necrosi secondaria.

Ricorda, a tale proposito, gli errori in cui sono incorsi vari chirurghi, scambiando la milza malarica ectopica per: fibroma uterino, tumore ovarico torto, tumore solido degli annessi di destra, cisti ovarica, cisti dermoide, ematocele, tumore maligno dell'epiploon, rene idronefrotico.

È utile tenere presenti tali errori, che possono verificarsi quando l'organo dislocatosi in sede pelvica abbia contratto aderenze con gli organi vicini. *fil.*

Ustioni vaginali da permanganato di potassio.

Da un certo tempo va diffondendosi l'uso di introdurre in vagina due pasticche di permanganato di potassio allo scopo di produrre l'aborto. Pratica, come giustamente osserva G. Massimi (*La Clinica ostetrica*, ag. 1936) del tutto irragionevole perchè, mentre è fallace per procurare l'aborto, è pericolosa per le gravi ustioni che la sostanza produce nella vagina. Tali ustioni hanno la caratteristica di produrre, poche ore dopo l'introduzione delle pasticche, una emorragia che dà alla donna l'illusione dell'aborto e che invece la costringe a ricorrere al soccorso. E, dal canto suo, il ginecologo si trova di fronte alla difficoltà che il permanganato per la sua azione anticoagulante determina un'emorragia che spesso non tende ad arrestarsi col semplice tamponamento benchè siano lese soltanto delle piccole arterie, sicchè si rende necessaria l'applicazione di qualche punto per avere l'emostasi.

Un'altra difficoltà si presenta; in quanto che se la lesione si trova nella parete vaginale posteriore, essa rimane coperta dall'introduzione della valva vaginale, la quale inoltre, con la compressione, arresta momentaneamente l'emorragia e si può essere indotti a ricer-

care nell'utero la causa dell'emorragia, con danno per il prodotto del concepimento.

L'A. riferisce su alcuni casi osservati ed altri ne riporta G. De Maria nello stesso numero; in uno di questi, le ustioni avevano prodotto lesioni stenosanti di tal fatta che, quando si ebbe il parto, si dovette ricorrere al taglio cesareo demolitore. I casi osservati nella Clinica O.-G. di Roma dal 1932 al 1935 sono stati 45. *fil.*

Le false perforazioni nel raschiamento postabortivo.

Nei 3 primi mesi della gravidanza, non si dovrebbe mai usare la curetta in caso di incidenti infettivi consecutivi ad aborto, ma servirsi soltanto del dito. Consiglio, spesso difficile da seguire mancando una sufficiente dilatazione mentre, d'altro canto, le laminarie sono spesso causa d'infezione ed i dilatatori di Hegar non sono senza pericolo.

Il pericolo della curetta consiste nella possibilità di perforazione. Ora, Briault (*Journ. des praticiens*, 15 agosto 1936) richiama l'attenzione sul fatto che si è qualche volta creduto ad una perforazione, mentre la laparotomia ha dimostrato che non esisteva affatto.

Comunque, in questi casi è necessaria una grande prudenza nel raschiamento e rifarlo se sono rimasti dei detriti infettivi e la febbre persiste; applicare un tamponamento vaginale, da togliersi dopo 24 ore, e mettere del ghiaccio sul ventre. Evitare ogni applicazione endouterina, sia come *écouvillonage*, sia come irrigazioni o tamponamenti. *fil.*

Per far cessare la secrezione lattea.

In sostituzione dell'attuale metodo antigalattogeno (cremore e fasciatura compressiva) E. Miraldi (rif. in *Clinica Ostetrica*, giugno 1936) ha usato le iniezioni di olio canforato al 20 % in 46 casi, rilevando quanto segue:

1) La canfora ha spiccata azione antigalattogena soltanto se usata a parto avvenuto;

2) Con l'iniezione giornaliera di olio canforato al 20 %, continuando per 4 giorni, si arresta la secrezione lattea nel 100 % dei casi, scompare anche la lattosuria;

3) È bene associarvi anche l'uso esterno di spirito canforato che serve anche per risolvere ingorghi mammari e combattere, così, la mastite delle puerpere;

4) Il trattamento è specialmente efficace quando viene usato al momento della montata lattea. *fil.*

TECNICA MEDICA.

La prova dell'efficienza respiratoria nell'asma bronchiale.

Se ne occupano J. L. Livingstone e M. Cillespie (*Quart. Journ. of Medecine*, luglio 1936). Accanto al controllo clinico dei risultati del trattamento dell'asma bronchiale mediante ginnastica respiratoria, gli AA. hanno osservato l'influenza di questa sull'efficienza respiratoria in rapporto o meno alle condizioni dei pazienti. La ricerca è stata eseguita su 27 casi; quali prove della funzionalità respiratoria gli AA. hanno applicato la spirometria (con apparecchio di Knipping e con il manometro a U di mercurio), l'espansione toracica, e l'osservazione radiologica dei movimenti diaframmatici.

Le modificazioni più significative in rapporto al miglioramento clinico risultarono dalla determinazione dell'aria di riserva, il volume della quale (inferiore alla norma in tutti i casi prima del trattamento) è ritornato alla norma o anche era salito al disopra di questa nei casi che reagirono favorevolmente al trattamento. In questi è stata pure raggiunta la possibilità della regolazione volontaria del diaframma e l'instaurarsi della respirazione prevalentemente diaframmatica, invece di quella toracica.

Il miglioramento clinico era pure associato ad aumento di espansibilità toracica specie al livello dell'epigastrio (il minimo desiderabile dell'aumento è di 5-6 cm. a tale livello).

Le variazioni del quoziente respiratorio, della quantità di ossigeno introdotto, del tempo della in- ed espirazione non hanno dimostrato essere in relazione all'efficienza respiratoria; anche la prova col manometro ad U non ha fornito risultati decisivi per il giudizio assoluto sulla funzionalità respiratoria degli asmatici; tale prova ha dimostrato la inferiorità generica dell'efficienza respiratorio in questi malati e solo in rari casi ha dato risultati normali dopo il trattamento; essa potrebbe tutt'al più servire quale indice di un progresso, ma non del risultato ottenuto. S. M.

MEDICINA SCIENTIFICA

Gruppi sanguigni e malaria.

Premesso che appare ammissibile dal punto di vista teorico-sperimentale e dai risultati degli studi statistici che una determinata combinazione sierologica costituzionale possa essere legata più che un'altra alla recettività per una determinata malattia, A. Mangiacapra (*La Riforma Medica*, 18 luglio 1936), prospetta l'applicazione di questa teoria nel campo della malaria che è essenzialmente una malattia del sangue.

Egli ha praticato la determinazione del gruppo sanguigno in 520 malarici in età dai 19 ai 25 anni, appartenenti alle varie regioni d'Italia. Gli esami furono fatti sempre in periodi di apiressia e fuori dell'azione dei medicamenti.

I risultati ottenuti con le ricerche furono i seguenti:

La distribuzione dei gruppi sanguigni nei malarici differisce di molto dalla distribuzione dei gruppi sanguigni nei sani. Negli individui esaminati è emersa una forte prevalenza relativa del secondo gruppo. Inoltre la maggior parte dei casi di malaria persistente e di malaria grave, si manifestò in individui appartenenti al secondo gruppo.

Resta così bene delineata la figura di « recettivo » dell'infezione malarica, per questo gruppo e di « resistente » per gli altri, specialmente gli ultimi due.

Questo fatto ha particolare importanza per la medicina preventiva: con la determinazione del gruppo sanguigno si potrebbe effettuare una selezione nelle correnti migratorie verso le zone malariche; se ne otterebbe una diminuzione della morbilità e della mortalità.

L'A. ha inoltre indagato se la fissità del gruppo sia modificata dall'accesso febbrile o dalla terapia antimalarica: i risultati sono stati negativi, inquanto non fu mai riscontrato mutamenti di gruppo nelle condizioni suddette e questo è una nuova conferma del carattere di fissità dei gruppi sanguigni.

F. VICENTINI.

Studio istopatologico del coma malarico; madre e feto.

La trasmissione della malaria dalla madre al feto avviene solo eccezionalmente e in seguito a condizioni anormali della placenta. Di regola, come Marchiafava e Bignami hanno da lungo tempo dimostrato, non solo nei neonati da madri malariche anche con placente intensamente parassitate non si trovano parassiti nel sangue dei vasi ombelicali, o in quello periferico, ma neppure si trovano alterazioni di carattere malarico, come la melanosi, nelle autopsie dei feti, dei nati morti, o morti poco dopo la nascita.

Al. Slatineano ed i suoi collaboratori hanno studiato le lesioni istologiche negli organi di una madre morta in coma malarico, le alterazioni della milza e del fegato del feto di quattro mesi, e quelle della placenta. (*Arch. Roum. de Path. Experim.*, giugno 1936).

Nella madre, oltre alle lesioni viscerali determinate abitualmente dalle forme gravi di malaria, hanno trovato lesioni del sistema nervoso, consistenti nella formazione di noduli pseudogommosi, perivascolari, situati in alcuni gangli simpatici.

Nella placenta, le alterazioni dovute alla presenza di parassiti erano notevoli; ma i parassiti si dimostravano incapaci di superare la barriera placentare: infatti il fegato e la milza del feto ne apparivano del tutto privi. Fu messo in evidenza del pigmento malarico nel citoplasma di alcuni macrofagi di questi organi.

E. CARLINFANTI.

VARIA

Corpo e spirito.

Ci sono molti fatti di esperienza medica che sono difficili ad analizzarsi perchè non è facile ridurli in termini sperimentali. Un esempio importante è quello dei benefici effetti del riposo di molti tessuti in varie condizioni in cui è necessaria una restaurazione dei tessuti. Un altro esempio è l'influenza del pensiero o del sistema nervoso centrale sulle malattie e da tempo immemorabile si sa che medico e malato che simpatizzano riescono a vincere la malattia meglio. Metalnikoff ed altri emisero l'opinione, più convincente forse per loro che per chi legge, che le reazioni immunitarie si potessero ridurre a riflessi condizionati e recentemente Schambouroff e Belikow di Mosca sono andati più in là ancora. Essi fecero questi esperimenti: immediatamente dopo aver schiacciato le orecchie di conigli iniettavano loro del vaccino anticolerico che provocava leucocitosi dopo qualche ora. Si ripetevano queste manovre per 2-3 settimane, ogni giorno, finchè la sola compressione delle orecchie provocava aumento dei leucociti. In altri esperimenti, che ebbero gli stessi risultati, essi sostituirono lo schiacciamento delle orecchie col suono di un corno.

La reazione leucocitaria quindi, secondo gli autori, sarebbe dovuta non allo stimolo del midollo osseo da parte dell'antigene, ma ad uno stimolo che parte dal sistema nervoso, sul quale anche l'antigene agirebbe. Se fosse così, dovrebbe essere possibile l'inibizione del riflesso e gli Autori affermano di averla ottenuta colla faradizzazione del piede o facendo odorare canfora o ammoniaca.

Naturalmente coloro che accettano senz'altro l'influenza dello spirito sui tessuti non hanno nessuna difficoltà ad accettare queste affermazioni. Gli altri invece sono più scettici e ritengono necessario che le osservazioni siano più numerose e che si trovi una misura più probativa della notoriamente e facilmente variabile quantità dei leucociti.

Così *The Lancet* (1-8-36). R. LUSENA.

Per facilitare la lotta antimalarica.

Il dott. Augusto De Benedetti di Milano ha descritto, nella *Rivista di Malariologia*, un dispositivo che permette di rendere più regolare lo spandimento delle polveri antilarvali, mediante le macchine soffiatrici; si realizza così un'economia del 50 % nella lotta contro le larve di zanzare propagatrici della malaria. Il dispositivo De Benedetti è applicabile anche alle polveri antiparassitarie usate in agricoltura. Non è brevettato.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Inquadramento dei Laboratori Comunali di Igiene in quelli Provinciali.

La Direzione Generale di Sanità Pubblica, con Circolare N. 114 A. XIV (7 sett.) ha emanato delle norme per l'applicazione degli articoli 82 e 362 del T. U. Leggi sanitarie, circa il passaggio dei Laboratori comunali di vigilanza igienica, dalla gestione dei Comuni a quella della Provincia.

Si osserva che il contemporaneo funzionamento nella città capoluogo di due laboratori, oltre che essere ragione di maggiori spese, non agevolerebbe l'unificazione dei servizi di profilassi e di vigilanza igienica, sanzionata dal nuovo T. U. delle Leggi sanitarie.

Dopo varie considerazioni sulla funzione dei due tipi di Laboratorio, detta circolare dispone che i RR. Prefetti ed Autorità assimilate promuovano dall'Amministrazione provinciale i seguenti provvedimenti.

1) Nelle città con oltre duecentomila abitanti il laboratorio provinciale in relazione alle particolari condizioni e necessità del comune capoluogo e con le norme dell'articolo 82 del t. u. l. s., deve comprendere distinta ed apposita sezione chimica e batteriologica con adeguato personale tecnico, da servire per le indagini igienico-sanitarie interessanti il capoluogo.

2) Là ove tali sezioni vengono istituite dovrà nominarsi uno speciale comitato di coordinazione dei servizi del laboratorio provinciale, costituito dal Preside della Provincia, dal medico provinciale e dall'ufficiale sanitario del capoluogo.

Le modalità del funzionamento delle sezioni del Laboratorio, particolarmente di quelle in servizio del capoluogo, vengono determinate dal detto comitato, che ne vigila e controlla il funzionamento, e può proporre alla Commissione di disciplina prevista dall'art. 90 del t. u. gli eventuali provvedimenti a carico del personale.

Resta sempre salva l'attribuzione di sovraintendenza e di vigilanza che la legge affida al medico provinciale.

3) L'ufficiale sanitario del capoluogo si avvale delle anzidette sezioni per l'esecuzione di analisi, di studi e di indagini riflettenti l'igiene e la sanità pubblica.

I dirigenti i reparti non possono rifiutarsi dal dare sollecita esecuzione alle richieste fatte dall'ufficio d'igiene, tenendo presenti gli scopi cui mirano le indagini stesse, secondo le segnalazioni fatte dall'ufficiale sanitario.

I risultati delle indagini devono essere comunicati all'ufficiale sanitario nel più breve tempo possibile.

4) Ciascuna sezione deve tenere protocolli distinti per le indagini eseguite nell'interesse del comune capoluogo.

A capo di queste sezioni per il capoluogo sarà messo uno dei coadiutori, sotto la direzione del direttore dell'analogo reparto del Laboratorio provinciale.

5) Il Comitato di coordinazione anzidetto determina le attribuzioni del reparto chimico e di quello batteriologico, avvertendo che devono ritenersi proprie del reparto chimico le indagini che richiedono ricerche puramente o prevalentemente di chimica, come è il caso del controllo sulle bevande e sugli alimenti, mentre sono proprie del reparto batteriologico le indagini microscopiche, batteriologiche, biologiche e quelle di chimica-clinica, come esami di essudati e trasudati, del liquido cefalo-rachidiano, determinazione della glicemia, azotemia, esami completi di urine, di feci ecc. che, pur comprendendo ricerche chimiche, richiedono imprescindibili cognizioni mediche per una esatta valutazione dei risultati.

6) In relazione ai provvedimenti anzidetti il rettorato provinciale dovrà deliberare il regolamento e la pianta organica del personale addetto ai reparti che costituiscono il laboratorio provinciale, avvertendo che il direttore di ciascun reparto dirige non soltanto la sezione per le indagini richieste dai comuni della provincia ma anche quella da servire per il capoluogo.

L'organico deve considerare anche i preparatori ed i vigili sanitari addetti al laboratorio.

7) Con la istituzione dei vigili sanitari provinciali, non si intendono abolite le funzioni dei vigili e degli ispettori sanitari che sono addetti agli uffici di igiene comunali per la vigilanza sulla esecuzione delle disposizioni di legge e di regolamenti sanitari. Le attribuzioni, ora spettanti a tale personale ausiliario particolarmente in materia contravvenzionale e di prelevamento di campioni, sono sempre in vigore, ed è superfluo rammentare che, in caso di prelevamento di materiale da sottoporre ad analisi, l'ufficiale sanitario deve rimettere al Laboratorio provinciale il verbale di prelevamento.

* * *

Con le disposizioni anzidette questo Ministero, tenendo in giusto conto i bisogni delle grandi città, che attualmente hanno in funzione propri laboratori, intende dare una conveniente ed organica sistemazione ai servizi di igiene e di profilassi in tutti i comuni della provincia senza addivenire a deroghe o a modifiche delle norme stabilite dal testo unico delle leggi sanitarie.

L'esperienza dimostrerà se l'ordinamento risponderà efficacemente al bisogno di una larga ed intensa azione di vigilanza e di controllo nel supremo interesse della tutela della Sanità pubblica.

Si interessano le EE. LL. a volere dare personale premura per la pronta e rigida esecuzione delle disposizioni stesse e si attende assicurazione.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Provvidenze economiche per l'incremento demografico.

Il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 12 settembre, ha approvato uno schema di decreto legge con cui si approva il testo unico delle leggi in materia demografica.

In tale testo unico sono state raccolte e coordinate con opportune integrazioni le norme di carattere legislativo promosse dal Governo fascista dal 1926-IV in poi.

Fra le disposizioni innovative meritano di essere menzionate quelle riguardanti:

a) la preferenza di ordine generale a favore dei coniugati nei confronti dei celibi per tutte le cariche pubbliche e le distinzioni civili ed onorifiche;

b) la facoltà concessa alle Provincie ed ai Comuni di accordare premi di nuzialità e di natalità anche in deroga alle disposizioni che regolano le spese facoltative;

c) la concessione di analoga facoltà ad altri Enti pubblici, alle casse di risparmio, ai monti di pegno di prima categoria, alle Istituzioni pubbliche di beneficenza ecc.;

d) la concessione a carico dello Stato in favore delle famiglie bisognose, di speciali premi di natalità per i parti multipli;

e) la facoltà accordata agli Enti locali, parastatali, opere nazionali, associazioni Sindacali ed Enti pubblici in genere di applicare in favore dei propri dipendenti e compatibilmente con le proprie disponibilità finanziarie le disposizioni concernenti i premi di nuzialità e di natalità per i dipendenti statali;

f) la riduzione da 10 a 8 del numero minimo dei figli richiesto per il godimento della totale esenzione dal pagamento delle tasse scolastiche da parte degli estranei alle pubbliche amministrazioni;

g) l'abolizione di ogni disposizione limitativa dei matrimoni nei riguardi del personale dei corpi armati delle Provincie e dei Comuni, nonchè del personale femminile addetto ad ospedali psichiatrici.

Il provvedimento rappresenta un ampliamento ed una intensificazione delle misure adottate dal Regime fascista per il potenziamento demografico della Nazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASTI (*Alessandria*). — Concorso per titoli a due posti di medico condotto presso i Comuni di: ISOLA D'ASTI, stipendio annuo L. 7000 con quattro aumenti quinquennali del decimo; indennità cavalc. o autom. L. 2500 annue, oltre a L. C00 se incaricato funzioni uff. sanit.; ROCCHETTA TANARO, stipendio L. 7000 annue, con 4 aumenti quinquennali del decimo; indennità per autom. o cavalc. L. 2500, oltre a L. 700 se incaricato funzioni uff. sanit. Scadenza 30 ottobre 1936.

MANTOVA. — Concorso per titoli scientifici e pratici posto Direttore medico Ospedale Psichiatrico Provinciale. Stipendio annuo L. 20.000 oltre indennità servizio attivo di L. 5000 al lordo. Domande, in carta bollo, corredate dei documenti d'uso, al Presidente Congregazione Carità di Castiglione delle Stiviere, via B. Ordanino 171 entro il 10 ottobre 1936.

TORINO. — È riaperto il concorso al posto di primario medico, Sezione Pediatria nell'Ospedale Maria Vittoria (via Medail 3). Scadenza per le domande ore 17 del 22 novembre 1936. Condizioni stabilite nel programma relativo, visibile presso la Segreteria dell'Ospedale unitamente allo Statuto ed al Regolamento dell'Opera.

TRENTO. *Ospedale Civile.* — Concorso, per titoli, al posto di Medico Primario con incarico Direttore e al posto di Chirurgo Primario. Stip. L. 12.000; partec. 42 % proventi tariffe dozzinanti. Al Direttore spetta alloggio gratuito senza mobilio e riscaldamento ed indennità carica L. 3000 annue. Ritenute legge; scad. 10 nov. ore 18. Per chiarimenti rivolgersi Segreteria Congregazione Carità, via S. Croce 9, Trento.

VOGHERA (*Pavia*). *Ospedale Psichiatrico.* — Per soli titoli scientifici e pratici. Medico Primario e due Medici assistenti. Stipendio, per il primo, L. 11.000 con 5 dec. (tre 3ennali, due 4ennali). Per gli assistenti L. 9500, con gli stessi aumenti. Pel serv. attivo, rispettivamente, L. 2600 e L. 2100, più caro viveri. Il tutto al lordo. Nel biennio di prova lo stipendio è ridotto di 1/10. Alloggio: appartamento per il Primario; camera mobiliata per l'assistente; riscaldam., illumin.; vitto nei giorni di guardia. Età massima 35 a. al 15 sett. 1936. Diploma di abilitazione conseguito entro il 1924. Competenza tecnica a norma del Reg. 1909 alla Legge manicomi e alienati. Tassa L. 50,20 al cassiere prov. di Pavia. Scadenza ore diciasette del 15 novembre 1936.

NOTIZIE DIVERSE

L'Italia al Congresso di urologia di Vienna.

Nel Congresso della Società Internazionale di Urologia che si è tenuto ora a Vienna, dovendosi rinnovare la Presidenza della Società, il posto di primo vice-presidente è stato assegnato all'Italia, assegnandolo al prof. Roberto Alessandri. Numerosi sono stati gli italiani che vi hanno partecipato, fra cui oltre il prof. Alessandri, i proff. Bonanome, Mingazzini, Raimoldi di Roma, Bruni di Napoli, Pavone di Palermo, Gardini, Gamberini, Garofalo, Perrucci di Bologna, Lasio, Pisani di Milano, De Gironcoli di Conegliano, ed altri.

Il prof. Pisani è stato relatore di uno dei tre temi del Congresso. Sugli altri hanno parlato quasi tutti gli italiani intervenuti. La sede del prossimo Congresso nel 1939 è stata fissata a New York.

Le soddisfacenti condizioni sanitarie delle truppe in Africa Orientale.

Le condizioni sanitarie delle nostre truppe in Africa Orientale continuano a mantenersi ottime. I dati statistici relativi ai militari ricoverati negli ospedali di Addis Abeba dimostrano che la morbilità che si verifica tra i nostri soldati colà dislocati, nonostante l'andamento stagionale inclemente, si è mantenuta in limiti lievemente superiori alla morbilità media dell'Esercito nella Madrepatria.

Tali confortanti risultati sono dovuti alle soddisfacenti condizioni di ambiente, in corso di continuo miglioramento, e alle assidue provvidenze di ordine igienico e sanitario di ogni specie che, con larghezza di mezzi, vengono portate dal Governo generale dell'Africa Orientale Italiana.

Un istituto elioterapico chirurgico inaugurato nel Vicentino.

I duecento medici convenuti da ogni provincia per il Congresso regionale della Federazione ita-

liana contro la tubercolosi sono saliti a Mezzaselva di Roana per assistere all'inaugurazione dell'Istituto elioterapico chirurgico ortopedico creato dal Consorzio antitubercolare di Vicenza.

Il vescovo di Padova, mons. Agostini, ha benedetto l'Istituto, quindi, dopo brevi parole del preside della provincia ing. Dolcetta, ha parlato il direttore dell'Istituto prof. Delitala il quale ha ricordato che una sola è la meta degli scienziati: cooperare, secondo le direttive del Duce, alla conservazione e all'irrobustimento della razza.

Convegno regionale della Fed. per la lotta contro la tubercolosi.

La Sezione Piemontese della Fed. per la lotta contro la tubercolosi nel prossimo ottobre terrà in Cuneo presso il Sanatorio dell'I.N.F.P.S. una seduta scientifica sul tema: « L'emoftoe d'allarme ».

La discussione sarà preceduta da una relazione dei dottori Maestri e Bernabò-Silorata, « Sull'emoftoe d'allarme - Rilievi clinici e radiologici su oltre 100 casi raccolti nell'ultimo biennio ».

Per le eventuali comunicazioni sullo stesso argomento prenotarsi, entro il 30 settembre p. v., trasmettendo il titolo al segretario della Sezione, prof. Giglio Ferrando, direttore sanitario del Sanatorio S. Luigi.

L'associazione volontari del sangue ufficialmente riconosciuta.

Con decreto in data 20 agosto 1936-XIV il Ministero dell'Interno, sentito il Ministero delle Corporazioni, ha autorizzato la costituzione e riconosciuto l'Associazione Nazionale Datori di Sangue.

Dopo il Decreto Ministeriale del 3 giugno 1935-XIII col quale venivano disciplinati i servizi della trasfusione in Italia, il riconoscimento del Governo Fascista sanziona l'opera sociale, umanitaria e sanitaria svolta sino ad oggi dall'Avis che della Associazione Nazionale viene a costituire i quadri attraverso le sue Associazioni Provinciali e Sezioni Comunali sparse nel Regno.

La sede della Presidenza della Associazione Nazionale sarà portata a Roma, mentre la Direzione Generale rimarrà a Milano.

Un po' dovunque.

A Manchester degli Stati Uniti numerosi partecipanti a un banchetto, il quale aveva raccolto circa 700 persone, furono colpiti da « avvelenamento alimentare »: nausee, vertigini, vomiti, intensi dolori addominali, diarrea; i primi sintomi si dichiararono durante i discorsi; una settantina di persone dovettero essere ricoverate negli ospedali, ma il numero dei colpiti fu molto maggiore.

Una società inglese intitolata « Comitato di ricerca sul trattamento della tubercolosi » preconizza un nuovo metodo curativo detto « guarigione Stevens della consunzione » o, con termine più reclamistico, « umckaloabo ». La Società ha offerto una somma pari ad oltre 600.000 lire it. al Consiglio dell'Associazione Medica Britannica, affinchè vengano eseguite ricerche di controllo sul valore effettivo del metodo.

Il dott. JOHN DONNAN, di Dumfries (Inghilterra), cavalcava lungo il mare a Monreith, quando fu sbalzato nell'acqua. Veniva salvato; ma poco dopo decedeva, presumibilmente per collasso cardiaco.

La sciagura del « Pourquoi pas? » è stata fortemente sentita dalla famiglia medica, poichè l'eroico esploratore polare Giovanni Battista Charcot era figlio del sommo neurologo Carlo ed egli stesso era medico. A più riprese aveva dimostrato una amicizia calda e fattiva per il nostro Paese.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 10 agosto al 16 agosto 1936: Morbillo 161 (461); Scarlattina 111 (171); Pertosse 175 (510); Varicella 62 (80); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 458 (855); Infezioni paratifiche 90 (144); Febbre ondulante 34 (47); Dissenteria 20 (32); Difterite e croup 218 (340); Meningite cerebro-spinale epidemica 10 (11); Poliomielite anteriore acuta 47 (61); Encefalite letargica 2 (2); Anchilostomiasi 11 (23); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 53 (79), dichiarata — (—); Pustola maligna 29 (35); Parotite epidemica 60 (102); Leishmaniosi 2 (2); Febbre puerperale 28 (29).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XLIII Roma, 5 Ottobre 1936 - XIV Num. 40

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.

La derivazione interna permanente della bile come cura chirurgica radicale della calcolosi biliare.(1)

Prof. G. BAGGIO, direttore.

Per i più, la cura chirurgica della calcolosi biliare è imperniata nel precetto di asportare la cistifellea, in quanto che, per la sua caratteristica di serbatoio della bile, costituisce anzitutto la sede di incremento, se non di formazione, dei calcoli e in secondo luogo favorisce il persistere dell'infezione una volta che si sia iniziata. Si asporterà la cistifellea calcolosa: sia che rappresenti la sola sede dei calcoli, sia che questi si trovino anche nel coledoco. In tal caso il coledoco sarà poi trattato a parte e, di solito, mediante apertura e drenaggio, o mediante apertura, asportazione dei calcoli e successiva chiusura.

Ma chi astragga dagli assiomi e sappia fermarsi ai fatti, troverà che ci sono dei colecistectomizzati per calcoli che continuano a soffrire di calcolosi biliare e troverà ancora che, mentre la colecistectomia ha segnato una conquista sulla timida colecistostomia, oggi, anche da parte di chirurghi abituati da tempo alla prima operazione si domanda se la seconda non continui ad avere le sue indicazioni.

Non è vero allora che quel rapporto tra funzione della cistifellea e necessità della sua asportazione risponda a realtà, perchè, se fosse così, le applicazioni terapeutiche fatte in sua deroga dovrebbero fallire. E, se la sua attendibilità dev'essere misurata in proporzione dei successi anzichè avere un valore assoluto, bisogna convenire che, dalla stessa premessa può derivare una conclusione diversa.

Difatti, se la cistifellea calcolosa fa danno all'organismo in quanto agisce da serbatojo, sembrerebbe che il modo più ovvio per giungere allo scopo di eliminare quel danno fosse

(1) Comunicazione alle « Giornate mediche di Montecatini ».

quello di toglierle l'azione medesima, trasformandola anch'essa, come il resto delle vie biliari, in organo di passaggio, anzichè di soggiorno, della bile. Il che può essere ottenuto facilmente mediante operazione analoga a quella che assai spesso si esegue in altre parti del canale gastro-enterico e consiste nell'anastomosi, cioè mediante una colecisto-gastro- o colecisto-duodenostomia.

L'operazione è nota fin dagli albori della chirurgia biliare, ma, in genere fu riservata alla occlusioni coledociche per tumore o per cause estrinseche, e nella calcolosi non trovò applicazione.

Perchè?

Perchè ebbe la disgrazia di diventare oggetto d'esperimento. E l'esperimento — che dovrebbe essere il più valido ausilio della clinica — in questo caso invece soffocò la clinica.

In verità, non è l'esperimento il responsabile del misfatto: responsabili ne sono gli sperimentatori. Perchè: In primo luogo, l'esperimento, se può dimostrare che il fegato di un cane la cui cistifellea sia anastomizzata al duodeno presenta dei batteri e delle condizioni istologiche che non si trovano normalmente, lascia altresì riconoscere che tali reperti regrediscono col tempo nonostante che l'anastomosi permanga, e si accordano con condizioni generali dell'animale ottime (Cardia). Il che significa che i reperti medesimi, se pure siano da interpretarsi come conseguenza diretta dell'anastomosi, trovano nell'organismo stesso il correttivo che toglie loro ogni significato di manifestazioni dannose; oppure significa che dipendono soltanto indirettamente dal fatto dell'anastomosi e sono invece l'espressione di particolari modificazioni temporanee — anch'esse per le stesse ragioni innocue — che l'anastomosi produce prima altrove, per esempio nell'intestino, dove, in conseguenza del mutato contenuto biliare possono originarsi sostanze che prima non c'erano e costituirsi delle transitorie modificazioni della parete che permettano il passaggio nel circolo portale e quindi l'apporto al fegato, di elementi che abitualmente non vi passano.

In secondo luogo scompare il significato dell'esperimento — nel caso dell'anastomosi delle vie biliari — di fronte al criterio dell'esperimentatore, perchè nessuno esperimento animale eguaglia l'esperimento clinico. Il quale ha al suo attivo un'infinità di colecisto-gastro- o duodeno-stomie, almeno per cancri della testa del pancreas o delle vie biliari e per ulceri gastriche (delle quali Babcock ne contava 27 già nel 1920) (1), senza danni e invece con risultati che forse ognuno di noi deve riconoscere come stupefacenti.

E, se ciò che poi si teme è la comunicazione diretta col tubo digerente, non dovrebbe destare lo stesso timore una comunicazione aperta sul coledoco invece che sulla cistifellea?

Invece, Lorenz non si peritava di scrivere nel 1920 (*Med. Klin.*, Vol. 16, p. 26; Zorg. IX, 68) che la coledocotomia transduodenale (alla quale residua, appunto, una fistola del coledoco col duodeno) deve essere tenuta in considerazione di procedimento normale nella calcolosi del coledoco. Nel 1923 (*Vien. kl. Woch.*, p. 291; Zorg. XXIII, 43) egli aveva eseguito l'operazione ben 140 volte. E Flörcken, alla fine del 1923 (*A. f. kl. Ch.*, Vol. 124, p. 49, 1923; Zorg. XXIII) aveva eseguito già per 20 volte la coledoco-duodeno-stomia che Sasse (v. Flörcken) aveva adottato sistematicamente in luogo del drenaggio dell'epatico, operando in tal modo, negli anni 1910-14, 46 casi.

La stessa considerazione varrebbe per la pratica consigliata da Ahrens, di innestare, dopo colecistectomia, il cistico nel duodeno anzichè lasciarlo in sito allacciato. (*Zbl. f. Ch.*, 50, 169, 1923).

La pubblicazione di Flörcken fece seguaci e oggi anche da noi sono più di uno i fautori della coledoco-duodeno-stomia per calcolosi.

Ora è da rilevare che la coledoco-duodenostomia per calcoli è un'anastomosi delle vie biliari col canale digerente come lo è quella della cistifellea, non solo agli effetti delle possibili infezioni ascendenti, ma pure agli effetti dell'infezione già in atto nelle vie biliari stesse; perchè, se infetta è la cistifellea calcolosa, non si può dire che il coledoco lo sia meno quando anche in esso i calcoli soggiornino.

E perchè, allora, sul coledoco l'anastomosi sì, e sulla cistifellea no?

Non saprei dire quanto i concetti informatori di queste considerazioni avessero di già agito sul mio subcosciente quando feci le constatazioni personali che qui espongo.

Il 3 marzo 1928 operai una donna con diagnosi e con reperto di calcolosi della cistifellea. Avendo scambiato il coledoco col cistico ed avendo trovato, oltre ad aderenze diffuse delle vie biliari, aderenza isolata della piccola curvatura gastrica col fegato, che faceva pensare ad ulcera, feci un'operazione consistente in colecistectomia, sutura parietale dell'epatico, impianto terminale del coledoco sulla pa-

---

(1) BABCOCK. Med. Rec., vol. 98, n. 12, p. 476, 1920; Zorg., X, p. 118.

rete superiore dell'angolo duodenale, resezione dello stomaco e della parte aderente del margine epatico. L'ammalata, non solo guarì delle sofferenze addominali, ma vide ricomparire le mestruazioni che mancavano da tempo e per la cui scomparsa sovrattutto aveva chiesto l'opera nostra, guadagnò notevolmente nel complesso delle sue condizioni di salute e ritornò a farsi visitare dopo mesi, tronfia dello stato gravidico nel quale si trovava. Da allora, cioè a distanza di più di otto anni, ebbe, con quella, quattro gravidanze oltre ad altre quattro che aveva avuto prima. Continua a star bene e lavora sempre perchè di condizioni misere.

Per quanto il profondo mutamento determinato nelle vie biliari e nel canale gastroenterico dalla colecistectomia e dalla resezione gastrica potesse spiegare un'altrettanto profonda azione sull'intero organismo, io fui portato a pensare che, nella — vorrei dire — trasformazione di quell'organismo, avesse avuto gran parte la nuova comunicazione che avevo stabilito fra vie biliari e intestino. E tale pensiero continuai ad agitare nella mia mente per molto tempo ancora, finchè, un'altra volta (il 7-XI-31), trovandomi davanti ad una cistifellea con numerosi piccoli calcoli, il cui fondo si adagiava sulla parete anteriore della seconda porzione del duodeno, in un obeso, mangiatore e bevitore, e ricordando anche per esperienza personale, non soltanto per i classici rilievi di Nussbaum, come accada talvolta di trovare operatoriamente i segni innocui di comunicazioni spontanee fra cistifellea e duodeno, verisimilmente pure per calcoli biliari, mi sentii guidato a far comunicare anch'io artificialmente i due organi, ed eseguii senza esitazione la colecistoduodenostomia.

Il malato guarì dell'intervento, emise con le feci, durante la degenza, numerosi calcoli, e, riveduto in condizioni ottime dopo 1 anno, riferiva che in seguito all'operazione era stato sempre bene senza il minimo disturbo fino a distanza di 6 mesi, quando avvertì una molestia in regione epatica, che ricordava i prodromi delle coliche antiche, tanto da far pensare che dovessero ripetersi; invece, preso, secondo il consiglio del medico, un lassativo, tutto scomparve, e continuò a stare sempre bene nonostante che facesse vita alquanto disagiata e ben poca regola avesse nella dieta. Bene sta tutt'ora, a quasi 5 anni dall'operazione.

Un'altra paziente fu operata il 2 gennaio 1934. Soffriva da 13 mesi di dolori in sede epatica e di itterizia con febbre e brividi. All'intervento presentò cistifellea piccola, retratta, aderente, ispessita, piena di calcoli. Di proposito ne anastomizzai il fondo allo stomaco, il quale costituiva la parte di canale digerente più vicina. Ma per far ciò si rese necessario aprirla ed estrarre 3 calcoli. Nel complesso i calcoli erano talmente incuneati ed occludenti, che, nonostante l'asportazione di quei tre, non defluì bile affatto e l'anastomosi (tutt'altro che agevole) fu eseguita senza applicazione di pinze (il che fra le altre cose non sarebbe stato nemmeno possibile). Il coledoco non era chiuso, perchè le feci si mantenevano sì ipoma non furono mai a-coliche e anche il sondaggio duodenale aveva dato esito a liquido contenente bile. La sera successiva al giorno d'operazione l'a. ebbe vomito di colore verdastro. Il giorno appresso non vomitò più e l'ittero sembrò un po' diminuito. Il giorno 8 gennaio, cioè 6 giorni dopo l'operazione, non si trovarono più pigmenti biliari nell'urine, — 15 giorni dopo l'operazione fu somministrato un purgante oleoso e con le feci venne emesso un grosso calcolo. Dopo altri 2 giorni si ritrovarono i pigmenti biliari nelle urine e il 25 gennaio, cioè 23 giorni dopo l'operazione, l'a. venne dimessa operativamente guarita, in condizioni buone ma ancora alquanto itterica. Un anno dopo fu rimessa in Clinica, per osservazione, su mia richiesta. Non era più itterica affatto. Stava bene e raccontava che dopo la prima degenza aveva conservato ancora la tinta della cute un po' gialla, fintantoche, a 6 mesi di distanza, fu colta da una nuova colica, forte ma breve, in seguito alla quale aveva ripreso il suo colorito di avanti d'ammalare ed era stata benissimo nonostante il suo faticoso lavoro, che è quello dei campi. L'esame radiologico confermò la presenza dell'anastomosi e, in quanto al resto dimostrò che stomaco e duodeno erano normali. Il chimismo gastrico si rivelò eguale a quello di prima dell'operazione. Oggi sono passati più di due anni e mezzo dall'operazione e la malata continua a star bene facendo la contadina.

Questo caso era stato per me la prova del fuoco. Difatti, in esso la colecistogastrostomia aveva fatto riacquistare alla malata il benessere e la piena utilizzazione delle sue energie nonostante che la cistifellea fosse già caduta in preda a gravissime alterazioni anatomiche accompagnate prolungatamente da rialzi termici con brividi, cioè nonostante che la flogosi fosse anche, con ogni probabilità, estesa dalle grandi alle piccole vie biliari.

Ma da quel caso io ho avuto anche un'altra dimostrazione, e cioè che la colecistogastrostomia aveva liberato la malata, non solo dai cal-

coli che si trovavano nella cistifellea, ma anche da altri che evidentemente si trovavano nel coledoco, dato che l'ammalata era itterica da molto tempo e per molto altro ancora continuò ad esserlo dopo l'operazione nonostante che la febbre fosse scomparsa.

Tale risultato, oltre che del valore assoluto della operazione, mi dava la misura del suo valore relativo in paragone con la coledoco-duodeno-stomia. Mi diceva cioè che, mentre non diversificano, almeno in linea di principio, le ipotetiche condizioni di sfavore delle due operazioni, l'una dà, in linea di risultati, quella che l'altra non può dare, e quindi riduce ad unico atto modificatore delle vie biliari quelli che seguendo l'altro procedimento sono invece due.

Difatti, mentre, per effetto della sola colecistogastrostomia ho visto scomparire dei sintomi che almeno clinicamente dovevano essere considerati di calcolosi coledocica oltre che cistica, è ben difficile che la coledoco-duodenostomia faccia uscire dalla cistifellea calcoli voluminosi: e perciò essa richiede in anticipo la colecistectomia. E se, alla diagnosi di calcolosi coledocica manca nel caso mio la conferma operatoria diretta, la sintomatologia che ad essa ho riferito, per essere spiegata diversamente, dovrebbe essere attribuita ad un calcolo incuneato fra cistico e coledoco, cioè verrebbe ad assumere un significato che, se non le equivale, molto le è simile.

Ad ogni modo, quella è l'interpretazione ch'io ho inteso di dover dare ai sintomi del caso in parola. Su tale interpretazione mi sono regolato in altri casi del genere, con risultati che la confermano. E mi spiego l'efficacia della colecistoanastomosi nella calcolosi del coledoco, col meccanismo di autodilatazione dei dotti biliari conseguente alla soppressione anatomica o funzionale della cistifellea, che illustrai al congresso di Pavia. In forza di quell'autodilatazione, il coledoco viene ad assumere una maggiore ampiezza, che finirà col far trazione eccentrica anche sul cercine sfinterico rendendolo meno resistente, e quindi favorendo il passaggio di calcoli che non avrebbero potuto passarvi prima: mentre che il continuato deflusso della bile attraverso l'anastomosi della cistifellea impedirà che la bile stessa depositi nuovi sali sul calcolo e quindi che il calcolo s'ingrossi.

Ma l'influenza di questo continuo defluire della bile va ben più in là di quelle che possano essere le sorti del calcolo.

Le sofferenze avute dal nostro malato (Esempio n. 2), sei mesi dopo l'operazione, che gli erano sembrate prodromi di nuove coliche, non richiamano le vere coliche alle quali vanno incontro alcuni dei colecistectomizzati? E non fanno pensare, appunto, a calcoli che, dalle alte vie biliari abbiano raggiunto la stomia cistica e ne siano fuoriusciti? Io non voglio addentrarmi nella questione, da tempo dibattuta e non risolta, se i calcoli si formino nella cistifellea o più su. Constato invece che, sia quale si voglia la loro sede di origine, se non trovano un luogo d'arresto, non potranno dar sentore di sè. Ma osservo inoltre che, aperto il deflusso continuo alla bile, è questa stessa che viene a perdere le condizioni favorevoli alla produzione dei calcoli.

E, all'opposto di quanto potrebbe sembrare in riferimento al fatto che la bile normalmente si raccoglie nella cistifellea e ne viene emessa a getto, l'esperienza dimostra che in questi casi patologici delle vie biliari, il suo fluire continuo, più che non danneggiare l'apparato digerente, giova al fegato e all'intero organismo.

A tale proposito, non voglio escludere ancora che nel complesso delle funzioni organiche, questo flusso biliare extrasfinterico possa determinare qualche modificazione non rispondente in tutto al quadro tipico della fisiologia normale (il quale, del resto, non può essere inteso che entro limiti piuttosto elastici) ma mi ritengo autorizzato ad escludere che sia causa di danni apprezzabili direttamente ed affermo invece che senza dubbio si è dimostrato capace di esercitare una grande influenza benefica sulle condizioni morbose per le quali venne effettuato.

Valutazioni teoriche e risultati pratici si accordano quindi nel dimostrare la razionalità che la calcolosi biliare sia curata mediante derivazione interna permanente della bile: la quale realizza in modo chirurgico, cioè stabile, il deflusso biliare, preconizzato dagli internisti.

Tale derivazione, io la pratico dalla cistifellea nei casi di calcolosi della cistifellea o di calcolosi della cistifellea e del coledoco; la pratico dal coledoco quando i calcoli si trovino soltanto in questo e la cistifellea sia esclusa.

La derivazione dalla cistifellea la realizzo mediante colecistogastrostomia, avendomi persuaso una larga esperienza in proposito che lo stomaco (parete anteriore dell'antro pilorico) è quello che meglio si presta topograficamente all'unione con la cistifellea; e la realizzo mediante apertura ampia, di 2 cm. e anche più.

Per la derivazione del coledoco mi limito alla fistola che residua a coledocotomia transduodenale (che mi serve naturalmente anche

all'asportazione del calcolo). E con tale intendimento pratico soltanto questa operazione: anche nei casi nei quali sarebbe facile aprire il coledoco nel suo tratto extraduodenale: perchè ritengo che la comunicazione che a quel modo si stabilisce fra i due visceri sia naturale e quindi agevole al passaggio dei calcoli, più di quella ottenuta mediante coledoco-duodeno-anastomosi, mentre all'apertura (e successiva chiusura) del duodeno non mi pare di dovere annettere gravità.

Come in tutte le cure che vogliano essere radicali quanto più è possibile, anche in questa bisogna utilizzare il momento opportuno, cioè operare possibilmente in assenza o durante una tregua di sintomi flogistici, e l'esperienza mi ha dimostrato che ciò si ottiene facilmente, mediante la congrua attesa e un accurato trattamento con impacchi od empiastri estesi, semicircolari, dell'ipocondrio e del fianco destri.

In un caso recente, nel quale il fondo della cistifellea era ulcerato nel fegato, eseguii la colecistectomia. Negli stessi giorni avevo eseguita una colecistogastrostomia. La differenza dei risultati, a favore della colecistogastrostomizzata, risultava netta dalle dichiarazioni delle due malate rivedute qualche tempo dopo l'operazione, tantochè ne ho tratta questa determinazione. Quando la colecisti si trovasse in condizioni particolari da rendere impossibile l'anastomosi classica sul fondo, mi proporrei di staccarla dal fegato, demolirla in parte, vuotandola dei calcoli, ed anastomizzare il residuo.

In tal modo la mia regola di condotta è fissata. Dell'esperienza che ne ho fatto finora, non ho dato che esempi, riservando i numeri ad altra occasione. Ma, per quanto risulta anche dal suesposto, ho prove lunghe e maturate. E queste mi persuadono di essere sulla buona strada. Tanto più ne sono convinto in quanto che i risultati avuti dalla anastomosi delle vie biliari col canale digerente in casi di calcolosi, collimano con quelli che dalla stessa operazione ho avuto per altre affezioni. Anche di questi mi farò dovere di parlare a tempo opportuno come in parte ho già parlato (v. Congresso internazionale di gastro-enterologia).

RIASSUNTO.

L'A. dimostra su esperienza personale e riportando casi a scopo d'esempio, come la colecistogastrostomia e la coledocotomia transduodenale costituiscano il mezzo più opportuno di cura chirurgica della calcolosi delle vie biliari.

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale del Littorio in Roma
Padiglione Morgagni
Primario: Prof. C. Antonucci.

La roentgenterapia nelle fistole salivari.

Dott. Giovanni Barbèra, aiuto chirurgo.

Il problema della cura delle fistole salivari è molto complesso ed i risultati della cura chirurgica non sempre soddisfacenti.

Del gran numero di metodi operatori proposti per le fistole del condotto di Stenone o per quelle del parenchima ghiandolare, nessuno è esente da critiche; spesso operazioni piuttosto gravi e di tecnica complicata sono seguite da insuccesso e perfino da peggioramento della lesione.

Nelle fistole ghiandolari pure, l'estirpazione del tramite fistoloso, il cruentamento della ghiandola, le plastiche con fascia e con lembi cutanei, spesso sono seguite da suppurazione con cattivo risultato estetico e recidiva della fistola.

Nelle fistole del condotto l'operazione ideale e cioè la resezione del dotto in corrispondenza della fistola con sutura capo a capo, è spesso tecnicamente impossibile, anche se la fistola è puramente parietale e non vi è interruzione completa del condotto.

Dei processi che tendono a trasformare la fistola da esterna in interna, quello di Langenbeck che isola il capo centrale e, perforata la guancia, lo colloca nell'apertura, richiede un capo centrale abbastanza lungo da essere portato fin nel cavo orale; se poi si vuole fare una plastica allungando il capo centrale con un lembo di mucosa buccale o con un pezzetto di vena facciale, le difficoltà tecniche sono notevoli e i successi molto aleatorii. I più facili sono i metodi di Desault e quello di Deguise. Il primo perfora, in corrispondenza della fistola, con un trequarti, tutta la guancia e crea così anche una fistola interna che, continuamente tenuta aperta con un tubetto o con successive dilatazioni porta alla chiusura della fistola esterna eventualmente dopo cruentamenti, suture, plastiche cutanee ecc.

Deguise escide la fistola e, perforata la zona cruenta in due punti distanti fra loro circa mezzo centimetro, colloca nei due canali un filo metallico o di seta che annoda nell'interno della bocca; il tessuto intermedio si necrosa e si forma una fistola interna che porta alla chiusura di quella esterna. Tali metodi, se hanno maggiori possibilità di successo, pur tuttavia richiedono una cura molto lunga ed assidua e difficilmente si possono applicare

quando la fistola è sulla regione masseterina e non sulla buccinatoria.

L'asportazione completa della ghiandola, quando non è possibile mettere in atto metodi diretti sulla fistola o quando questi siano stati tentati senza successo, rappresenta una operazione grave, mutilante, che lascia cicatrici deturpanti. Per le fistole della parotide, che sono le più frequenti e le più ostinate, l'asportazione completa della ghiandola implica la paralisi del facciale con le sue conseguenze.

La resezione del N. auricolo temporale, proposta da Leriche, non sempre porta all'arresto completo della secrezione salivare parotidea.

Si sa che la parotide, come le altre ghiandole salivari, ha una duplice innervazione, simpatica e parasimpatica che fanno segregare due diverse qualità di saliva. E precisamente il simpatico provvede alla secrezione di una saliva molto densa e in scarsa quantità, mentre il parasimpatico, rappresentato per la Parotide dal N. auricolo temporale, provoca la secrezione di saliva molto fluida ed in grande quantità. Sebbene siano state fatte simpatectomie per fistole salivari (Lukomskij) è certo più logica la resezione del N. auricolo temporale, ma la secrezione ghiandolare non cessa completamente perchè rimane l'innervazione simpatica che « influisce sulla secrezione salivare riflessa non solo qualitativamente ma anche quantitativamente » (Hesse).

Stropeni nel 1920 ha proposto per la cura delle fistole parotidee l'iniezione di alcool nella terza branca del trigemino. Siccome il nervo auricolo temporale è un ramo della terza branca del trigemino i risultati sono gli stessi, ma si ledono gli altri nervi provenienti dalla terza branca (N. masticatori, linguale, dentale, ecc. ecc).

Di fronte perciò agli insuccessi ed ai pericoli della cura chirurgica delle fistole salivari, la soppressione della secrezione ghiandolare mediante la irradiazione della ghiandola rappresenta realmente un grande progresso. Soppresso il flusso salivare la fistola è in condizioni di guarire e, sebbene si possa ripristinare dopo qualche mese la secrezione, vi è un lasso di tempo sufficiente perchè la fistola si chiuda o spontaneamente o, nei casi più ribelli, col complemento di un atto operatorio.

Fraenkel nel 1916 riportò un caso di fistola parotidea da ferita di guerra, guarita dopo irradiazione e successivamente, nel 1923, mediante irradiazione delle Parotidi potè grandemente migliorare la fastidiosa scialorrea di P. che avevano sofferto di Encefalite letargica. Altri casi di guarigione di fistole dopo irradiazione della ghiandola sono riportate da W. Kaess, K. Kleinschmidt, H. Schädel, H. Henke (tre casi di fistola da operazione chirurgica sull'orecchio), W. Kremer, J. Kopary, H. Rahm, U. Portmann, ecc.

Molti dei casi citati dai suddetti autori erano già stati trattati operatoriamente senza successo e in uno dei cinque P. di Kopary la fistola esisteva da 18 anni.

Già era noto ai radiologi che, dopo irradiazione sulla faccia e sul collo, quando le regioni parotidee e sottomascellari sono comprese nella zona irradiata i P. avvertono grande secchezza della bocca appunto per diminuzione del flusso salivare.

Sperimentalmente si occuparono della questione Ivy, Orndoff, Jacoby, Whitlow, von Salis, Boldireff, Desjardins, ecc.

Bergonié e Spider notarono che per irradiazione delle ghiandole salivari si hanno non solo modificazioni quantitative della saliva, ma anche qualitative perchè è soppressa sopratutto la parte sierosa della saliva e non quella mucosa, cosicchè la saliva stessa si fa scarsa e vischiosa.

Dopo l'irradiazione della ghiandola si osservano i seguenti fenomeni: nelle prime 24 ore si ha rossore ed edema della cute della regione per eritema precoce più o meno intenso a seconda la dose e i filtri usati e notevole tumefazione della ghiandola che si fa dolente al tatto. La bocca è secca perchè la secrezione è funzionalmente inibita. In seguito ad applicazioni calde la tumefazione ghiandolare e il dolore si dileguano, permane l'arrossamento della cute.

Alla tumefazione del parenchima ghiandolare corrispondono intensi fenomeni di congestione vascolare con edema; poi compaiono alterazioni cellulari degenerative di vario grado, progressive e che possono giungere alla necrosi delle cellule, infine anche nel connettivo interstiziale si notano fenomeni flogistici come infiltrazioni parvicellulari perivasali e stromatiche e poi reazione fibroblastica che lentamente porta a sclerosi fibrosa del parenchima ghiandolare. Con dosi eccessive si può assistere ad una necrosi massiva della ghiandola con intensi fenomeni reattivi.

Per quanto riguarda la dose essa varia a secondo dell'effetto che si intende ottenere. U. Portmann fa notare che, secondo ha mostrato l'esperimento, piccole dosi, inferiori al 40 % della dose eritema hanno una influenza molto scarsa sull'attività secretoria delle ghiandole salivari; occorre dare una dose piena di 600-

800 R, preferendo una filtrazione alta (1/2 Cu° 1/2 Zn + All) e raggi duri (180 Kv).

In genere (Portmann) si fraziona la dose in due giorni (400 al giorno) o in 3-5 giorni in dosi parziali eguali o disuguali in modo da dare dosi alte senza pericolo di necrosi. Dice Portmann che il modo di applicare l'irradiazione non ha importanza purchè il dosaggio sia abbastanza forte.

Si potrebbe praticare anche la Curieterapia con apparecchio a moulage ma la roentgenterapia è di applicazione più semplice ed è alla portata di tutti.

Nel caso da noi curato si trattava di una donna di 25 anni che nel novembre 1935 ebbe un ascesso di origine dentaria della guancia S. Sebbene si fosse asportata una radice dentaria e si fosse aperto un ascesso dall'interno della bocca, si ebbe anche suppurazione della guancia per cui si dovette praticare sulla regione masseterina una piccola incisione per dare esito al pus. L'incisione fu fatta certamente molto al di sotto del dotto di Stenone e del prolungamento masseterino della parotide e in essa venne situato un tubetto di drenaggio diretto verso l'alto. Il drenaggio però, portato sul prolungamento masseterino della parotide, creò per decubito una lesione ghiandolare per cui dopo qualche tempo al pus si mescolò saliva, finchè, dominata l'infezione e cessato lo scolo di secrezione purulenta, rimase una fistola salivare. Si era anzi formata, come appariva dall'esame obbiettivo, una piccola tasca sottocutanea situata a circa 4 cm. al disopra dello sbocco di drenaggio e a 2-2 ½ cm. al di sotto del ponte zigomatico, in piena regione masseterina ed in un punto corrispodente al prolungamento masseterino della parotide. In tale tasca si raccoglieva una discreta quantità di saliva e bastava una leggera pressione perchè questa defluisse abbondantemente dallo sbocco di drenaggio.

Dal novembre 1935 al febbraio 1936 non si ebbe nessuna modificazione e si pensò così, dato che il processo infettivo era completamente guarito e non rimaneva che la fistola salivare ghiandolare, a irradiare la ghiandola per sopprimere almeno temporaneamente la secrezione.

Il prof. E. Milani, direttore del Reparto Radiologico dell'Ospedale del Littorio irradiò la paziente adoperando la seguente tecnica: Campo limitato con stoffe piombate della parotide S. Distanza focale 30 cm., filtro Cu ½ + 3. All. 180 Kv. 600 R frazionate: 300 R il 1° giorno, 150 R il 3° giorno, 150 R il 5° misurate all'Hammer sulla pelle. Circa un'ora dopo la prima irradiazione la P. avvertì dolore e senso di tensione in corrispondenza della parotide S. con irradiazioni all'orecchio ed al collo, e nel corso della mattinata si ebbe tumefazione della regione e arrossamento della cute. Nel pomeriggio, con applicazioni di borsa calda, il gonfiore diminuì e con esso il dolore e dopo 24 ore rimaneva solo arrossamento della pelle. La P. avvertiva nettamente che la metà S. della bocca era più asciutta della D. Esaminati i due sbocchi di Stenone si osservò che da D. usciva spontaneamente saliva, e non da S. Dopo aver fatto colare qualche goccia di succo di limone sulla lingua della P. si osservò forte ejaculazione di saliva dallo sbocco di D. mentre a S. si formò appena una minima gocciolina che rimase sullo sbocco stesso.

La piccola tasca sottocutanea che al mattino si trovava piena di saliva non ne conteneva che due gocce.

Dopo la terza ed ultima irradiazione la fistola si chiuse spontaneamente nello spazio di tre giorni e non si raccolse più saliva sotto la cute. La P. uscì perfettamente guarita il 28 febbraio.

Rivista dopo 8 giorni si constatò che dallo sbocco di S. l'emissione di saliva era completamente cessata, anche dopo il tentativo di provocare la secrezione col succo di limone. La metà S. della guancia in corrispondenza del dotto di Stenone era molto asciutta, e la piccola salienza su cui si apre il dotto, molto appiattita, lo sbocco stesso non era riconoscibile.

In conclusione si può dire che sopprimere transitoriamente o definitivamente la secrezione ghiandolare salivare in casi di fistola, mediante l'applicazione di raggi X o di radium, rappresenta realmente un notevole vantaggio. È bene perciò adoperare sempre tale metodo di cura che porterà a guarigione dei casi più semplici e coadiuverà potentemente la cura chirurgica nei casi più ribelli.

RIASSUNTO.

L'A., in base ad una osservazione personale, consiglia in caso di fistola salivare ribelle la roentgenterapia, criticando i metodi di terapia chirurgica.

BIBLIOGRAFIA.

CASE J. I. e BOLDYREFF W. N. *A Study of the Influence of High Voltage Roentgen Irradiation in Salivary Secretion in Dogs and its Effect on the Sensibility of the Buccal Mucosa.* Am. J. Roentgenol. and Rad. Ther., vol. 13, 1925.

DESJARDINS A. U. *Action of Roentgen Rays and Radium on the Gastro intestinal Tract.* Ibid., vol. 26, 1931.

FRAENKEL M. *Die Röntgentherapie bei Kriegsverlezten.* Strahlentherapie, vol. 7, 1916.

ID. *Die Beeinflussung des über mässigen Speichflusses bei Encephalitis lethargica chronica durch temporäre Parotisschaltung mittels Röntgenstrahlen.* Deutsche Med. Wochenschr., v. 49, 1923.

HENKE H. *Zur Behandlung der Speichelfisteln einschlisslich der nach Ohroperation vereinzeit auftretenden Parotisfisteln.* Zeitschr. f. Hals-Nasen- u. Ohrenh., vol. 10, 1924.

IVY, ORNDOFF, JACOBY, WHITLOW. *Studies on the Effet of Roentgen Rays on Glandular Activity.* Radiology, vol. 4, 1923.

LUKOMSKIJ. *Zur Charakteristik der Funktion der Parotisdrüse.* Arch. f. Klin. Chir., 146, 1927.

KAESS F. W. *Die temporäre Ausschaltung der Parotis mittels Röntgenbestrahlung bei Behanlung der Speichelfisteln.* Znbl. f. chir., vol. 50, 1923.

KLEINSCHMIDT K. *Zur Behandlung der Speichelfisteln.* Münch med. Wochenschr., vol. 70, 1923.

KOPARY J. A. *mjalkamirigy Fistulának.* Röntgen Kerelise Orvosi Hetilap, vol. 70, 1926.

KREMER W. *Ein Beitrag zur Röntgenbehandlung der Parotisfistel.* Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl, vol 33, 1925.

PORTMANN U. *The Treatment of Salivary Fistula by Irradation.* Annals of Surgery, maggio 1935.

SOLIS VON H. *Zur den Röntgenveränderungen nach Bestrahlung der Gland submaxillaris.* Strahlentherapie, vol. 17, 1924.

STROPENI L. *Alcoolizzazione della terza branca del trigemino come metodo di cura delle fistole salivari ribelli della parotide.* Riforma medica, vol. 36, 1920.

WITTKOWSKY C. *Röntgenbehandlung der Speichelfistel durch temporäre Ausschaltung der Parotis.* Deutsche Zeitschr. f. Chir., vol. 213, 1928-29.

RIVISTE

Dermatosi precancerose e fenomeni immunitarii

per il prof. VINCENZO MONTESANO (Roma)

Le *dermatosi precancerose*, come gruppo nosologico a sè, solo da tempo relativamente breve hanno richiamata l'attenzione degli studiosi.

Darier (*Précis de Dermatologie*, 1928, pag. 902) classifica le dermatosi precancerose in *congenite* (o risultanti da una malformazione originaria) ed in *acquisite*.

Al primo gruppo apparterrebbero i *nevi* che conducono ai nevocarcinomi, lo *xeroderma pigmentoso*, le *discheratosi* tipo *Bowen* e *Paget;* al secondo le *cheratosi senili* e *presenili*, l'*arsenicismo cutaneo* (cancro arsenicale di Hutchinson), le *dermatosi da catrame*, le *radiodermiti*, le *leucoplasie*, oltre l'*eritroplasia* di *Queyrat* o epitelioma papillare nudo delle mucose e delle cosidette pseudomucose (labbra, lingua, glande, prepuzio, vulva ecc.).

Ci pare ovvio che la denominazione di dermatosi precancerose non debba estendersi a tutte quelle affezioni cutanee, assai diverse le une dalle altre, sulle quali si sa che è possibile insorga prima o dopo l'epitelioma, come p. e. la *psoriasi* (in cui è anche da tener presente l'irritazione provocata da cure locali con il catrame); le *cicatrici* di processi comuni come le *scottature;* il *lupus volgare* ed il *lupus eritematoso* (casi del genere sono stati descritti anche recentemente da Cappelli, da Franchi, da Scaparone (1).

Le *cheratosi senili*, in cui l'epitelioma rappresenta un elemento più o meno costante del quadro clinico nelle sue fasi avanzate potrebbero invece considerarsi come forme di passaggio fra le dermatosi precancerose propriamente dette e quelle altre in cui l'insorgere del processo canceroso è possibile e talvolta anche non raro, ma non costante nè, per così dire, necessario alla identificazione dell'entità morbosa.

Ci sembrerebbe quindi forse un po' troppo lata una classificazione che facesse rientrare in questo gruppo processi i quali, se rappresentano un terreno assai favorevole all'insorgere dell'epitelioma, non hanno in sè un elemento essenziale ed innato che fatalmente conduca al tumore, ed in cui non sempre, almeno per alcuni di essi, può escludersi l'influenza di cause estrinseche, come p. e. nelle *leucoplasie boccali dei fumatori* l'azione irritante dei prodotti del tabacco, quella meccanica dell'imboccatura della pipa ecc.; al contrario di quegli altri, come il *morbo di Bowen*, la *malattia del capezzolo di Paget* (ed anche, come vedremo, l'*eritroplasia di Queyrat*) i quali sono fatalmente destinati all'esito in cancro: gli stessi cioè che Darier considera congeniti o risultanti da malformazioni congenite.

Di questi ultimi vogliamo qui brevemente occuparci nella convinzione che dallo studio di essi potrà un giorno aversi qualche lume sulla patogenesi dell'epitelioma in genere, e forse anche sui processi immunitarii che si svolgono nell'apparato cutaneo in presenza di epiteliomi sia della pelle o delle mucose esterne quanto di quelli degli organi interni.

Il *morbo mammario di Paget* (« Paget disease of the nipple » degli AA. di lingua inglese) è un'affezione propria dell'areola della mammella o del capezzolo di donne che hanno sorpassata la quarantina. Si conoscono però dei casi ai genitali femminili ed anche a quelli maschili (scroto).

Le prime manifestazioni ricordano l'eczema dell'areola mammaria, con arrossimento della superficie cutanea, erosioni superficiali, lieve madore, piccole croste, modico prurito, fitte dolorose. Salvo casi eccezionali, l'affezione si presenta da un lato solo, resiste ai comuni trattamenti locali antieczematosi, con lenta evoluzione si aggrava lasciando vedere erosioni più profonde ed estese con fondo di consistenza papiracea o pergamenacea e qua e là con vegetazioni verrucoidi e si delimita alla periferia con un margine policiclico, appena rilevato, più o meno ricoperto da piccole squame.

Questo stato di cose può restare immutato anche per molti anni senza che sul primitivo focolaio si verifichino fenomeni regressivi (cicatrici) nè si abbia ingorgo dei nodi linfatici ascellari, sino a quando non si comincia a manifestare la retrazione del capezzolo, l'indurimento fibroso della mammella, l'ulcerazione delle chiazze erosive, e non si stabilisce il classico quadro del cancro mammario con l'invasione dei gangli ed, infine, le metastasi nella

(1) Bollettino delle Sezioni regionali della Soc. It. di Dermatologia e Sifilografia, ottobre 1935-XIV. Cfr. pure: Ibid., aprile 1936.

pleura, nel polmone, fegato, peritoneo, vertebre.

Dal *punto di vista istologico* sono caratteristici, nello strato spinoso, accumuli di grosse cellule epiteliali (cellule di Paget) che hanno perduti i loro filamenti di unione (così detta *desmolisi*) e presentano il protoplasma vacuolizzato, il nucleo grosso e intensamente colorabile, compatto, bernoccoluto. Queste raccolte cellulari, più rade alla periferia delle chiazze, diventano mano mano più numerose verso il centro al punto da rendere irriconoscibile la normale struttura epidermica. Al processo partecipa il connettivo delle papille dermiche con fatti d'infiltrazione reattiva fibroplastica, presenza di plasmacellule ecc.

La natura delle caratteristiche cellule di Paget, che Darier considera di origine discheratosica, è assai discussa: per alcuni sono di natura nevica con tendenza innata alla fatale evoluzione verso il cancro.

La *diagnosi* può essere difficile nei confronti con l'eczema, solo nei primi stadii del processo: peraltro l'età del soggetto, lo scarso prurito, la netta delimitazione delle chiazze, la presenza di elementi verrucoidi e sopratutto l'orlo periferico e il carattere ulceroso che assumono le primitive erosioni, la retrazione del capezzolo, sono in genere elementi bastevoli, anche indipendentemente dall'esame istologico, a non farci cadere in errore.

La *cura* dev'essere essenzialmente chirurgica, con l'asportazione radicale della mammella e dei nodi linfatici ascellari. I raggi X, il radium, la neve carbonica sono mezzi poco sicuri anche nelle prime fasi del processo.

La *dermatosi precancerosa di Bowen* o, secondo Darier, *discheratosi lenticolare e a dischi*, è un'affezione non mai descritta prima del 1912, quando Bowen ne pubblicò le prime osservazioni; non molto frequente ma ben definita nella sua fisionomia clinica, specie dopo i più recenti studi che hanno permesso di differenziarla da forme morbose con le quali probabilmente essa veniva prima confusa (epiteliomatosi superficiale della cute).

La malattia, che è stata osservata in persone di ambo i sessi, giovani e vecchi, può avere inizio da qualsiasi regione del corpo, non escluse le mucose (Richon) come la vulva e la vagina: il tronco però sembra essere più facilmente colpito come in due casi tipici da me osservati.

I primi sintomi obbiettivi, che talvolta sfuggono al malato, sono rappresentati da chiazze, disposte a caso, in numero maggiore o minore, cioè da qualche elemento isolato sino a più diecine di elementi, lenticolari, discoidi o mummulari, ricoperti di squame o squamocroste, scarsamente infiltrati, talvolta confluenti fra di loro così da assumere una figurazione policiclica, di carta geografica ecc., non pruriginose.

Questa prima fase, raggiunto il suo massimo sviluppo, può rimanere immutata a lungo, per anni: però in genere, ad un certo punto, si osserva, più o meno lentamente, una estensione alla periferia con infiltrato profondo: la superficie delle chiazze si erode, si ulcera, qualche volta il fondo assume un carattere vegetante mentre in altri casi con l'eliminarsi della massa neoplastica mummificata si verifica un'atrofia cicatriziale.

Fatalmente così, salvo una cura adatta e precoce, ma spesso malgrado questa, si verifica l'evoluzione verso il cancro, con il formarsi su questa o quella chiazza di un infiltrato profondo e di vaste ulcerazioni dai margini serpiginosi e callosi, dal fondo irregolare, a volte di aspetto vegetante, più o meno ricoperto di materiale in via di disfacimento e di detrito, le quali in parte cicatrizzano, in parte invece si estendono e si riuniscono in chiazze maggiori con metastasi nei nodi linfatici e negli organi interni.

Nella fase cancerosa si hanno di solito i caratteri istologici dell'*epitelioma baso-cellulare* (talvolta anche spino-cellulare: Franchi): negli stadii precancerosi si osservano invece alterazioni dell'epidermide, nettamente circoscritte (il che sarebbe un carattere essenziale) rispetto alle parti sane, i cui elementi si presentano in uno stato di abnorme evoluzione ed in preda a fenomeni degenerativi (cellule discheratosiche o « corps ronds » simili a quelle che sogliono presentarsi nella così detta *psorospermosi vegetante* o *discheratosi* del Darier).

Anche in questa malattia, che talvolta si osserva in più membri della stessa famiglia, le ipotesi patogenetiche non sono concordi.

Darier l'aggrega al gruppo delle sue *discheratosi*, soprattutto per la presenza delle cellule di cui sopra (le quali peraltro non si riscontrerebbero in tutti i casi che clinicamente vanno riferiti al morbo mammario di Paget ed a quello di Bowen) e la considera di natura nevica: per altri si tratta di un epitelioma basocellulare sin dal principio (*epitelioma superficiale benigno* tipo Bowen); altri insistono sul fattore costituzionale nella produzione del neoplasma; altri infine mettono in dubbio l'origine nevica e considerano l'epitelioma come secondario senza peraltro pronunziarsi sulla sede, se cioè nell'epidermide o nel connettivo, in cui trovasi la lesione a cui terrebbe dietro il tumore.

I caratteri clinici di quest'affezione consentono una diagnosi senza troppe difficoltà, salvo nelle prime fasi nelle quali può venir confusa con la *psoriasi* (caratterizzata dalla localizzazione nelle note regioni predilette: gomito, ginocchia; dalle squame di apparenza lucida ed asciutte; dal segno di Auspitz od emorragia

puntiforme quando si gratti sino al derma la superficie lesa) e, nelle forme con esito in atrofia, col *lupus eritematoso* che si differenzia però dalla sede al volto, simmetria delle lesioni, assenza d'infiltrati, di erosioni ecc.).

Nelle fasi ulcerose la diagnosi più che con i *sifilidermi nodulo-ulceranti* (decorso più rapido, ulcerazioni più nette) dev'esser fatta nei confronti di certi epiteliomi baso-cellulari come l'*epitelioma pagetoide* del Darier (che per solito si presenta in focolaio unico a preferenza sul volto) ed il così detto *epitelioma eritematoide benigno* i cui focolai, per lo più multipli essi pure, ricordano il lupus eritematoso per il colorito rosso, la forma discoide, la tendenza all'atrofia ed alla risoluzione spontanea. In genere peraltro l'intero decorso dell'affezione con le sue manifestazioni precancerose rende non difficile la diagnosi di morbo di Bowen, la quale solo eccezionalmente richiede l'esame istologico.

La *cura* dovrebbe essere possibilmente chirurgica con la profonda e completa asportazione delle chiazze prima della fase cancerigna. Non tutti sono d'accordo sull'efficacia della radioterapia e del radium, cautamente applicati, o della neve carbonica.

L'*eritroplasia di Queyrat* (frenulosolco-balano prepuziale: 1911) comprende delle lesioni ad andamento cronico, con caratteri di fissità che morfologicamente possono ricordare una balanopostite e si presentano come erosioni superficialissime di colorito rosso, di aspetto rilucente, dai contorni nettamente delimitati. Essa peraltro può presentarsi anche sulla mucosa boccale, della lingua, delle labbra, delle guancie, sulla vulva e corrisponderebbe all'*epitelioma papillare nudo* descritto nel 1893 da Darier col suo maestro Fournier.

L'affezione suole estendersi lentamente, resiste a tutte le cure locali ed evolve prima o dopo verso l'epitelioma spino-cellulare con rapida invasione dei ganglii più vicini.

Oscura l'etiologia: la diagnosi differenziale va fatta nei riguardi della sifilide, del lupus delle mucose, dell'epitelioma baso-cellulare e, nei genitali, secondo Darier, di certe forme di diabetidi.

Anche qui, in alcuni casi (1) sono state osservate, all'esame istologico, alterazioni epidermiche simili a quelle discheratosiche del morbo di Bowen. La cura precoce con l'escissione totale o con la neve carbonica è la sola che può prevenire danni maggiori.

(1) Come in quello recentemente descritto da MIDANA (Bollettino delle Sezioni regionali della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, ottobre 1935), ciò che autorizzerebbe ad includere la *malattia di Queyrat* nello stesso gruppo del *morbo di Bowen* e del *morbo mammario di Paget*.

Lo *xeroderma pigmentoso* (da ξηρός : secco, asciutto) detto anche malattia del Kaposi, melanosi lenticolare progressiva, liodermia (da λεῖος : liscio) essenziale con melanosi e teleangectasia, atrofoderma pigmentoso, è una rara malattia, spesso a tipo famigliare, che suole presentarsi nella infanzia, forse già nel primo anno ed in alcuni casi dopo che il bambino sia stato per le prime volte esposto al sole di primavera (talvolta in sèguito a morbillo) con l'aspetto di un eritema o anche di un eczema squamoso o crostoso delle parti scoperte, accompagnati dopo un tempo più o meno breve da pigmentazioni simili alle così dette efelidi o nevi pigmentarii e qua e là da teleangectasie. In alcuni altri tratti peraltro la cute invece si fa bianca, presenta leggera desquamazione, si atrofizza e si retrae così da dar luogo a vaste chiazze simili a cicatrici, con conseguenti ragadi, ulcerazioni, deformità (atresia della bocca, ectropion con congiuntiviti secondarie ed altre alterazioni oculari, a cui forse predispone una preesistente fotofobia). Si ha allora la caratteristica « *facies xerodermica* » cui danno particolare rilievo l'assottigliarsi del naso e del mento e la retrazione labiale.

Il processo in seguito non suole rimanere circoscritto al volto ed alle mani, ma si estende a poco a poco alle parti contigue più o meno esposte esse pure alla luce (collo, spalle, avambracci) ed anche ai piedi quando vanno tenuti scalzi. Fenomeni analoghi di pigmentazione, atrofie ed anche teleangectasie possono osservarsi altresì sulle mucose visibili. Fatalmente peraltro, a volte già nei primi anni di vita, a volte (ed è il caso più frequente) assai più tardi sopravviene il periodo *neoplastico*, caratterizzato dall'insorgere sulla cute affetta, con decorso più o meno lento, di tumori d'indole maligna: *epiteliomi verrucoidi*, o a tipo di cancroide, o di « ulcus rodens »: meno spesso di *sarcomi* o di *angiosarcomi*.

Le alterazioni istologiche fondamentali possono essere paragonate a quelle dell'atrofia cutanea senile: degenerazione dei tessuti elastico e collageno, presenza di cellule pigmentifere nel derma, aumento del pigmento epidermico.

Può darsi che si tratti qui di una particolare sensibilità della cute agli stimoli della luce solare, per quanto le ricerche istituite in proposito non abbiano dimostrata in questi soggetti la presenza di *porfirinuria* (come nell'idroa vacciniforme dell'estate), nè di sostanze fotosensibilizzanti in genere: sembra anzi da esperienze istituite su malati di x. p. che questa ipersensibilità verso i raggi luminosi possa qualche volta mancare ed aversi persino una maggiore resistenza a seconda dell'età del paziente e della sede cutanea sperimentata, a seconda cioè, nello stesso malato, che si trattava di cute apparentemente normale o già colpita dal processo xerodermico.

La etiologia e la patogenesi di questa der-

matosi dunque, che non includerei senz'altro fra le così dette *malattie da luce*, è ancora ignota, nè il fattore endocrino sembra avervi una parte preponderante; almeno non vi sono elementi fondati per ammetterlo: dobbiamo quindi limitarci a considerarla come una distrofia congenita forse legata, genericamente parlando, con disturbi del sistema neuro-vegetativo.

Anche qui il cancro, o a volte il sarcoma, rappresenta un elemento essenziale del complesso morboso, insito probabilmente nella natura stessa del processo: è a notare solo, oltre il carattere talvolta famigliare della malattia, la sua lunga durata, anche se la morte avvenga per metastasi e cachessia indotte dal neoplasma.

Lo *xeroderma pigmentoso tardivo* è un'affezione molto simile a quella testè descritta e propria di persone che per ragioni di lavoro vivono all'aria aperta e sono perciò esposte all'azione continuata degli agenti atmosferici: agricoltori, marinai (*cute dei marinai*). Qui pure si ha a che fare con alterazioni delle parti scoperte, paragonabili a quelle della cute senile: aumento o difetto di pigmento, teleangectasie, atrofie, predisposizione all'insorgere di tumori epiteliomatosi (cancroidi). Se in questi casi l'azione degli agenti atmosferici in genere e dei raggi ultravioletti in specie, si deve considerare come l'elemento determinante dell'affezione, rimane sempre oscuro il fattore, quasi certamente congenito, che sensibilizza la pelle di questi soggetti ed imprime ad essa l'abnorme capacità reattiva verso influenze esterne abitualmente, entro certi limiti, innocue.

È possibile ora considerare con una concezione unitaria queste dermatosi precancerose, intese in *sensu strictiori*, cioè come affezioni cutanee di natura distrofica, su base congenita, di lunga durata, con quadro clinico ben definito per ciascuna di esse, ma con esito fatale in epitelioma e trarne qualche conclusione generale sulla genesi dei tumori maligni e sul comportamento della pelle nei loro riguardi?

Osserviamo anzi tutto che, ove ci si voglia attenere all'antica classificazione degli epiteliomi cutanei in primitivi, secondarii e metastasici, gli epiteliomi di queste dermatosi precancerose dovrebbero collocarsi fra i primitivi anche se il loro insorgere avviene, in ordine di tempo, successivamente alle manifestazioni proprie di ciascuna delle dermatosi qui prese in esame: ammettere cioè che l'epitelioma è insito nella natura del processo e che il suo insorgere è fatalmente ad essa legato e quindi immancabile.

Non si può escludere che in quelle altre dermatosi, come il lupus volgare e l'eritematoso, le cicatrici da ustioni, la psoriasi ecc. nel decorso delle quali vediamo più o meno di frequente insorgere l'epitelioma, sia pure talvolta per momenti determinanti estrinseci (uso del catrame nella psoriasi p. e.), che vi siano condizioni innate, ma individuali (giacchè il fenomeno non si verifica in tutti i soggetti portatori delle dermatosi stesse) che determinano il formarsi del tumore: in questi casi peraltro è più giusto parlare di epiteliomi secondarii.

Se dunque in queste dermatosi precancerose propriamente dette, *morbo di Bowen* e *mammario di Paget* (astraendo dallo *xeroderma pigmentoso* il quale, anche se non si può disconoscere la sua natura distrofica su base congenita, andrebbe secondo noi, considerato a parte, almeno sino a quando non sarà meglio chiarito il meccanismo di azione degli agenti atmosferici sul suo insorgere e sul suo decorso e quindi anche sullo sviluppo della neoplasia maligna, epiteliomatosa o sarcomatosa) il cancro è in germe nella cute ed il suo più o meno lontano insorgere si può, si deve, anzi, prevedere infallibilmente sin dalle prime alterazioni epidermiche che caratterizzano l'inizio del quadro morboso di ciascuna di esse, è lecito chiedersi se non siano da presumere, nella cute di questi soggetti, particolari condizioni le quali modifichino la fisionomia della neoformazione cancerosa e ne influenzino l'ulteriore decorso.

Già autorevoli dermatologi (1) affermavano che il *morbo di Bowen* non è una forma pre-epiteliomatosa, ma epitelioma vero nel senso di neoplasia degenerativa sebbene benigna: esso sorge d'« emblée » sulla pelle, si mantiene abitualmente superficiale per divenire invadente e distruttivo solo attraverso un lunghissimo periodo di tempo, assumendo di rado andamento grave per naturale sviluppo e metastasi.

Anche Bloch (2) considera il *morbo di Bowen* e quello *mammario di Paget* come carcinomi iniziali sebbene in principio benigni, che si differenziano non qualitativamente, nè morfologicamente, nè biologicamente, ma solo quantitativamente dal vero carcinoma penetrante, per la tendenza allo sviluppo che non si manifesta ancora nella sua piena efficienza.

Se questi concetti sono giusti, fra le ipotesi che si possono fare, è ammissibile quella di fatti immunitarii che si svolgano nell'apparato cutaneo al primo stabilirsi della malattia su di esso e ne determinino il decorso successivo relativamente benigno?

Solo metodiche ricerche dirette in questo senso potranno dare sodisfacente risposta a questa domanda la quale però non ci sembra oziosa.

---

(1) Cfr. Bosellini. Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, 1930, pag. 1094 e 1489. V. pure: « Dermatologische Wochenschrift », ag. 1930.

(2) « Dermatologische Wochenschrift », 1930, 12, e Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, 1930, pag. 1490.

Non è assurdo in ogni modo l'ammettere che fenomeni immunitarii, come quelli che i recenti studii hanno messo in evidenza sulla cute in presenza di tante affezioni in genere in un assai esteso gruppo, abbastanza ben definito di malattie della più diversa natura, comprese quelle che vanno ora sotto il nome di *malattie allergiche*, per cui si è aperto un nuovo grande capitolo di patologia, possano verificarsi anche per l'epitelioma. E se così è, le dermatosi precancerose propriamente dette, cioè quelle congenite secondo la classificazione di Darier, ci sembrano per i peculiari caratteri della neoplasia maligna che ne è l'esito immancabile, un campo più adatto per ricerche in questo senso che non gli altri epiteliomi della pelle.

Dobbiamo qui ricordare i recenti studii di Crosti (*L'innesto di epitelioma cutaneo nel derma di soggetti affetti da cancro cutaneo*: Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia 1936, XIV, fasc. II; e l'altro: *L'innesto di epitelioma cutaneo nel derma di soggetti non epiteliomatosi*. Ibidem, fasc. III), il quale in questo secondo lavoro e riferendosi alle esperienze compiute nel primo, conclude che « l'inoculazione di tessuto epiteliomatoso cutaneo vivente nel derma di soggetti che non furono mai affetti da tumore e seguita da una fenomenologia clinica ed istologica che sostanzialmente non si differenzia da quella osservata con la inoculazione degli stessi ceppi neoplastici nel derma di soggetti portatori di epitelioma (1) ».

« Non è possibile quindi parlare con sicurezza, almeno da queste ricerche sull'uomo, di condizioni immunitarie o di iperrecettività materiale acquisita all'apporto di materiale cancerigno vivente, in soggetti affetti da epitelioma cutaneo ».

Queste misurate conclusioni non tagliano però la via a studii ulteriori sull'argomento, tanto più che ricerche sperimentali sul coniglio recentemente compiute da Besredka, Magat, Laval e Besnard (*L'epitelioma intracutaneo del coniglio ed il suo potere immunizzante*. Annali dell'Istituto Pasteur, 1936) parlerebbero invece in senso diverso.

Gli AA. hanno istituito delle esperienze sull'*epitelioma del coniglio*, tumore particolarmente maligno, noto dalle ricerche di Pearce e Brown, ai quali era risultato che la più sicura via d'inoculazione è quella intratesticolare che dà quasi sempre luogo a metastasi mortali.

Vale la pena di riportare quasi integralmente la parte essenziale della recensione del lavoro, apparsa nel Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, 1936, XIV, fasc. III, pag. 554.

« Agli autori del presente lavoro risulta la intensità delle disseminazioni riscontrate nei conigli inoculati: la milza resta però sempre indenne qualunque sia la gravità dei processi metastasici negli altri organi. Risulta pure chiaramente la grande differenza dei risultati d'inoculazione a seconda che questa abbia avuto luogo sotto la pelle o nella pelle. Inoculato nella pelle determina, dopo circa 5 giorni d'incubazione, tumori intracutanei evolventi in modo progressivo per circa dieci giorni che, dopo essere rimasti stazionarii per un tempo più o meno lungo, cominciano a regredire fino ad un integrale riassorbimento dopo un mese o poco più.

Il passaggio da un epitelioma testicolare ad un epitelioma cutaneo e viceversa non ne modifica nè la vitalità, nè la struttura, nè la virulenza.

Fino a prova contraria gli autori sono portati ad ammettere che l'evoluzione dell'epitelioma del coniglio verso la guarigione o verso la morte è determinata in gran parte dalla localizzazione di esso.

Altra circostanza che favorisce l'insorgere di metastasi, è, p. e., realizzata quando si faccia subire al tumore intracutaneo un'operazione cruenta. In un coniglio portatore di due tumori intracutanei, uno dei quali venne escisso, ma non in modo radicale, si ebbe recidiva in loco d'intervento: all'autopsia innumerevoli tumoretti nei reni, fegato, polmoni, peritoneo. Milza normale. Nessun dubbio che questo coniglio, sacrificato dopo un mese dall'intervento perchè manifestamente presso a perire, sarebbe invece sopravvissuto ed avrebbe riassorbito i due tumori se fosse stato abbandonato alla propria sorte.

Riassumendo, gli autori concludono che gli epiteliomi inoculati nei testicoli sono quasi sempre seguiti da metastasi mortali; cambiano invece carattere appena sono inoculati nella pelle. Pur conservando la sua struttura iniziale il tumore intracutaneo non ha nessuna tendenza alla diffusione; resta locale ed in seguito si riassorbe. Questo tumore intracutaneo benigno, appena reinoculato nel testicolo o appena operato, può ricuperare la sua virulenza. Si ripete qui il fenomeno già osservato dagli AA. a proposito del sarcoma del topo.

Gli AA. hanno quindi studiato il quesito immunitario risolvendolo nel senso che conigli portatori di epiteliomi intracutanei acquistano, dopo il riassorbimento di questo, una immunità verso questo tumore tanto se inoculato nella cute che nel testicolo ».

Non occorre dire quante riserve, anche per ciò che riguarda la natura di questi tumori del coniglio, siano da farsi prima di trasportare nel campo clinico ricerche sperimentali come quelle compiute dagli AA. francesi, il

(1) Le inoculazioni a cui qui si accenna, esse pure, con risultato negativo, erano state, per la verità, compiute dall'A. anche in soggetti con cute clinicamente ritenuta atta allo sviluppo di un epitelioma: come cute distrofica, così detta in istadio clinico precarcinomatoso, cute di xeroderma pigmentoso, cute prossimiore a un focolaio neoplastico in evoluzione. (CROSTI. Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, 1936, aprile, pag. 178).

valore delle quali, in sè, non si deve peraltro disconoscere.

A noi premeva soltanto, e questo è essenzialmente lo scopo della nostra rivista sintetica, mettere in evidenza che, se non è irrazionale presumere, sino a definitiva prova in contrario, lo svolgersi nella cute umana di fenomeni allergici ed immunitarii in presenza di epiteliomi, così come sembra verificarsi in certi animali da esperimento, le dermatosi precancerose tipo Bowen e Paget rappresentano per varie ovvie ragioni, a cui abbiamo brevemente accennato, il campo più adatto per ricerche in questo senso.

BIBLIOGRAFIA.

La bibliografia italiana delle dermatosi precancerose sino al 1929 trovasi in MONTESANO: *Manuale di malattie cutanee*, vol. II. Capitolo: *Tumori*. Ed. L. Pozzi, Roma.

Oltre le pubblicazioni citate nel testo, vedasi fra gli altri AA. italiani:

BERTACCINI. *Epitelioma cutaneo terebrante e dermatosi precancerosa pagetoide nello stesso soggetto*. Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, 1931, p. 887.

ID. *Sulla diagnosi clinica fra morbo di Bowen ed epiteliomi superficiali*. Società It. di D. e S., Bollettino delle Sezioni regionali, ottobre 1935-XIV, p. 368.

CROSTI. *Il morbo di Paget cutaneo*. Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, 1932, p. 1021.

FLARER. *Epitelioma di Bowen e suoi rapporti con gli epiteliomi di derivazione ghiandolare sebacea*. Ibid., 1932, p. 873.

FRANCHI. *Morbo di Bowen*. Bollettino delle Sezioni regionali della Società It. di Derm. e Sif., n. 4, ottobre 1935-XIV.

SUNTI E RASSEGNE.

DIABETE.

Problemi e dibattiti nel campo del diabete.

(F. UMBER. *Dtsch. med. Wschr.*, 24 luglio '36).

In questa interessante conferenza l'illustre clinico di Berlino getta un vasto sguardo all'evoluzione delle nostre cognizioni, ai problemi che oggi si agitano, alle questioni che ancora rimangono insolute nel vasto e così importante campo del diabete mellito.

Umber iniziò la sua esperienza nello studio della questione in quella stessa clinica di Naunyn in cui lavoravano v. Mering e Minkowski e assistette agli albori della concezione ormonale del diabete che doveva essere confermata soltanto 32 anni più tardi, nel 1921, dalla scoperta di Banting e Best. Fin da allora, o pochi anni dopo, i collaboratori di Naunyn e l'Umber stesso avevano concepito il meccanismo intimo della malattia come dovuto da un lato a un disturbo della formazione di glicogeno nel fegato e nei muscoli, dall'altro a un'alterazione dell'utilizzazione dello zucchero nei tessuti. L'esperienza clinica e sperimentale successiva e l'introduzione dell'insulina non dovevano che confermare questa concezione.

Recentemente è stato dimostrato che la carenza di insulina porta, oltre che ai disturbi ora accennati, anche ad un difetto nella resintesi dell'acido lattico muscolare.

Il meccanismo della glicogenolisi è in primo luogo dipendente da uno stimolo simpatico-adrenalinico. Un eccesso di glicogenolisi, determinato attraverso questo meccanismo entra in giuoco nelle iperglicemie e nelle glicosurie non diabetiche, di origine nervosa, tossica, tiroidea ecc. Queste glicosurie puramente extrainsulari non costituiscono che una percentuale minima rispetto alle glicosurie diabetiche insulari, colle quali non hanno nulla a che vedere. Umber calcola che la loro frequenza rispetto a tutti i casi di diabete da lui osservati, giunga appena al 2 %. Joslin accenna ad una percentuale del 3 %. È noto che il meccanismo di cui l'organismo si serve per combattere la iperglicemia simpatico-adrenalinica, consiste in un aumento della secrezione di insulina.

La insufficienza insulare porta al vero diabete mellito. La grande maggioranza dei casi di glicosuria diabetica sono esclusivamente da riferirsi ad una insufficienza insulare.

La regolazione della secrezione insulare è devoluta ad un meccanismo chimico-ormonale. Numerose ricerche hanno dimostrato che la secrezione dell'insulina è completamente indipendente da meccanismi nervosi, i quali pos-

sono agire su di essa soltanto attraverso i fattori chimico-ormonali che la governano. Il fattore regolatore della secrezione insulinica che sta in primissimo piano è il tasso glicemico.

Ma il tasso glicemico e gli altri fattori della funzione insulinica, non sono che lo specchio di una regolazione endocrina totale e nervosa, la cui complessità rende ragione dei complessi problemi che pongono le *forme miste extrainsulari di diabete insulare*.

Molte e difficilmente dominabili sono le sorprese che questi casi offrono al medico e gli intoppi che presentano nella soluzione del problema terapeutico. Ed ecco i casi di diabete extrainsulare poco grave, a lungo decorso, resistente all'insulina. E il caso opposto: gli addisoniani diabetici, nei quali piccole dosi di insulina, per la mancanza del fattore anti-insulinico (adrenalina) possono portare a ipoglicemie gravi e perfino alla morte.

Come la sufficienza o meno della funzione insulare, così la costellazione endocrina che costituisce tanta parte del suo controllo, danno l'impronta di gravità o di benignità ad ogni forma di diabete, e riconoscono il loro determinismo in una nota essenzialmente costituzionale-ereditaria. E questo carattere rimane costante, nella sua malignità o nella sua benignità, anche attraverso episodi di gravità estrema che possono essere impiantati sul fondo uniforme da infezioni, da errori dietetici o terapeutici, sorpassati i quali non si ha un peggioramento della forma, che invece riprende il suo andamento determinato dalle sue caratteristiche costituzionali.

* * *

Nella terapia del diabete mellito regna oggi indiscusso il trattamento insulinico. Umber tuttavia ricorda che non vanno dimenticati, anche e soprattutto per le applicazioni di cui sono sempre passibili, gli sforzi e i metodi terapeutici dei medici dell'era preinsulinica.

Così non devono essere abbandonati alcuni procedimenti come i *giorni di fame* (da attuarsi con giornate di brodi, di legumi, ecc.) che hanno un'ottima azione su stati acidotici gravi e sulla capacità elaborativa dei carboidrati da parte degli infermi.

È anche un insegnamento dell'era preinsulinica l'opinione — oggi dimenticata da molti autori — che l'eccesso di zucchero produce un danno alla indebolita funzione del diabetico. Uno dei canoni fondamentali del trattamento dei diabetici deve rimanere quello già stabilito dai diabetologi dell'era preinsulinica, e che prescrive il risparmio della insufficiente funzione insulare.

Umber nega che la iperglicemia e la glicosuria, che insomma la soprasaturazione di zucchero dell'organismo diabetico, possano avere un valore compensatorio, come tendono a pensare alcuni moderni Autori.

A questa concezione di risparmio della funzione insulare, risponde e deve quindi essere mantenuta in piena efficienza, la norma pratica della scarsa somministrazione di zuccheri.

Non si deve però giungere, come fa Joslin, a raccomandare di ottenere un ritorno alla norma del tasso glicemico. L'esperienza insegna che nella maggioranza dei diabetici questo punto non è praticamente raggiungibile e non è nemmeno desiderabile. Una glicemia normale si deve richiedere soltanto in presenza di stati particolari (interventi chirurgici, infezioni, tubercolosi ecc.). Altrimenti una glicemia a digiuno del 2 ‰ è perfettamente tollerabile.

Queste finalità terapeutiche si lasciano oggi molto più facilmente di un tempo raggiungere mediante la cura insulinica. Dove la cura insulinica ottiene le maggiori vittorie è notoriamente nel trattamento del coma acidotico. Umber calcola che mentre nell'era preinsulinica i suoi casi di coma davano il 98 % di mortalità, oggi questa è ridotta appena al 17%, e potrebbe essere ancora diminuita se si riuscisse sempre ad intervenire nelle prime 8-12 ore.

L'introduzione della terapia insulinica ha non soltanto mutato completamente la prognosi del coma, ma ha aumentato grandemente la durata della vita e la utilizzazione sociale dei diabetici.

Si deve impiegare l'insulina in ogni diabetico? Umber crede che, ammessa la necessità di ridurre, oltre le calorie totali della dieta (20-30 p. Kg.) e le proteine (1 g. p. Kg.), anche i carboidrati, (eccettuati quelli dei vegetali verdi), non si debba dare insulina a un diabetico la cui tolleranza raggiunga i 120-200 gr. di pane al giorno (= 84-120 g. di carboidrati). Una somministrazione di carboidrati maggiore è non solo inutile, ma addirittura dannosa. *Nessun diabetico ha bisogno di più di 100 g. di carboidrati, anche se ne tollera di più* (Escudero).

La scelta della quantità di grassi e di proteine, nello spazio determinato dal quantitativo utile di calorie, può essere lasciata alla decisione dell'infermo.

Soltanto in presenza di congiunture speciali (operazioni, infezioni, gravidanza ecc.) che diminuiscono la tolleranza, o quando questa sia spontaneamente diminuita oltre i limiti su accennati, si deve somministrare l'insulina.

Bisogna ora chiedersi: è meglio essere avari o generosi con l'insulina? La questione economica — che una volta aveva tanto valore, non deve fortunatamente essere oggi più considerata (nel 1923 100 unità di insulina costavano circa 100 lire: oggi si possono ottenere per poco più di 5 lire!).

Va tuttavia sempre considerato il desiderio del malato di ridurre al minimo — per ragioni pratiche in rapporto con l'attività sociale — le iniezioni giornaliere di insulina. Una prescrizione che superi le due punture al giorno riesce quasi sempre male accetta al malato. Naturalmente però non bisogna dimenticare i rischi che presenta la somministrazione massiva di dosi troppo forti di insulina.

D'altro lato una relativamente larga prescrizione di insulina rappresenta un mezzo di attuare una dieta più ricca di carboidrati. Ciò equivale da un lato ad un vantaggio economico per il basso costo della dieta di farinacei in confronto della dieta carnea o grassa, dall'altro alla possibilità di somministrare diete più accette e favorevoli all'ingrassamento. Che una dieta ricca di carboidrati attuata con l'aiuto dell'insulina, possa portare ad un aumento della tolleranza è cosa ormai nota, negli ultimi anni confermata specialmente da Porges e Adlersberg (dieta ricca di carboidrati e povera di grassi). Secondo l'esperienza di Umber, sarebbero particolarmente le forme miste insulinoresistenti di diabete (v. s.) quelle che si gioverebbero di queste diete ricche di carboidrati e povere di grassi. Questo metodo si attua lasciando costante il numero di calorie e la quantità di proteine, e aumentando progressivamente i carboidrati, mentre si diminuiscono parallelamente i grassi. Si vede così che, restando costante la quantità di insulina, la tolleranza aumenta notevolmente.

* * *

Tutte le speranze riposte nell'impiego dei simpaticolitici (alcaloidi della segale cornuta: ergotamina, ginergen ecc.) e dei narcotici basali, per agire sulle glicosurie extrainsulari hanno miseramente fallito. Le glicosurie extrainsulari sono anche refrattarie all'insulina e alla dieta. Per conseguenza i diabetici con componenti extrainsulari non debbono essere portati a diete troppo severe, con la speranza di ridurre a zero la glicosuria, pena spiacevoli incidenti. Del resto questa glicosuria *innocente* non danneggia la tolleranza.

In conclusione però, salvo alcuni casi particolari e alcuni tentativi con metodi speciali, resta fissato che la terapia del diabete mellito deve basarsi su di una dieta scarsa di carboidrati, siano o non siano gli infermi sottoposti a trattamento insulinico.

Puddu.

Sulla possibile origine traumatica del diabete.

(R. Herbst. *Münch. mediz. Wochenschr.*, 31 luglio 1936).

Riferendosi a due casi di alterazioni del ricambio glicidico dopo una trauma addominale, l'A. discute sull'eventuale origine traumatica del diabete.

L'influenza del trauma potrebbe esplicarsi attraverso lesioni di centri o vie nervose che regolano il ricambio dei carboidrati, analogamente a ciò che avviene nella puntura del IV ventricolo: sono note difatti le glicosurie transitorie dopo traumi cranici; l'A. fa notare però che si tratta di alterazioni extrainsulari, nelle quali mancano gli altri sintomi del diabete (poliuria, polidipsia, polifagia), e che non sono influenzati dalle cure dietetiche e insuliniche; talvolta vi si può associare il diabete insipido da lesione della preipofisi (Umber e Rosenberg).

Che la sindrome diabetica possa manifestarsi in seguito ad uno choc psichico (anche da trauma) è noto; va però rilevato che si tratta quasi sempre di soggetti già sostituzionalmente predisposti, i quali può dirsi, si trovano nello stadio di « prediabete »; in essi la malattia si manifesterebbe presto o tardi probabilmente anche in assenza del trauma che rappresenta quindi solo la causa occasionale.

E finalmente il trauma potrebbe provocare il diabete per lesione più o meno diretta del pancreas sia che si tratti di lesione meccanica, sia di quella infettiva che viene a complicare il trauma (ne è stato descritto un caso da Umber: ad una colecistite traumatica seguì pancreatite infettiva).

Le lesioni pancreatiche da trauma diretto sulla parete addominale costituiscono un'eccezione, data la sede recondita dell'organo; d'altra parte, esse dovrebbero distruggere quasi la totalità (9/10) dell'organo, per essere sufficienti a provocare il vero diabete pancreatico; s'intuisce quindi facilmente come lesioni di tale fatto non possono essere isolate e nelle contingenze del genere le lesioni concomitanti di organi vicini debbono essere di per se stesse mortali.

Il primo caso dell'A. si riferisce ad una donna nella quale la sindrome diabetica completa seguiva ad un trauma addominale di non eccessiva gravità; considerando però la costituzione del soggetto che presentava sin da prima delle tare del ricambio (notevole polisarcia) l'A. qualifica il trauma come causa occasionale.

Nell'altro soggetto immediatamente dopo un trauma addominale si manifestava glicosuria; dopo cinque mesi il ricambio glicidico, saggiato anche con prove da carico, si presentava normale; l'A. conclude quindi che si trattava in questo caso di una glicosuria extrainsulare, dovuta probabilmente ad una lesione transitoria del plesso celiaco (è noto difatti che l'estirpazione di tale plesso provoca la glicosuria: Fichera).

L'A. risolverebbe quindi negativamente il problema dell' esistenza di un diabete da trauma.

Lo stesso argomento è stato recentemente discusso anche da C. E. Felsch (*Deutsche mediz. Wochenschr.*, 14 agosto 1936). L'A. passando in rassegna la relativa letteratura rileva che il diabete traumatico pur essendo raro, costituisce tuttavia una evenienza reale. Due casi di osservazione personale ne sarebbero la conferma. Nel primo una sindrome diabetica di non eccessiva gravità si è manifestata alcuni giorni dopo schiacciamento violento dell'addome; trattandosi però di un individuo costituzionalmente minorato, l'A. non può escludere che in questo caso fosse preesistente una «debolezza» del sistema insulare. L'altro caso appariva quale diabete traumatico vero ed anche di discreta gravità: in un giovane robusto e non tarato ereditariamente la malattia si manifestava immediatamente dopo un colpo diretto sull'ipocondrio sin., nel quale colpo si verificava anche frattura di due costole; subito si manifestava sete intensa; l'esame delle urine, eseguito qualche tempo dopo ha dimostrato notevole glicosuria e acetonuria; la glicemia era di 2,25 ‰.

In tutti due i casi la malattia ha avuto un carattere progressivo. Essi deporrebbero secondo Felsch per la possibile, se anche non frequente, esistenza di eziologia traumatica del diabete; nei casi descritti il trauma avrebbe leso direttamente il tessuto pancreatico insulare con la relativa innervazione, portando ad alterazioni irrevirsibili.

S. Minz.

Dieta ricca di carboidrati nel trattamento del diabete.

(C. Brentano. *Deutsche Mediz. Wochenschr.*, 28 agosto 1936).

Nel suo articolo che rappresenta il frutto di osservazioni sperimentali, cliniche e considerazioni teoriche, l'A. sottopone ad una revisione parziale il problema fisiopatologico del diabete e da tale revisione trae anche delle deduzioni terapeutiche.

L'A. ribadisce il fatto, del resto non nuovo, che il fenomeno centrale della malattia è rappresentato dalla deficienza di materiale di combustione (carboidrati sotto forma di glicogeno) nelle cellule dei vari tessuti, ma principalmente in quelle muscolari. Riferendosi ai fenomeni di carenza glicidica nel digiuno assoluto o relativo, l'A. osserva come le riserve glicogeniche muscolari siano le ultime a scomparire, mentre il glicogeno epatico (da considerare solo quale materiale di riserva) si esaurisce relativamente presto; ora, le ricerche istochimiche sui muscoli di animali o uomini diabetici dimostrerebbero appunto una estrema povertà di glicogeno, « fonte insostituibile di energie vitali »; tale deficit è da considerarsi quale fenomeno fondamentale nella fisiopatologia del diabete.

L'iperglicemia rappresenterebbe secondo l'A. (che in questo riprende le idee dello stesso Minkowski) un processo di compenso, destinato a facilitare la formazione di glicogeno; la trasformazione del glicosio ematico in glicogeno cellulare sarebbe sottoposto alla legge delle masse delle reazioni chimiche, normalmente, mercè la presenza di insulina la concentrazione fisiologica dello zucchero sanguigno è sufficiente; in assenza dell'ormone pancreatico occorrono concentrazioni superiori perchè tale produzione possa verificarsi (nel cane spancreatizzato il glicogeno si formerebbe soltanto quando la glicemia raggiunge i 4 ‰).

Anche la formazione di corpi chetonici è da considerarsi quale conseguenza di un fenomeno di compenso, poichè questi rappresentano uno stadio intermedio della trasformazione di grassi in carboidrati (Geelmuyden). Perfino il coma diabetico rappresenterebbe per l'A. più che altro il fenomeno della morte delle cellule (in prima linea muscolari) per inanizione — in mancanza di utilizzazione del glicosio e dei corpi chetonici circolanti —; l'acidosi che porterebbe alla intossicazione del sistema nervoso centrale sarebbe solo una delle contingenze del coma, dovuta appunto alla mancata utilizzazione dei corpi chetonici. Che il coma sia realmente l'espressione della inanizione cellulare sarebbe indirettamente confermato dal fatto che esso di solito segue a minore assunzione di cibi (e di carboidrati) per cause esogene (limitazioni dietetiche) od endogene (infezioni, disturbi gastrointestinali ecc.). D'altra parte è nota l'azione favorevole della somministrazione di glucosio nel coma diabetico, la quale evidentemente facilita la formazione del glicogeno.

È evidente che nella luce delle considerazioni suesposte i criteri attuali del trattamento del diabete debbono subire una, per lo meno parziale, modificazione. Il medico non dovrebbe prefiggersi quale mèta l'abbassamento della glicemia ed inibizione della glicosuria; anche se l'efficace terapia insulinica fa diminuire la iperglicemia, ciò avviene solo perchè questa diventa superflua per le migliorate condizioni di utilizzazione glicidica; anche la glicosuria non costituisce pericolo di per sè e non va combattuta ciecamente, sopratutto con sottrazione di carboidrati.

Nell'istituire la dieta del diabetico, l'A. propone di sostituire il criterio della tolleranza verso i carboidrati con quello del bilancio di questi, cercando cioè di realizzare le condizioni nelle quali avviene la maggiore utilizzazione di glicidi. Appare logico, in base alle considerazioni precedenti, che tale bilancio può essere favorevole anche a glicemia e glicosuria relativamente alte; in una serie di casi presentati dall'A. si è avuta la conferma di tale presupposto; con discreti aumenti di apporto di carboidrati si è osservato è vero il ritorno della

glicosuria (non costantemente del resto); ma anche in assenza di trattamento insulinico è stato notato che la quantità di glicidi utilizzati era molto maggiore e le condizioni del paziente nettamente migliori che non nel periodo dell'aglicosuria condizionata da limitazione dei carboidrati. L'aumento della glicemia in tali condizioni non è rilevante e talvolta solo transitorio.

L'uso dell'insulina è sopratutto indicato all'inizio del trattamento per rinnovare le riserve glicogeniche muscolari ed epatiche (queste ultime sono meno importanti). Il regime è limitato anzitutto in rapporto alle proteine (un grammo, un grammo e mezzo per kg. di peso); la quantità dei carboidrati può raggiungere i 250 gr. al giorno e talvolta anche superarli. La successiva ripresa delle condizioni generali permette di solito la soppressione dell'insulina (salvo a riprenderla ulteriormente a periodi), la ricomparsa di modica glicosuria non deve destare preoccupazioni; tenendo conto dei carboidrati apportati e della perdita di essi attraverso le urine si potrà agevolmente stabilire la quantità da somministrare perchè il bilancio sia il più favorevole; come è stato detto, tale quantità è di molto superiore a quella che lascia il p. aglicosurico.

Nei casi di diabete giovanile o comunque grave è spesso necessario somministrate l'insulina permanentemente; ma anche qui la quantità dei carboidrati dev'essere superiore a quella abitualmente adottata e la glicosuria va tenuta solo in considerazione relativa; talvolta con l'andar del tempo si riesce fare a meno dell'insulina pure nei casi del genere.

Come vediamo il trattamento dietetico proposto dall'A. (pur non essendo completamente libero, come quello recentemente preconizzato da Bertram, Stolte ed altri che concedono i carboidrati *ad libitum*) è molto più liberale di quello attualmente diffuso. Esso è la logica deduzione dei concetti teorici e dei dati clinico-sperimentali dell'A. il quale mette a capo del suo articolo il motto: « dare dei carboidrati — il combustibile della vita — anche ai diabetici ». S. MINZ.

SISTEMA NERVOSO.

Le nuove concezioni sull'isteria e la sua cura.

(J. BOISSEAU. *Presse Médicale*, 2 sett. 1936).

Babinski restrinse notevolmente il quadro dell'isteria e ne precisò i limiti con la seguente definizione: « L'isteria è uno stato patologico che si manifesta con disturbi i quali possono essere riprodotti mediante la suggestione con perfetta esattezza in alcuni individui, e che sono suscettibili di scomparire sotto l'influenza della semplice persuasione (controsuggestione) ».

Con questa nuova concezione l'isteria di Charcot, la grande simulatrice, non poteva essere più responsabile dei disturbi organici che erano prima confusi con essa. Poteva ancora imitarli, sempre imperfettamente, ma mai riprodurli: non più febbre, disturbi vasomotori, accidenti cutànei (pemfigo, porpora, edemi, sudore di sangue, gangrena, ecc.) di natura isterica.

A questa delimitazione chiarificatrice seguivano concezioni ancora più radicali tendenti a negare l'esistenza dell'isteria. Hartemberg affermò che l'isteria è una malattia fantasma, che non esiste, che non è mai esistita se non nella fantasia di coloro che l'hanno descritta.

Ma oramai l'esistenza, la realtà del pititiatismo è oggi unanimamente ammessa. Il disaccordo comincia circa l'estensione di questa entità nosografica: alcuni vorrebbero allargarne i limiti ritenendo che l'isteria non sia costituita solo da pitiatismo ma anche da altri complessi sintomatici ora diversamente classificati.

Così Marinesco e i suoi allievi ritengono che l'esperienza della grande guerra abbia concorso a modificare fino ad un certo punto la concezione troppo ristretta di Babinski, ed avrebbe dimostrato che alcuni disturbi vasomotori, termici, secretori e vegetativi possono essere di natura isterica. Alla stessa isteria dovrebbero essere attribuiti i disturbi fisiopatici o nervosi di origine riflessa.

Come è noto Babinski e Froment dettero questo nome a un gruppo di sintomi posttraumatici (mani figées, piedi torti, contratture pelvi-trocanteriche ecc.) caratterizzate da: 1° un disturbo motore (contrattura o paralisi); 2° da disturbi associati: vasomotori (con microsfigmia), termici (ipotermia), secretori (ipersecrezione di sudore), trofici interessanti la pelle, le unghie, i tendini e le articolazioni. I predetti autori fecero di questo complesso sintomatico un gruppo a parte intermediario tra le affezioni organiche e i disturbi isterici.

La scuola rumena sostiene che questi fatti siano sostanzialmente isterici, in quanto suscettibili di regredire e scomparire rapidamente con la suggestione. Alle stesse conclusioni venne Van Bogaert.

Una tale interpretazione rapporterebbe di nuovo alla neurosi i disturbi vasomotori, secretori, trofici ecc., sarebbe insomma la riabilitazione della isteria di Charcot.

Altri autori si oppongono a queste vedute sostenendo che i disturbi fisiopatici non guariscono rapidamente con la suggestione, ma lentamente dopo la guarigione della paralisi o della contrattura. È il ritorno alla motilità attiva, la ripresa dell'utilizzazione normale dell'arto che determina la scomparsa dei disturbi associati.

Anche la realtà dell'edema isterico è stata rimessa in quistione. Ma la maggioranza degli autori propende per la sua inesistenza. Gli

edemi che vanno e vengono sono generalmente come provocati: l'assidua osservazione del soggetto svela spesso dei trucchi.

Claude ritiene che si debba riservare al pitiatismo gli accidenti leggeri, che sono di dominio della suggestione provocatrice e della persuasione curatrice, o che sono l'esponente di un'interpretazione erronea o di una reazione emotiva. Ma si deve riservare un altro nome, se si vuole quello d'isteria, agli accidenti più gravi, che traducono una perturbazione dell'attività psichica o psicomotoria, vera dissociazione funzionale che si manifesta con l'isolamento e la fissazione di un'attività funzionale disturbata.

Lévy-Valensi pone l'equazione isteria = pitiatismo + emotività + mitiomania.

Prima della guerra l'isteria era considerata una malattia *sine materia* e la si spiegava con un meccanismo veramente psicologico. Janet l'attribuiva a disturbi della sintesi psichica con tendenza alla divisione delle personalità; Sollier ad una specie di torpore o di sonno localizzato o generalizzato dei centri cerebrali; Klippel e M. P. Weil ad un'associazione di manifestazioni sonnolenti, emotive e di stanchezza; Breur e Freud a repressione di complessi affettivi; Kretchmer ad una reazione di fuga con manifestazioni istintive primitive; Dupré e Logre a fenomeni immaginativi o mitomaniaci; Claude ad una reazione emotiva con l'isolamento di un'idea; Babinski, mettendo in secondo piano il fatto emotivo, all'ipersuggestibilità dei soggetti e alla suggestione.

Le analogie con alcune forme di encefalite letargica hanno fatto pensare che l'isteria sia dovuta anch'essa ad un disturbo della funzione del mesencefalo, dinamico secondo alcuni, veramente organico secondo altri.

Nel 1920 Briand e Rouquier riferiscono due casi di encefalite con fatti intermediarî tra l'encefalite e l'isteria.

Marinesco, Radovici e Dragonesco studiando le crisi oculogire dei parkinsoniani postencefalitici notarono che tali pazienti presentavano una suggestibilità esagerata. L'inizio dell'accesso era quasi sempre provocato da uno choc psichico, talvolta per contagio mentale e anche con la semplice suggestione allo stato di veglia. Inoltre con la persuasione riuscirono a far cessare di un colpo le crisi.

Radovici diede il nome di *stati isteroidi organici, isterismo postencefalitico* e di *sindrome isteroide da diencefalosi* a queste sindromi legate indiscutibilmente a lesioni striate. Nel 1930 il Radovici scriveva: « Alla base del cervello, nelle formazioni talamo-striate vegetative e nelle vie extrapiramidali, esiste un vero apparato isterogeno. Le sue lesioni indelebili o le sue leggere alterazioni reversibili sono capaci di produrre tutti i gradi delle manifestazioni motorie, sensitivo-sensoriali, vegetative o psichiche che oggi ancora sono considerate come non aventi nessun sustrato organico ossia di origine psicogenetica. Quasi sempre si può ammettere che alla base della maggior parte dei disturbi oggi diagnosticati isterici vi devono essere piccole cicatrici esiti di processi banali, rimontanti all'infanzia, dipendenti da piccoli traumi ostetrici o di altra natura, da qualche leggera encefalite complicazione di infezioni influenzali, morbillose, o da altri virus neurotropi sconosciuti ».

Marinesco non è così nettamente organicista. Egli non ammette lesioni o alterazioni cellulari rilevabili al microscopio, ma ritiene trattarsi più probabilmente di modificazioni biochimiche. Esisterebbe, nell'isteria un fattore costituzionale, probabilmente umorale, che produrrebbe un perturbamento funzionale dei centri sottocorticali con ripercussione sulla corteccia. E più recentemente lo stesso Marinesco tende a spiegare il meccanismo psicopatologico dell'isteria con l'intervento dei riflessi condizionali di Pawlow.

Van Bogaert, senza essere esclusivamente organicista, riconosce che l'isteria è legata ad un perturbamento diencefalico. Si tratti di lesione organica o funzionale sono sempre gli stessi centri in quistione. Il pitiatismo utilizza per esprimersi meccanismi fisiologici. L'essenziale del disturbo dell'isterico risiede in una fragilità particolare di tutte le sue funzioni d'integrazione per modo che sotto l'influenza di emozioni, subliminali su un soggetto sano, si realizzano in lui dissociazioni neuroniche che è poi incapace di dominare abbandonato alle sue sole energie.

Il ravvicinamento clinico tra l'encefalite e l'isteria, l'analogia delle localizzazioni e sopra tutto la dottrina organicista ha sollevato decisi contrasti. Certo per quanto interessanti e suggestivi questi tentativi di spiegazione della patogenesi dell'isteria non sembrano del tutto convincenti, e lasciano perplessi come del resto lascia l'esclusiva teoria psicologica.

Anche recentemente Baruk ha tentato di ravvicinare il pitiatismo alle sindromi catatoniche.

Barré ritiene che l'isterico ha il sistema simpatico ipereccitabile, riflessi vasomotori di notevole violenza, durata ed estensione, riflessi superficiali e profondi vivaci che potrebbero spiegare la maggior parte dei disturbi sensitivi, motori, riflessi e psichici.

Heuyer descrive tre fasi nel meccanismo dell'accidente pitiatico: 1° desiderio effettivo con tendenza sempre utilitaria: il soggetto in seguito ad uno choc emotivo (istero-traumatismo), ad una preoccupazione affettiva (pitiatismo banale), ha il desiderio egoistico di attirare l'attenzione sulla sua personalità; 2° rappresentazione immaginativa: mediante la sua fantasia morbosa che inventa o lavora su i suoi ricordi, il soggetto costruisce più o meno coscientemente, la rappresentazione mentale del disturbo che gli consentirà di soddisfare il suo desiderio; 3° realizzazione motoria: il soggetto realizza questo desiderio in funzione del suo infantilismo motorio.

Infine la dottrina psicanalitica continua ad avere i suoi assertori più o meno intransigenti.

Le deduzioni terapeutiche di queste numerose interpretazioni patogenetiche non sono gran che incoraggianti. Solo Baruk ha avuto dei risultati brillanti, dalla narcosi scopocloralica che egli aveva studiata nella catatonia sperimentale. Si deve somministrare una dose di medicamento sufficiente a provocare il sonno nel corso del quale scompare il disturbo isterico.

A parte ciò il trattamento dell'accidente pitiatico il più generalmente ammesso è sempre quello di Babinski: la persuasione aiutata da un mezzo di suggestione (corrente faradica, iniezioni, ecc.) variabile secondo le preferenze personali, consente di ottenere la guarigione se il medico ha saputo inspirare fiducia al paziente. Questa guarigione sarà tanto migliore quanto più rapidamente ottenuta: deve esserci il « miracolo ».

Le recidive si prevengono sforzandosi di modificare il fondo mentale del soggetto: compito difficile ed ingrato. Senza dubbio l'allontanamento dall'ambiente familiare, la rieducazione psicoterapica consentono di raggiungere questo scopo, a meno che il soggetto non abbia interesse a coltivare una situazione dalla quale spera di trar profitto. DR.

Tabe bulbare.

(L. LEBOURG. *Paris Médical*, 18 luglio 1936).

Sotto il nome di tabe orale o tabe bulbare comprendiamo tutte le manifestazioni orofacciali talvolta assai precoci della malattia; con i sintomi oculari essa fa parte della tabe cefalica, che colla varietà cervicale costituisce la tabes superior.

I dolori tabetici sembrano meno frequenti alla faccia che agli arti e al tronco, ma la nevralgia del trigemino può essere il solo sintomo di una tabe iniziale. Essa colpisce solamente il ramo sensitivo del nervo, mentre lascia indenne la branca motoria contrariamente a ciò che avviene nella nevralgia dovuta a causa meningea, protuberanziale od ossea. È frequentemente bilaterale e colpisce più spesso la branche superiori del nervo.

I dolori folgoranti a topografia strettamente radicolare percorrono i denti, le mascelle e la faccia a guisa di una scarica elettrica.

I dolori persistenti sopravvengono per crisi che durano parecchi giorni o parecchie settimane. Sono talvolta localizzate a un territorio ristretto: la nevralgia linguale, contrariamente alla banale glossodinia ha sede nella metà anteriore della lingua.

La sensibilità profonda è lesa con estrema frequenza: la pressione della lingua anche molto energica non provoca alcun dolore. Anche la anestesia tattile è frequente e così quella dolorifica (carie indolore).

Il riflesso del velo pendulo e quello faringeo sono spesso aboliti. I disturbi del tono muscolare si manifestano con una flaccidità particolare nella guancia, particolarmente evidente durante la fonazione e una lassezza delle articolazioni temporomandibolari che portano frequentemente alla lussazione.

Oltre i disturbi secretori (scialorrea tabetica) sono stati studiati i disturbi sensoriali consistenti soprattutto nella ageusia o nel pervertimento del gusto.

Fra i disturbi trofici trovano posto la caduta analgesica dei denti a decorso inesorabile e non influenzabile in alcun modo; l'ulcerazione gengivale e il riassorbimento progressivo delle arcate alveolari che porta alla formazione del cosiddetto palato piatto tabetico. La necrosi dei mascellari può colpire uno o più alveoli e può interessare il corpo stesso dell'osso dando luogo alla formazione di grandi sequestri ed alla forma necrotica del mal perforante.

Tutte queste alterazioni contribuiscono a imprimere al viso del malato un'espressione particolare che è stata descritta come facies tabetica, ma della quale dobbiamo distinguere la varietà nella quale lo scheletro è indenne da quella nella quale il massiccio osseo facciale appare retratto in tutti i sensi per i fenomeni di riassorbimento.

La terapia antiluetica intensa e prolungata fa scomparire la maggior parte dei disturbi funzionali e arresta il decorso delle lesioni anatomiche. La protesi delle perdite dentarie non sembra consigliabile e quella delle deformazioni mascellari non è facile ad attuare.

E. CARLINFANTI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

K. LUNDING. *The symptomatology of diverticulum formations of the colon.* Supplemento LXXII delle « Acta Medica Scandinavica ». Ed. Hakan Ohlssons Boktryckeri. Lund., 1935, pp. 287.

Spetta alla radiologia il merito di aver rilevato la relativa frequenza delle formazioni diverticolari del colon che sarebbero state riscontrate in circa 5 % di affezioni coliche studiate radiologicamente. Anche lo studio dell'A. che si riferisce a circa 2000 osservazioni radiologiche del colon eseguite per indicazioni cliniche generiche, porta una percentuale simile (4,2 %). Appare quindi tempestiva la comparsa di un lavoro che si propone di studiare l'argomento sopratutto dal punto di vista clinico e diagnostico; tanto più che le prime manifestazioni dell'affezione essendo piuttosto vaghe ed avendo il carattere di disturbi intestinali cronici sono giudicate di pertinenza del medico pratico e raramente vengono diagnosticate (in mancanza degli ausili tecnici speciali), se non quando negli ulteriori stadi le successive complicanze sotto forma di processi infiammatori, ascessi, fistole, ecc. hanno già conferito un carattere di gravità ed imposto l'intervento chirurgico che forse potrebbe essere stato evitato con opportune norme adottate precedentemente.

Per quel che riguarda la distribuzione della malattia essa è alquanto più frequente negli uomini che nelle donne ed è propria dell'età matura e avanzata (dopo i 40 anni). La localizzazione più frequente dei diverticoli, per lo più molteplici, è quella sigmoidea.

La sintomatologia dell'affezione è multiforme, e varia notevolmente a seconda dello stadio e della forma della malattia; l'A. distingue la forma prediverticolare, quella diverticolare, la diverticolosi, la colite diverticolosa, la diverticolite, ma anche ognuna di tali forme presenta un complesso di sintomi variabili ed individuali a cominciare dalla stitichezza alternata talora a diarrea, dal senso di pienezza nell'addome, dalla dolenzia nella fossa iliaca sin., dai disturbi urinari, per esser reso obiettivabile e palese sotto forma di masse palpabili nell'addome, presenza di ascessi e fistole e che finalmente può culminare nella sindrome peritoneale.

L'A. insiste sull'importanza diagnostica dell'esame delle feci, nelle quali spesso si riscontra muco sangue occulto ecc. Uno degli scopi dello studio dell'A. era rappresentato dallo stabilire il valore diagnostico della reazione di catalasi nelle feci (reazione di Norgaard, modificata dall'A.). Tale reazione, sebbene non sia di natura specifica, e rappresenta piuttosto la conseguenza della presenza di cellule che in simili forme morbose sono riccamente commiste al contenuto intestinale, avrebbe secondo i risultati dell'A. un discreto valore diagnostico, prognostico e anche terapeutico.

Naturalmente la chiave della diagnosi viene fornita dall'esame radiologico, il quale altresì ha dimostrato la frequente presenza di spasmo intestinale, infiltrazione e rigidità infiammatoria della parete intestinale ecc.

Nell'appendice del libro sono state riportate tutte le storie cliniche dei malati osservati che formano nel loro insieme una ricca raccolta di materiale clinico relativo ad un'affezione che può dirsi ancora poco conosciuta.

S. MINZ.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

P. L. FIORANI-GALLOTTA. *Igiene rurale.* Un vol. in-8° di 206 pag., con 206 fig. e 5 tav. a colori, rilegato. Unione tip. ed. torinese, Torino, 1936. Prezzo L. 25.

Il lavoro dei rurali è stato oggi molto valorizzato in Italia, come uno dei capisaldi del benessere e della vitalità della Nazione e quindi un libro che, come questo del prof. Fiorani-Gallotta si occupa del modo di renderne più igienica la vita deve essere accolto col massimo favore. L'igiene rurale, in confronto di altri rami dell'igiene stessa, è sempre stata negletta; pochi autori si sono occupati con competenza dell'argomento, mentre alcuni supervalutando certe condizioni di vita del contadino, la consideravano quasi da un punto di vista arcadico. Vita rude, invece, per chi la conosce e la vive, insidiata spesso da cause morbigene di difficile lotta. E l'A. ce la presenta qui nelle diverse condizioni di vita delle varie regioni d'Italia, mettendo il dito sulle piaghe più evidenti e dando gli opportuni consigli. Troviamo così considerati gli abitati e le abitazioni rurali, la produzione del latte, il problema alimentare, le malattie nell'ambiente rurale, le malattie professionali, quelle epidemiche ed infettive, che prendono nell'ambiente rurale particolari caratteri.

Numerose e dimostrative le figure, fra cui 4 tavole colorate dedicate ai funghi, che fanno ogni anno numerose vittime.

Il libro, oltre la ben nota competenza dell'A. nel campo dell'igiene, dimostra la buona conoscenza che egli ha dell'ambiente rurale, nozione indispensabile per far sì che il libro sia utilizzabile nelle varie nostre provincie, che hanno abitudini e costumi tanto diversi. È strano però che fra le varie categorie della popolazione delle campagne, l'A. non annoveri anche quella dei mezzadri, che pur costituiscono — almeno in certe province — la parte preponderante.

Il volume fa parte della Enciclopedia agraria: « La nuova agricoltura d'Italia », diretta

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

dal Sen. A. Marescalchi, che nella prefazione mette in rilievo come « l'ottimo trattato dell'egregio valoroso prof. Fiorani viene in momento opportuno ». *fil.*

A. Fischer. *Geschichte des deutschen Gesundheitswesen.* Due vol. in-8° di pag. 343 e 591, rispettivamente con fig. 72 e 107, rilegati. Urban e Schwarzenberg, Berlin, Prezzo RM. 20.

La storia della medicina, ben lungi dall'essere come alcuni ritengono uno studio sterile, è feconda di vari insegnamenti, che possono anche suscitare nuovi impulsi di ricerca; soddisfa inoltre la curiosità dello studioso e può essere motivo di orgoglio per chi vede che il proprio paese è stato anche in questo un antesignano. Sotto questo punto di vista, l'Italia ha indubbiamente uno dei primi posti fra le nazioni europee e l'A. deve ricercare in autori latini (G. Cesare, Tacito) i primi accenni alle condizioni di vita dei Germani e gli è motivo di soddisfazione il trovare che Tacito riconosce come i Germani, non mescolati con matrimoni con altre razze, sono da considerarsi come un popolo uniforme e puro.

A giusta ragione, C. Hamel, Presidente dell'Ufficio di Salute pubblica del Reich, definisce quest'opera come un nuovo monumento per la storia della coltura tedesca. Paziente opera di ricerca di documenti fra polverosi archivi, raccolta di interessante materiale documentario, ben riprodotto in belle fotografie, per mettere in luce quanto può dimostrare il largo e valido contributo del popolo tedesco nei campi della medicina, dell'igiene e della demografia.

Nel primo volume, considera i primordi della medicina ed igiene in Germania, con l'influenza che vi hanno esercitato il cristianesimo, i conventi, Carlo il grande, gli ordini cavallereschi; interessante è il seguire lo sviluppo degli ospedali e dell'assistenza medica. L'A. si diffonde poi ampiamente sull'opera di Ippolito Guarinonius, medico del XVII secolo che egli chiama tirolese, ma che è oriundo di famiglia milanese e forse nato in Italia.

Nel secondo volume, tratta lo sviluppo della medicina ed igiene nel secolo XVIII, quando si incominciò a dare una legislazione sanitaria, l'assistenza ospedaliera ed ai poveri e si fondarono le prime casse-malati (di cui l'A. trova cenni fin nei secoli XIII e XVI) ecc. Sempre più ampio sviluppo prende poi la materia, dalla fondazione della prima società dei medici e naturalisti di Svevia (1801) sino alla fondazione dell'Ufficio di Salute pubblica (1876); periodo di grande attività, in cui l'organizzazione medica, igienica ed assistenziale si allarga e si completa.

Chiunque si occupi di storia della medicina non potrà trascurare la lettura di questa opera seria e ben documentata. *fil.*

Accademie, Società Mediche, Congressi

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 6 giugno 1936.

Presiede il prof. R. Alessandri, presidente.

Meningotifo eruttivo, sporadico, benigno a carattere professionale.

Prof. G. Penso. — La malattia colpisce gli allevatori di suini; è stata riscontrata in Francia, in Svizzera, in Italia (Parma). L'O. ne descrive le caratteristiche cliniche, e ricorda l'esito e la guarigione.

Enumera le ricerche volte a dilucidarne l'etiologia finora tutte negative. Per la patogenesi è necessario un contatto abituale con i suini; sospetta l'O. che la malattia possa essere trasmessa da un ecloparassita. Propende a credere che sia il meningotifo eruttivo da avvicinare alle febbri esantematiche con le quali ha numerose manifestazioni in comune e specialmente col gruppo del tifo esantematico.

Il socio prof. Puntoni osserva a proposito dell'asserzione del prof. Penso sopra una possibile inclusione della malattia, che ha illustrata, con il gruppo del tifo esantematico, che mancano le prove fondamentali, ossia una reazione di Weil-Felix, la reazione testicolare negli animali da esperimento, il reperto delle Rickettzie.

Risponde il prof. Penso che l'ultima parola non è detta sulla classificazione del nuovo morbo. Egli ha eseguito una sola prova di agglutinazione su X-19, ma tale risultato negativo non ha valore probativo alcuno in nessun senso; non ha eseguito le prove d'inoculazione nella vaginale della cavia; le ricerche di Rickettzie nell'uomo non è ricerca comunque a risultati facili e ad esito possibile. Il ravvicinamento è legato solo a criteri clinici.

Sulla derivazione degli actinomiceti anaerobi.

Prof. V. Puntoni. — L'O. sulla base di ricerche morfologiche, culturali, biologiche e sierologiche viene alla conclusione che gli actinomiceti anaerobi del tipo Welf-Israel denominati Actinobacterium israeli (Kruss) Sampietro (cohistreptotrix israeli Pinoy) derivano dal comune saprofita intestinale bacterium bifidum (Tissier) col quale formano una specie unica. La denominazione da far prevalere è quella di Actinobacterium israeli (Kruse 1896) Sampietro 1908, mentre cade in sinonimia la denominazione Bacterium bifidum (Tissier 1901).

Studio chimico-biologico sui componenti del b. di Koch e il terreno ove essi si sviluppano.

Proff. E. Morelli, G. Daddi e C. Cattaneo. — Gli OO. riferiscono delle ricerche in corso nell'Istituto « C. Forlanini » sui componenti chimici del b. di Koch e del terreno ove esso si è sviluppato.

Servendosi del vibratore-agitatore Morelli (apparecchio presentato all'Accademia), da colture di b. Tbc., virulenti si ottengono dei disintegrati bacillari nei quali non si riscontrano più forme cellulari ben costituite, ma solo un ammasso amorfo non più acido-resistente, che non tubercolizza le cavie e i conigli, conferendo ad essi, anzi, un certo grado di resistenza verso un'infezione tubercolare successiva. Il disintegrante filtrato per candela ha

anche la proprietà di svelare l'allergia tubercolinica a diluizioni molto elevate (1/1500).

Sono stati esaminati biologicamente (Daddi) le proteine ed i polisaccaridi estratti dal terreno ove si erano sviluppati b. tbc. bovini (liquido di Sauten), con un procedimento essenzialmente fisico studiato da Cattaneo, che risparmia al massimo la struttura originale di detti partigeni. Alle proteine è stato riconosciuto un forte potere tossico per la cavia tbc., ed un potere cutireattivo spiccato anche a diluizioni di mmg. 1/10.000-1/50.000. I polisaccaridi posseggono azione analoga, ma in misura assai minore, e, al contrario delle proteine, perdono il potere cutireattivo col trattamento al calore.

Il socio prof. Frugoni si congratula ed augura sviluppo ulteriore delle interessanti ricerche.

Alterazioni anatomo-istologiche del pancreas in casi di distrofia muscolare progressiva.

Prof. G. Bompiani. — L'O. analizza macroscopicamente e microscopicamente le lesioni riscontrate in casi di distrofia muscolare progressiva e riserva il giudizio sul valore casuale di esse.

Il prof. Arcangeli ripete la sua convinzione che la malattia ha origine luetica e precisamente di sifilide ereditaria. Vi sono casi in cui tale eredità è facilmente dimostrabile (lue ereditaria di 1ª e 2ª generazione) casi che colpiscono maschi e femmine; cita un malato nel quale la cura di calomelano arrestò la malattia; vi sono casi in cui la malattia si trasmette solo per le femmine, che non ne sono affette, e giovano le cure con estratti pancreatici. Si riferisce alle ricerche del Verrotte per illustrare i punti capitali sui quali modernamente è fondato il concetto della eredolue nelle malattie familiari.

Espone i mezzi per accertare l'eredolue e osserva lo scarso valore che in argomento hanno le ricerche istologiche.

Il socio prof. Spolverini ha avuto occasione di studiare in Clinica Pediatrica tre bambini della stessa famiglia affetti da amiotrofia tipo Charcot-Marie, e constatare imperfetta funzione pancreatica e alterato comportamento della creatina e creatinina.

Non condivide l'opinione del prof. Arcangeli che cioè in ogni caso di distrofia muscolare si debba ricercare la causa in una infezione sifilitica.

Risponde agli oratori il prof. Bompiani.

Il Segretario: T. Pontano.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 18 giugno 1936.

Presidente: Prof. G. Di Guglielmo.

Prof. V. Longo. — *Influenza della iperglicemia sperimentale.*

La siero-reazione di Weltmann nel parkinsonismo post-encefalitico.

Dott. A. Rubino. — L'O. riferisce i dati comparativi tra siero-reazione di Weltmann e tasso colesterinemico in 40 parkinsoniani post-encefalitici: da tali dati si rileva un netto rapporto tra allungamento della K. B. e ipocolesterinemia nel 72,5 % dei casi presi in esame, e tra normocolesterinemia e K. B. normale, nel 20 % e tra ipercolesterinemia e K. B. accorciata nel 7,5 % dei casi.

L'O. rileva però come non sia possibile stabilire delle correlazioni precise tra colesterinemia e sieroreazione di Weltmann in quanto l'esame accurato del materiale clinico dimostra una molteplicità di rapporti.

Ricordata l'importanza nell'organismo delle sterine e dei composti lipoproteici, nei quali il componente lipidico è essenzialmente rappresentato da sterine, e sopratutto la loro influenza sulla stabilità delle proteine, l'O. è indotto ad attribuire a tali composti una notevole parte nel determinismo della siero reazione di Weltmann.

Così è anche possibile ricondurre la molteplicità di rapporti ad un meccanismo unico, quantitativo nell'organismo di componenti lipoproteici nei quali il componente lipidico agisce mantenendo e condizionando la stabilità proteica.

L'O. perviene alla conclusione che sarebbero interessanti delle ricerche, sui rapporti, quantitative e qualitative tra proteine e lipidi del siero.

La colesterinemia nel parkinsonismo postencefalitico.

Dott. A. Rubino. — L'O. ha ricercato, con il metodo di Autenrieth, la colesterinemia in 40 parkinsoniani post-encefalitici. Nel 72,5 % (29 casi) ha riscontrato ipocolesterinemia, nel 20 % (8 casi) normocolesterinemia, e nel 7,5 % (3 casi) ipercolesterineamia.

Dopo avere ricordate le indagini e le deduzioni ancora poco sicure intorno alla genesi della colesterina e i vari fattori che possono modificare il tasso colesterinemico, l'a. sostiene come probabile un'azione ipocolesterinemizzante da parte dei processi di tossicosi che si ritengono causa delle sindromi post-encefalitiche.

Ammette poi che, come per altre forme morbose (la demenza precoce in ispecie) così anche per il parkinsonismo post-encefalitico la ipocolesterinemia sia in gran parte espressione di uno stato di deficit funzionale del sistema reticolo-endoteliale.

Rapporti fra sieroreazione di Weltmann e colesterinemia.

Dott. A. Rubino. — L'O. ha praticata la siero reazione originale di Weltmann e quella col cloruro di bario in 48 parkinsoniani post-encefalitici: in una notevole percentuale (66,6 % col cloruro di calcio; 64,55 % col cloruro di bario) ha riscontrato un allungamento più o meno notevole. Circa l'82 % delle reazioni negative è rappresentata, per quel che riguarda le ricerche dell'O. dei casi più cronici e più gravi per sintomatologia.

Ha poi osservato le modifcazioni della siero-reazione di Weltmann dopo la cura bulgara sola (11 casi) e dopo la cura associata con preparati vari, epatici ed intestinali (12 casi); con la cura bulgara nel 45,4 % dei casi si è riscontrato un allungamento, nel rimanente reazione immodificata; con la cura associata nel 58,3 % dei casi un accorciamento e solo nell'1,83 % (1 caso) allungamento. I migliori risultati li hanno forniti il Lattosten e l'Eparema: nel 100 % dei 6 casi accorciamento.

Pare quindi che la cura associata non solo protegge dalla tendenza al peggioramento, ma riesce in molti casi a combatterla in senso opposto.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La sesta malattia.

J. R. Dreyfus di Berna (*Presse méd.*, 18 luglio 1936) propone questo nome per una malattia da lui osservata e denominata anche: roseola infantile, esantema subitaneo oppure febbre dei tre giorni con esantema critico.

Incubazione di 3-7 giorni a cui segue febbre abbastanza elevata (39°-40°) che dura 3 giorni con brusca defervescenza; stato generale poco alterato, rare le otiti o le bronchiti. L'esantema compare sul 4°-5° giorno; si inizia al tronco, con papule che ricordano quelle del morbillo (talora invece l'esantema è scarlattiniforme, od a tipo di orticaria), di 2-5 mm., che si estendono poi alla nuca, alle tempie, agli arti, scarse o punte al viso. In 12-48 ore scompare, senza desquamazione.

Interessante è la formula sanguigna: leucopenia (4000-8000), con granulocitopenia e linfocitosi relativa (linfociti 80-90 %; granulociti 15-20 %). Ritorno al normale dopo 7-9 giorni.

La sesta malattia colpisce soprattutto i poppanti ed i bambini fino ai 2 anni; si è però osservata fino ai 14 anni. Si presenta piuttosto sporadicamente, ma va considerata come contagiosa.

La prognosi è favorevole; la terapia è facile: durante la febbre, bagni e somministrazione di acetilsalicilato di calcio (a dosi di 2 cg. 3 volte al giorno). Se vi sono convulsioni, clisteri di cloralio idrato (1 g. in 10 g. di mucillagine di salep). *fil.*

Stomatite da apparecchio di protesi dentaria.

H. Rattner (*Journ. amer. med. assoc.*, 27 giugno 1936) riferisce su 3 casi di stomatite verificatasi in seguito all'applicazione di apparecchi di protesi dentaria; in due di essi, le prove cutanee fatte col materiale di protesi diedero risultato positivo.

I materiali con cui sono fatte le placche di protesi sono tenuti segreti dai fabbricanti, i quali in casi del genere tendono ad attribuire i disturbi a cause meccaniche, il che viene senz'altro escluso dalla positività delle prove cutanee. Così pure è da escludersi l'infezione a cui ho veduto attribuire da un collega un caso del genere.

I materiali che ora si usano invece della vulcanite sono essenzialmente fatti di cellulosa trattata con varie sostanze chimiche, pigmenti, riempitivi ed altre sostanze. Altri sono fatti con resina al fenolo (tipo bakelite) e contengono quindi fenolo, formalina, ammoniaca e sostanze coloranti. Il cromo usato per la colorazione, le varie sostanze usate per la lucidatura e per la soluzione della cellulosa, che sono note cause di irritazione della pelle lo saranno altresì per la mucosa orale in individui particolarmente sensibili.

In casi del genere, quindi, quando si possano escludere difetti meccanici, infezioni od altri fattori medici, oppure i dentifrici, è logico pensare all'irritazione determinata dall'apparecchio; le prove cutanee della particolare sensibilità dell'individuo ne daranno la conferma. *fil.*

Fratture costali da tosse.

B. Halle (*Lijecnicki Vjesnik*, maggio 1936) riporta due osservazioni del genere, entrambi in uomini, uno dei quali con muscolatura molto robusta; in occasione di un violento sforzo di tosse, sensazione improvvisa di dolore forte al torace in un punto ben determinato. All'esame clinico-radiografico, frattura dell'VIII costa, all'arco posteriore (in un caso a destra, nell'altro a sinistra).

L'A. ha raccolto 43 casi del genere e 2 dovuti a starnuto. Generalmente, la frattura è solitaria; si sono avuti casi fino a 5 fratture contemporanee; più frequente a sinistra, con punto di predilezione ad 1/3 posteriore dell'arco costale, al limite della parte cartilaginea ed ossea. L'età sembra senza influenza, il sesso preferito è il maschile.

Varie cause predisponenti sono state invocate: atrofia senile, fragilità ossea, tubercolosi, processi polmonari vari, enfisema, bronchite, sforzo, ecc.; l'A. vi aggiunge la sinfisi pleurica, facendo presente che una costola fissata da aderenze pleuriche presenta una minore resistenza, in occasione di una contrazione muscolare esagerata. Lo sforzo costituisce una causa aggravante.

Nella diagnosi differenziale, si deve tener presente che un ematoma sottopleurico da frattura può simulare una pleurite, mentre la frattura detta spontanea può essere presa per una frattura patologica (tumore), per un pneumotorace spontaneo, ecc. *fil.*

Il bismuto nelle angine acute non specifiche.

Il trattamento delle angine acute non specifiche con le iniezioni di bismuto è stato proposto da Monteiro, che recentemente ha pubblicato un'ampia statistica favorevole a questo metodo di cura (1-2 iniezioni a distanza di 24 ore, dei consueti preparati antiluetici).

A Pagano (*Il Valsalva*, giugno 1936) ha sperimentato tale rimedio in 32 casi di affezioni acute del faringe; facendo astrazione degli ascessi peritonsillari che sono resistenti a tale cura, l'A. ha ottenuto risultati positivi nel 62,5 % e negativi nel 37,5 %. L'azione del medicamento è stata più rapida e più marcata nelle forme catarrali semplici, mentre i suoi effetti sono andati diminuendo man mano che

aumentava la gravità dell'affezione. Negli ascessi peritonsillari ha determinato maggiore fluidificazione del pus e più facile detersione della cavità dopo l'incisione, mentre nessun effetto si è avuto nelle forme a ripetizione. I dolori vengono sufficientemente influenzati. L'A. attribuisce i suoi risultati meno favorevoli al fatto di avere usato preparati a minore concentrazione che gli autori brasiliani.

fil.

Nella bronchite degli enfisematosi.

H. Knipping (*Ther. d. Gegenwart*, marzo 1936) consiglia le piccole dosi di jodio, con la formula seguente:

Joduro di potassio	cg.	50
Scir. di cort. arancio amaro	g.	10
Acqua dist. q. b. per	g.	200

S. un cucchiaino da tè 3 volte al giorno.

Buoni risultati si hanno anche con le forti dosi di chinina (almeno 30 cg. al giorno per varie settimane), a cui si unisce dell'olio canforato. Utili sono le inalazioni di adrenalina (cmc. 0,5 della soluzione al 1/1000), che non danno gli effetti spiacevoli delle iniezioni, specialmente l'aumento della pressione sanguigna. Le vie respiratorie si fanno più libere e la secrezione diminuisce.

Nello scompenso del cuore destro, usare i cardiocinetici (strofantina, digitale); nell'insufficienza respiratoria, l'ossigeno. *fil.*

Azione dell'acido lattico e forti dosi nell'urticaria.

Camescasse in una serie di pubblicazioni ha segnalato l'effetto curativo dell'acido lattico negli accidenti da siero, specialmente nell'orticaria.

Posologia:

Acido lattico	gr.	15
Sciroppo di . .	gr.	250

Questa pozione va presa a cucchiai in una giornata.

A. Alechénsky in una comunicazione alla Société Clinique des Hôpitaux ha riferito due osservazioni interessanti di affezioni cutanee trattate con acido lattico:

I. - M. G. a. 33 affetto da urticaria quasi generalizzata insorta in 36 ore. Mercè la somministrazione della suddetta pozione di acido lattico, guarì completamente in 24 ore.

II. - L'altro caso si riferisce ad una donna di 46 a. con edema di Quinque alla faccia da due giorni. Essa dichiarò di andare soggetta ad orticaria 1-2 volte all'anno. Somministrazione di acido lattico: guarigione in 24 ore.

In due anni l'A. ha potuto confermare parecchie volte la costatazione dell'effetto rapido dell'acido lattico non solo nell'orticaria e nell'edema di Quinque, ma anche nell'eritema polimorfo e negli eczemi acuti.

F. VICENTINI.

Nelle ustioni non molto estese.

L. J. Panting (*British med. journ.*, 1935, n. 3921) consiglia una soluzione di acido tannico al 20 % in acriflavina (tripaflavina) ad 1/1000, da spennellarsi (con un pennello di peli di camello) sulla parte, in piccole quantità, lasciando poi seccare e ripetendo fino a che la pelle diventa di color mogano (sono di solito necessarie 6-8 spennellazioni).

Il dolore scompare alla seconda, la guarigione si fa senza complicazioni e senza bisogno di unguenti, nè di fasciature. *fil.*

Nell'iperidrosi.

Acido borico		
Terra silicea		
Licopodio		
Urotropina	ana g.	10
Talco veneto	»	60
Profumo q.b.		

Per l'estrazione dei tappi di cerume.

Prima di usare il getto d'acqua, McKenzie consiglia di rammollire il tappo con la seguente soluzione:

Fenolo liquido	g.	0,06
Bicarbonato di sodio	»	0,60
Glicerina	»	7,50
Acqua q. b. per	»	30,0

Lo stesso A. consiglia di assicurarsi dapprima della diagnosi, specialmente con il colesteatoma, che può anche presentarsi insieme con il tappo di cerume e costituirebbe una controindicazione per l'irrigazione. In tal caso, l'insieme della massa è più molle e dà cattivo odore; si consiglia allora l'umettamento con acido salicilico ed alcool a parti uguali.

(*Schweiz. med. Wochens.*, 4 luglio 1936).

SEMEIOTICA

Sulla prova di carico con galattosio negli epatopazienti.

Chiray, Albot e Deparis (*Annales de Médecine*, giugno 1936) insistono molto sul valore incomparabilmente superiore allo studio della concentrazione del galattosio eliminato con le urine, piuttosto che della quantità.

Infatti nel valore « concentrazione » interviene anche il metabolismo idrico, che negli epatici è alterato.

Gli AA. ritengono che lo studio delle « concentrazioni galattosuriche » pur non potendo sostituire gli altri metodi semeiologici che mirano alla diagnosi anatomoclinica della malattia epatica, abbia un grande valore pratico.

Essi hanno eseguito la prova su 500 casi di ittero di tutti i tipi; la prova col galattosio non può facilitare la diagnosi che in casi speciali. Ma consente sempre di aggiungere alla diagnosi delle nozioni complementari sulla situazione complessiva del fegato sopratutto dal punto di vista funzionale.

Nel corso di una qualunque malattia epatica, la prova consente di stabilire se è in atto un'epatite parenchimatosa acuta, senza evidentemente consentire la discriminazione se essa si è sovrapposta ad altro quadro morboso e se è primitiva. Onesto appunto è lo scopo della prova di carico con galattosio, fatta tenendo conto delle « concentrazioni » di zucchero: precisare l'esistenza e il grado della epatite. Nel complesso gli AA. ritengono che questa prova funzionale debba entrare nel numero delle ricerche di laboratorio di uso corrente di clinica.

M. COPPO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Influenza dell'"acqua gozzigena,, nel ratto, particolarmente nella discendenza.

Dopo avere accennato in rapida sintesi l'anatomia e la fisiologia della tiroide, G. A. Vanoncini (*Rivista di Clinica Pediatrica*, luglio 1936) passa a parlare dell'argomento che più interessa e cioè del cretinismo endemico.

Per quanto riguarda questa sindrome complessa, geograficamente limitata ad alcune regioni particolari è noto che non può essere imputata la sola alterazione anatomica e funzionale della tiroide, ma è stato riscontrato accanto allo struma tiroideo, uno struma ipofisario ed alterazioni neurologiche di vario grado. Dal punto di vista della funzionalità tiroidea è da tutti riconosciuto che il cretinismo endemico è essenzialmente un ipotiroidismo accompagnato a disfunzione pluriglandolare per causa tuttora ignota, ma con ogni probabilità molteplici (eredità, fattori igienici, dietetici, idrici).

Ed è appunto in rapporto a questi fattori idrici che il Colella aveva studiato quei casi di gozzo endemico apparsi in quella parte di Palermo che risultava alimentata da una speciale sorgente d'acqua (Fonti del S. Gabriele) ed aveva potuto dimostrare una notevole coincidenza tra l'alimentazione idrica e comparsa del gozzismo, non solo, ma aveva potuto riprodurre un quadro di distiroidismo in animali da esperimento somministrando ad essi tale acqua.

In base a questi studi l'A. ha sperimentato sui ratti l'acqua di Razzoli, i cui abitanti presentano con grandissima frequenza note di cretinismo, più o meno accentuate, ma sempre caratteristiche.

L'A. ha sperimentato su ratti di pochi giorni proseguendo l'esperimento per circa 5 mesi, e sui discendenti di questi animali, somministrando acqua di Razzoli per bocca e per iniezioni, usando come controllo acqua di Pavia.

È arrivato ai seguenti risultati:

Alterazioni cutanee di due tipi; la prima consisteva nella particolare reazione alle prime iniezioni cutanee in seguito alle quali si formava un infiltrato che scompariva completamente solo dopo 15-20 giorni; la seconda nei discendenti consisteva in una diminuzione notevole del pelo con la comparsa di zone di alopecia.

Gli animali presentavano grande vivacità, aggressività e con massima frequenza le madri divoravano i figli.

I nati da madri trattate con acqua di Razzoli presentavano una costante inferiorità ponderale rispetto ai ratti controllo.

La reazione di Kottmann era ritardata, come aumentata era la resistenza all'intossicazione con acetonitrile.

Queste esperienze porterebbero a pensare ad una aumentata funzionalità tiroidea; resterebbe a vedere se con esperimenti più a lungo protratti dopo una esaltazione si ottenesse una diminuzione dell'attività tiroidea.

M. GALEAZZI.

VARIA

Il miglioramento alimentare della popolazione italiana.

Uno degli aspetti più importanti della politica di potenziamento della razza è, certo, quello di assicurare alla popolazione un sano regime alimentare, dal punto di vista della quantità e varietà delle sostanze nutritive. A questo riguardo l'« Agenzia d'Italia » rileva il significativo miglioramento che caratterizza la struttura e le tendenze dei consumi alimentari della popolazione italiana nell'ultimo decennio.

Difatti recenti ed accurate elaborazioni dell'Istituto centrale di statistica mostrano nel modo più evidente il deciso orientamento dei consumatori nazionali verso prodotti alimentari di alto rendimento biologico, particolarmente adatti al nostro clima e per felice coincidenza di grande importanza dal punto di vista della nostra economia agricola. Il consumo degli ortaggi freschi, valutati a kg. 40,9 per testa nel 1926-30, è salito a kg. 54,4 nel 1934; quello della frutta fresca da 28 kg. è passato a kg. 37,2. Di oltre 2 kg. per testa è aumentato, nello stesso periodo, il consumo degli agrumi, passando da kg. 8,6 per testa a kg. 10,9.

Analoghi aumenti si riscontrano nei consumi di legumi, di pesce fresco, e soprattutto di latticini. Così, per il latte alimentare, da litri 24,6 per abitante, qual'era il consumo medio nel 1926-30, si giunge a 34 litri in questi ultimi anni, con palese tendenza verso ulteriori aumenti. Gli altri elementi base della alimentazione, cereali e carni, presentano statistiche normali, se pure accennino a qualche regresso, d'altronde in relazione alle circostanze sopra specificate.

È da rilevare che, a coprire il fabbisogno alimentare della popolazione italiana, solo in minima proporzione concorrono prodotti d'importazione e che tale esigua percentuale è suscettibile d'essere ridotta e anche eliminata, con la piena valorizzazione delle risorse agricole e zootecniche dell'Etiopia.

La necessità di consolidare e perfezionare ulteriormente la favorevole posizione conseguita giustifica pienamente gli odierni orientamenti della politica salariale del Regime e la ferma vigilanza sui prezzi dal Duce assegnata quale còmpito precipuo al Partito.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La legge Pomaret.

Pomaret è un membro della Camera dei deputati di Francia. Fino ad ora non era un uomo noto: ora esce dall'ombra per farsi una notorietà di dubbio valore e di non certa durata. È passato alla ribalta della cronaca come autore di un progetto di legge che ha suscitato violente ed iraconde discussioni.

Si tratta di questo: il signor Pomaret propone d'inibire l'esercizio professionale ai medici, come pure ad altri professionisti, che hanno raggiunta l'età di 65 anni.

Il motivo di questa legge sarebbe quello di diminuire i danni della pletora. Perchè anche la Francia ha abbondanza, eccesso di professionisti.

Naturalmente Pomaret ha i suoi sostenitori ed incitatori. Studenti e giovani medici fanno chiasso e comizî, petizioni e ordini del giorno perchè il progetto sia bocciato o approvato.

La grande maggioranza del corpo medico francese protesta.

L'agitazione di coloro che sperano benefici dall'adozione del provvedimento si spiega. Ma spiegare non è giustificare.

Si comprende che sollecitino la decongestione della pletora studenti, per i quali la laurea non costituisce il miraggio di un immediato e abbondante guadagno, e neo-medici ansiosi di sfruttare il titolo conseguito. Ma non si può giustificare che il legislatore tenga conto esclusivamente di questi interessi, che tradiscono una premura forse affrettata di guadagno, e non tenga nella dovuta considerazione gli interessi precostituiti dagli anziani e le prevalenti esigenze sociali.

La pletora professionale, si sa, tormenta da qualche decennio le classi mediche, dove più dove meno, di tutte le nazioni europee.

Al numero iperbolicamente aumentato degli esercenti si sono aggiunti altri fattori che hanno rese ancora più precarie le condizioni economiche di molti medici. L'aumento numerico ed il perfezionamento degli ospedali, il moltiplicarsi degli ambulatorî, la diffusione delle mutue, il sollevamento del livello culturale generale hanno sensibilmente ridotta l'attività del medico pratico.

È oramai inutile fare l'analisi di questi fattori. La loro influenza è così evidente che non merita dimostrazione. Certo si tratta di istituzioni così benefiche, di elementi così importanti dell'evoluzione civile, che non possono essere discussi. I tentativi di contrastarli sono stati legittimamente trascurati o travolti perchè antisociali.

I numerosi istituti ospedalieri, assicurativi, profilattici hanno creato molti posti per i medici, ma il funzionarismo ha concorso poco ad alleviare le condizioni della classe medica, che rimangono difficili.

Provvedere procedendo a larghe amputazioni di elementi sani e vitali non è nè giusto, nè utile. Collocare a riposo ad una data prestabilita funzionarî a stipendio non equivale all'interruzione dall'esercizio di liberi professionisti. I primi godono della pensione che possono eventualmente integrare con altre attività.

Per gli altri il disseccamento di ogni sorgente di guadagno, anche se si assegnano modeste pensioni, può costituire l'indigenza. Si parla, naturalmente, della maggioranza dei medici che con il lavoro professionale non riescono ad accumulare una fortuna.

In Italia, per ridurre il danno della pletora, si è provveduto al collocamento a riposo dei medici condotti con 65 anni di età. Il provvedimento nella sua applicazione iniziale ha fatto delle vittime perchè ha colpito medici che non avevano ancora prestato un numero di anni di servizio sufficiente per raggiungere una pensione decorosa. Forse tale inconveniente si poteva evitare con temperamenti transitorî. Ma certo la legge italiana non ha avuto e ancora meno avrà per l'avvenire conseguenze paragonabili a quelle che si possono attendere da leggi del genere di quella proposta dal signor Pomaret. I medici condotti, che abbiano le condizioni fisiche idonee e abbiano conservate e aggiornate le loro capacità cliniche, possono ancora misurarsi nell'agone professionale se ne hanno voglia e necessità. In Italia si sono avute di ciò abbondanti e significative esemplificazioni. La legge Pomaret ha tutt'altra portata.

Costringere i medici che abbiano raggiunto i 65 anni di età a cessare ogni attività inerente alla loro professione e quindi a rinunziare ad ogni guadagno costituisce un'iniquità nei riguardi di coloro che dovrebbero subire un così fatto provvedimento e un danno per la società.

Per la grande maggioranza dei medici pratici la libera professione, sia pure esercitata per più decennî, non consente margini sufficienti di risparmio da permettere di vivere di rendita. Quando ciò fosse il progredire della senescenza importerebbe, come avviene di solito, un rallentamento spontaneo, automatico dell'attività professionale determinata dalla riduzione delle energie, dal diminuito bisogno di guadagno.

Del resto la conservazione della clientela è condizionata dalla persistenza delle adatte capacità del medico. Se questo decade la clientela si rarefà e si disperde: il medico cessa così di essere un'unità concorrente. Se egli conserva la sua lucidità mentale, le sue risorse cliniche, le sue energie fisiche, costituisce ancora un elemento di grande utilità, e non può essere eliminato.

La pretesa di sancire con una legge la morte professionale dei medici ad una determinata età non solo è inumana, non solo non è equa perchè colpirebbe una sola categoria di proprofessionisti, ma è socialmente dannosa alla società.

Il medico anziano rappresenta un tesoro di esperienza che spesso non si esaurisce neppure nella più tarda età. E la clinica è fatta sopra tutto di esperienza.

Questo tesoro accumulato dal medico con disagi, fatiche e patemi dovrebbe essere sperperato nell'inattività e rimanere infruttifero per i sofferenti.

La vecchiaia non è necessariamente il dissolvimento delle forze intellettuali, non è la devastazione di tutto il patrimonio culturale. Molto spesso l'intelligenza brilla di luce viva e le acquisizioni del passato rimangono chiare e precise anche quando le forze fisiche non aiutano.

Non si può far l'elogio della vecchiezza, ma non si può negare che, specie per l'esercizio della medicina, ha qualche cosa di positivo.

Essa deve fare e fa incessamente posto ai giovani con il ritmo fatale della vita, non a data fissa, senza fare vittime e senza danno della società. *Pangloss.*

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'organizzazione sanitaria in Etiopia.

Per iniziativa del Governo Generale dell'Etiopia, in una apposita riunione di alti funzionari governativi e dirigenti delle organizzazioni sindacali e assistenziali fasciste, è stato affrontato il problema della organizzazione dell'assistenza sanitaria per gli operai nazionali destinati alle costruzioni nell'Impero.

Alla riunione hanno partecipato i funzionari ed i rappresentanti della Federazione, dei Sindacati, della Sanità, del Commissariato migrazioni, della Federazione Casse Mutue malattie dei lavoratori e dell'Azienda Autonoma Statale della Strada e del Genio militare.

Entro il mese di novembre cinquanta medici saranno a disposizione del Governo Generale per l'assistenza ai lavoratori.

Ordini tassativi sono stati impartiti dal Vicerè ai Governatori dell'Eritrea, della Somalia, dell'Harrar, dell'Amhara e di Addis Abeba perchè il problema della assistenza operaia sia affrontato e risolto con larghezza di vedute e celerità di esecuzione.

Cronaca del movimento professionale.

Per l'imposta di R. M. sulle indennità di trasporto ai medici.

Con riferimento ad una circolare n. 6851 del 3 marzo u. s., relativa all'imposta di R. M. sulle indennità di trasporto ai sanitari condotti, la Confederazione Fascista dei Professionisti e Artisti comunica che il Ministero delle Finanze, Direzione Generale delle Imposte Dirette, in seguito a vive premure fatte dalla Confederazione, ha assicurato di aver ancora impartito le necessarie disposizioni per richiamare gli Uffici Distrettuali delle Imposte all'osservanza del provvedimento col quale — per motivi di equità — venne disposto che gli Uffici stessi si astenessero dal recupero, per gli anni arretrati, dell'imposta di ricchezza mobile sulle indennità di trasporto corrisposte ai sanitari condotti finora non assoggettate a ritenuta.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

NOVARA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Concorso per titoli ed esami a Medico Direttore di Sezione dispensariale; stip. L. 12.000 e indenn. supplement. L. 3000. Rivolgersi alla Segreteria - Palazzo della Provincia - entro il termine perentorio delle ore 16 del 31 ottobre. Età limite 40 anni. Tassa L. 50,20 al Cassiere provinciale (Banca Popolare Cooperativa Anonima di Novara).

LITTORIA. — Il Podestà rende noto che la scadenza del concorso al posto di Direttore del Dispensario Anticeltico, che era stata rimandata dal 31 maggio al 15 luglio e poscia sospesa, con recente deliberazione dell'11 settembre testè trascorso, il termine per la presentazione dei documenti resta fissato per il 10 ottobre 1936.

SIRACUSA. *Ospedale Umberto I.* — Scad. 10 nov.; primario medico e primario ostetrico-ginecologo; L. 10.000 e 4 quadrienni decimo, al netto da riduzioni; compartecipaz.; età limite 45 anni al 31 agosto; tassa L. 50. Chiedere il bando di concorso. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

VOGHERA (*Pavia*). *Ospedale Psichiatrico.* — Per soli titoli scientifici e pratici. Medico Primario e due Medici assistenti. Stipendio, per il primo, L. 11.000 con 5 dec. (tre 3ennali, due 4ennali). Per gli assistenti L. 9500, con gli stessi aumenti. Pel serv. attivo, rispettivamente, L. 2600 e L. 2100, più caro viveri. Il tutto al lordo. Nel biennio di prova lo stipendio è ridotto di 1/10. Alloggio: appartamento per il Primario; camera mobiliata per l'assistente; riscaldam., illumin.; vitto nei giorni di guardia. Età massima 35 a. al 15 sett. 1936. Diploma di abilitazione conseguito entro il 1924. Competenza tecnica a norma del Reg. 1909 alla Legge manicomi e alienati. Tassa L. 50,20 al cassiere prov. di Pavia. Scadenza ore diciasette del 15 novembre 1936.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'Ufficio e il Comitato direttivo della Società francese di dermatologia e sifilografia — in seguito a modificazione dello statuto per quanto riguarda i soci stranieri — hanno eletto ad unanimità il prof. Aldo Castellani socio onorario; è questo un riconoscimento dei numerosissimi ed importanti contributi recati dallo scienziato italiano alla descrizione clinica e all'accertamento etiologico di nuove malattie cutanee.

Il prof. Luigi Palermo è nominato direttore del Collegio-Convitto per gli orfani dei sanitari a Perugia, in sostituzione del prof. Luigi Simoncini, il quale lascia il posto dopo averlo tenuto per 35 anni ed è stato nominato direttore onorario dell'Ente: in tale occasione sono state rese solenni onoranze all'illustre sanitario.

Il dott. O. Coclite Maucci, di Genova, è nominato direttore sanitario delle Terme di Equi (Massa Carrara), carica già retta dal gen. med. prof. Leone Sestini.

Su proposta del Ministro dell'E. N., conte De Vecchi di Val Cismon, il Re e Imperatore ha no-

minato l'on. prof. Antonino Anile grande ufficiale nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro: riconoscimento dell'attività nobilmente spesa a servizio della scuola e degli studi.

NOTIZIE DIVERSE

42° Congresso italiano di medicina interna.

Il 42° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna si terrà a Roma, presso la R. Clinica Medica, nei giorni 19-22 ottobre. Presidente del Comitato ordinatore è il prof. Cesare Frugoni.

Temi all'ordine del giorno: 1) « La fisiopatologia dello scompenso cronico di circolo », relatori i proff. D. Cesa Bianchi e M. Calabresi (Milano); 2) « Nefrosi e nefriti » (in comune con la Società Italiana di Chirurgia), relatore per la parte medica: prof. R. Silvestrini (Perugia), per la parte chirurgica: prof. E. Mingazzini (Roma); 3) « Adiposità e magrezze patologiche », relatore il prof. F. Galdi (Pisa).

Non sono accettate e non iscritte all'ordine del giorno comunicazioni di soci non in regola con i pagamenti e di aderenti che non abbiano versato la relativa quota di L. 75.

Ogni socio aderente non può presentare più di due comunicazioni.

Per deliberazione del Consiglio Direttivo non potranno essere inscritte quelle comunicazioni non accompagnate da un breve sunto che (se accettato, anche se la comunicazione non sarà fatta) verrà pubblicato negli Atti.

Sono concessi i consueti ribassi ferroviari. Per chiarimenti rivolgersi al segretario del Congresso, prof. Arnaldo Pozzi, R. Clinica Medica, Roma.

Congressi medici di Napoli.

Il Consiglio ed il Congresso Nazionale del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici si aduneranno dal 6 all'8 ottobre in Napoli, sotto la presidenza del segretario nazionale on. prof. Eugenio Morelli.

Il 6 ottobre avrà luogo l'inaugurazione del Congresso.

La prima seduta sarà dedicata alla solenne rievocazione, in Salerno, delle antiche glorie della Scuola Medica Salernitana. Alla organizzazione della Giornata Salernitana attendono il Sindacato Provinciale Fascista dei Medici, presieduto dal prof. Raffaele Lettieri e l'Ente Provinciale per il Turismo, al quale sovraintende con alta competenza, e con appassionato fervore l'on. prof. Sabato Visco, direttore dell'Istituto di istologia e fisiologia generale della R. Università di Roma.

Alla preparazione delle due Giornate Napoletane, che riusciranno certamente degne del periodo e della sede in cui avranno luogo, intende il direttorio del Sindacato Fascista dei Medici della Provincia di Napoli, presieduto dal prof. Urbano Sorrentino, che è altresì membro del Direttorio Nazionale e vice-presidente dell'Unione Sindacati Professionisti ed Artisti della Provincia di Napoli.

Il 10° Congresso Nazionale d'Igiene promosso dall'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene, presieduta dall'Accademico d'Italia S. E. il prof. Dante De Blasi, ha luogo dal 4 al 7 ottobre, mentre si pubblica questo numero.

Nella prima giornata si tiene, presso la R. Università di Napoli, la seduta inaugurale, nella quale vien fatta la proclamazione della Fondazione « Giorgio De Blasi »; seguono due sedute per la trattazione dei temi proposti al Congresso e per lo svolgimento delle comunicazioni.

Nella seconda giornata ha luogo una seduta antimeridiana a Napoli, e nel pomeriggio altra seduta ha luogo a Castellammare di Stabia, con visita alle Terme ed alle sorgenti di quella Stazione di cura.

Alle ore 10,30 di martedì 6 ottobre il Congresso

parteciperà alla inaugurazione del Congresso Nazionale del Sindacato Fascista dei Medici sotto la presidenza del Segretario Nazionale on. prof. Eugenio Morelli, nella storica Sala Maddaloni in Napoli. Nel pomeriggio saranno visitate alcune fra le più importanti istituzioni igienico-sanitarie napoletane.

Mercoledì 7 ottobre i due Congressi parteciperanno, in Salerno, alla celebrazione della Scuola Medica Salernitana.

Il Congresso d'Igiene terrà in Salerno, nelle ore pomeridiane, la seduta di chiusura.

Il Congresso Nazionale del Sindacato Fascista dei Medici chiuderà i suoi lavori a Napoli giovedì 8 ottobre.

Per informazioni ed iscrizioni rivolgersi al Sindacato Provinciale Fascista dei Medici, via Depretis 31, Napoli.

35ª Riunione della Società italiana per il progresso delle scienze.

Avrà luogo a Tripoli dal 1° al 7 novembre, in unione col Convegno dei Geografi Italiani indetto dalla Reale Società Geografica Italiana, e costituirà il primo Congresso scientifico nazionale nell'Impero Coloniale Fascista.

Nel programma dei lavori è compreso lo svolgimento di un tema sull'igiene e la patologia coloniale, con particolare riguardo all'organizzazione sanitaria, profilattica ed eugenica delle Colonie italiane.

L'organizzazione della riunione procede attivamente, ad opera della Segreteria Generale della Società Italiana per il Progresso delle Scienze, con sede in Roma, via del Collegio Romano 26.

12° Congresso italiano di radiologia medica.

Il 24 settembre nella « Sala dello Scrutinio » in Palazzo Ducale a Venezia, presenti il Prefetto e le principali autorità civili, militari ed ecclesiastiche, i gerarchi del P. N. F. e una folla di congressisti italiani e stranieri, è stato inaugurato il XII Congresso nazionale di radiologia medica svolto sotto il patrocinio di Guglielmo Marconi.

Presiedeva il ministro di Stato conte Volpi, presidente onorario del Congresso, il quale, dopo il saluto al Re Imperatore ed al Duce, ha pronunziato un discorso porgendo il benvenuto ai congressisti. Hanno parlato poi il prof. Busi, il dott. Salotti, l'on. Morelli, il dott. Protti, il sen. Maragliano, il quale ha porto il saluto di S. E. Marconi, il prof. Siciliano, il prof. Wiesel, austriaco, il prof. Vespignani, presidente effettivo del Congresso, un medico radiologo tedesco ed uno svizzero. Quindi il prof. M. Donati ha tenuto la conferenza inaugurale sul tema: « La posizione della radiologia negli studi medici ed i suoi attuali rapporti con le altre discipline mediche ».

Si sono poi svolti i lavori.

Al Congresso era unita una mostra di apparecchi, organizzata nell'Ospedale Civile.

Congresso francese di ortopedia in Italia.

Si è tenuto a Torino un convegno di medici ortopedici. Il raduno ha assunto carattere internazionale per la partecipazione di rappresentanti di numerose Nazioni; ma a rigore costituisce l'adunanza annuale della Società francese di ortopedia. Questo congresso francese che si è svolto in una città italiana, non è privo di significato poichè le giornate ortopediche francesi sono state deliberate all'indomani dello scoppio del conflitto italo-etiopico in testimonianza del riconoscimento dei nostri diritti da parte di una vasta classe di intellettuali francesi.

Alla cerimonia inaugurale, svoltasi il 18 settembre nell'anfiteatro della Clinica pediatrica, intervennero il prefetto Oriolo, il vice-podestà conte Gloria, il rettore dell'Università, il sen. Micheli, il medico provinciale ecc. ecc. Presiedeva il prof. Camera ed accanto a lui sedevano il prof. Ombrédanne, presidente della Società internazionale di Ortopedia, il prof. Sorel, presidente della Società francese, il prof. Rochez, il prof. Roederer, segretario della stessa associazione.

Parlò per primo il prof. Camera spiegando le finalità del raduno; quindi il prof. Sorel, ringraziò la città di Torino per le cortesi accoglienze Terminata la seduta inaugurale i congressisti si sono recati presso la R. Clinica Chirurgica, dove si sono svolti tutti i lavori.

Seguì il 3° Congresso internazionale della specialità, svoltosi a Bologna.

3° Congresso internazionale di chirurgia ortopedica e traumatologia.

Si è adunato a Bologna dal 22 al 24 settembre, nei locali dell'Istituto Rizzoli, sotto la presidenza del prof. Putti.

Il Congresso venne preceduto, il 21 settembre, da un'assemblea generale della Società internazionale di ortopedia, sotto la presidenza del nuovo presidente, prof. M. Ombrédanne di Parigi. Il segretario prof. Delchef riferì sull'attività sociale nell'ultimo triennio. Commemorò i soci scomparsi e rivolse, tra l'altro, un caloroso omaggio al presidente della Società e al presidente del Congresso. Sulla parte finanziaria riferì il tesoriere dott. Maffei.

L'assemblea approvò la nomina a presidente del nuovo Congresso, che si terrà a Berlino nel 1939, del prof. Gocht e i relativi temi principali. Da ultimo l'assemblea approvò la modificazione della denominazione della Società nella seguente dizione: « Società Internazionale di chirurgia ortopedica e traumatologica ».

L'inaugurazione del Congresso ebbe luogo il 22 settembre, con la partecipazione dei rappresentanti del Governo Fascista. Erano presenti il cardinale Nasalli Rocca, Arcivescovo di Bologna, il Prefetto, il Federale, il Podestà avv. Colliva, la Medaglia d'Oro prof. Paolucci, il Rettore dell'Università e una folla di invitati e congressisti; numerose le rappresentanze straniere. Dopo il saluto del Podestà il Prefetto recò il saluto cordiale del Governo e dichiarò aperto il Congresso a nome di S. M. il Re e Imperatore e per volontà del Duce. Successivamente parlarono il Federale dott. Leati per incarico dell'on. Starace, l'avv. Pondrelli, presidente dell'Istituto Ortopedico Rizzoli e il Rettore dell'Università on. Ghigi. Il prof. Putti tenne il discorso inaugurale.

I lavori seguirono attivi, intramezzati da trattenimenti e da visite.

Al Congresso è stata annessa una mostra.

Il Congresso ha chiuso a Roma i propri lavori, nella nuova Clinica ortopedica della città universitaria. Dettero il saluto ai congressisti l'on. Morelli e il prof. Dalla Vedova. Le comunicazioni sono state numerose; ha anche avuto luogo una seduta operatoria.

A sede del prossimo congresso si è scelta Berlino.

3° Congresso internazionale di otorinolaringologia.

Si è tenuto a Berlino, sotto la direzione del prof. von Eicken.

Relatori per l'Italia sul tema: « Radioterapia dei tumori maligni delle prime vie respiratorie ». sono stati i proff. Torrigiani e Palumbo di Firenze. Alla discussione che ne è seguìta hanno preso parte Berwen di Stoccolma, Maisin di Lovanio, Lemaître di Parigi, Vogel di Berlino. Holmgreen ed altri. A tutti hanno risposto i relatori riscuotendo l'unanime caloroso consenso dell'assemblea.

1° Congresso internaz. delle case di cura.

Si è svolto a Budapest con l'intervento dei rappresentanti di 25 Nazioni.

L'Italia era rappresentata da una cinquantina di delegati, che hanno ricevuto accoglienze festosissime ed hanno messo in particolare rilievo il grande contributo dell'Italia Fascista alla organizzazione ed allo sviluppo delle Case di Cura.

Il prof. Insabato ha fatto una rassegna del contributo italiano al progresso scientifico. Hanno fatto seguito le comunicazioni dei proff.: Scamardella, Nisio, Gamberini, Bosini, Casillo, Polichetti, Fossati ed altri. Il prof. Tanfani ha illustrato i risultati conseguiti con i nuovi metodi del prof. Boschi in malattie considerate finora refrattarie ad ogni trattamento (sclerosi a placche, emiplegie diverse, artriti croniche ribelli ecc.). Le relazioni diedero luogo ad una manifestazione di simpatia per l'Italia Fascista.

Convegno regionale sulla tubercolosi.

Vicenza è stata prescelta quest'anno a sede del VI Convegno regionale della Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, e il convegno ha riunito circa 200 medici e i tisiologi di tutta la regione. Ha presieduto il convegno, organizzato dai proff. Gasbarrini di Padova e Molon di Venezia, la Medaglia d'Oro on. prof. Raffaele Paolucci, presidente della Federazione italiana per la lotta contro la tubercolosi. All'inaugurazione erano presenti il prefetto, il federale. il vescovo mons. Rodolfi, il podestà, il preside della provincia, il prof. Bocchetti segretario della Federazione nazionale per la lotta antitubercolare e altre autorità.

Il prof. Pototschnig ha dato lettura, applauditissimo, di una relazione sullo stato attuale della chirurgia della tubercolosi polmonare sulla quale ha interloquito il prof. Carpi di Milano.

Padiglione per la cura del cancro a Napoli.

Nella zona destinata a sede del complesso di edifici costituenti il nuovo grande ospedale di Napoli in contrada Cangiani, è stato costruito uno speciale padiglione che sarà esclusivamente adibito a centro diagnostico e di cura del cancro.

Il fabbricato, costituito da inteleiatura di cemento armato e da muratura di tufo, copre un'area di 1450 metri quadrati e comprende cinque piani con 168 ambienti e con un complesso di circa 90 letti.

La nuova Farmacopea Ufficiale.

I lavori relativi alla revisione della Farmacopea Ufficiale sono prossimi ad essere compiuti ed entro l'anno corrente la 5ª edizione sarà pronta e completamente aggiornata. Attualmente si procede al controllo delle specialità medicinali e dei prodotti biologici in base alle norme vigenti e alle direttive già fissate. In proposito è stato presentato un quesito al Consiglio Superiore di Sanità. inteso a chiedere la definizione precisa di specialità, per procedere in armonia col nuovo T. U. delle leggi sanitarie.

Medicinali nazionali sulle navi italiane.

Su tutte le navi italiane le compagnie armatrici e i singoli armatori hanno completamente abolito l'uso di medicinali stranieri a bordo. Ciò si deve alla patriottica iniziativa dei medici di bordo, che subito dopo le sanzioni, nel rifornire i dispensari delle infermiere delle navi, hanno sostituito i prodotti farmaceutici stranieri che venivano acquistati nei porti esteri, con prodotti italiani.

Analogamente i piccoli armatori di navi da carico e i vapori da pesca oceanica hanno sostituito i medicinali esteri dei soccorsi d'urgenza con prodotti esclusivamente italiani.

Questa iniziativa si risolve in un beneficio per la nostra bilancia commerciale di parecchi milioni che la Marina mercantile italiana pagava annualmente all'estero per l'acquisto di farmaci.

Un po' dovunque.

Il Capo di Stato Maggiore Maresciallo d'Italia Badoglio ha proposto, e il Capo del Governo on. Mussolini ha approvato, l'assegnazione della medaglia di bronzo al Corpo Sanitario Militare e dell'encomio solenne al Corpo Veterinario Militare. per l'attività svolta durante la guerra italo-etiopica.

Il Consiglio dei ministri ha approvato un decreto concernente il riconoscimento giuridico della Federazione nazionale fascista Casse mutue infortuni agricoli.

Al Congresso internazionale di idrologia indetto a Belgrado l'Italia sarà rappresentata da un Comitato presieduto da S. E. prof. Nicola Parravano e di cui fanno parte i proff. Mario Besti, Attilio Bonanni, G. B. Bonino, Mario Giordani, S. E. Dante De Blasi, Cesare Frugoni, Domenico Marotta. Messini, sen. Nicola Pende, Silvestro Silvestri. Adriano Valenti e il gr. uff. Augusto Rebucci.

Un Congresso internazionale di idrologia si terrà a Innsbruck e a Bad Gastein dal 10 al 14 ottobre. Relazioni: « Cura idro-minerale delle malattie della vecchiaia », « Radio-attività delle acque minerali ». Il programma scientifico sarà integrato da molte ed interessanti escursioni. Per informazioni rivolgersi al Dr. Prof. Ernst Freund. Museum Strasse 3, Wien, Austria; od a Miss Thompson, International Society of Hydrology, Kingsway 109, London W. C. 2.

Si è tenuto a Glascow il congresso indetto dalla « Liga Homeopatica Internationalis » e vi hanno partecipato 20 Nazioni; l'Italia era rappresentata dai dottori Gagliardi e Galeazzi, il primo dei quali è stato eletto ad unanimità presidente della Lega. Il comitato organizzatore ha inviato un telegramma di omaggio al Duce. Il prossimo congresso è annunziato pel 1937 a Berlino.

La Società tedesca di pediatria ha tenuto la sua 45ª riunione a Würzburg dal 22 al 24 luglio, sotto la presidenza del prof. Rietschel.

Il Circolo di Cultura Medico-Chirurgico Veronese si è adunato il 25 marzo, il 22 maggio e il 6 luglio. Sono state fatte comunicazioni dai soci: G. Zanni (due comunic.), B. Dal Santo, O. Viana,

E. Fiorini, C. Zerman, M. Artom (due comunic.), S. Fiocco, F. Pomini, G. Perbellini (due comunic.).

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio Veneto si è adunata il 30 luglio, sotto la presidenza del prof. Coletti. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Tramontini, Baroni, Pederzoli, De Grisogono.

Si è tenuta a Ginevra, con la partecipazione di 40 Nazioni, la XII Conferenza dell'Unione Internazionale di chimica, presieduta da S. E. Nicola Parravano, accademico d'Italia.

Al Congresso di filosofia tenutosi in Genova il sen. Nicola Pende ha riferito sui rapporti fra filosofia e medicina.

Si è tenuto a Pescara un raduno di sanitari abruzzesi. All'inaugurazione, il 16 settembre, presenti il Prefetto e le gerarchie, il sen. Pende ha trattato della genesi dell'ipertensione arteriosa.

La Società delle Terme di Baveno ha organizzato un raduno di medici, il 20 settembre, allo scopo di illustrare le azioni delle Fonti Ebea e Borromea.

Il prof. P. Piccinini ha diramato un comunicato in cui dichiara che, di fronte all'attività sindacale, considera chiuso il ciclo dell'Ufficio Stampa Medica Italiana e ne illustra le attività svolte.

La « Klinische Wochenschrift » ha pubblicato un fascicolo speciale, in occasione della 94ª adunanza della Società dei Naturalisti e Medici tedeschi; il fascicolo, in data 19 settembre, contiene 15 contributi originali e rubriche varie.

Un gruppo di medici stranieri è venuto a visitare l'Italia. I colleghi sono stati ospiti delle Terme di Salsomaggiore e di quelle di Montecatini.

La Casa Bayer, dopo le Olimpiadi di Berlino, ha ospitato, dal 17 al 19 agosto, numerosissimi medici di tutte le Nazioni, accorsi, per cortese invito, a visitare i grandiosi stabilimenti di Leverkusen, facendo base a Colonia.

Il Centro radio-medico di Roma ha dato numerose consultazioni, per malattie e infortuni occorsi sui piroscafi in navigazione, valendosi dell'opera d'insigni medici.

Il Principe di Piemonte ha visitato a Milano il padiglione « Cesare Sarfatti » per i mutilati al viso.

Per celebrare la fondazione dell'Impero, il prof. P. Piccinini ha offerto al Duce la somma di lire 100.000, che sono state destinate alla Reale Accademia d'Italia, quale contributo alla nuova spedizione dell'accademico Tucci nel Tibet; ed un titolo di rendita dell'importo di L. 100.000, che è stato destinato alla R. Università di Roma, per premiare annualmente lavori scientifici di medicina coloniale.

Il Consiglio d'amministrazione dell'Istituto bergamasco Opera antitubercolare ha deliberato di dedicare il sanatorio di Groppino al nome della Medaglia d'oro Antonio Locatelli, caduto eroicamente a Lekemti.

È stato firmato il decreto che istituisce una Scuola di Ostetricia in Salerno, che nel campo della medicina ha tradizioni millenarie.

Con ordinanza del Ministero dell'E. N. è stata indetta la sessione degli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio professionale; saranno sedi di esame per la professione di medico-chirurgo le Università di Bologna, Cagliari, Firenze, Napoli, Palermo, Parma, Pavia, Perugia, Siena e Torino.

In occasione del XXXIII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, che si svolgerà a Milano dall'11 al 14 ottobre nella R. Clinica « L. Mangiagalli », fra le altre manifestazioni organizzate dal Comitato Ordinatore, avrà luogo una importante « Mostra del Libro antico di ostetricia e ginecologia ».

L'« Unione fascista dei commercianti » di Milano ha stabilito di rifornire gratuitamente, ai pubblici esercizi (ristoranti, trattorie ecc.), sacchetti di carta per la protezione del pane, allo scopo di divulgare e far attuare questo *desideratum* dell'igiene.

In Addis Abeba, per iniziativa della Federazione fascista, si sono iniziate, in tutti i quartieri operai, conversazioni di propaganda igienica.

Il Ministero delle Corporazioni, con circolare del 5 agosto c. a., n. 192, richiamata una precedente circolare del 3 giugno 1933, n. 137, precisa che le farmacie devono provvedersi della licenza di vendita al pubblico per i generi che non possono assolutamente ritenersi destinati a scopo terapeutico e che non abbiano affinità con gli stessi (es.: i saponi idonei esclusivamente alla toletta).

Nella sesta giornata delle « Celebrazioni campane » è stata rievocata a Salerno, dall'ambasciatore Guariglio, la figura di Giovanni da Procida, siciliano, dottore della Scuola medica salernitana; cospiratore e combattente, ordì i Vespri Siciliani e vi prese parte.

L'infermiere Umberto Nevadini da Lerici, di 50 anni, padre di 9 figli, addetto alla R. Clinica delle malattie infettive di Roma, ha offerto 48 volte il proprio sangue per trasfusioni ad infermieri, complessivamente per circa 25 litri.

Nel comune di Castelnuovo Scrivia, presso Tortona, si sono prodotti una quindicina di « avvelenamenti » da ingestione di carne insaccata; una giovine ventiduenne è morta, pare, in seguito a questa tossi-infezione; altri colpiti sono stati ricoverati nell'Ospedale. La Procura del Re di Alessandria ha aperto un'inchiesta.

A Brouges (Francia) settantacinque bambini si sono ammalati, in seguito a iniezioni di siero antidifterico, con forme suppurative, ed uno di essi è morto; il Tribunale di Châlons-sur-Saône ha aperto un'inchiesta.

La « Gazette d. Hôpitaux », del 9 settembre dà notizia che il prof. Gregorio Marañon è tra gli ostaggi imprigionati a Madrid, insieme con altri medici. In nome della civiltà facciamo un appello ai carcerieri, perchè la libertà sia restituita all'illustre scienziato che onora la Spagna, come pure agli altri medici, che svolgono una missione altamente umanitaria.

I giornali hanno dato notizia di un paziente, il bracciante Mario Fuser, operato nell'Ospedale Regina Elena di Trieste dai dottori Oliani, Domini e German: nel suo stomaco sono stati rinvenuti 87 oggetti svariatissimi (tra cui 3 penne stilografiche, 4 temperini, 5 matite automatiche, 15 chiavi, di cui una pesante da portone, 3 bocchini da sigarette, una catenella di ferro lunga 25 cm.). Questi oggetti vennero inghiottiti per scommesse o in stato di ubbriachezza.

Prof. FRANCESCO RADAELI

La repentina scomparsa del prof. Francesco Radaeli, avvenuta il 18 settembre di quest'anno a Maderno sul Garda, ha riempito di doloroso stupore la famiglia dermatologica italiana di cui Egli era uno dei più insigni e stimati rappresentanti.

Nato nel 1870 a Cremona, il Radaeli, dopo intenso tirocinio come assistente ed ajuto nella Clinica fiorentina diretta allora da Celso Pellizzari, vinse per concorso la cattedra di clinica dermosifilopatica nella R. Università di Genova che fu per Lui un campo più vasto di attività ed in cui maggiormente rifulse la sua opera scientifica e didattica.

Con tenace volere ottenne la costruzione di una nuova clinica che Egli seppe assodare nel modo più completo e moderno ed in cui si educavano sotto il suo sapiente impulso numerosi allievi di cui già qualcuno ha raggiunto la suprema vetta dell'insegnamento universitario od il primariato in grandi reparti della specialità. La sua fama di dermatologo resta legata ai magistrali studii sul così detto « sarcoma emorragico del Kaposi », che Egli definì come un angioendotelioma ed a quelli sull'etiologia del « pemfigo »: lavori quest'ultimi, fra cui la relazione su « pemfigo e pemfidoidi » alla XXVII riunione della Società italiana di Dermatologia e Sifilografia (Genova, 1931), i quali se non gli permisero di dimostrare in modo incontroverso la natura infettiva, da lui intuita, della malattia, segnano un notevole progresso delle nostre conoscenze su questa singolare dermatosi e su quelle affini.

Ed è solo di qualche anno la IV edizione del suo trattato di malattie cutanee, il quale, nato come manuale di diagnostica e poi rifatto, ampliato ed aggiornato, sarà ancora per molto tempo una guida sicura per gli studenti e per gli stessi specialisti.

L'uomo non fu da meno del clinico e del maestro: la probità della vita, l'intenso amore per la numerosa famiglia e l'innata bontà dell'animo completarono la sua nobile ed armonica figura terrena che i colleghi, gli allievi e gli amici giammai dimenticheranno. Vincenzo Montesano.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 12 Ottobre 1936 - XIV Num. 41

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. CESARE FRUGONI.

Contributo alla conoscenza del morbo di Dercum

per i dott.ri M. T. MALATO e C. CATALDI.

Nel 1888 Dercum descrisse per la prima volta un caso di adiposi dolorosa, sindrome costituita da lipomi sottocutanei numerosi o da una lipomatosi diffusa, che rispettano quasi sempre le estremità distali (mani e piedi), il collo e la faccia e che hanno carattere spiccato di essere molto dolenti alla pressione e spontaneamente. Alla adiposi si associano quasi sempre sintomi nervosi vari, ed in special modo l'astenia invincibile e disordini psichici.

Nel 1891 Henry descrisse una distrofia mixedematosa concernente una donna di anni 45, epilettica ed alcoolista, che presentò in varie parti del corpo una lipomatosi multipla.

Nel 1892 lo stesso Dercum ne descrisse altri due casi, riscontrando in uno di essi aumento di volume della tiroide, con zone calcificate. Nel 1895 Collins riferì su sei casi, di cui uno osservato da lui e gli altri da Peterson e Lovelend. In Europa il primo caso fu descritto da Ewald (1895).

In Italia il primo caso fu descritto nel 1910 da Giudiceandrea e, fino ad oggi, sono stati potuti illustrare oltre un centinaio di casi, il che dimostra che la malattia non è eccessivamente rara.

***

Malgrado il numero non esiguo dei casi illustrati, gli AA. non sono ancora d'accordo sulla etiopatogenesi della malattia.

Tiroide. Dercum descrisse il primo caso come una distrofia del tessuto sottocutaneo, con sintomi analoghi a quelli del mixedema, e fu il primo a sospettare che si trattasse di una speciale distrofia da mettersi in rapporto probabile con alterazioni delle ghiandole a secrezione interna (tiroide). Egli trovò, in uno dei casi venuti a morte, degenerazione colloide della tiroide, nevrite interstiziale dei filetti

nervosi del connettivo sottocutaneo. Che la tiroide giuochi un ruolo importante nella patogenesi dell'affezione è dimostrato dal fatto che Spiller migliorò un caso con la cura tiroidea. Così lo stesso Giudiceandrea ottenne degli ottimi risultati con preparati endocrini (tiroide) dopo aver praticato, senza alcun effetto per parecchio tempo, cure fisiche e stricnina. La cura tiroidea fu praticata con successo anche da Oddo ecc. (Oddo e Chassy (1902), Mac Mullan (1909), Stern (1910), Carlene (1910), Pierret e Duke (1912), Claude e Sezarg (1913), Sanger (1918).

Anche Cushing ha trovato la tiroide ridotta di volume ed ipofunzionante. Una attività minorata tiroidea ha anche il m. di Dercum in comune con l'atrofia adiposo-genitale, sia a tipo Froelich sia a tipo Cushing.

Ipofisi. Secondo altri invece la ghiandola maggiormente incriminata sarebbe la ipofisi, o meglio ancora, la regione tubero-ipofisaria. Oramai sono provati i rapporti ipofisi-adiposità: il confronto tra reperti anatomopatologici e manifestazioni cliniche, il contributo di dati sperimentali, mettono a far credere che la sindrome lipogena sia in rapporto con lesioni a carico del tuber e della ipofisi.

Alcuni AA. ritengono addirittura responsabili di ciò la adeno-ipofisi, avendo anche essi dati sperimentali non indifferenti in favore.

Delle vedute non antitetiche, se si considera che lesioni dellla regione tubero-ipofisaria potrebbero, per ostacolata diffusione degli ormoni ipofisari, corrispondere dal punto di vista funzionale alla minorata attività ipofisaria. Biedl vuole che la « pars intermedia » abbia una influenza sul ricambio dei grassi come su quello degli idrati di carbonio e sullo sviluppo dei genitali; Pende invece attribuisce tutto alla preipofisi.

Casi di adiposi dolorosa di origine prevalentemente ipofisaria sono stati descritti da Burr e da Madelung, da Fanerbryc Prime, Guillain e Alquier, Gautier.

Alcuni di questi AA. (Burr) riscontrarono degenerazione gliomatosa della ipofisi, altri (Madelung) alterazioni ipofisarie da compressione.

Waldorp (1924) ha dato il maggiore contributo alle alterazioni ipofisarie nella sindrome di Dercum avendone osservato 12 casi, e in 6 di essi trattavasi per lo più di neoplasia, i cui limiti anatomici oltrepassavano spesso la sella turcica, per cui emise l'ipotesi che la sintomatologia, oltre che da lesioni ipofisarie, potesse dipendere anche da compressione o metastasi della sovrastante porzione del diencefalo.

Nel caso in cui i reperti neoplastici mancavano l'A. riscontrò lesioni di origine arteriosa (gomme, focolai di rammollimento, meningite, idrocefalo del III ventricolo).

Gl. sessuali. Tra le altre ghiandole che sono state prese in considerazione per spiegare l'etiopatogenesi del m. di Dercum sono le gl. sessuali, e Marinesco e Goldstein riferiscono due casi di adiposi dolorosa, in uno dei quali fu riscontrato criptorchidismo, nell'altro una notevole atrofia ovarica. In ambedue idrocefalo.

Heitz e Renon nel 1900 constatarono l'insorgere della adiposità in occasione della menopausa, o invece quest'ultima rendeva stazionaria la preesistente adiposità. E numerosi sono i casi citati di m. di Dercum insorto in menopausa (Haskowek, Dupè e Giranx, Cronzon e Nathan nel 1907, Punier, Bergeran nel 1908, Dercum (1911).

Sigard e Roussy descrissero un caso insorto dopo ovariectomia.

Rabomeux e Spanowakj, Musso e Fournier (cit. da Pende) videro il primo i segni di una insuff. ovarica e l'ultimo ipoovarismo luetico.

Quale posto debba occupare l'apparato genitale nella sindrome tanto discussa è questione su cui regna ancora molta incertezza, e sui rapporti che intercedono tra gl. sessuali, ed altre gl. a secrezione interna (ipofisi, corteccia surrenale ecc.) nulla ancora è stabilito.

L'ipofisi è naturalmente indiziata per la conoscenza della minorata attività della sfera genitale che segue all'asportazione del lobo anteriore. E in tale senso le nozioni sul dominio della ipofisi anteriore sulla funzione ciclica dell'ovaio a mezzo degli ormoni gonadotropi da essa elaborati, e isolati successivamente da Zondeck e Aschheim sono quanto mai suggestive. Sono note le due concezioni dell'iperbasofilismo (Cushing) e dell'ipobasofilismo pituitario (Berblinger) come fattore dell'atrofia genitale, teorie apparentemente opposte ma conciliabili (Gamna) se si pensa che gli elementi basofili dell'ipofisi abbiano realmente ingerenza sullo sviluppo e sulla funzionalità delle gonadi; alla inattività e alla atrofia si potrebbe arrivare sia per difetto della fisiologica stimolazione sia per eccesso nel senso di Zondeck della « sterilizzazione ».

Gl. surrenali. — Anche le gl. surrenali hanno una parte nel m. di Dercum. In un caso descritto da Pellegrini, l'A. sostiene dipendere l'astenia da iposurrenalismo: egli ha ottenuto un miglioramento con una adatta opoterapia.

Teoria plurighiandolare. — Le idee che prevalgono tendono a spiegare la sindrome adiposa dolorosa come una disfunzione a carico

di parecchie ghiandole, con l'interessamento del sist. nervoso.

Guillain e Alquier descrissero dei casi con ipertrofia notevole del corpo tiroideo (sclerosi sviluppatissima) e ipertrofia inoltre della ipofisi con sclerosi associata.

Price nel 1908 riscontrò alter. flogistiche tiroidee con aumento considerevole del connettivo di un lobo e alterazioni flogistico-neoplastiche dell'ipofisi, sclerosi delle ovaie con neurite interstiziale di parecchi filetti nervosi.

Kerl nel 1914 notò lesioni della tiroide a cui attribuì i disturbi vasomotori e secretori (iperidrosi, dermografismo), e lesioni della ipofisi (glicosuria).

Pende sostiene la teoria endocrino-simpatica, riferendo il Dercum a una sindrome neuro-ghiandolare per l'alterato trofismo dei vari tessuti organici, onde propone la denominazione di « *distrofia endocrino-simpatica* ».

Altre teorie etiopatogenetiche. — Anche altre ipotesi hanno invaso il campo per spiegare l'adiposi dolorosa. Tra esse citiamo: la *teoria neuritica* di Peterson-Ceconi, che ritiene la malattia dovuta a polineurite rudimentaria tossica e tossi-infettiva; la *teoria midollare* del Silvestrini che si basa su un caso di associazione del m. di Dercum con siringomielia; la teoria del *disquilibrio oncogeneo della lipogenesi* di Martelli.

Per alcuni (Fere, Kaplan, Federoff, Parhon Golstein), si tratterebbe di una vera nevrosi a manifestazioni distrofiche cioè di una adiposi o lipomatosi comune alla quale si aggiungono fenomeni nervosi (isteria, epilessia, psiconevrosi).

ILLUSTRAZIONE DEL CASO.

G. A., di anni 42, da Roma, nubile, d. d. c.

An. familiare: Madre morta a 60 anni in uno stato confusionale melanconico insorto nel periodo della menopausa. Una sorella della p. ha sofferto di corea all'età di 18 anni.

An. fisiologica: Normale il primo sviluppo fisico e psichico. In coincidenza con la prima mestruazione (13 a.) la p. ebbe vertigini, vomito, lipotimie frequenti. Per circa un anno le mestruazioni successive furono regolari per ritmo e quantità, scomparvero e furono regolari sino a 31 anni, quando una seconda volta amenorrea per alcuni mesi.

Alcuni anni dopo, un altro periodo di irregolarità tanto che la p. ricorse a cure ovariche senza alcun risultato. Verso i 40 anni si fecero scarsissime e saltuarie. Da tre mesi la p. è in menopausa.

Ha condotto sempre una vita agitata, senza strapazzi fisici. Non beve, nè fuma.

An. patologica remota: Dei comuni esantemi: rosolia.

A 13 a. astenia e sonnolenza diagnosticata come anemia cerebrale. Guarì completamente dopo tre mesi.

La medesima sintomatologia si ripetè a 21 an., durò circa due mesi.

A 26 a., durante la epidemia del 1918, si ammalò di influenza. Dopo un periodo prodromico, caratterizzato da dolori vaghi ai fianchi, ebbe febbre alta, cefalea, dolore epigastrico, anoressia, vomito: la forma regredì e scomparve dopo 12 giorni.

A 29 a. si ammalò di tifo per la durata di circa 3 mesi.

An. della malattia attuale: Sin da bambina la p. notava ogni tanto dei dolori agli arti a crisi, terebranti, a volte sotto forma di parestesie moleste accompagnate da un senso di stanchezza. Le sofferenze cessarono spontaneamente a 21 anni. Nel 1918 (aveva allora 25 anni) la p., in occasione dell'episodio influenzale su descritto, fu colta da un improvviso crampo al polpaccio; guarita dall'influenza notò un senso modico di stanchezza e di astenia agli arti inferiori (D > S). Non parestesie nè dolori. L'astenia si andò accentuando. Per consiglio di un medico fece cure di fanghi e di sabbia, ma senza alcun giovamento. Il peso corporeo era allora di 51 Kg. Nel 1920 (a 27 a.) la p. si accorse di una tumefazione al tratto distale degli arti inferiori, e macchie di colorito rosso scuro sulla cute dei polpacci. Iniziarono le parestesie sotto forma di freddo intenso, di formicolii, e si accentuò la debolezza degli arti inferiori, che divennero cadenti, con tendenza a ruotare all'indietro. Alcune volte, durante la deamb., la p. avvertiva all'improvviso che le forze le mancavano, che gli arti si piegavano sotto il peso del corpo, e cadeva a terra.

A 29 a., dopo l'infezione tifoidea, si accentuò l'astenia degli arti inferiori, tanto che fu costretta a servirsi di un bastone per camminare. Nello stesso tempo anche gli arti superiori si fecero astenici e divennero sede di dolori e parestesie. Notava disturbi vasomotori.

Fu fatta diagnosi di polineurite.

Le vennero praticate cure elettriche: nessun risultato. Uscì dalla Clinica il 10 giugno 1923. Pesava allora 62 Kg., l'astenia andò aumentando e il peso corporeo dopo 4 anni raggiunse i 92 Kg. (1927). Con l'aumentare della adiposità la deambulazione si rese sempre più difficile.

Nel 1931 comparvero dolori agli art. inferiori, dapprima senza particolari caratteri, poi lancinanti.

Nel 1932 insorsero dei disturbi distrofici a carico dei peli delle ascelle e del pube, e dei capelli, che si distaccavano a ciuffi. Ricoverata una seconda volta nello stesso Istituto, fu fatta diagnosi di m. di Dercum.

Le furono somministrati estratti plurighiandolari.

Uscì dalla Clinica il 22 gennaio 1933 in condizioni invariate.

L'astenia cominciò a diventare invincibile, i dolori agli arti inferiori divennero più intensi e a carattere notturno e da 1 anno la p. ha dolori anche alle braccia, con una certa limitazione dei movimenti. Ogni tanto disturbi vasomotori: gli arti facilmente si raffreddano, diventano cianotici, la p. accusa di tanto in tanto senso di vampate al viso.

La malattia ha determinato nella p. l'istituirsi di uno stato neuropatico. Alcune volte è eccitabile, altre volte è presa da un senso ingiustificato di euforia o ha delle crisi di pianto senza motivo o dei periodi di melanconia.

Esame obiettivo: La p. appartiene al tipo me-

galosplancnico. Arti microsomici, deficienti in maniera altissima in confronto del tronco.

Addome con eccedenza notevole della parte inferiore, in complesso proporzionato al tronco. Statura: m. 1,54. Sistema scheletrico regolare.

L'esame della muscolatura è quasi impossibile, per la abbondanza dell'adipe in quasi tutto il corpo.

Cute e mucose visibili ben colorate.

All'esame obiettivo generale colpisce la notevole adiposità della p. Essa interessa in massimo grado l'addome, le regioni glutee, le coscie, in modo ineguale gli arti potendosi dire normali, per lo sviluppo dell'adipe sottocutaneo, gli avambracci, le mani e i piedi, in guisa da aversi un evidente contrasto.

La cute presenta, ove è maggiore l'accumulo dell'adipe, ectasie venose. Lieve cianosi e intenso edema alle gambe e ai malleoli.

Se si esercita una pressione sulla cute della superficie posteriore e laterale del torace, delle spalle, delle braccia, dell'addome, delle coscie, si provoca un dolore puntorio della durata di pochi minuti. Il dolore è più intenso se si pizzica modicamente la cute e specie se si danno alla cute dei colpi facendo scattare le dita. Il dolore è in tal caso paragonato a punture di spilli. Tali dolori, cui si associano i dolori alle articolazioni delle spalle e delle anche, sono pure provocati se la p. si alza a sedere sul letto; il che non le riesce che con grande difficoltà e con molte sofferenze, che sembrano doversi riferire a stiramenti della cute del dorso, perchè la p. non li localizza a punti circoscritti, ma li sente diffusi a tale regione.

Perciò la posizione preferita è costantemente la supina, anche perchè la grande astenia impedisce alla p. di assumere il decubito laterale.

Sistema linfoghiandolare superficiale: integro.

Temperatura: 36°,6. Polso: 90. Respiro: 24.

Capo: Nulla degno di nota.

A carico degli occhi, pupille miotiche, ben reagenti alla luce e all'accomodazione.

Non macroglossia. Lingua umida, non patinosa. A carico delle tonsille: tonsillite criptica cronica con atrofia del parenchima tonsillare.

Collo: tiroide piccola, non palpabile.

Torace: Apparato respiratorio e cardio vascolare: nulla degno di nota.

Addome: Nulla degno di nota. Riflessi presenti, assai bene apprezzabili malgrado l'enorme spessore di adipe.

Arti superiori: Nulla degno di nota, all'infuori di un eczema cheratosico sulla superficie estensoria degli avambracci.

Per i riflessi vedi nell'esame neurologico.

Arti inferiori: ricordano solo in parte per l'adiposità, il tipo detto « pantaloni di zuavo ». Sono tenuti abbandonati nel piano del letto, con i piedi bilateralmente cadenti. A sinistra v'è addirittura un piede varo.

Edema di alto grado alle gambe e ai malleoli. Ectasie venose degli arti inferiori.

V'è abnorme rilasciamento delle capsule e dei ligamenti articolari delle articolazioni degli arti inferiori.

I movimenti passivi degli arti, se estesi, provocano dolori rispettivamente nelle articolazioni delle spalle e delle anche, non provocano dolori se limitati. I dolori mancano nel riposo: solo in questi ultimi tempi sono, nella notte, più accentuati.

I movimenti attivi sono possibili negli arti superiori benchè limitati, quasi impossibili negli arti inferiori. Dolorosi, se estesi, non dolorosi, se limitati.

Esame neurologico. — Atteggiamento normale. Sensorio sveglio, ben orientato. Trofismo integro (solo la cute è un po' secca, in alcune zone desquama facilmente). Sensibilità tattile, termica, dolorifica normali. Sensibilità profonda normale.

Sensi specifici: Visus normale. Campo visivo normale. Nulla a carico dei vari sensi.

Dermografismo: Varia di giorno in giorno, sia come reazione, sia come tempo di latenza che di durata.

Sensibilità dei nervi alla pressione: liev. dolenti.

Sensibilità dei muscoli alla pressione: fortem. dolenti.

Tale dolenzia è però da attribuirsi all'enorme adipe, che impedisce un attento esame.

Stazione eretta e deambulazione: impossibili.

Riflessi:

1) Riflessi cutanei: normali.
2) Riflessi mucosi: presenti.
3) Riflessi tendinei: rotulei presenti, ma difficilmente apprezzabili (D > S).
4) Riflessi muscolari: tricipite brachiale; assenti bilateralmente; bicipite brachiale: presenti bilateralmente; dei muscoli flessori della mano: presenti a D, assenti a S.
5) Riflessi periostei: assenti.
6) Riflessi pupillari: normali.
7) Riflesso oculo-cardiaco: variabile, talora assente, talora di — 4 o — 6.

Non disturbi del linguaggio e della scrittura.

Disturbi vasomotori, trofici e di secrezione: presenti (vampate al volto, desquamaz. della cute, anidrosi).

La pressione del vago sul collo non provoca riduzione del numero delle pulsazioni cardiache. (Fenomeno di Tchermax negativo).

Prova di Erben negativa (non si ha diminuzione del polso facendo fare alla p. numerosi e profondi atti respiratori).

Prova di Samogy positiva (si ha midriasi nella inspirazione, miosi nella espirazione).

Prova di Loewi positiva (si ha midriasi istillando nel sacco congiuntivale alcune gocce di adrenalina).

Tutti questi segni parlano per un ipersimpaticotono della paziente.

Esame del liquor c.-r.: Quantità estratta: cc. 10.

Pressione: iniziale: 48; finale: 29.

Aspetto limpido.

Albumina 0,20 ‰; Glucosio 0,84 ‰.

Reaz. di Pandy: positiva.

Reaz. di Nonne Appelt: legg. positiva.

Reaz. di Wassermann: negativa.

Reaz. di Benzoino: negativa.

Azotemia 0,22 ‰; Glicemia 0,82 ‰; Colesterinemia 1,84 %.

Glicemia dopo adrenalina: I (ore 8,30) 0,86 ‰; Adrenalina (ore 8,45): II (ore 9,15) 1,08 ‰; III (ore 9,45) 1,13 ‰; IV (ore 10,30) 1,37 ‰; V (ore 11,15) 1,40 ‰; VI (ore 12,15) 1,13 ‰.

Metabolismo basale: calcolato: calorie 1641 per 24; determinato: calorie 1686 per 24. Differenza in più calorie 45 per 24 ossia + 1,7 % (normale).

Esame radiologico stereoscopico del cranio (1° marzo 1935):

Notevole ispessimento della teca cranica superiore e posteriore. Non aumento delle impressioni digitate. Nulla alle fosse craniche anteriore e posteriore. Sella un po' grande, ovalare, a contorni netti e regolari. Apofisi clinoidee regolari. Fondo

normale. I seni sfenoidali piccoli anter. alla sella non addensati.

Esame oculistico (23-2-35):

Fundus oculi normale in O. S.

In O. D. chiazza pigmentata della coroide dal lato nasale della pupilla.

Campo visivo normale in O. O

Esame otoiatrico (24-2-935):

Faringite catarrale cronica. Tonsillite criptica cronica con atrofia del parenchima tonsillare.

Naso: setto leggermente deviato a S. con una piccola spina o cresta. Mucosa iperemica. Nulla alla rinoscopia anter. che possa far supporre una affezione dei seni anteriori.

Lieve retrazione delle membrane timpaniche.

Esame dermopatico (5-3-935):

Eczema cheratosico delle superfici estensorie degli avambracci.

Esame elettrico degli arti (5-3-935):

Arti super.: Normale reazione all'eccitazione faradica e galvanica. Formula normale. Contrazioni normali, dolorose.

Arti infer.: Normale alla faradica. Alla galvanica sembra normale per quanto è possibile apprezzare dato il grosso spessore di adipe.

Reazione di Abderhalden (fermenti di difesa) sull'urina (5-3-935).

1° urina sola (controllo): —; 2° urina + timo: [(+)]; 3° urina + tiroide: (+); 4° urina + surreni: —; 5° urina + ipofisi: +; 6° urina + ovaie: tracce

Scala della reazione: [(+)] = positivo debole; (+) = positivo medio; + = positivo forte; — = negativo.

Esplorazione farmacologica.

Adrenalina. — L'instillazione di una goccia di adrenalina al 1/1000 nel sacco congiuntivale produce midriasi notevole e persistente dopo parecchie ore (segno di Loew positivo).

L'iniezione sottocute di 1 mmgr. di cloridrato di adrenalina dà:

	Prima dell'iniezione	Dopo 10 minuti	Dopo 30 minuti	Dopo 60 minuti	Dopo 120 minuti
Polso	90	96	102	120	120
P. A. Mx. . .	125	130	140	170	162
P. A. Mn. . .	95	85	85	94	96
Respiro . .	24	30	30	32	32
Temperatura .	36.6	37.1	37.2	37.2	37.2
Riflesso oculo-cardiaco: Polso . .	90	96	102	120	120
Riflesso oculo-cardiaco: P. A. Mx.	140	140	142	175	158
Riflesso oculo-cardiaco: P. A. Mn.	92	90	90	85	90
Glicemia . . .	0.86 ‰	—	1.08 ‰	1.13 ‰	1.37 ‰
Midriasi oculare.	no	no	no	no	no
Protrusio bulbi.	no	no	no	no	no

Atropina: L'iniezione sottocutanea di mmgr. 0,75 di solfato di atropina dà:

	Prima dell'iniezione	Dopo 10 minuti	Dopo 30 minuti	Dopo 60 minuti	Dopo 120 minuti
Polso	92	96	96	104	90
P. A. Mx. . .	148	146	145	150	135
P. A. Mn. . .	96	84	90	96	85
Riflesso oculo-cardiaco: Polso	92	96	100	108	94
Riflesso oculo-cardiaco: P. A. Mx	148	150	146	150	130
Riflesso oculo-cardiaco: P. A. Mn	94	92	90	100	95
Senso di secchezza alla bocca.	no	no	no	no	no
Agitazione, sovraeccitabilità.	no	no	no	no	no

Pilocarpina. — L'iniezione sottocute di ctgr. 1 di cloridrato di pilocarpina dà:

	Prima dell'iniezione	Dopo 10 minuti	Dopo 30 minuti	Dopo 60 minuti
Polso . . .	84	90	96	90
P. A. Mx. .	135	130	130	140
P. A. Mn.	90	88	82	95
Riflesso oculo-cardiaco: Polso	90	96	96	96
Riflesso oculo-cardiaco: P. A. Mx. .	135	140	140	140
Riflesso oculo-cardiaco: P. A. Mn. .	95	100	95	95
Glicemia . .	—	—	—	—
Salivazione . . .	no	si	si	si
Sudorazione . . .	no	no	si	si
Rossore alla faccia.	no	no	no	no

Ergotamina. — L'iniezione sottocute di 1 mmgr. di ergotossina (Ginergen Sandoz) dà:

	Prima dell'iniezione	Dopo 20 minuti	Dopo 60 minuti
Polso.	96	90	84
P. A. Mx. . . .	152	140	135
P. A. Mn. . . .	92	90	90
Glicemia	—	—	—

Il caso da noi osservato presenta delle particolarità che meritano di essere considerate.

Lo stabilirsi della malattia è impiantato su disturbi inerenti sia ad affezioni endocrine multiple che la p. ha presentato e presenta, sia a un fattore neuropatico familiare (v. anamnesi familiare). L'ammalata stessa, sin da bambina, ha presentato disturbi caratterizzati da astenia e sonnolenza, che furono interpretati come forme di anemia cerebrale.

L'ammalata, come risulta dalle ricerche, è un soggetto costituz. braditrofico e neurovegetativamente anfotero, con tendenza però all'ipersimpaticotono. In un soggetto in cui esistono note sia familiari che costituzionali che indirizzano verso una tara neuropaticodisendocrina, si è impiantata l'adiposi dolorosa, i cui caratteri però e il cui decorso non presentano il tipico quadro che a tale malattia viene generalmente attribuito.

L'inizio fu non comune. La p. ebbe dolori artralgici e muscolari per cui fece ripetute volte cure di fanghi senza alcun miglioramento.

Non vi erano tumefazioni articolari, ma alterate funzioni degli arti dolenti. E a tale proposito ricordiamo il caso di Fratti il quale fa notare come l'inizio del morbo di Dercum con dolori a tipo artralgico, sia assai raro, e da lui sia stato una sola volta notato.

Quasi contemporaneamente insorsero edema agli arti e disturbi vasomotori. La deambulazione era paretico-atassica, i riflessi incerti, l'astenia di discreto grado.

Ricoverata in ambiente clinico (27-1-1923) si parlò allora di polineurite.

Frattanto la paziente notava aumento di peso. Fu vista ambulatoriamente e le venne parlato di trofoedema di Maige e acroparestesie di Nothnagel, diagnosi giuste allora, ma oggi sostituite dal termine generale di endocrino-simpatosi.

Del morbo di Dercum la paziente presenta ora tutti i caratteri: è da notare solo che la maggior parte dei casi descritti di morbo di Dercum presentano una adiposità nodulare mista mentre, nel nostro caso, l'adiposità è diffusa, pur rispettando quelle zone che nel Dercum rimangono indenni.

Dal punto di vista etiopatogenetico la ghiandola che nella nostra paziente è principalmente compromessa è l'ipofisi. Infatti nella nostra malata il metabolismo basale è normale, e ciò è proprio delle obesità ipofisarie a differenza invece delle tireogene ove il metabolismo basale è diminuito.

La pura considerazione energetica è però nell'obeso molto infida, mancando il sicuro riferimento alla massa protoplasmatica attiva; ed il peso ci dà, insieme a questa, anche il contributo del fardello di grasso inattivo, ed in gran parte rappresentante una zavorra sequestrata dal metabolismo vero e proprio.

Forse bisognerebbe riferire il consumo di energia non all'unità di peso ma alla quantità di N eliminata, cioè di proteina metabolizzata, ma ci sono poche ricerche permettenti comparazioni su questa base. Oggi, piuttosto che al fattore puramente energetico e protoplasmatico e ad una specie di rallentamento metabolico (braditrofismo primitivo) si tende a dare importanza a disturbi del meccanismo neuro-endocrino.

Fin dal 1900 Jacquet e Swarson richiamarono l'attenzione sul fatto che in molti obesi l'elevazione metabolica susseguente alla assunzione del cibo è molto scarsa, e Kestner, al Congresso di Medicina Interna di Wiesbaden del 1922 precisò questo modo di vedere, sostenuto anche da Grafe: l'obeso è tale in molti casi perchè ha scarsa attitudine al consumo di lusso, perchè economizza sull'energia fornitagli e non ne spreca una parte sotto forma di eccitazione metabolica post-alimentare.

Secondo R. Plaut, sarebbero casi di obesità ipofisaria quelli nella cui patogenesi domina il fattore della scarsa o nulla azione dinamicospecifica degli elementi. Idee criticate da Lublin e altri, ma, secondo Bergmann bisogna riconoscere che in molti obesi veramente la curva della esaltazione metabolica dopo i pasti è più appiattita e prolungata, come se fosse più lento il metabolismo intermedio degli alimenti.

La parte più criticabile di questa concezione è l'eccessivo schematismo, che attribuisce le varie forme d'obesità endogena ad ipofunzione ipofisaria. In dette obesità vi è una deficiente azione dinamo-specifica, con metabolismo basale normale, mentre si vorrebbe attribuire le forme rare con abbassamento di metabolismo basale ad ipofunzione tiroidea.

Vi è anche che nell'obesità tirogena l'azione dinamico-specifica degli alimenti è normale.

Nell'obesità pancreatogena vi è invece diminuzione dell'azione dinamico-specifica degli alimenti, cioè dell'azione aumentatrice che hanno alcuni alimenti sui processi di combustione cellulare e la cui diminuzione porta ad un accumulo di materiali nutritizi non combusti sotto forma di grassi (R. Plaut); in tale forma non vi è diminuzione di metabolismo basale. La bassa azione dinamico-specifica si riscontra anche nell'obesità costituzionale e questa comunanza di carattere fa supporre che in quella costituzionale intervenga l'insufficienza di una proprietà fisiologica ipofisaria sensibilizzando le cellule dell'organismo all'azione stimolante dei materiali alimentari sulla combustione.

Un altro segno di compromissione della ipofisi è dato dall'esame oculistico che ha messo in evidenza una retinite pigmentaria, che è uno dei caratteri del morbo di Lawrence Biedl (*).

* * *

In secondo luogo è inter. la tiroide. E segni di ipofunzionamento tiroideo sono nel nostro caso, l'anidrosi, la perdita dei peli e dei capelli; l'alterato dermografismo, l'edema degli arti inferiori.

A carico della disfunzione ovarica vi è la precoce menopausa, vi sono i precedenti anamnestici che parlano di irregolarità mestruali, per disturbi avuti durante il loro ciclo, e ripetute amenorree.

La controprova del nostro ragionamento-clinico è stata dalla Reazione di Abderhalden (ricerca dei fermenti di difesa).

L'organismo reagisce alla comparsa in circolo di albumine eterogenee, sia introdotte parenteralmente, sia provenienti da organi e tessuti malati, mediante la scissione di dette sostanze di aminoacidi. Tale fenomeno che si compie con un processo analogo a quello della digestione gastro-intestinale, venne attribuito all'azione di speciali enzimi, che per la loro funzione vennero chiamati (Abderhalden) fermenti proteolitici o proteinasi di difesa.

Tali fermenti hanno proprietà comuni (specificità, termolabilità) con quelle sostanze (antitossine, alessine, precipitine, ecc.) che rappresentano l'espressione della difesa umorale dell'organismo.

Oltre che nel sangue (siero e plasma) essi si trovano anche nel liquor, nell'essudato pleurico, nelle urine (ove si trovano in maggiore concentrazione).

Nel caso nostro, la ricerca di tali fermenti di difesa, eseguita dal dott. U. Mingazzini, ha dato risultati che concordano assai bene con i dati clinici.

* * *

Ma il vero interesse del nostro caso è dato dalla notevole astenia, di gran lunga superiore a quella che si è soliti osservare in questa malattia.

Il sintoma che più importa è l'incapacità funzionale che ha condotto la paziente in uno stato, praticamente, di paraplegia.

Nè la miastenia si può spiegare legata ad altri processi morbosi che danno un simile quadro perchè le ripetute indagini, nonchè gli esami elettrodiagnostici dei mm. e dei nervi, hanno dato reperti pressocchè normali.

Non è dato però di escludere del tutto la presenza di distrofie muscolari, specie a carico degli arti inferiori, benchè tale evenienza sia abbastanza rara.

Nel morbo di Dercum l'astenia statica e motoria è sempre presente, ma non è in rapporto col volume della massa lipomatosa. I malati sono torpidi, abulici, molto facili alla tristezza, con memoria indebolita, con intelligenza però sufficientemente sveglia. Presentano spesso sintomi di astenia cardio-vascolare (tachicardica, palpitazioni, cambiamenti di colore del viso).

L'astenia grave, psichica e fisica, che hanno i malati di morbo di Dercum, rassomiglia a quella degli addisoniani, ma va principalmente riferita alla compromissione della ipofisi. In alcuni stati di endocrinopatia infatti in cui è alterata la ipofisi (acromegalia) vi sono lesioni regressive del tessuto muscolare striato in forma di vacuolizzazione ed atrofia delle fibre con aumento dei nuclei e proliferazione del connettivo interstiziale, secondo le osservazioni di Arnold, Schitte e poi Freedreich, Tamburini, Martinotti.

Gamna (16) nel morbo di Cushing mise in evidenza degenerazione grassa, trasformazione ialina del corpo della fibrilla con spiccata metacromasia ed affinità per i colori basici; fino quasi all'aspetto di degenerazione cerea.

A tale riguardo, un contributo lo porta Cossa che descrive un caso di adiposi dolorosa esordita con vivissime crisi dolorose alle gambe, in cui si associò una miopatia, (atrofia

---

(*) La malattia di Lawrence Biedl consiste nella associazione di retinite pigmentosa con adiposità cerebrale. In essa un trattamento con preparati ipofisari porta giovamento, insieme anche a qualche preparato bismutico, quantunque la forma non sia di origine luetica (BOENHEIM).

dei mm. della cintura pelvica e scapolare) con deformazioni ossee consecutive. In tale caso il morbo di Dercum iniziò ben 14 anni dopo l'inizio della miopatia.

Nella nostra ammalata vi è assai probabilmente un elemento fondamentale legato al fattore muscolare. L'impotenza funzionale dipende qui da qualche cosa di intrinseco: non distrofia muscolare come sindrome a sè, ma impotenza funzionale su base di muscoli alterati profondamente come qualche volta nel morbo di Dercum si dà (atrofia muscolare con reazione degenerativa, ipotrofia senza reazione degenerativa).

Per queste ragioni, e per questi particolari caratteri che non si è soliti riscontrare nel morbo di Dercum abbiamo creduto opportuno riferire il caso.

RIASSUNTO.

Gli AA., dopo aver passato in rassegna le numerose teorie etio-patogenetiche del morbo di Dercum, descrivono e discutono un caso di adiposi dolorosa presentatosi alla loro osservazione, il cui inizio fu non comune e in cui il carattere predominante era costituito dalla profonda miastenia, tale da ridurre la paziente in uno stato — praticamente — di paraplegia.

BIBLIOGRAFIA.

1. AIEVOLI E. La Riforma medica, a. XXXV, n. 14. Il Morgagni, 1905.
2. ALBRECHT. Klinische Wochenschrift, a. 7, n. 16, 1928.
3. BARLARO. La Prensa Medica Argentina, 18, 958-967, 1931.
4. BOENHEIM F. La Riforma Medica, a. XLVII, n. 14.
5. BOLLER R. Klinische Wochenschrift, a. 10, n. 3, 1931.
6. CARDUCCI. Il Policlinico, Sez. pratica, 1901.
7. CASTELLINO P. e PENDE N. *Patologia del simpatico*. C. E. Vallardi, 1915.
8. CECONI. Riv. crit. di Clin. med., 1911.
9. COSSA. Rev. Neurologique.
10. DERCUM. Univ. Med. Magaz., 1888; Amer. Journ. of the Med. sciences, 1892, Journ. of nerv. and ment Disease, 1900.
11. DERVIS. Deutsche Mediz. Wochenschrift, a. 50, n. 32, 1924.
12. FRATTI. Gazzetta degli Ospedali, 1907.
13. GAMNA. Minerva Medica, 1935.
14. GIUDICEANDREA. Il Policlinico, Sez. Med., 1899.
15. GRAM H. C. Acta Med. Scand., 73, 139-207, 1930.
16. GUNTZ. Klinische Wochenschrift, a. 7, n. 23, 1928.
17. JANSEN. Brit. J. Phys. Med., 7, 3-5, 1932.
18. JOUBERT. Paris Méd., 2, 550-552, 1931.
19. LAROCHE. Annales de Médicine, 1928.
20. LAZZARINI. La Clinica Medica, maggio-giugno 1929.
21. LUSTIG e GALEOTTI. *Trattato di Pal. Gener.*
22. MARAGLIANO. *Lezioni di Clinica Medica.*
23. MINGAZZINI E. Il Policlinico, Sez. Medica, anno XXVI, 1919, pagg. 49-62.
24. MINGAZZINI U. *La ricerca delle proteinasi specifiche ecc.* Boll. d. Lega it. p. la lotta contro il cancro, 1934.
25. PAGE IRVINE H. Virchows Arch., 279.
26. PENDE N. *Trattato di Endocrinologia.* S. E. Vallardi, 1934.
27. PRICE e BIRD. Journ. of Amer. Med. Assoc., vol. 84, n. 4, pag. 247-248, 1925.
28. REICHMANN. Deutsche Mediz. Wochenschrift, a. 49, n. 31, p. 1018-1019, 1923.
29. SASSONE. Terapia, 1927.
30. SICILIANO. Riv. Crit. di Clinica Medica, 1909 e 1912.
31. SILVESTRINI. *Adiposi dolorosa.* Pistoia, 1906.
32. WALDORP. Endocrinology, gennaio 1924.
33. WALLERY RADOT, PASTEUR et DOLFUS. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, a. 38, n. 23, p. 1016-1022, 1922.
34. WEYANDT. Klinische Wochenschrift, a. 7, n. 20, 1928.
35. WILDER. *Verein für Psich. e Neur. in Wien.* 26 aprile 1932.

RIVISTE CRITICHE

Il raffreddore.

Un'affezione alla quale viene generalmente data poca importanza è il raffreddore. Designata con parecchi nomi — raffreddore comune, raffreddore di testa, corizza, rinite acuta, catarro — essa è ben definita clinicamente. La sua etiopatogenesi rimane però ancora incerta e per quel che riguarda la terapia si brancola ancora in tentativi più o meno sfortunati.

Che si tratti di una malattia con scarsi pericoli e di non lunga durata non è dubbio, ma non è meno dubbio che essa procura fastidî, molestie e malessere che possono giungere fino alla sofferenza invalidante. Senza dire che se la malattia termina generalmente in guarigione, non sono rari i casi nei quali si hanno complicazioni consistenti sopratutto nella diffusione di processi catarrali alle vie aeree immediatamente retrostanti, ai bronchi, ai seni, alle trombe ed all'orecchio medio a carattere più o meno cronicizzante. Va tenuto conto anche che a furia di ripetersi essa può determinare un processo infiammatorio cronico della mucosa nasale, una rinite cronica.

Fino ad un cinquantennio fa la causa dell'affezione era ritenuta il raffreddamento del corpo, donde il suo nome. Con l'avvento della batteriologia tale concezione fu quasi generalmente abbandonata, e si ritenne che il raffreddore fosse una malattia infettiva per lo sviluppo della quale forse il perfrigeramento fosse solo un fattore concorrente.

A dir vero molti elementi contribuivano a convalidare tale opinione: il carattere stagionale della malattia, la natura purulenta della

secrezione nasale nella fase terminale, l'apparenza flogistica della mucosa nasale durante l'attacco, la circostanza che spesso membri della stessa famiglia o persone conviventi nello stesso ambiente ne sono presi simultaneamente, il fatto che tra un attacco e l'altro segue un periodo di benessere come se fosse d'immunità, ed infine la possibilità di diffusione del processo con lesioni di natura batterica.

Naturalmente, come per tutte le malattie, anche per quelle che meno facevano pensare alla natura infettiva, si instituirono e si moltiplicarono le ricerche per identificare il germe patogeno. Data l'individualità clinica della malattia non poteva trattarsi che di un germe specifico. Malgrado l'entusiasmo e l'abilità dei ricercatori la pesca non fu fortunata. Molti furono i batterî isolati, ma essi non erano che i batterî che si trovano nelle vie nasali, nella faringe, nella bocca degli individui sani. Del resto nè essi, nè qualcuno di quelli che pareva si differenziasse da tali banali, abituali microbi per qualche minima particolarità, erano capaci di riprodurre il raffreddore.

Questi scacchi, naturalmente, fecero pensare ai virus filtrabili. Ci fu chi pretese di avere trovato un virus capace di riprodurre il raffreddore, ma alla resa dei conti si trovò che tutta la sintomatologia clinica si riduceva a fenomeni di irritazione della mucosa nasale prodotti dall'azione chimica diretta della sostanza adoperata.

La teoria infettiva perdette terreno, ma non abbandonò il campo. Si affermò che i germi non potevano avere da soli azione patogena; perchè questa si estrinsecasse in manifestazioni cliniche occorreva un terreno organico predisposto, preparato da altra causa, la quale poteva essere la perfrigerazione.

Tanto la dottrina batterica esclusiva quanto quella combinata con le cause predisponenti valorizzavano la cura vaccinica. Di vaccini ne furono preparati molti, ed altrettanti ne furono messi in commercio, ma nessuno di essi è stato capace di risparmiare ai pazienti uno starnuto o qualche goccia di secrezione nasale, o ne ha comunque alleviate le sofferenze. La stessa sorte hanno i liquidi e polveri così detti disinfettanti delle fosse nasali.

Almeno finora.

A tutto ciò va aggiunto che i tentativi sperimentali di contagio diretto ebbero sempre esito negativo. La inoculazione della secrezione nasale prelevata da individui affetti da raffreddore nelle varie fasi del male sulla mucosa nasale, sulla faringe, nel sacco congiuntivale di individui sani non riprodusse mai il raffreddore.

Adunque, malgrado alcune apparenze cliniche, nessun fatto documenta che si tratti di una malattia infettiva.

Per rendersi conto di una più probabile etiopatogenesi del raffreddore conviene precisare le circostanze nelle quali esso si verifica, la sua sintomatologia locale e generale, il suo decorso.

Il raffreddore è una malattia stagionale. Il maggior numero dei casi si verifica in primavera e in autunno, è meno frequente in pieno inverno, è raro in piena estate.

Colpisce prevalentemente i popoli che abitano le zone temperate, meno quelli delle zone subtropicali e tropicali, non colpisce affatto gli abitanti delle zone artiche ed antartiche.

È più frequente nelle città che nelle campagne.

L'affezione si inizia in seguito ad un perfrigeramento improvviso, l'esposizione ad una corrente d'aria, il passaggio da un ambiente caldo ad uno freddo, il cambiamento di abiti o anche di sole scarpe pesanti in altre più leggeri, e simili.

L'attacco s'inizia con un senso molesto d'irritazione al naso e qualche starnuto. Contemporaneamente si ha una sensazione di freddo per tutto il corpo e più particolarmente al dorso ed ai piedi. Rapidamente tutti questi fatti si accentuano, sopravviene malessere e cefalea, gli starnuti diventano più frequenti, sulla mucosa nasale compare una secrezione acquosa, limpida che si fa sempre più abbondante, le fosse nasali si occludono fino a costringere il paziente a respirare con la bocca.

La mucosa che inizialmente appariva secca dopo poche ore diventa turgida, fortemente iniettata ed umettata da liquido acquoso che cola continuamente. Questo liquido è leggermente irritante ed alla sua azione, ed a quella meccanica del fazzoletto, si deve forse il leggero arrossamento della cute limitante le fosse nasali.

Fatto importante: nè in questo periodo nè in quello successivo, nei casi senza complicazioni, la temperatura del corpo, presa anche nel cavo orale, non aumenta anzi il più delle volte risulta diminuita.

Contemporaneamente le urine sono pallide e con basso peso specifico.

Specie nei casi nei quali il senso di freddo è più accentuato tutta la superficie cutanea è fredda, pallida, secca e ogni eccitazione termica produce il fenomeno dell'orripilazione.

Dopo due o tre giorni la secrezione si fa più densa e più torbida per la presenza di cellule di sfaldamento della mucosa alterata.

Dopo ancora qualche giorno quasi d'improvviso, come per crisi, il turgore della mucosa diminuisce, le vie nasali diventano pervie, mentre la secrezione si fa più densa ancora, attaccaticcia, nettamente purulenta.

Con questa crisi locale anche lo stato generale migliora: scompare il senso di freddo e di malessere, la pelle si fa calda e riprende il suo colore, le urine diventano più den-

se, l'orripilazione, quando è presente, scompare.

Tutto ciò nel giro di cinque o sei giorni. Dopo, la secrezione purulenta dura ancora per qualche giorno fino ad esaurirsi del tutto. Successivamente può aversi erpete labiale e diffusione del processo catarrale purulento alle formazioni vicine, anosmia transitoria.

Ricapitolando: la malattia s'inizia immediatamente o quasi dopo il perfrigeramento; i fatti nasali sono inizialmente costituiti da una congestione della mucosa nasale e sono accompagnati da senso di freddo generale, malessere, urina diluita; la febbre, nei casi senza complicazione, manca sempre, l'esfoliazione dell'epitelio della mucosa avviene in secondo tempo; e la suppurazione come fatto terminale.

Prima di discutere la probabile etiopatogenesi di questi fatti conviene ricordare alcune particolarità delle parti che sono specialmente alterate nel raffreddore.

La mucosa che riveste le cavità nasali consta di due zone: l'olfattiva e la respiratoria. Questa ultima riveste tutte le anfrattuosità nasali ed ha un notevole spessore, specie sui turbinati, che degrada verso i seni dove è più sottile. È ricoperta di un epitelio a doppio strato di cellule, di cui il superficiale è fornito di ciglia vibratili. Al di sotto di tale membrana sono disseminate numerosissime ghiandole mucose, sierose o miste.

La parte più importante della mucosa è costituita da un insieme di piccole cavità che costituiscono un vero tessuto cavernoso, erettile. Questo tessuto è abbondantemente vascolarizzato e sotto l'azione di fattori diversi può congestionarsi, inspessirsi, erigersi fino ad occludere completamente le vie nasali.

L'innervazione, oltre quelle delle fibre olfattive, è abbondante. La mucosa pituitaria è innervata da fibre del sistema vegetativo proveniente dal ganglio di Meckel, al quale fanno capo fibre simpatiche e parasimpatiche; oltre a fibre sensitive provenienti dal trigemino.

Per effetto di questa ricca innervazione la sensibilità, la reflettività e la ripercussività della pituitaria è molto squisita.

La funzione principale della mucosa nasale è quella di sussidio alla respirazione. L'aria prima di passare nella retrobocca passa nelle anfrattuosità nasali sempre calde e umide per la ricca vascolarizzazione della pituitaria e per la secrezione siero-mucosa che sempre ricopre la sua superficie. L'aria viene quindi riscaldata e inumidita, è resa cioè più idonea all'ambiente pulmonare. L'erettibilità della mucosa stessa può graduare a seconda delle esigenze la capacità di riscaldamento e di inumidimento.

Ma la funzione della mucosa nasale non si limita a questo. Essa ha certamente altri compiti che se sono ancora non abbastanza noti non devono certo essere poco importanti. La sua abbondante vascolarizzazione, la sua ricca innervazione simpatica e parasimpatica, la sua struttura cavernosa la fanno particolarmente capace di concorrere alla regolarizzazione dell'equilibrio termico e idrico dell'organismo. Al riguardo non è dubbio che esistono intime relazioni mutue tra mucosa nasale, pelle, reni e pulmoni che si estrinsecano attraverso azioni umorali e nervose.

Sta di fatto che la mucosa nasale reagisce non solo a stimoli fisici o chimici diretti, ma anche a stati fisiologici come quelli legati alla funzione sessuale, a condizioni idiosincrasiche ed allergiche. Valgono ad esempio la turgescenza e la secrezione della mucosa nasale che si verificano in alcuni individui a seguito di ingestione di quantità anche piccole di iodio, e la così detta febbre da fieno che costituisce la più nota manifestazione dell'allergismo.

Questi accenni anatomici e funzionali consentono una interpretazione etiopatogenetica della sintomatologia del raffreddore più verisimile di quella fornita dalla teoria infettiva.

*
* *

Un dato di fatto non più opinabile è che il raffreddore è determinato dall'azione sul corpo, e più spesso su una parte di esso, di una variazione di temperatura, dal caldo al freddo. Questo fatto è di osservazione banale, e per nessuna malattia come per questa condizione il nome corrisponde al fattore determinante. Il fatto stesso spiega come il raffreddore si verifichi più frequentemente nei popoli che abitano le zone temperate, dove, come è noto, gli sbalzi di temperatura sono più frequenti, più rapidi e più notevoli. Dà anche ragione della maggiore frequenza durante l'autunno e la primavera, quando la temperatura è più instabile, e quando non si è ancora preparati contro il freddo o si abbandonano intempestivamente gli abiti e le abitudini invernali.

I primi sintomi compaiono immediatamente o quasi dopo l'azione del fattore termico. Manca quindi un periodo d'incubazione. È questo un elemento non trascurabile contro la teoria infettiva.

All'azione del freddo segue l'irritazione del naso, gli starnuti, dapprima un rapido stato di secchezza e poi la secrezione più o meno abbondante. Contemporaneamente si ha il raffreddamento, il pallore e la secchezza della superficie cutanea, la diluizione dell'urina, il turbamento della cenestesi, l'orripilazione.

Il freddo provoca dunque una modificazione umorale o neurovegetativa che si estrinseca con una vasocostrizione cutanea e con fenomeni reciproci di congestione dei seni e più del tessuto erettile della mucosa nasale.

Questi fatti possono arrestarsi in tale fase

e scomparire rapidamente: il raffreddore non progredisce. Queste forme abortive sono frequentissime. Vi sono individui che nel passare da una camera all'altra, nell'uscire all'aperto, nel mettere il piede in una pozzanghera, per la bagnatura anche di una piccola parte del corpo, specie se abitualmente coperta, avvertono un senso di tillichio al naso, fanno uno o parecchi starnuti, hanno un senso di freddo e di brivido. Ma tutto passa subito, l'equilibrio si ristabilisce rapidamente.

Il fatto comunque è importante perchè prova come frequenti siano le ripercussioni del raffreddamento cutaneo sulla mucosa nasale.

Quando il raffreddore evolve nella forma abituale tutti i sintomi sopraccennati si aggravano: la rinorrea diventa più abbondante, la turgescenza della mucosa si accentua fino a occludere le vie nasali, il malessere e la cefalea diventano più penosi, la cute è sempre fredda, pallida, secca, le urine diluite.

Tuttavia non compare alcun segno di infezione. La febbre, che accompagna tutte le malattie infettive acute, manca, anzi la temperatura per lo più è subnormale.

In capo a qualche giorno la secrezione diventa più densa e più torbida. Questo è un effetto dell'azione irritante della secrezione: le cellule dell'epitelio della mucosa alterata si sfaldano e si spandono nel liquido.

Successivamente la secrezione diventa prettamente purulenta. Ciò evidentemente avviene perchè la mucosa continuamente traumatizzata della distenzione prodotta dall'erezione del tessuto cavernoso, irritata chimicamente dal liquido in continua secrezione, sfaldata diventa un terreno per il facile attecchimento e sviluppo dei comuni germi patogeni.

Che si tratta di comuni germi della suppurazione è provato oltre che dalle prove culturali e microscopiche, anche dalla circostanza che neppure questa secrezione purulenta è contagiante, essa non è capace di riprodurre il raffreddore in individui sani.

Dunque nulla autorizza ad ammettere che si tratta di un'infezione. I fatti che parlano in favore di una tale etiologia sono delle apparenze che non reggono alla critica.

Abbiamo visto come si spieghi con l'etiologia schiettamente termica il carattere stagionale del disturbo. La natura purulenta della secrezione nella fase ultima dell'affezione è un fatto secondario, determinato dall'alterazione primitiva della mucosa, ed è dovuto a germi banali.

L'aspetto della mucosa nella fase iniziale e di stato non è flogistico, ma è caratterizzato da una semplice congestione, dalla turgescenza, dall'erezione del tessuto cavernoso.

Il fatto che talvolta il raffreddore colpisce simultaneamente più individui comunque conviventi nello stesso ambiente o che hanno le medesime abitudini prova solo che essi hanno subìta contemporaneamente una medesima azione perfrigerante.

La circostanza che tra un raffreddore e l'altro v'è un periodo più o meno lungo di accalmia non è un elemento probativo d'immunità batterica. Tanti disturbi acuti anche sicuramente non infettivi sogliono ripetersi con intervalli durante i quali il benessere è completo.

Del resto è arbitrario parlare d'immunità quando un individuo nella stessa stagione può soffrire parecchie volte il raffreddore. Si tratterebbe di una immunità labilissima e che non diventerebbe duratura neppure dopo una lunga serie di attacchi. Una vera immunità di eccezione.

La insorgenza dei processi catarrali e infettivi nelle parti più o meno vicine (faringe, tonsille, laringe, bronchi, orecchio, seni) è facilmente spiegabile con il fatto dell'occlusione delle vie aeree nasali, con la presenza della secrezione irritante prima e purulenta dopo.

Quale è dunque il meccanismo patogenetico del raffreddore? Dobbiamo riconoscere che la risposta non è facile.

Esclusa la causa microbica, si può con qualche fondatezza pensare ad uno squilibrio umorale-nervoso, ad uno choc prodotto dalla perfrigerazione, ad una specie di termoallergia.

Certo è che tutti i sintomi (la vasocostrizione cutanea, l'arresto del sudore, l'orripilazione, il senso di freddo, l'alterazione della cenestesi, la diluizione dell'urina, la stessa congestione della mucosa nasale) depongono esclusivamente per uno squilibrio del sistema nervoso autonomo.

L'inizio e la cessazione brusca dei sintomi capitali, le analogie con altre affezioni (febbre da fieno), fanno pensare a crisi allergiche, ad una speciale sensibilità verso agenti termici o di un aumento della suscettibilità verso determinate sostanze provocate dalle variazioni di temperatura.

La maggioranza degli uomini delle zone temperate offre ogni anno il proprio contributo alla casistica del raffreddore. Ma vi sono individui che hanno una particolare tendenza a contrarlo, individui che hanno una squisita sensibilità per le variazioni di temperatura. Sono individui che avvertono una sensazione di freddo e starnutiscono nel passare da un ambiente all'altro anche se la differenza di temperatura è inferiore ad un grado, che avvertono con un senso di molestia le minime correnti d'aria, che avvertono con un'alterazione della cenestesi il più piccolo inumidimento dei piedi. Sono questi individui che più frequentemente sono colpiti da raffreddori.

È verisimile l'ipotesi che si tratti di una particolare sensibilità del sistema autonomo, o una particolare crasi umorale suscettibile di reazione alle variazioni termiche; ma si trat-

ta di un'ipotesi che può essere presa in considerazione solo come idea ispiratrice di ulteriori studi.

Purtroppo la medicina non possiede mezzi adatti per prevenire e curare efficacemente il raffreddore. La ipotesi batterica ha segnato al riguardo un regresso perchè ha deviato le esperienze in un senso errato.

Le applicazioni preventive di soluzioni e polveri disifettanti e di vaccini sulla mucosa nasale si sono dimostrate del tutto inefficaci a scopo profilattico come lo sono a scopo curativo.

Allo stato dei fatti conviene ritenere che miglior criterio profilattico sia quello di abituare, adattare l'organismo alle variazioni di temperatura o quanto meno cercare di evitare tutte quelle cause di perfrigerazione (correnti d'aria, eccessivo riscaldamento artificiale, intempestivo cambiamento degli abiti, ecc.) che sogliono, secondo la comune esperienza, provocare il raffreddore.

Per raggiungere il primo scopo giovano molto la vita all'aria aperta, gli esercizi fisici anch'essi in piena aria, i bagni freddi (a doccia o ad immersione) d'estate come d'inverno, di primavera come d'autunno.

All'inizio del raffreddore (ai primi starnuti, alle prime sensazioni moleste al naso, alle prime sensazioni di freddo generale) è possibile secondo osservazioni che si vanno facendo sempre più larghe arrestare il progresso dell'affezione. L'instillazione sulla mucosa nasale di alcune goccie di argento colloidale o di soluzione di protargolo all'uno o due per cento determina molte volte la scomparsa di ogni disturbo. Lo stesso risultato talvolta si ottiene anche con l'ingestione di oppio. Si tratta di una terapia empirica il cui meccanismo d'azione è oscuro. Comunque se la sua efficienza venisse confermata da una larga casistica potrebbe portare un qualche contributo all'etiologia neuro-umorale del raffreddore.

Una volta affermatosi il male bisogna limitarsi a ridurre la molestia dei sintomi locali e generali.

Per ridurre la congestione della mucosa e quindi rendere pervie le vie nasali l'adrenalina non è indicata: il sollievo immediato si sconta con un aggravamento del disturbo perchè alla rapida, energica contrazione dei vasi segue una dilatazione più intensa, una maggiore turgescenza della mucosa.

Più rispondente allo scopo è la cocaina, con instillazioni a goccie o applicazioni di pezzetti di ovatta imbevuti con una soluzione diluita; oltre a diminuire la congestione essa anestesizza la mucosa e quindi non fa sentire le molestie locali e non fa starnutire.

L'applicazione di cocaina a mezzo di pomate è meno efficace, perchè la secrezione incessante impedisce il contatto di grassi o vaselina con la mucosa.

Come si è già ripetuto in tutte le fasi del male le applicazioni di disinfettanti e vaccini è inefficace e provocano solo un aggravamento del male irritando ancor più la mucosa.

Nella fase della secrezione purulenta è opportuno astenersi da qualsiasi medicazione locale per evitare la diffusione della suppurazione alle parti vicine.

Per alleviare le sofferenze generali giovano il chinino, l'aspirina, le bevande calde, la dimora in ambiente caldo e sopra tutto procurare di mantenere caldi i piedi.

Talvolta, anzi spesso, tutte le cure risultano semplici palliativi. Nulla vale ad arrestare o a modificare l'attacco. Non per nulla il raffreddore costituisce una delle cause di discredito della medicina. I medici non sanno curare neppure il raffreddore!

G. DRAGOTTI.

COMMENTI.

A proposito della splancnicotomia nella ipertensione arteriosa.

Signor Direttore,

Nel numero del 31 agosto u. s. del *Policlinico* il Prof. Luigi Durante pubblica un articolo dal titolo « La midollectomia surrenale nelle sindromi dell'ipersurrenalismo midollare » nel quale, a proposito della resezione dei nervi splancnici quale intervento riducente la funzionalità della surrenale midollare, scrive:

« L'operazione dei nervi splancnici è la operazione più brillante della chirurgia neuroendocrina. Proposta da Pende (1924) negli stati ipertensivi arteriosi, venne subito da me attuata nell'uomo » ecc.

Dal che si dovrebbe concludere essere stato il Durante il primo a praticare tale operazione a tale scopo.

In realtà la resezione dei nervi splancnici era stata praticata la prima volta nell'uomo da me nell'aprile 1927 quale cura della atonia gastrica, e fu da me eseguito il primo intervento del genere nella cura della ipertensione arteriosa nel maggio 1930; la malata così operata fu presentata nella seduta del 4 giugno successivo della Società Medica Bellunese (vedi resoconto della comunicazione nel *Policlinico* del 18 agosto 1930, pag. 1221).

Il prof. Durante segnalò i primi suoi interventi (due splancnicotomie per disturbi circolatori degli arti inferiori) nella seduta del 30 giugno 1931 dell'Accademia medica di Genova, e la sua comunicazione fu pubblicata nel bollettino di questa in data 15 marzo 1932.

La mia priorità in argomento è stata affermata recentemente anche nel *Policlinico* (nel numero del 1° giugno u. s.) dal prof. Antognetti, assistente del prof. Pende, il quale scrive:

« L'operazione della splancnicotomia sinistra, proposta dal Pende nel 1924, ha avuto la sua prima applicazione pratica nell'uomo nel 1929 ad opera di un valoroso operatore, cultore della chirurgia del simpatico, il prof. Pieri... ».

Le sarò grato se, qualora Lei credesse che ne valga la pena, vorrà pubblicare la presente precisazione di dati. Gino Pieri.

Il prof. Gino Pieri ha voluto interpretare il periodo, da lui citato un po' incompleto e impreciso (perchè devesi leggere « La resezione dei nervi splancnici è l'operazione più brillante della chirurgia neuroendocrina. Proposta da Pende (1924) negli stati ipertensivi essenziali, venne subito da me attuata nell'uomo ed estesa alle turbe della vasomotilità tipo Raynaud, alle endoarteriti obliteranti di Winivather, alle trombo angioiti di Buerger »), come una mia affermazione di priorità nel tempo della resezione degli splancnici.

Ma la parola *subito* nelle poche righe sopracitate non vuol per nulla significare di essere stato io *il primo* in ordine cronologico ad eseguire l'intervento.

Perchè se avessi voluto tracciarne la cronistoria e avocarmi la priorità avrei col mio nome in prima linea ricordato susseguentemente tutti gli AA. che col Pieri si sono occupati fra il 1927 ed il 1931 di resezione degli splancnici.

Invece in un rapido ed incidentale accenno, senza quindi citare alcun autore, ho voluto ricordare il contributo personale della estensione di detto intervento alle sindromi angiotrofiche dell'ipersurrenalismo midollare, delle quali non si era ancora occupato alcun autore prima di me — Pieri compreso — almeno per quanto mi consta.

E qualora il Pieri creda di essere stato il primo esecutore del geniale intervento di Pende — che se praticato per *via lombare extraperitoneale* è tecnicamente più facile e meno traumatizzante di un intervento di ernia — e se questa priorità dev'essere segnata sul quadrante della storia, io sono il primo a ricordarla e ad ammetterla anche senza l'avallo del prof. Antognetti.

Nessuno vuol contestare al « valoroso operatore e cultore della chirurgia del simpatico », questo primato. Tutti, del resto, conoscono la sua memoria — « La cura chirurgica delle nevrosi gastriche » Belluno 1930 — nella quale fra l'altro a pag. 104 sono elencati con molto coraggio gli incidenti operatori e postoperatori dei suoi operati di resezione degli splancnici per *via mediastinica posteriore*, per i quali io dovrei anche cancellare dal mio periodo incriminato le parole: « La resezione dei nervi splancnici è l'operazione più brillante della chirurgia neuroendocrina ».

Luigi Durante.

PROFILI.

CESARE CAVINA

1888-1935

Oggi, 21 settembre, compie un anno dal giorno in cui a soli 47 anni morì in Bologna Cesare Cavina, e fu così troncata sul fiore la vita di un uomo apportatore di gloria alla chirurgia italiana.

La sua carriera fu rapida e sicura, senza mai un momento di oscillazione, nè di dubbio.

Scoppiata la guerra, accorse volontario a prestare l'opera sua e fu decorato al valore.

Dopo, nell'Ospedale Militare di S. Leonardo in Bologna diretto dal Beretta, si trovò davanti ad una folla di mutilati della faccia e delle mascelle e fu mirabile nella chirurgia plastica, estetica e riparatrice, dalla quale passò poi subito alla chirurgia del capo, della gola e del collo intesa nel senso più lato della parola.

Può dirsi ch'egli fu fra noi il fondatore di una nuova specialità, quella de « *La Chirurgia Orale* », come ne fu il propugnatore con lo « *Archivum Chirurgiae Oris* » che apparve nel gennaio del 1931: sei anni dopo che al Cavina medesimo era stata contestata la docenza proprio in quella stessa specialità!

La rinomanza dei suoi successi nel trattamento dei cancri della bocca, in quello delle fessure del palato, nei trapianti ossei della mandibola, nella chirurgia della mastoide, dei seni, del laringe, della tiroide, del ganglio di Gasser, della ipofisi ed — in breve — in tutta la chirurgia cranio-cerebrale passò anche i confini della patria e gli attirò rapidamente un lavoro pratico immenso, ch'egli fronteggiò con una prodigiosa attività. In sei anni appena praticò 120 neurotomie retrogasseriane con due soli morti.

Ma questa ingente fatica che egli doveva poi raddoppiare per mantenersi all'avanguardia anche nella cultura intellettuale e scientifica, non fu forse l'ultima fra le cause della oscura malattia che lo trasse a morte.

Viaggi rapidissimi attraverso tutta Europa ed in Libia, corse di ore ed ore, guidando macchine, fra una seduta operatoria e l'altra, discussioni, pubblicazioni, corrispondenza epistolare con i chirurghi più eminenti del mondo, lezioni all'Università di Bologna e di Padova,

giornali medici, adunanze, congressi scientifici in Italia e fuori, convegni sportivi, lo trovarono pronto ognora ed ovunque e sempre con una vivacità immutata ed instancabile.

La delicata salute contrastava in lui con la forza nervosa indomita. Malattie a quando a quando lo fermarono, ma per farlo riapparire, dopo di esse, d'animo ancora più forte di prima.

Nell'ultimo anno degli studi universitari una apicite gli fece passare vari mesi in Sicilia: e dopo la laurea un'angina complicata a glomerulo-nefrite lo obbligò lungamente a letto. Il Murri lo mandò allora a svernare in Egitto. Di là egli passò in Siria ed in Palestina e l'anno appresso era alla guerra.

Nel '28 aveva da poco tempo scalato da solo il Cervino, quando una sera, mentre era in piena salute, fu improvvisamente colto da una perforazione di ulcera duodenale, senza ch'egli avesse mai sino allora avuta la sensazione di qualche disturbo gastrico.

Nel '30 a Vienna fu operato di mastoidite acuta dall'Alexander: e purtroppo, operatore ed operato, erano entrambi destinati a non lontana fine.

Nell'inverno del 1934-35 parve agli assistenti, che in qualche momento di quel suo lavoro senza tregua egli apparisse meno forte; comunque ciò non gli impedì di continuare ad operare, a viaggiare ed a preparare col Beretta a Bologna l'imminente faticoso Congresso Internazionale di Stomatologia.

Nel maggio ebbe febbre ed un giorno a Torino fu colto da un brivido violentissimo e da metà giugno sino alla morte la febbre non lo lasciò più: ciò non ostante il 6 luglio operò ancora due resezioni del mascellare superiore ed una plastica del mento.

Ricerche ed esami d'ogni fatta, in Italia e fuori, ed anche una laparotomia esplorativa praticatagli dal Clairmont, mentre il Cavina era in Isvizzera, non chiarirono la malattia. Il 15 settembre fu trasportato a Bologna.

A me, vecchio, il vedere lui giovane nell'imminenza della morte rinnovava il dolore sentito molti anni prima per la perdita di Alessandro Codivilla, il grande precursore della chirurgia gastrica e cranio-cerebrale in Italia, lui pure immaturamente spento.

Alla giovane e diletta sposa del povero Cesare l'augurio che i suoi due piccoli figliuoli crescano degni della virtù del padre.

BARTOLO NIGRISOLI.

SUNTI E RASSEGNE

VASI SANGUIGNI.

I fenomeni di Raynaud.

(J. H. HUNT. *Quart. Journ. of Medicine*, 19 luglio 1936).

La revisione del concetto clinico, diagnostico e fisiopatologico del morbo di Raynaud, com'è stato descritto circa 60 anni fa dall'illustre studioso francese, è stata resa necessaria dal progressivo accrescersi delle nostre nozioni attorno alla fisiopatologia vasomotoria, dalla differenziazione di entità cliniche autonome nel campo delle malattie vasali (come p. es. il morbo di Buerger), dallo studio eziologico accurato e dai risultati terapeutici diversi in alcuni dei casi della sindrome relativa e che dimostravano la non identità clinica e patogenetica di casi apparentemente simili. A seconda della esperienza dei singoli AA. l'essenza della sindrome veniva definita in modo diverso, talora opposto: così ad es. Beck pone quale fattore predominante nel morbo di Raynaud l'arterite obliterante, mentre Osler vi include solo i casi di alterazioni funzionali dei vasi, senza lesioni organiche; Lewis propone l'abolizione del termine di morbo di Raynaud, la cui esistenza quale malattia autonoma viene posta in dubbio da alcuni, sostenuta invece da altri, anche tra i più recenti AA. (Allen e Brown).

Il lavoro di J. H. Hunt costituisce una messa a punto, più o meno definitiva, del problema clinico della sindrome di Raynaud: partendo da cognizioni cliniche e sperimentali recenti, in base ad un ricco materiale di osservazione propria l'A. passa in rassegna e sottopone ad una classificazione razionale tutti i casi clinici, nei quali si osservano i cosidetti « fenomeni di Raynaud » e caratterizzati cioè da *pallore e cianosi intermittenti delle estremità, provocabili da esposizione al freddo, senza che vi si riscontri clinicamente occlusione di grandi vasi e con lesioni trofiche (se presenti) limitate alla cute.* L'A. insiste sull'intermittenza del fenomeno, sulla persistenza del polso, sulla mancanza di gangrena massiva.

Egli viene quindi a distinguere i « fenomeni di Raynaud » (o event. la sindrome di Raynaud) da quello che potrebbe essere il morbo di Raynaud; e analizza clinicamente (sul materiale proprio e anche quello di Raynaud stesso) le varie contingenze nelle quali tali fenomeni possono manifestarsi.

Molteplici sarebbero le condizioni che danno luogo ai « fenomeni di Raynaud »; esse possono essere suddivise in tre grandi gruppi:

a) detti fenomeni si presentano in modo isolato e costituiscono un quadro clinico a sè;

b) i fenomeni di Raynaud precedono, anche per diversi anni, l'istaurarsi di una cianosi e raffreddamento permanente delle estremità;

c) il fenomeno di Raynaud costituisce una fase temporanea e talvolta insignificante nello sviluppo di una grave malattia dei vasi degli arti.

* * *

La sincope locale delle estremità col suo passaggio graduale attraverso vari stadi di cianosi specie a carico delle dita delle mani e dei piedi, con sensazioni di intorpidimento, di perdita parziale di sensibilità e di movimenti attivi può essere osservata anche in persone normali quando tutto il corpo viene sottoposto ad un raffreddamento intenso (con abbassamento della temperatura centrale di qualche grado); spesso vi è coinvolto anche il lobulo del naso e le orecchie.

Tale fenomenologia che avrebbe, secondo l'A., il significato di un riflesso protettivo, viene talora ad accentuarsi nei primi momenti dopo l'ingresso in un ambiente caldo, perchè, avvenuta la vasodilatazione dei vasi superficiali il sangue ritorna in maggior copia agli organi centrali; è costretto però a passare attraverso le vene poste nei tessuti più profondi e ancora freddi; il maggior afflusso di sangue freddo causa reazione centrale vasomotoria più intensa. Tale fenomeno si riscontra in tutti i casi di sincope delle estremità da freddo.

Anche l'esposizione di un arto solo al freddo causa, dopo una vasodilatazione transitoria, la fenomenologia di Raynaud, per culminare talvolta in lesioni localizzate definitive (gangrena da freddo).

V'è poi tutta una categoria di individui che presentano frequentemente le dita fredde; l'intensità della fenomenologia varia da un lieve pallora del solo polpastrello, fino a cianosi con torpore di tutte le dita, talora definite come dita morte. Quest'affezione (spesso non considerata neanche come tale) è ereditaria o famigliare (« Hereditary Cold Fingers »): la fenomenologia viene provocata da raffreddamento anche lieve (immersione delle mani nell'acqua, contatto con biancheria fresca, colle posate metalliche ecc. ecc.); non si notano influssi emotivi; vi sono soggetti con uguale frequenza individui di ambo i sessi. L'affezione si manifesta sin dalla tenera età e raramente progredisce in modo tale da infirmare la capacità lavorativa del paziente, tanto da rendere superfluo un eventuale intervento cruento (ganglionectomia simpatica); sono sufficienti di solito semplici misure protettive.

A questo gruppo appartiene anche uno dei casi originali di Raynaud (l'A. ne riporta la descrizione). La storia familiare, la frequenza nei due sessi, la mancanza del fattore emotivo, l'età nella quale insorge differenziano tale gruppo dal « vero Morbo di Raynaud ».

Quest'ultimo difatti mantiene almeno per ora il diritto all'autonomia nosologica. Esso è piuttosto raro; uniformandosi alla definizione data in precedenza, la quale serve come complemento ai rilievi clinici del Raynaud stesso, l'A. pone fra le caratteristiche della malattia l'insorgenza tardiva (dopo i trent'anni), la mancanza di storia familiare, l'importanza del fattore emotivo accanto a quello del freddo nel provocare gli accessi, il manifestarsi quasi esclusivo nel sesso femminile, la perfetta simmetria dell'asfissia locale. L'A. riporta testualmente la descrizione di Raynaud dell'accesso: esso di solito segue a lieve raffreddamento o stimolo emotivo (preoccupazione, spavento improvviso, stimolo sensuale); dura da pochi minuti a qualche ora; è limitato alle mani ed ai piedi (più raramente), senza partecipazione del naso o delle orecchie; i fenomeni sono più accentuati a carico delle dita e non risalgono mai al disopra del polso. Il cambiamento del colore, dal cereo, al giallo, al cianotico scuro o quasi nero avviene gradualmente e si accompagna a progressivo intorpidimento delle dita; la pressione su queste provoca una macchia pallida la quale molto lentamente riprende il colore circostante; la puntura non dà esito a sangue; le dita sono fredde. Il ritorno alle condizioni normali avviene con ricomparsa di zone di colore vivace, fino al vermiglio o purpureo che confluiscono lentamente « scacciando » il colorito bronzeo che persiste più a lungo nelle parti più distali e dopo un transitorio arrossamento la cute riprende il colorito normale; i fenomeni di regresso si accompagnano a parestesie dolorose a tipo di trafitture, punture di spillo ecc. Il polso radiale persiste normale (o solo lievemente meno ampio).

Spesso sulle dita colpite si formano delle flittene, il cui contenuto diventa sieropurulento e che dopo la rottura lasciano il derma allo scoperto; piccole escoriazioni danno luogo a ulceri torpide, con consecutive cicatrici depresse. Quando v'è la gangrena essa è secca, limitata alle dita dove invade solo i strati superficiali della cute (Raynaud).

L'attacco può essere provocato senz'altro coll'immersione delle mani nell'acqua di 15° per 15 m'; Lewis ha notato che temperature inferiori (10°) non provocano l'attacco.

In uno dei pazienti dell'A. l'accesso si accompagnava ad una profusa sudorazione locale, fatto non frequente, ma descritto anche da altri.

L'A. fa notare come non v'è nessuna relazione tra il morbo di Raynaud e psiconeurosi, epilessia, afasie o ambliopie transitorie ecc. (a differenza di alcune descrizioni dei trattati); che l'ordine cronologico della fenomenologia locale non ha che valore limitato per la diagnosi: che non v'è emoglobinuria, da taluno menzionata. La R. W. è stata negativa in tutti i casi osservati dall'A.

Per quel che riguarda il decorso e il trattamento della malattia viene rilevato che nella maggior parte dei casi v'è progressivo peggioramento; che la terapia medica è di scarsa efficacia; che la ganglionectomia simpatica cer-

vico-toracica provoca un miglioramento immediato, ma che la sintomatologia torna a manifestarsi, sebbene in misura molto più ridotta, a distanza di mesi o di anni dall'intervento; risultati più notevoli e costanti sono stati ottenuti nei casi di sintomatologia a carico degli arti inferiori dopo l'intervento sul simpatico lombare.

È degno di nota che l'anestesia novocainica di un tronco nervoso elimina la possibilità di provocazione dell'attacco nel territorio corrispondente.

V'è finalmente un'altra condizione morbosa, nella quale i fenomeni di Raynaud costituiscono una sindrome isolata, però ad eziologia traumatica; si tratta di individui, nei quali tali fenomeni insorgono (sempre in seguito al raffreddamento locale) nelle estremità che hanno precedentemente subito una lesione meccanica unica (contusione, ferita da taglio ecc.), o che per molto tempo sono state sottoposte a stimoli meccanici ripetuti dovuti al maneggio di arnesi in continua vibrazione (martello pneumatico, macchine formatrici ecc.); la fenomenologia morbosa si manifesta spesso dopo 1-3 anni negli operai addetti ai lavori del genere; in rapporto all'impiego di tutte due o di una sola mano la sintomatologia è simmetrica o meno. L'abbandono del lavoro fa diminuire il numero e l'intensità degli accessi.

***

Passando alle condizioni morbose, nelle quali la fenomenologia di Raynaud costituisce una fase prolungata che precede l'istaurarsi definitivo della cianosi e raffreddamento delle estremità, l'A. indica una sola affezione — la sclerodattilia; questa (denominata anche acrosclerosi) è da distinguersi dalla sclerodermia vera, nella qual'ultima le manifestazioni sclerotiche a carico della cute e dei relativi accessi s'iniziano al tronco per diffondersi poi in modo centrifugo; in essa mancano i sintomi vasomotori.

Nella acrosclerosi sono primariamente e principalmente affette le estremità: le dita delle mani e dei piedi e la faccia. La malattia si manifesta di solito dopo i trent'anni e per lo più (in proporzione di nove a uno) nel sesso femminile. Nel primo stadio della malattia (che perdura anche per anni) la fenomenologia di Raynaud non è eccezionale: essa può essere provocata sia dal freddo, sia dall'emozione. Va notato però che il dolore persiste spesso anche negli intervalli fra gli accessi; si manifesta quindi una rigidità delle dita, incapacità di movimenti fini; la cute in primo tempo si ispessisce, per poi assottigliarsi cogli anni. Spesso v'è sudorazione abbondante delle estremità colpite. Sono caratteristici e frequenti (in 75 % dei casi) disturbi trofici sotto forma di ulcerazioni torpide, precedute da vescicole ematiche, paterecci con interessamento osseo, deformità delle unghie, accorciamento delle falangi distali (per riassorbimento osseo), deposizioni calcaree nelle parti molli; la faccia assume l'aspetto di una maschera con cute tirata, lucida, sottile, specie attorno alla bocca ed agli occhi. Possono partecipare anche le braccia, la nuca, il tronco; gli arti inferiori sono in genere meno compromessi e rare sono le ulcerazioni e le suppurazioni alle dita dei piedi. Nel periodo « di stato » della malattia le estremità più o meno deformi sono cianotiche e fredde in permanenza; non si può quindi più parlare di fenomeni di Raynaud.

La malattia è progressiva, difficilmente curabile. Anche la ganglionectomia simpatica ha dato risultati relativamente scarsi.

Molti AA. parlano di un'associazione fra la sclerodattilia e il morbo di Raynaud (Ball, Favier ed altri); l'A. però ritiene che si tratti di una sindrome globale dovuta ad eziologia unica; la fenomenologia di Raynaud è provocata non tanto da alterazioni di tono vasale, quanto da lesioni anatomiche delle arterie digitali con ispessimento fibroso ed atrofia della media, e con infiltrazione parvicellulare attorno ai vasi. V'è inoltre fibrosi del derma con atrofia delle papille, dei follicoli, delle glandole sebacee e sudorifere.

* * *

Nell'ultimo gruppo l'A. comprende affezioni molteplici, nelle quali i fenomeni di Raynaud costituiscono una fase temporanea, spesso insignificante della sindrome ostruttiva dei vasi degli arti.

Al primo posto figura la tromboangioite obliterante; non è il caso di riportare qui il quadro clinico dell'affezione; va notato che il pallore e la cianosi intermittente precedono di molti mesi l'inizio della claudicazione e del dolore continuo, la ridotta pulsazione delle singole arterie ecc. (stadio vasospastico). È nota però l'importanza dell'elemento vasomotorio anche ad alterazioni anatomiche avanzate e la distinzione fra i sintomi circolatori da spasmo e quelli da occlusione può essere effettuata mediante una serie di prove che inibiscono il tono vasale; accanto alla prova di iperemia reattiva, di cambiamento di posizione dell'arto, dell'istamina ecc., si può provocare il rilasciamento del tono vasale mercè rialzi termici (da sovrariscaldamento o con stimoli febbrigeni), mediante anestesia tronculare o blocco paravertebrale dei gangli simpatici, mediante anestesia rachidea o generale. Tali procedimenti insegneranno sull'eventuale efficacia di una ganglionectomia, che finora rappresenta uno dei mezzi curativi più efficaci, sebbene da considerarsi ancora come palliativo accanto a terapia fisica, ginnastica e medica del morbo di Buerger. Va notato che nello stadio avanzato di malattia non v'è intermittenza nei fenomeni vascolo-nervosi, e non si tratta più di fenomeni di Raynaud.

Lo stesso dicasi per alcune altre affezioni

ostruttive dei vasi come l'arteriosclerosi e l'arterite luetica, nelle quali il pallore e la cianosi intermittenti con parestesie, provocati da raffreddamento sono tutt'altro che rari (v. anche i casi originali di Raynaud).

L'A. ricorda inoltre l'arterite reumatica (probabilmente streptococcica), un'affezione piuttosto rara, che colpisce di solito i soggetti già precedentemente affetti da malattie reumatiche (angine, artriti, corea ecc.). L'A. ne descrive due casi; in questi i tipici fenomeni di Raynaud (provocabili da freddo) si manifestarono a distanza di qualche giorno da un angina. Dopo 24-48 ore la fenomenologia vasale divenne permanente con sintomi di ostruzione arteriosa; solo a distanza di settimane si è manifestato un certo miglioramento con ricomparsa di sintomatologia intermittente. La guarigione completa è possibile, però spesso persiste la tendenza alla sincope locale intermittente e tutto il quadro può recidivare in occasione di nuove manifestazioni reumatiche.

Va ancora menzionata l'esistenza (non frequente) di fenomenologia di Raynaud in casi di costola cervicale; va notato che vi sono casi di alterazione permanente della circolazione del braccio in seguito a compressione sulla succlavia o sul plesso brachiale (Telford, Todd ed altri); la sintomatologia intermittente invece sarebbe (secondo Lewis) da attribuire a piccoli emboli delle arterie digitali provenienti da trombosi locale della succlavia (nella zona compressa); probabilmente però vi contribuisce anche il diminuito flusso sanguigno dell'arto.

E finalmente in un ultimo gruppo, che forse richiederà ulteriori suddivisioni, vanno compresi i casi di fenomeni di Raynaud nelle malattie del sangue, nella tbc. polmonare, nel lupus eritematosus, nella malaria. L'A. ne cita alcuni esempi ben dimostrativi nella leucemia (così è da interpretarsi anche un caso di Raynaud), nella policitemia, nella malaria (anch'esso di Raynaud). In tutti la tipica sindrome era provocata dal freddo; non v'era influenza del fattore emotivo.

* * *

Dopo aver passato in rassegna le varie contingenze patologiche che generano la sincope locale intermittente delle estremità e aver stabilito che essa talvolta costituisce una sindrome concomitante, talora una malattia a sè, l'A. si sofferma sulla patogenesi dell'affezione. Egli critica l'ipotesi di Raynaud, il quale ha cercato di dimostrare che si tratta di una reazione vasomotoria generale, dovuta all'esagerazione dell'energia eccitomotoria della sostanza grigia del midollo; si è visto però che il disturbo permane puramente locale. E l'A. si associa all'opinione di Lewis, ammettendo che si tratta di un difetto o tara limitati alle arterie digitali, mentre il tono vasomotore generale è inalterato.

Che l'occlusione sia effettivamente localizzata alle arterie digitali viene dimostrato dal fatto che le arterie maggiori (radiale e ulnare) sono ben pulsanti durante l'accesso (una lieve diminuzione dell'ampiezza del polso è fisiologica in seguito a qualsiasi raffreddamento); che non v'è pallore costante, come dovrebbe essese se si trattasse di spasmo dei capillari; che basta raffreddare la base del dito perchè nel tutto si produca il fenomeno di Raynaud; il fatto che un dito in preda all'attacco non sanguina colla puntura conferma l'occlusione arteriosa in genere.

Va notato inoltre che il pallore iniziale dell'accesso non si produce, se non quando le mani sono al disopra del livello del cuore o in movimento, esistendo solo allora la *vis a tergo* necessaria per la propulsione del sangue venoso, che altrimenti ristagna dando luogo alla tipica cianosi. Di qua anche la diminuzione del volume delle vene dorsali della mano. Il pallore tardivo, dopo la cianosi prolungata, è dovuto alla contrazione dei capillari, indipendente dal sistema nervoso; e finalmente l'arrossamento che segue al raffreddamento protratto rappresenta la conseguenza della dilatazione dei piccoli vasi e delle arteriole, che avviene a sua volta per un meccanismo protettivo riflesso ed è provocata dalla liberazione di istamina.

L'intorpidimento è evidentemente causato dal temporaneo difetto di nutrizione dei nervi sensitivi.

L'influenza del freddo nella provocazione dell'attacco si comprende facilmente; già normalmente il freddo causa la costrizione locale dei vasi sia per l'azione diretta, sia per aumento riflesso del tono vasale; il « difetto locale » (*local fault*) delle arterie digitali fa sì che questo stimolo, come pure uno stimolo emotivo (per aumento del tono vasomotore) sia sufficiente a provocare l'attacco.

La natura del « difetto locale » è evidente per alcuni casi (tromboangioite, sclerodattilia, endoarterite) essendo dimostrabile anatomicamente; in altri (« dita fredde ereditarie », morbo di Raynaud ecc.) manca per ora la dimostrazione di lesioni anatomiche: si tratterà quindi di fatti puramente funzionali, o vi sono anche lesioni organiche, anche minime? Per ora il problema è insoluto. In ogni modo l'A. ritiene che lo spasmo solo non sarebbe capace di causare le necrosi anche superficiali; è probabile d'altra parte che anche lo spasmo ripetuto a lungo andare provochi lesioni muscolari nella parete delle arterie con conseguente difetto circolatorio e danno dei tessuti da esse irrorati.

Come vediamo, la fisiopatologia della sindrome di Raynaud solo in parte può dirsi delucidata. La maggior parte dei rilievi dell'A. si riferisce ai problemi ed alla classificazione clinica della malattia. Ma non è da escludersi che appunto da questi, considerando le con-

dizioni e le modalità della insorgenza dei fenomeni di Raynaud, il decorso di tali fenomeni e l'azione su di essi di vari procedimenti terapeutici, si giunga un giorno alla comprensione più profonda, patogenetica e fisiopatologica di questa sindrome di carattere ancora enigmatico.

S. MINZ.

Sui rapporti tra ematoma perirenale con ematuria essenziale e periarterite nodosa.

(I. D'AVANZO. *La Clinica Chirurgica*, fasc. 10, pag. 903, 1935).

L'A. dopo aver passato in rapida rassegna le diverse cause che possono dare origine ad un ematoma perirenale spontaneo, illustra il caso molto interessante di una donna in cui questo era stato provocato da lesioni di periarterite nodosa non solo dei vasi della capsula adiposa del rene, ma anche dei piccoli vasi arteriosi parenchimali (questo secondo dato istologico permetteva di spiegare delle ematurie « sine causa » osservate nella p.). La sola nefrectomia ha portato la p. a guarigione che dura ormai da molti anni.

L'A. infine si sofferma sulla letteratura dell'argomento e descrive il quadro clinico dell'ematoma perirenale spontaneo.

G. GENTILE.

INFORTUNI.

Lesioni degli atleti.

(MARNY H. HOBART. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 15 agosto 1936).

Le lesioni degli atleti interessano sempre di più la classe medica e formano un gruppo a parte di lesioni traumatiche.

L'attività dell'atleta dura pochi anni e questa è una ragione di più perchè l'atleta leso abbia bisogno non solo di guarire completamente ma anche rapidamente.

É importante l'opera preventiva delle lesioni degli atleti. Per questo medico e allenatore dovrebbero lavorare insieme e gli atleti dovrebbero essere sorvegliati dal medico come sono sorvegliati dall'allenatore.

Gli atleti dovrebbero essere visitati almeno ogni stagione e la visita deve interessare il cuore, i polmoni, le eventuali porte erniarie.

Appena infortunato l'atleta deve essere affidato al medico. Molti atleti hanno avuto ritardò nella guarigione appunto perchè non curati dal medico ma sottoposti a sforzi da parte dell'allenatore.

Si richiede anche al medico sportivo, come a tutti i medici, di curare gli infortunati molto coscienziosamente e sopra tutto di non lasciarsi trasportare dal desiderio dell'atleta di ritornare rapidamente alla sua attività.

Per le fratture l'atleta sarà senz'altro allontanato dalla squadra e sottoposto ad un soccorso d'urgenza e ad una cura razionale, come per tutte le fratture. La riduzione è bene sia fatta sotto il controllo radiologico. È consigliabile usare un apparecchio non facilmente movibile (e questo si deve fare non solo per gli atleti, ma anche per i bambini, per gli iodioti e per i... medici).

Dai 10 ai 15 giorni dopo la frattura è necessario rimuovere l'apparecchio e mobilizzare l'arto. Si deve istituire rapidamente una cura fisica con massaggi e diatermia.

Le fratture del cranio e del collo tengono l'atleta lontano dal campo per almeno una stagione, e per lo più per un anno. Minor tempo di mobilità richiedono le fratture minori (delle falangi, del polso, dell'avambraccio, delle costole, della clavicola).

Le distorsioni, sebbene meno gravi delle fratture, dànno gran fastidio. Le articolazioni colpite sono le anche, le ginocchia, le spalle e le falangi. Le articolazioni si devono proteggere con fasciature.

L'A. consiglia di avvolgere in ghiaccio al più presto possibile l'articolazione colpita da distorsione, di fasciare forte. In alcuni casi è necessario immobilizzare in apparecchio. Il trattamento successivo è identico a quello delle fratture.

Le contusioni si curano prima col ghiaccio e poi col calore; a volte è necessario mettere un balsamo analgesico. Successivamente bagni, diatermia, massaggi.

Le lussazioni si devono ridurre immediatamente; teoricamente solo dopo che un esame radiologico abbia escluso una frattura. Dopo la riduzione, riposo per un tempo più o meno lungo.

Il riposo è consigliato per evitare la miosite ossificante, la quale qualche volta richiede un intervento operativo.

Le ferite lacere e da taglio saranno pulite al più presto e richiuse con un sottile drenaggio; si farà inoltre medicatura umida all'acido borico per 24 ore.

Naturalmente si prenderà in considerazione l'eventualità di fare un'iniezione antitetanica.

Le suture della faccia si devono togliere fra il 3° e il 5° giorno, a meno che l'atleta non debba partecipare ad una gara prima della guarigione. In quest'ultimo caso sarà anche bene fissare la garza alla faccia con del collodion.

Le lesioni del ginocchio meritano una più ampia trattazione, non solo perchè è l'articolazione più spesso colpita, ma anche perchè la cura delle sue lesioni è molto più delicata. Su 110 lesioni del ginocchio osservate dall'A. in cinque anni, 70 erano a carico del menisco e il 20% richiese intervento chirurgico.

Lesioni più rare sono quelle dei nervi con paralisi, le commozioni cerebrali, le malattie insorgenti subito dopo il trauma (un caso di pleurite tubercolare, un caso di vaiolo).

In 5 anni furono curati alla Northwester University 687 atleti, 558 per lesioni e 129 per

infiammazioni. Fra le lesioni 167 erano distorsioni, 127 contusioni, 109 fratture, 79 lesioni cartilaginee, 56 lacerazioni, 24 lussazioni. In 177 casi fu necessario intervenire chirurgicamente. R. LUSENA.

La causa, la patologia e la cura dei traumi da elettricità.

(S. JELLINEK. *Edinburgh Medical Journal*, settembre 1936).

Se si tien conto del fatto che alcuni individui sono uccisi o lesi dall'elettricità atmosferica o tecnica, da basse o alte tensioni, dalla corrente continua o alternata, dalle basse o alte frequenze, e che altri individui nelle medesime circostanze rimangono illesi, s'impone innanzi tutto il problema della causa dei traumi elettrici.

Se si fa passare attraverso il cuore di un cane una corrente di 100 volt e 1/10 ampere si ha immediatamente e senza eccezioni la fibrillazione del cuore e la morte. Ma se nella vita ordinaria un uomo è investito nello stesso modo da una corrente della medesima potenza non si hanno necessariamente gli stessi effetti. Ciò prova che non si possono generalizzare ed applicare alla clinica i risultati degli esperimenti di laboratorio.

Le quistioni fondamentali da porre sono: È il voltaggio o l'amperaggio che determina lo shock? Con quale meccanismo si produce lo shock?

Si è affermato che ogni corrente di 1/10 ampere passando attraverso il corpo umano riesce fatale e che la morte è dovuta a fibrillazione cardiaca. Queste due affermazioni diventarono dogmi, ed in conformità gli ingegneri apprestarono i mezzi di profilassi ed i medici si astennero da ogni tentativo di cura dell'infortunato.

Ma tanto gli esperimenti quanto la clinica hanno in effetti dimostrato che l'amperaggio è solo uno dei fattori dell'azione traumatizzante dell'elettricità e che l'astensione in fatto di cura degli investiti dalla corrente e che sembrano morti non è affatto giustificata.

Sta di fatto che nella maggioranza dei casi hanno una parte importante i fattori costituzionali e psichici. Così è ormai assodato che un individuo che sia mentalmente preparato a ricevere uno shock, in modo da escludere ogni elemento di sorpresa, può subire uno shock pericoloso senza nessun danno. Lo stesso shock, d'altra parte, può riuscire fatale per un individuo non preparato.

Inoltre l'osservazione delle vittime insegna che se in molti casi la causa della morte è legata ad un'insufficienza cardiaca primitiva, più frequentemente l'effetto fatale è in rapporto ad un'asfissia primitiva, ad una paralisi cerebrale o ad uno shock dei nervi splancnici.

In ogni caso tutti questi disturbi pericolosi sono costituiti da un arresto della funzione che può essere corretto. Le alterazioni che si riscontrano negli organi interni delle vittime (emorragie perivasali, stravasi di plasma, distruzione di corpi di Nissl nel cervello ecc.) non sono di tale natura da potere essere ritenute responsabili della morte. Fa solo eccezione l'aumento del liquido cefalo-rachidiano che può rapidamente provocare una fatale compressione del cervello.

Queste considerazioni hanno grande importanza dal punto di vista del primo soccorso da dare agli infortunati. Al riguardo conviene tener presente che la respirazione artificiale è tutto. E quando il paziente dopo 5-10 minuti di respirazione artificiale non migliora, bisogna praticare una puntura lombare evacuatrice allo scopo di ridurre la pressione del liquor sul cervello e l'edema cerebrale.

Successivamente bisogna attendere alla cura locale delle parti direttamente investite dalla elettricità e dello stato generale del paziente.

Per il trattamento locale occorre che il medico non consideri più come un dogma che la lesione elettrica è una scottatura e niente altro che una scottatura. La lesione ha caratteri tutti suoi particolari per i quali ha una straordinaria tendenza alla guarigione. A differenza della scottatura che può dare pericolose complicazioni, la vera lesione elettrica, dopo un periodo di latenza, produce necrosi ma, quel che più importa, una necrosi asettica, senza complicazioni, e con esito in perfetta guarigione.

In considerazione del fatto che la necrosi è accompagnata da una notevole distruzione di tessuti, i medici di una volta per paura della setticemia procedevano ad abbondanti amputazioni. Ma l'esperienza ha dimostrato che nel caso di vere lesioni elettriche le complicazioni si hanno solo quando, invece che ad un trattamento conservativo, si ricorre ad interventi chirurgici.

L'aspetto anatomo-patologico ed il decorso clinico delle vere lesioni elettriche non hanno nulla di analogo con lesioni di altra natura e da altra causa, e solo tenendo conto di questo fatto devono essere considerati e trattati tanto le condizioni generali quanto i fatti a carico degli organi interni.

Tutti gli organi del corpo possono essere colpiti da trauma elettrico, sia mediatamente attraverso l'eccitazione nervosa prodotta dallo shock, sia direttamente per l'azione energetica della corrente. Questa può lasciare traccie non solo sulla superficie del corpo, ma anche negli organi interni provocando specifiche alterazioni anatomiche non ancora ben definite.

Tanto le lesioni esterne che quelle interne tendono a guarire spontaneamente, ma talvolta compaiono sintomi allarmanti che devono consigliare all'intervento attivo.

Non di rado dalle ferite si hanno emorragie che possono essere fatali in rapporto alla profonda alterazione delle pareti dei vasi eventualmente prodotte dalla corrente. Molte vittime decedono così in pochi minuti perchè il medico non era preparato a questa eventualità.

Altri sintomi allarmanti, che per lo più si manifestano a distanza di ore e anche di giorni, sono quelli dovuti all'ipertensione del liquido cefalo-rachidiano (agitazione, convulsioni ecc.). In tali casi le punture lombari evacuatrici, ripetute a seconda le necessità, possono salvare la vita del paziente.

Si possono avere anche dolori intensi senza localizzazione netta, che possono dipendere da lesioni dei nervi periferici, come da fratture di ossa o da lussazioni. In tali casi è indispensabile l'esame radiologico.

Talvolta si hanno sintomi allarmanti generali quali la febbre, l'inappetenza, la debolezza del cuore, l'albuminuria, ecc., dovuti o all'improvvisa emoglobinemia o al cattivo funzionamento dei reni.

A tutti questi fatti vanno aggiunti i sintomi allarmanti causati dalle lesioni prodotte dalla caduta dell'infortunato in seguito all'investimento elettrico (fratture al cranio, rotture di visceri ecc.).

A parte queste eccezioni la guarigione delle lesioni elettriche è sempre soddisfacente anche quando si hanno neuriti, atrofie, paralisi, disturbi trofici ecc. La prognosi generalmente favorevole si dimostra anche nelle manifestazioni secondarie.

Conviene comunque insistere nella circostanza che il processo di guarigione sarà tanto to più perfetto quanto più il medico saprà astenersi da ogni intervento inopportuno ed intempestivo. Le lesioni elettriche hanno una tendenza spontanea alla guarigione, ed ogni intervento chirurgico il più delle volte non ha altro effetto che quello di provocare inutili mutilazioni quando non produce anche complicazioni locali e generali. Dr.

DIVAGAZIONI

Fisiologia ed evoluzione dei batteri.

Lo studio sempre più approfondito di organismi che appaiono relativamente semplici, come i batteri, ne dimostra invece la grande complessità e le ampie differenze che esistono fra i vari tipi. È interessante, dai numerosi dati raccolti, giungere ad uno studio d'insieme che permette di disporre queste rudimentali forme di vita in un ordine che va dal semplice al complesso, stabilendone una specie di filogenesi.

È quanto ha fatto J. G. Knight in una recente monografia (*Material for a Comparative Physiology of Bacteria*. Med. Research Council, N. 210, H. M. Stationery Office, London 1936), in cui considera i batteri essenzialmente dal punto di vista delle esigenze fisiologiche. Allo scalino inferiore, egli ha messo i microorganismi con ampie capacità sintetiche, i quali ottengono l'energia ed i materiali, per la sintesi del loro protoplasma, da composti chimici semplici. Tali sono i batteri fotosintetici, che al pari delle piante verdi, utilizzano la luce e certi batteri chemosintetici, in cui la produzione di energia dipende unicamente dalle reazioni chimiche che essi iniziano. Vengono in sèguito quelli che utilizzano come sorgente di carbonio e di energia l'acido carbonico, il metano, l'ossido di carbonio.

Salendo nella scala, troviamo organismi come il *B. coli* ed il piocianeo, che esigono bensì dei composti complessi di carbonio, ma che possono assimilare l'azoto dell'ammoniaca per la sintesi del loro protoplasma. Le forme vicine del bac. del tifo, del dissenterico di Shiga, del paratifo A ed il proteo l'ottengono invece dagli amminoacidi e si arriva poi a forme, come il difterico ed i bacilli acido-resistenti, che non possono svilupparsi se non utilizzando come sorgente di azoto gli amminoacidi.

Ma anche fra i membri di uno stesso gruppo, vi sono delle differenze; così, fra quelli acido-resistenti, saliamo dai più adattabili ai più esigenti; dai saprofitici, ai bacilli della tubercolosi degli animali a sangue freddo, degli uccelli fino al tipo umano. Il bacino di Johnes (che provoca la dissenteria cronica del bestiame) è il più esigente, essendo apparentemente incapace di sintetizzare una sostanza che è invece prontamente fornita dal bacillo del *Phleum* e da quella della tubercolosi umana.

L'aumento della complessità delle esigenze nutritive è associata con la diminuzione dei poteri sintetizzanti, che si estende anche alla sintesi di sostanze essenziali per l'accrescimento, analoghe alle vitamine per l'alimentazione animale. L'A. ne ha preparate in forma concentrata e distingue: 1) un fattore sporogene (sintetizzato, p es., dal *Bac. aertrycke* e dall'*Aspergillus versicolor* e che si trova nel lievito e nell'urina dei mammiferi), che è necessario per lo sviluppo del *Clostridium sporogenes, botulinus, welchii*; 2) un fattore « stafilococco » (sintetizzato dal piocianeo e dal colera) essenziale per lo sviluppo dello stafilococco e del bac; del carbonchio.

Al gradino superiore della scala, troviamo gli organismi incapaci di svilupparsi nei mezzi sintetici, come il bac. dell'influenza, con le sue speciali esigenze nel fattore X e V, le brucelle, gli streptococchi, i pneumococchi, i meningococchi ed il gonococco.

L'A. attribuisce a questa serie un carattere evolutivo, ammettendo che nell'evoluzione del mondo si ebbero dapprima i prodotti più semplici del carbonio e dell'azoto e che si siano pertanto sviluppati dapprima i germi che utilizzavano il CO_2 e l'ammoniaca. L'ipotesi ha un aspetto teleologico e si può ammettere un'evoluzione in senso contrario, di venire

acquistando, cioè, dei poteri sintetici sempre più vasti e complessi. Ma con l'ipotesi dell'A. i tipi primitivi si vengono concatenando dinamicamente con quelli di diversi livelli nutritizi, con l'adattamento dei tipi alle esigenze nutritive, con la scarsa capacità sintetica delle forme parassitarie. Il parassitismo viene considerato come un adattamento tardivo nell'evoluzione e non è senza significato il fatto che la maggior parte dei batteri patogeni si trova fra quelli che non si accontentano dei semplici mezzi sintetici; ed anche il bacillo del tifo, che pure può utilizzare dei mezzi semplici, si mostra più esigente al primo isolamento dal corpo dell'ospite.

La variabilità dei singoli germi si manifesta nella produzione di nuovi enzimi capaci di utilizzare i nuovi substrati; ma si tratta di una capacità assai limitata di fronte all'immensa scala dell'evoluzione nutritizia che l'A. delinea ed in cui entra anche la capacità di sintesi delle lisine e delle tossine. La scala evolutiva, quale ci viene così presentata dall'A. è certamente suscettibile di modificazioni, in quanto che vi possono essere in essa delle regressioni e delle digressioni; ma essa, comunque, rappresenta una buona ipotesi di lavoro che — anche in questi tempi poco teneri per le teorie evoluzionarie — può essere utile per una più ampia comprensione dei fenomeni dell'interessante mondo dei microorganismi. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

F. LEJARS. *Chirurgie d'urgence.* (IX ediz. curata dal Prof. P. BROCQ con la collaborazione del Dott. R. Chabrut). 2 vol. di pagg. Masson & C. Paris 1935, Fr. 200.

Questo trattato fu l'opera maestra del Lejars che v'impresse tutta la sua vibrante personalità, vi compendiò tutta la sua vita di chirurgo e la concepì con il suo lucido cervello.

Alla sua origine la « Chirurgie d'Urgence » aveva lo scopo di venire in aiuto al medico pratico isolato, insegnandogli nei principali casi, nei quali non doveva subire alcun ritardo, le pratiche e le operazioni semplici che tutti i medici devono saper eseguire in qualsiasi momento ed in qualsiasi luogo.

Oggi questa nuova edizione, nella quale sono stati moltiplicati gli esempi vissuti, che fissano nel quadro reale della vita chirurgica i sintomi essenziali e le indicazioni esatte degli interventi, e che è stata sviluppata ed ampliata nella sua parte tecnica ed arricchita di numerose illustrazioni eseguite durante le operazioni sul cadavere e sul vivente, è divenuta anche un'opera molto utile a tutti i chirurgi, perchè nelle situazioni complicate vi potranno attingere le direttive terapeutiche e tecniche e vi troveranno descritte le operazioni appropriate sia per i casi più comuni sia anche per quelli meno frequenti.

Insomma la nuova edizione della « Chirurgie d'urgence », come è stata rifatta, è un insieme di mezzi diagnostici, d'indicazioni operatorie, e di tecniche varie che, seguendo l'indirizzo primitivo dato all'opera dal Lejars, la rende ancor più utile e direi quasi necessaria sia nei piccoli che nei grandi interventi chirurgici di urgenza. L. DOMINICI.

OLAV USLAND. *Kirurgische Pankreassyndommer ag postoperative pankreaskomplicasjoner.* Oslo, 1932, J. Bjornstad.

Deve essere una completa monografia, a giudicare dalle figure e dai titoli dei vari paragrafi. Fa anche bella mostra, all'inizio, una riproduzione della figura originale di G. Wirsüng dimostrante il suo canale.

Più di questo non saprei dire perchè questo volume à, per la mia ignoranza linguistica, il difetto di esser scritto in norvegese; per chi lo sa... e si interessa dell'argomento può anche esser raccomandabile. *p. g.*

J. TERRACOL. *Les maladies des fosses nasales.* Vol. di 554 pag., con 223 fig. Edit. Masson, Paris 1936. Frcs. 110.

Il volume, di cui il Clinico di Montpellier è Autore principale e al quale hanno collaborato altri per alcuni capitoli speciali, raccoglie e coordina quanto di più moderno è stato scritto sulla patologia delle fosse nasali negli ultimi dieci anni.

Il libro è diviso in due parti principali di patologia generale e di patologia speciale. La prima riveste, a nostro avviso, il carattere di maggiore importanza in quanto riunisce in capitoli e riassume conoscenze, finora frammentarie e disperse nella letteratura mondiale, le quali sorpassano il quadro della rinologia pura per innestarsi nella medicina generale, nella neurologia, nell'oculistica. Questo noi troviamo nei capitoli che riguardano le alterazioni dell'olfatto, le sindromi polmonari di origine nasale, le turbe della vascolarizzazione della sensibilità, della secrezione, della vasomotilità della mucosa nasale, le reazioni edematose e linfoidi e le manifestazioni allergiche delle fosse nasali.

Nella parte speciale le varie affezioni morbose sono studiate dettagliatamente non solo dal punto di vista pratico ma anche teorico; il che costituisce il pregio non ultimo del volume.

Alcuni capitoli che trattano argomenti strettamente connessi con altre specialità sono stati affidati a persone particolarmente competenti; così il « naso e foniatria » (Tarneaud), la crenoterapia in rinologia (Debidour), la radiografia del naso e delle fosse nasali (Lamarque), le complicazioni oculo-orbitarie delle affezioni delle fosse nasali (Dejean).

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Il testo è completato da una ricca iconografia e dalla bibliografia che segue ad ogni capitolo e nella cui elencazione non sono dimenticati numerosi lavori italiani.

M. SILVAGNI.

B. STROGANOFF. *Traitement de l'éclampsie.* Un vol. in-16°, di 112 pagg. Masson et C.ie, Paris, 1935. Prezzo 18 fr.

Il nome dell'A. è connesso con i progressi compiuti in questi ultimi anni in ginecologia ed in ostetricia ed i suoi metodi ormai controllati largamente nella pratica sono adottati dalla maggior parte.

I pareri degli ostetrici sono divisi per quanto riguarda il trattamento dell'eclampsia. Gli uni tendono ad accelerare il parto ed a terminarlo al più presto. Gli altri consigliano piuttosto di impedire le crisi e specialmente di evitare ogni manovra che comporti i rischi del parto forzato e provochi, per via riflessa, una nuova crisi. È quest'ultima l'idea conduttrice del trattamento di Stroganoff.

L'elemento neuro-vegetativo sembra essere sempre più il fattore principale della malattia; l'essenziale è quindi di calmare il sistema nervoso, di impedire le crisi. La crisi convulsiva non costituisce soltanto una conseguenza della malattia, ma rappresenta di per sè una causa di aggravamento secondario, sicchè la prognosi ci appare connessa con il numero delle crisi. Ed il metodo di Stroganoff, che egli qui ci descrive in tutti i particolari, appare uno dei più fecondi di risultati. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 giugno 1936.

Presiede il Prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Osservazioni cliniche su 12 casi di distrofia muscotare progressiva.

Dott.ssa A. DE ORCHI. — Di casi osservati vengono illustrate le note ereditarie (diatesi miopatica), le varietà cliniche (un caso unilaterale, il ricambio muscolare e generale, la funzione esterna ed interna del pancreas, la quale ultima può non essere in rapporto all'adulto normale, ma evidentemente deficiente in confronto a bambini sani di otto, dieci anni.

Ha la parola il prof. ARCANGELI il quale insiste, ribadendone la ragione, sull'origine luetica delle distrofie muscolari progressive.

Sul comportamento dei riflessi tendinei nella distrofia muscolare progressiva.

Dott. M. PONS. — L'O., che ha studiato per mezzo dell'elettrocardiogramma il riflesso patellare di 18 malati, è riuscito con tale mezzo a registrare delle contrazioni anche nei casi nei quali abitualmente sembrava abolito. Conclude che il riflesso patellare nei miopatici non è abolito per lesioni nervose, ma sembra abolito per insufficiente risposta muscolare.

Alterazioni della digestione dei grassi in malati di distrofiia muscolare progressiva.

Dott. U. GARRETTO. — L'O. ha studiato la digestione dei grassi in 16 casi riscontrando in 15 una alterazione della funzione lipolitica.

Cause di errore nella diagnosi di sede dei tumori spinali extramidollari.

Prof. T. PONTANO. — L'O. enumera ed analizza le cause di errore nella diagnosi di natura e sede dei tumori extramidollari, e segna i progressi ottenuti in tale capitolo della neuropatologia. Si ferma sul reperto mielografico, indicandone vantaggi e possibilità di deviazione nella diagnosi.

Illustra un caso clinico in cui pur usufruendo di tutti i mezzi di esame, la localizzazione non risultò esatta e ne cerca gli elementi di errore. Ferma l'attenzione sui seguenti punti:

1) La sede del tumore è in genere più alta di quello che la clinica dimostra.

2) La mielografia lipiodolica deve essere distanziata dalla puntura lombare (non bastano quattro giorni).

3) La prova lipiodolica deve essere usata e per via alta e per via bassa, specialmente se vi sono due arresti a tipo patologico.

L'O. ritiene che la clinica deve essere integrata da tutti gli esami, di cui nessuno può avere il predominio: la diagnosi è il risultato di equilibrio e di critica clinica.

Aperta la discussione ha la parola il socio prof. ARCANGELI, il quale basandosi nella propria esperienza, purtroppo limitata in tema di tumori spinali, si dichiara d'accordo sull'osservazione che per solito il tumore è più alto di quello che si è creduto fissare: cita un caso recente in cui il li-

piodol è stato la causa di questo errore, che si sarebbe evitato, se si fosse data maggior importanza al disturbo di sensibilità, ed altro caso in cui la diagnosi fu riscontrata esatta, senza uso del lipiodol, coi soli mezzi clinici. Soggiunge che il rilievo del dolore con l'uso del martello è espediente utile per la localizzazione di sede.

Il socio prof. Antonelli è d'accordo nel rilievo che l'altezza del tumore è spesso parecchi segmenti al di sopra, di quello fissato con tutti gli esami clinici. È probabile che tale dissociazione debba imputarsi al fatto che non tutta la sindrome di compressione è esclusivamente meccanica, o per lo meno proporzionata. Accanto a condizioni di resistenza biologica aumentate, che permettano sopravvivenze funzionali sproporzionate alla gravità della lesione, esistono deficit funzionali imponenti di fronte alla scarsa entità delle lesioni, per diminuzione della resistenza biologica. Ricorda casi dimostrativi del suo asserto, e crede che in tale caso bisogna pensare ad alterazioni d'ordine essenzialmente dinamico, consistenti in una diminuzione spiccata della resistenza biologica con deficit ed inibizione funzionale.

Il socio prof. Pilotti desidera ricordare l'importanza che può avere nella diagnosi di esistenza di un tumore il confronto tra il liquor della puntura occipitale e quello estratto con la puntura lombare; mentre il primo può essere normale, il secondo può presentare segni importanti per la diagnosi con iperalbuminosi senza iperestosi, contocromi e coagulazione massima.

Apprezza l'utilità del lipiodol, senza eccessivi entusiasmi, e talora il reperto è di difficile interpretazione; ricorda i tumori perimidollari (sarcomi meningei) che infiltrano per lungo tratto la meninge, che provocano, come in un caso studiato dall'O. la sindrome di Froin, ed in cui l'immagine lipiodolica può provocare false interpretazioni.

Il socio prof. Chiasserini osserva che nell'immagine lipiodolica presentata, l'ombra più alta doveva corrispondere all'altezza del tumore che in alto doveva esercitare un blocco incompleto. Ricorda l'utilità della puntura spinale a varie altezze associata alla prova di Queckenstedt per la diagnosi di sede, ricorda ancora che nei casi in cui dopo una laminectomia il tumore non si trova, conviene cateterizzare lo spazio sottoaracnoideo.

Infine il prof. Alessandri desidera mettere sopratutto in evidenza il fatto che l'errore nella diagnosi di livello del tumore, fatto sulla base di esami neurologici è sempre nel senso di localizzarlo troppo in basso. Dei casi che egli ha operato nell'epoca prelipiodolica questo era il reperto quasi costante, e riferisce casi nei quali il tumore era tre, quattro ed anche più lamine in alto; questo egli ha pubblicato da tempo e lo fa osservare al prof. Pontano, che ha riportato solo giudizi di stranieri. L'importanza dell'esame radiologico col lipiodol, pur ammettendo la possibilità di qualche inconveniente e anche di qualche causa di errore, è certamente grande e questo esame rappresenta un progresso notevole nella diagnosi precisa di localizzazione. L'uso della radiografia, con l'introduzione del lipiodol anche sotto il presunto livello della compressione (lipiodol ascendente o anche meglio colla inversione del soggetto), è pure da consigliarsi come di notevole importanza.

Ha la parola il prof. Pontano per rispondere alle osservazioni.

Egli mostra tutta la sua soddisfazione per aver provocato una così ampia ed animata discussione su un argomento grave per la responsabilità del medico e del chirurgo e ricco d'importanza scientifica e pratica. Col prof. Arcangeli non è d'accordo sul valore del risultato del segno della percussione col martello; particolari e non interpretabili iperestesie alla percussione lungo le apofisi spinose possono far deviare dalla diagnosi di sede: si erra spesso sul livello fondandosi sul reperto del disturbo sensitivo, ma in un senso solo; col martello si può errare in tutti i sensi. Al prof. Antonelli, col quale è d'accordo nella tesi generica del basso livello stabilito dalla sensibilità, e nel rilievo della sproporzione spesso esistente tra sindrome clinica ed entità della compressione, fa notare che tale cognizione non corregge purtroppo il nostro indirizzo clinico, e al più conferisce un valore maggiore alla prova lipiodolica che si deve ritenere indispensabile nell'esame del malato sospetto di tumore spinale.

Col prof. Pilotti è d'accordo nel ritenere utile tutte le indagini compreso il confronto tra il liquor sottoccipitale e il liquor della puntura lombare: fa notare solo che se i due liquor sono eguali e normali, non si può escludere un tumore; e che nell'esame completo del liquor da puntura lombare, e nell'analisi dei risultati vi sono dati importantisimi per la diagnosi di compressione e quindi di sospetto della esistenza del tumore, come la dissociazione albuminea citologica, la negatività delle prove colloidali e la Wassermann, la sindrome di Froin. Nel testo del lavoro che egli ha dovuto riassumere sono portate le cause di errore dovute al lipiodol e tra queste di tutti i processi che infiltrano le meningi.

Al prof. Chiasserini fa notare che le due ombre lipiodoliche hanno tutte e due l'apparenza delle ombre patologiche, solo che la più alta è transitoria in parte ed occupa una delle zone ristrette del midollo fisiologicamente; la più bassa permanente ha aspetto patologico e purtroppo corrisponde alla altezza del tumore segnato dalla indagine clinica. Le punture ripetute a varie altezze sono utili, ma si moltiplicano con qualche pericolo del paziente.

Ringrazia il prof. Alessandri; egli ha riportato l'opinione del Frazier, che è valorizzata da un lavoro di uno dei suoi allievi, il prof. Dominici, nella relazione sui tumori spinali al Congresso di Medicina di Roma: è d'accordo nel resto e nelle oservazioni e nei dettagli che collimano con quanto egli aveva già riferito.

Chiusa la discussione, ha la parola il socio prof. G. Bompiani che riferisce anche a nome del dott. N. Cassuto sulle *Note istologiche delle lesioni renali sperimentalmente prodotte nelle scimmie dal Plasmodium Knowlesi.*

Il Segretario: T. Pontano.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Lesioni vascolari nelle lussazioni.

In occasione di due casi osservati vengono raccolti dalla letteratura quelli pubblicati.

La lesione vascolare è più frequente nella riduzione di lussazioni non molto recenti perchè il vaso è fissato da aderenze e così non può sfuggire alla lesione diretta. Nel 70 % dei casi circa ne consegue una gangrena, solo nel 5,3 % si ha una guarigione completa.

La mortalità arriva al 40,7 %.

Drescher (*Arch. Klin. Chir.*, Vol. 184, 1935, pag. 361) fa numerose considerazioni sul meccanismo di rottura del vaso e su quei metodi di riduzione che più frequentemente di altri sono colpiti dalla grave complicazione.

VALDONI.

La lussazione anteriore della testa del perone.

Strauss (*Dtsch. Z. Chir.*, 246, 212, 1936) scrive di una ragazza di 17 anni che giocando al rugby poggiò correndo il piede per terra in adduzione, avvertì vivo dolore alla reg. laterale del ginocchio, e cadde. Alla palpazione si notava la presenza di un infossamento in corrispondenza della sede normale della testa del perone che invece si palpava vicino alla tuberosità tibiale. Anche l'esame radiologico dimostrava una lussazione anteriore della testa del perone. Riduzione in narcosi e immobilizzazione. Guarigione. La lussazione anteriore della testa del perone è rarissima, l'A. ne ha raccolti 11 casi nella letteratura. Il meccanismo è il seguente: battendo il piede sul terreno con tutta la pianta, si esercita una forza esercitantesi verticalmente dal basso all'alto corrispondente all'asse dell'arto. Allorchè invece, il piede percuota il suolo in posiz. di adduzione, la linea di forza è obliqua rispetto all'asse dell'arto e tende, se il collo del piede resta rigido e se non interviene una distorsione, a obliquare il perone di dietro in avanti.

ALDO CALÒ.

Lesioni infiammatorie "a focolaio„ della zona iuxta-epifisaria del collo del femore.

Logròscino D. (*The Journal of Bone and joint Surgery*, luglio 1936) ritornando su ricerche sperimentali, arteriografiche, circa la distribuzione nel collo del femore delle arterie nutritizie, sulla cui base in uno studio precedente, potè distinguere e raggruppare in quattro tipi fondamentali le lesioni tubercolari a focolaio del collo del femore, tratta ora più diffusamente di uno di questi tipi di lesioni (tubercolari od osteomielitiche da piogeni banali) e precisamente di quelle a sede iuxta-epifisaria.

Alla descrizione di casi clinici appropriati, fa seguire un'analisi comparativa sull'aspetto anatomo-radiografico delle lesioni sia tubercolari che osteomielitiche e delle alterazioni di distretti vicini, che vi sono collegate.

Della sintomatologia clinica, che ha caratteristiche proprie per ciascuna delle tre sottospecie di lesioni iuxta-epifisarie a focolaio, è data una dettagliata esposizione.

In ultimo vengono fissati i criteri fondamentali terapeutici, che bisogna seguire nei differenti casi, ai fini di un buon risultato anatomico e funzionale.

a. r.

Estirpazione della metà superiore del femore con ricostituzione autoplastica completa dell'estremità.

Portugalow (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 184, pag. 746, 1936) nota che in un caso di sarcoma del 1/3 superiore del femore dopo estirpazione della metà superiore del femore assieme a parte dei muscoli posteriori della coscia aderenti al tumore, praticò un trapianto libero resecando quasi tutto il perone dello stesso lato e infibulando il moncone inferiore nel canale midollare della porzione residua del femore in modo che la testa del perone corrispondesse all'acetabolo.

Il malato venne immobilizzato per 3 mesi in apparecchio gessato. Il trapianto attecchì completamente e si saldò al femore. A 1 anno di distanza il malato può estendere completamente la coscia, fletterla quasi all'angolo retto. La deambulazione è quasi del tutto normale. L'osso trapiantato si è ingrossato, così la nuova testa femorale che per forma e grandezza corrisponde quasi al normale.

VALDONI.

Considerazioni sulla tubercolosi cotiloidea.

In 31 casi di tubercolosi cotiloidea a focolaio circoscritto, D. Logròscino (*La Chirurgia degli Organi di Movimento*, Fasc. V, 1936) ha distinto tre tipi fondamentali di lesioni a fisonomia clinico-radiografica simile.

1) Casi a sintomatologia attenuata per tutto il decorso della malattia, o soltanto per un primo periodo, instaurandosi la panartrite, bruscamente, con segni gravi ed imponenti.

In questi casi il radiogramma è positivo circa all'inizio dell'affezione e fino ad un certo punto, permette di seguire, nelle sue varie tappe, il progredire o regredire della lesione.

2) Casi a lento decorso, con sintomatologia clinica più o meno netta ed individuabile, ma con reperto radiografico, per lungo tempo negativo.

3) Casi a decorso generalmente rapido, in cui il quadro clinico è spoglio di sintomi ben netti, fin negli stadi più avanzati della lesione, mentre il radiogramma è negativo nel modo più assoluto.

Nella trattazione dell'argomento, l'A. fa quindi seguire a queste premesse:

un'analisi e critica dei segni radiografici e clinici, ritenuti di maggior importanza diagnostica;

considerazioni sul decorso dell'affezione, relativamente all'evoluzione anatomo-patologica delle lesioni:

descrizione di casi, studiati dal lato clinico-radiografico ed anatomo-patologico.

a. r.

Importanza della perforazione sec. Beck nel ritardo di consolidazione e nella pseudartrosi.

Frankenthal Z. (*Arch. Klin. Chir.*, Vol. 184, pag. 30, 1936) scrive che in 4 casi di ritardo di consolidazione di una frattura recente e in 1 caso di pseudartrosi si è ottenuta la consolidazione praticando con la punta del trapano da 16 a 18 perforazioni in varie direzioni e interessando tutti e due i monconi di frattura. Le perforazioni vengono praticate attraverso una piccola incisione cutanea.

(*N. d. R.*). Anche in due casi da noi osservati le perforazioni praticate con il trapano di Kirschner hanno portato a rapida consolidazione. VALDONI.

TECNICA DI LABORATORIO.

I caratteri del gonococco.

Secondo P. Barebellion (*Ann. mal. véner.* e *Diagnostica e tecnica di labor.*, aprile 1936), l'esame diretto microscopico è preferibile alla coltura che è causa di numerosi errori. È preferibile che il prelevamento delle secrezioni sia fatto dal medico; il germe non va mai ricercato nel centrifugato dell'urina. È opportuno che la secrezione sia raccolta qualche giorno dopo la sospensione di cure locali ed eventualmente dopo riattivazione con nitrato d'argento.

Secondo l'A., il gonococco ha i caratteri seguenti:

1) morfologia stabile, presentandosi sempre come diplococco reniforme, con spazio largo e netto che divide i due elementi, circondato da capsula. Nel periodo di declinazione, gli elementi si presentano più distanziati ed in gruppi meno numerosi; essi inoltre. si decolorano e si atrofizzano in parte sotto l'effetto di antisettici, ma non si presentano mai in forma allungata e nemmeno ammassati od a catena;

2) sempre leucocitario; i diplococchi unicamente extracellulari non sono gonococchi;

3) solo nella sua specie nel medesimo leucocito;

4) gram-negativo. I diplococchi gram-positivi che si hanno nel periodo di declinazione non sono gonococchi ed hanno anche proprietà culturali diverse.

Anche attenendosi a questi caratteri, si può incorrere in errori, in quanto che si hanno altri germi in forma di diplococchi gram-negativi intraleucocitari (pseudogonococchi).

Secondo Asch (*Ibidem*), invece si deve riconoscere la natura gonococcica anche ai diplococchi con i caratteri classici del gonococco, ma extracellulari. Per quanto riguarda la gram-negatività, essa esiste nel 95 %, ma eccezionalmente il gonococco può essere gram-positivo. Questo A. insiste sul fatto dell'esistenza di gonococchi degenerati, che si trovano in individui che senza presentare segni clinici di blenorragia, albergano nel loro sistema uro-genitale dei gonococchi capaci di trasmettere la malattia.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'origine biochimica dell'ossalemia e dell'ossaluria.

Risulta dalle ricerche di A. L. Udeles, M. N. Egorov e N. B. Manusova (*Archiv. biologiceskich nauk*, vol. XL. 1935) che il metodo migliore per la determinazione dell'acido ossalico nel sangue è quello di Merz e Maugeri, che è descritto in *Z. phys. Chemie*, vol. 201, 1931 e che gli AA. hanno in parte modificato.

L'ossalemia si osserva nelle anossiemie sperimentali e cliniche di varia origine. La supposizione delle proprietà ossaligeniche dei carboidrati e della glicocolla non è verificata dagli esperimenti degli AA., i quali concordano con le osservazioni di altri. Sembra che, per le manifestazioni delle proprietà ossaligeniche, siano necessarie speciali condizioni del metabolismo.

Gli AA. citano vari autori italiani (da riviste tedesche): Viale e Lucia, Fittipaldi (che si deforma in Fittipalch) e Luzzatto. *fil.*

VARIA

Disegni anatomici di Da Vinci.

Alla Scuola Medica dell'Università di Indiana è stata donata, dal dott. G. A. Collet, una incisione dei disegni anatomici di Leonardo da Vinci, corredata di note; gli originali si trovano alla Libreria Reale di Windsor fin dal regno di Carlo II; la copia venne eseguita nel 1795 da Francesco Bartolozzi, membro dell'Accademia Reale e disegnatore « storico » di Giorgio III. Le note sono scritte sul retro, da sinistra a destra, come suoleva fare il Da Vinci, e perciò vanno lette con uno specchio. Secondo lo « Indian State Med. Journ. », si suppone che i disegni con le note siano stati importati in Inghilterra dal conte di Arundel, quando egli era ambasciatore alla corte di Ferdinando II. Rimasero nella Libreria Reale senza essere apprezzati fin verso la fine del secolo 18°, quando richiamarono l'attenzione di Hunter. (Così il « Journ. A. M. A. », 29 agosto 1936).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Limiti di efficacia del divieto di nomine definitive nel corso del giudizio.

L'art. 250 del T. U., 3 marzo 1934 n. 383, applicabile anche ai sanitari condotti, stabilisce che, deliberato il licenziamento di un impiegato, per qualsiasi causa, l'Amministrazione non può provvedere a nomina definitiva del nuovo titolare ma deve limitarsi ad incarichi provvisori « sino a quando non sia intervenuta una decisione definitiva sui ricorsi proposti contro il provvedimento adottato ovvero non siano decorsi i termini per produrli ». Questa disposizione presuppone, dunque, la risoluzione di un rapporto di impiego per ufficio di titolare e una contestazione ancora possibile o in atto che possa condurre all'annullamento dell'atto dell'Amministrazione e quindi alla reintegrazione dell'impiegato licenziato. Trattandosi di una deroga al principio generale della piena efficacia esecutiva degli atti amministrativi perfezionati, la disposizione dell'art. 250 non può essere applicata estensivamente e, tanto meno, per analogia. Segnalo, per esempio, un caso recente che poteva essere complicato da confusione di rapporti diversi. Essendo la condotta sede vacante, fu assunto un interino; esaurito il procedimento del concorso fu nominato il titolare: questa deliberazione doveva avere effetto. Si estinse, quindi, il rapporto interinale. Ma il medico condotto interino, che era anche concorrente, ed era rimasto deluso, fece ricorso contro la nomina del titolare e chiese che gli effetti di essa fossero sospesi sino alla definizione del giudizio, permanendo, frattanto, la prestazione interinale. Non essendo stato accolto il suo desiderio, egli dedusse un motivo d'illegittimità con lo stesso ricorso. Evidentemente però qui erano da distinguere due rapporti distinti, per i quali la contestazione conduceva a competenze diverse. In quanto si sosteneva che dovesse continuare il servizio interinale, durante la contestazione concernente la nomina del titolare, il medico condotto faceva valere un interesse *nascente dal rapporto di impiego* e si doleva di un atto eventualmente lesivo di questo rapporto: la competenza era quindi della G.P.A. in s. g. La pretesa però non aveva base giuridica perchè, essendo stato costituito il rapporto interinale per tempo determinato fino alla nomina del titolare, l'evento si era verificato, bene o male, e quindi il vincolo era cessato. Agli effetti della prestazione provvisoria, la sede non era più vacante.

In quanto poi la stessa persona faceva valere il suo interesse di concorrente, la competenza apparteneva al C. S. e l'azione aveva per oggetto il risultato del concorso e la nomina del titolare, la quale frattanto, aveva pieno effetto, non verificandosi l'ipotesi prevista dall'art. 250. Correttamente quindi la V Sezione del C. di S. con decisione 27 agosto 1936 ha respinto la pretesa del ricorrente, dichiarando che la nomina del titolare aveva piena efficacia.

Forma delle pubblicazioni valutabili nei concorsi.

Generalmente le Commissioni limitano la valutazione alle pubblicazioni stampate, escludendo quelle manoscritte: la ragione di questa limitazione è intuitiva. Qualche volta, però, si esagera. Ecco un esempio di esorbitanza illogica, non dovuta alla Commissione ma dipendente dall'avviso del concorso, il quale contestava questa clausola: « i lavori scientifici dovranno essere regolarmente pubblicati in riviste ». Sicchè avrebbe rilevanza un articolo pubblicato in una rivista di réclame e sarebbe esclusa una monografia o una comunicazione scientifica in congresso! Esagerazioni illogiche. La Commissione, interpetrando con criterio quella clausola, valutò un opuscolo a stampa, contenente una « Comunicazione per la società medico-chirurgica di, ecc., ecc ». Fece benissimo; ma un concorrente se ne dolse in Consiglio di Stato, il quale, con sentenza 27 agosto 1936 ric. D'Alessandro, ha respinto questo motivo di pretesa illegittimità. La risoluzione è così manifestamente esatta e intuitiva che si potrebbe non segnalarla se non fosse da considerare il criterio-limite che dalla decisione stessa risulta. « la clausola suddetta, assai rigorosa e di assai discutibile opportunità ed equità, in tanto può essere ritenuta legittima, in quanto abbia a togliere valore a lavori dattiloscritti o ad opuscoli stampati non resi noti pubblicamente e non soggetti al controllo della critica, specialmente nei riguardi della paternità del lavoro; ma quando, come nella specie, risulta che una tale pubblicazione e diffusione vi fu (comunicazione a Società medico-chirurgica) non ritiene il Collegio che possa essere mosso alla Commissione esaminatrice alcun punto per il fatto che ritenne doversi tener conto della pubblicazione ».

La forma delle pubblicazioni valutabili è ora regolata dal R. D. 11 marzo 1935 per i concorsi degli ufficiali sanitari, dei medici condotti ecc.: « Non sono ammessi lavori manoscritti dattilografati o in bozze di stampa. Fuori di queste limitazioni, tutte le pubblicazioni sono valutabili ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Ricovero infermi di tubercolosi polmonare.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica, Divisione VI C. - Sezione II) ha diramato ai sigg. Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare n. 115, in data 14 sett. 1936-XIV:

Il Ministero ha dovuto constatare che, nonostante le disposizioni impartite con la Circolare del 7 gennaio u. s. n. 20300.20/48158, l'istruttoria delle domande di contributo ministeriale nelle spese di ricovero di tubercolotici polmonari continua a subire notevoli ritardi — alcune volte di mesi — rimanendo così frustrate le finalità della tempestiva assistenza e quelle di ordine profilattico sociale.

Mentre, infatti, alla richiesta dei dati clinici degli infermi in base al modello 709/1 si dà di regola esito con una certa sollecitudine, le notizie sulle informazioni economiche degli infermi stessi e dei tenuti per legge agli alimenti sono, quasi sempre, fornite con rilevante ritardo e, comunque, assai dopo il termine dei quindici giorni prescritto dalla citata Circolare.

Pertanto, ad ovviare gli inconvenienti dinanzi cennati, il Ministero ritiene necessario apportare le seguenti modifiche alle disposizioni di massima impartite con la Circolare suddetta:

1) Il Consorzio Provinciale Antitubercolare al quale si continuerà a rimettere direttamente il modello 709/1, dopo aver provveduto, con la massima urgenza, ai necessari accertamenti sanitari dell'infermo, potrà senz'altro avviarlo in un adatto luogo di cura, ove dagli accertamenti anzidetti l'infermo stesso risulti bisognevole di immediata assistenza per comprovati motivi di ordine clinico e profilattico. Al riguardo si dovrà tener presente che il Ministero concorrerà nelle relative spese con lire dieci giornaliere, se trattisi di ricovero in Sanatorio o Ospedale Sanatoriale, e con lire cinque, se trattisi di ricovero in reparto ospedaliero e per la durata di sei mesi, semprechè dalle informazioni richieste alla R. Prefettura l'infermo ed i tenuti per legge risultino in condizioni economiche tali da non poter sostenere integralmente o in parte le spese di degenza.

2) Entro il termine massimo di *dieci giorni* il Consorzio dovrà comunque rimettere alla R. Prefettura il modello 709/1 debitamente riempito in ogni sua parte, indicando il luogo di cura nel quale l'infermo sarà ricoverato e assicurando l'integrazione della relativa retta di degenza.

3) Contemporaneamente alla richiesta di accertamenti sanitari, il Ministero continuerà a richiedere, a norma della succitata Circolare direttamente alle RR. Prefetture le informazioni sulle condizioni economiche dell'infermo e dei tenuti per legge agli alimenti.

Al riguardo si pregano le EE. LL. di richiamare l'attenzione degli Uffici competenti sulla necessità che i detti accertamenti siano espletati nel *più breve tempo possibile*, tenuto conto dei fini profilattico-sociali cui essi sono diretti. Comunque, resta fermo il termine di quindici giorni per la comunicazione al Ministero dei risultati di tali accertamenti, unitamente al modello 709/1 riempito dal Consorzio ed alle altre notizie circa il luogo di cura e l'integrazione della spesa.

4) Le eventuali proroghe del ricovero — che il Ministero potrà concedere per il periodo di un trimestre ed eccezionalmente, per un altro trimestre, fino, cioè, alla durata complessiva di un anno — debbono essere richieste dall'Istituto di Cura pel tramite del Consorzio competente — che ne inoltrerà le proposte del caso al Ministero — in base agli elementi risultanti dal radiogramma del torace dell'infermo di recente esecuzione e da un circostanziato certificato medico da compilarsi sul solito modulo fornito dal Ministero, radiogramma, da restituirsi, e modulo che l'Istituto di Cura dovrà trasmettere al Consorzio almeno venti giorni prima della scadenza della concessione.

Si resta in attesa di un cenno di ricevuta e di assicurazione.

Controllo sui prodotti farmaceutici.

Le recenti deliberazioni della Direzione generale della Sanità pubblica, che ha rifiutato le registrazioni di nuove specialità medicinali ritenute inefficaci o di deficiente preparazione, sono state accolte — rileva l'« Agenzia di Roma » — con molto favore. Le motivazioni del rifiuto sono state pubblicate sul n. 163 della « Gazzetta Ufficiale » e la severità dei giudizi è considerata come il segno di una decisa volontà di porre fine ad un semplicismo di preparazione che in passato si è risolto in danno delle specialità medicinali autentiche, spesso confuse con prodotti che per la loro inefficacia indirettamente favorivano, anzichè combatterla, la concorrenza straniera. La quale a sua volta, come l'elenco pubblicato dimostra, si è valsa del valore acquisito per diffondere anche prodotti che nel migliore dei casi rappresentano soltanto le trasformazioni di comuni ricette.

L'azione intrapresa dalla Direzione della Sanità era necessaria ed attesa e, oltre a vagliare la nuova produzione, si rivolgerà probabilmente a riesaminare le 22.000 specialità tuttora esistenti, fra le quali ve ne sono suscettibili di revisione.

L'industria chimica farmaceutica italiana è in grado di fronteggiare la concorrenza straniera e di appagare le richieste di prodotti studiati e selezionati e non v'è chi non veda come da tale azione, intesa a valorizzare i buoni prodotti e ad evitare che siano confusi coi mediocri, derivi — con l'aumentata fiducia del pubblico — un decisivo impulso per la completa affermazione di questa importante industria nazionale.

Misure d'igiene in A. O.

Una rete di molteplici forme di assistenza sanitaria e di impianti igienici che vanno dal semplice ambulatorio all'ospedale per ammalati di

medicina e chirurgia, ai reparti specializzati per affezioni oculari dermoceltiche odontoiatriche; dall'impianto di centri di disinfezione, di risanamento, di potabilizzazione delle acque ad una sistemazione del suolo dell'abitato, è sorta nel Tigrai. Nella zona di Adigrat è stato stabilito un servizio di igiene e polizia sanitaria. Otto ospedali funzionano nella zona Adua-Axum; due ad Endisciò; cinque ospedali ed infermerie e ambulatori nella zona di Macallè. E così nei vari successivi posti: a Socotà, Gondar, Quoram, Dessiè, Addis Abeba, Harrar le attrezzature sanitarie militari hanno ceduto o stanno cedendo man mano il posto a quelle civili che le sostituiscono nel personale e nei mezzi.

Presso ogni governo già funziona un Ispettorato di sanità civile che ha il compito di attuare i servizi di profilassi ed igiene, medicina preventiva e quelli assistenziali, medicina curativa con opportuna rete ambulatoriale e di infermerie ed ospedali.

I servizi di sanità marittima, oltre che nei porti già esistenti, sono stati sviluppati ed attuati altrove. Ed anche presso ogni governo si stanno attrezzando i servizi sanitari presso gli areoscali.

I servizi assistenziali con un largo numero di medici coloniali che man mano vengono assumendosi sia fra il personale sanitario che viene a smobilitarsi, sia con personale di nuova assunzione, hanno poi un largo sviluppo presso i singoli governi ed al medico coloniale viene affidato un ambulatorio con servizio anche ostetrico, coadiuvato da levatrici e assistenti sanitarie e da personale idoneo infermieristico presso le varie infermerie di governo.

Cronaca del movimento professionale.

Per i concorsi dei sanitari nelle Colonie.

I sanitarî delle amministrazioni coloniali, in servizio, che abbiano compiuto un biennio di colonia, sono equiparati, agli effetti della partecipazione ai concorsi per sanitarî condotti e per ufficiali sanitarî, banditi nel Regno ai sensi del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R. decreto 27 luglio 1934-XII, n. 1263, ai sanitarî condotti ed agli ufficiali sanitarî nominati in seguito a concorso, che alla data del bando si trovino tuttora in servizio.

I Concorsi nei pubblici impieghi per l'anno XV.

È stato proposto il quesito se la disposizione relativa alla ripresa dei concorsi per l'anno XV riguarda, oltre alle Amministrazioni dello Stato, anche gli altri Enti pubblici.

In proposito è da rilevarsi che nell'anzidetta circolare venne fra l'altro comunicato che, cessati i motivi che ne determinarono la sospensione, il Duce aveva stabilito che i concorsi per l'ammissione ai pubblici impieghi dovessero aver luogo per l'anno XV in conformità alle norme vigenti.

Di conseguenza tale disposizione si applica ai concorsi per il conferimento di posti di ruolo, da indirsi altresì da quegli Enti, rispetto ai quali con circolare telegrafica del 3 settembre del 1935-XIII, venne sospesa la pubblicazione dei bandi di concorso (Provincie, Comuni, Enti parastatali o Enti comunque controllati dallo Stato).

Per il conferimento di incarichi professionali.

In data 29 agosto u. s. la Presidenza del Consiglio dei Ministri, interessata per l'emanazione di norme più precise in merito al conferimento di incarichi professionali da parte delle pubbliche amministrazioni, ha fatto presente di aver diramato la seguente circolare: « La circolare 3 settembre 1934 di questa Presidenza stabilisce che gli incarichi di carattere tecnico-legale e sanitario possono essere conferiti dalle pubbliche amministrazioni soltanto a quei professionisti che, oltre appartenere alle rispettive organizzazioni sindacali giuridicamente riconosciute, siano in possesso dei requisiti dell'iscrizione al Partito Nazionale Fascista. In relazione a detta norma e al fine di evitare diversità di criteri nell'applicazione della norma stessa, si comunica che, previ ordini superiori, le pubbliche amministrazioni debbano, prima di conferire gli incarichi di cui sopra, richiedere alle competenti associazioni sindacali di liberi professionisti elenchi di persone iscritte nei rispettivi albi e appartenenti al P. N. F. fra le quali le amministrazioni stesse possono scegliere i nominativi concorrenti. Si ritiene opportuno far presente che le disposizioni in parola riguardano soltanto gli incarichi che le amministrazioni al pari di qualsiasi altro ente o privato conferiscono saltuariamente a liberi professionisti, senza quindi che si costituisca con essi un vero e proprio rapporto di impiego ancorchè temporaneo. La costituzione di tale rapporto d'impiego è invece subordinata all'osservanza delle norme di carattere generale vigenti in materia e di quelle particolari esistenti eventualmente per ciascuna amministrazione.

MEDICINA SOCIALE

Lavori vietati alle donne e ai fanciulli.

La « Gazzetta Ufficiale » n. 227 del 30 settembre 1936-XIV pubblica il regio decreto 7 agosto 1936, n. 1720, contenente l'approvazione delle tabelle indicanti i lavori per i quali è vietata la occupazione dei fanciulli e delle donne minorenni e quelli per i quali ne è consentita l'occupazione con le cautele e le condizioni necessarie.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

NOVARA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Concorso per titoli ed esami a Medico Direttore di Sezione dispensariale; stip. L. 12.000 e indenn. supplement. L. 3000. Rivolgersi alla Segreteria - Palazzo della Provincia - entro il termine perentorio delle ore 16 del 31 ottobre. Età limite 40 anni. Tassa L. 50,20 ai Cassiere provinciale (Banca Popolare Cooperativa Anonima di Novara).

SIRACUSA. *Ospedale Umberto I.* — Scad. 10 nov.; primario medico e primario ostetrico-ginecologo; L. 10.000 e 4 quadrienni decimo, al netto da riduzioni; compartecipaz.; età limite 45 anni al 31 agosto; tassa L. 50. Chiedere il bando di concorso. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

CONCORSI A PREMI.

Premio « P. Famel ».

La casa P. Famel di Parigi indìce un concorso ad un premio di L. 5000, per un laureato in medicina, il quale esplicitamente dichiari di recarsi a Parigi per frequentarvi un corso di perfezionamento in clinica medica. Domanda e documenti vanno inviati al Rettorato dell'Università di Roma non oltre le ore 12 del 31 dicembre 1936-XV. Si pronunzierà una commissione di tre professori appartenenti alla Facoltà medica, nominati dal Rettore.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. prof. Davide Giordano è nominato socio della « Leopoldisce Carolinsche Deutsche Akademie der Nature », per i suoi altissimi meriti di chirurgo e studioso di storia della medicina. Dell'Accademia predetta fanno parte solo diciannove medici di tutto il mondo e nove storici della medicina.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Giov. Battista Cottini, in clinica dermosifilopatica; Agostino Garofalo, Giuseppe Garrasi, Angelo Grieco, Annibale Zambonini, Mario Mozzetti Monterumici, Prisco Natale, Francesco Pomini, Giuseppe detto Pino Tagliaferro, Giovanni Traina, in clinica ostetrico-ginecologica; Pietro Cazzamali, Bruno Paggi, Franco Zanardi, Alfredo Sostegni, Luigi Mollo, Oscar Armando Trivellini, in patologia speciale chirurgica; Sebastiano Famulari, Enzo Liesch, Giuseppe Lucchi, Pasquale Moretti, Girolamo Picchini, Mario Zappacosta, in patologia speciale medica; Augusto Fabris, Luigi Quaranta, in tisiologia; Willy Schwarz, in clinica pediatrica; Alberto Giannoni, in semeiotica medica; Giancarlo Parenti, in anatomia e istologia patologica; Renato Cristini, Pasquale Penta, in clinica malattie mentali e nervose; Domenico Mazzolani, in clinica malattie tropicali; Stefano Montuori, Ulrico Sacchi, in fisiologia sperimentale; G. B. Dario Castelli, in igiene e patologia coloniale; Nicola Franceschelli, in ortopedia e traumatologia; Giovanni Lupaccioli, in radiologia medica.

Al maggiore medico di complemento Biffis è stato conferito l'avanzamento straordinario, perchè in A. O., quale volontario, egli « ha prestato la sua opera coraggiosamente e con alta competenza nella cura dei feriti in difficile situazione di combattimento ».

NOTIZIE DIVERSE

4° Congresso della Stampa medica latina.

Il 30 settembre a Venezia, nella sala napoleonica di Palazzo Reale, alla presenza del Duca di Genova e del Ministro dell'Educazione nazionale che rappresentava il Governo, ebbe luogo la solenne cerimonia ufficiale dell'inaugurazione del quarto Congresso della stampa medica latina. Alla presidenza erano anche numerose autorità di Venezia, i rappresentanti della stampa medica latina, l'on. Morelli, segretario nazionale dei medici.

Il sen. Giordano trattò della funzione sociale della stampa medica, funzione che va riassunta nel vecchio motto: verità, onestà nella scienza, moralità nell'arte. Passò poi a trattare della così detta volgarizzazione della scienza che può essere utile ma è spesso dannosa.

Ricorda alcuni esempi di notizie sensazionali create allo scopo di interessare e fuorviare il pubblico, con grave danno della verità scientifica e della serietà della medicina. L'oratore passa a trattare dei principii direttivi dell'insegnamento medico e mette in evidenza la preparazione del sanitario sul terreno educativo e morale. Alla fine invia un saluto commosso ai colleghi spagnoli.

Il prof. Loeper porge alle autorità intervenute il deferente saluto della stampa medica latina e invia un commosso augurio ai colleghi della Spagna insanguinata.

Tiene poi una brillantissima conferenza « Sull'arte nella professione medica », illustrando gli sviluppi della medicina e della chirurgia attraverso gli studi raccolti nei codici degli incunaboli e nella stampa medica.

I lavori, iniziatisi già il 29 settembre, si svolsero fino all'1 ottobre, nell'Ospedale Civile (Sala S. Marco), sotto la presidenza del prof. Lesage di Montreal e del prof. Giordano. Molto interesse hanno destato le relazioni dei proff. Perez e Danielopolu e dei dottori Favara e Granelli. Ne daremo ulteriori notizie.

Su proposta del prof. Pierra, vennero approvati i seguenti due voti: 1) che sia reso obbligatorio lo studio del latino e del greco per quelli che intendono dedicarsi agli studi medici; 2) che sia resa obbligatoria per i medici la frequenza a corsi di specializzazione con diploma finale, il quale però sia necessario solo per assumere funzioni ufficiali nella specialità e non per l'esercizio della libera professione.

Chiusi i lavori, il prof. Mayer di Bruxelles, tra calorosi applausi, ha ringraziato vivamente e calorosamente il sen. Giordano a nome di tutti i congressisti.

Il congresso è stato integrato da visite e da trattenimenti.

Al congresso era unita una mostra della stampa medica latina: essa è stata inaugurata dal ministro, che si è interessato particolarmente ai libri rari e antichi ed ha espresso agli ordinatori il suo compiacimento.

27° Congresso italiano di ortopedia e traumatologia.

Il 27° Congresso della Società italiana di ortopedia e traumatologia venne inaugurato a Roma il 26 settembre nell'Aula Magna della Facoltà di Giurisprudenza, con l'intervento del ministro di

Grazia e Giustizia on. Solmi. Hanno parlato il prof. De Gaetano, presidente della Società, e il prof. Dalla Vedova, presidente del Congresso, che ha rilevato l'importanza di questa branca della scienza e della pratica medica, la quale studia e previene le deformità e le invalidità dell'apparato motore. Ha illustrato poi le molteplici provvidenze del Regime nel vasto campo dell'assistenza sociale, nella prevenzione e nella cura di tutte le infermità per restituire alla società, in piena efficienza, gli individui minorati.

Infine, ha parlato il ministro Solmi che, rilevati i meriti di questo ramo speciale della scienza medica, ne ha ricordato la tradizione italiana che vanta la creazione in Bologna dell'Istituto Rizzoli, circa 50 anni or sono, e la successione di valenti e benemeriti clinici e specialisti. Ha sottolineato la cura che a questa branca della medicina ha dato il Regime fascista.

I lavori hanno assunto notevole sviluppo.

Il Congresso di ortopedia ha approvato un ordine del giorno con cui si fanno voti perchè sia aumentato il numero delle cattedre di ruolo per l'insegnamento dell'ortopedia; e un ordine del giorno con cui si fanno voti perchè si renda obbligatoria l'istituzione di sezioni ortopediche-traumatologiche negli ospedali del Regno.

Procedutosi alla rinnovazione delle cariche sono stati eletti: presidente il prof. Delitala di Venezia; consiglieri i proff. Zanoli di Pietraligure ed Ettorre di Milano; segretario il dott. Tancredi di Roma; cassiere il prof. Franceschelli di Roma.

Le Assise italiane di medicina.

Nell'aula maggiore dell'Istituto di patologia medica della Università di Milano (Padiglione Granelli) ha avuto luogo la IV assemblea generale delle Assise italiane di medicina. Al convegno hanno partecipato molte personalità della medicina italiana.

Durante la riunione, presieduta dal prof. Gasbarrini, direttore della Clinica medica di Padova, è stato ampiamente trattato il tema: « La terapia del tifo addominale ».

Convegno italiano di medicina legale.

Il 30 settembre a San Marino ha avuto luogo un Convegno dell'Associazione Italiana di Medicina Legale, cui hanno partecipato numerosi studiosi intervenuti da ogni parte d'Italia.

Dopo un ricevimento al Collegio Belluzzi, durante il quale il Segretario generale del Partito fascista sanmarinese, gr. uff. Manlio Gozi, portava il saluto agli ospiti e dopo l'apposizione di una corona sull'ara dei volontari sanmarinesi caduti per la grandezza della madre Patria, e la visita ai Capitani Reggenti, cui il prof. Cazzaniga rivolgeva un indirizzo, nell'aula magna del Consiglio Principe e Sovrano, messa a disposizione dal Governo sanmarinese, ha avuto inizio il Congresso che è stato aperto con un breve e applaudito discorso del Reggente. Lette le numerose adesioni e procedutosi alla nomina del prof. Moriani di Roma a presidente, il prof. Benassi ha presentato la sua relazione sulla riforma della legge sugli infortuni. È seguìta un'ampia discussione che è stata ripresa nel pomeriggio. Sono state presentate successivamente le comunicazioni dei proff. Pallotta, Del Carpio, Gerin, Guareschi, Mori, Indica, Manunza, Giolla.

Il presidente del Congresso infine ha riassunto la discussione ponendo in votazione un ordine del giorno che viene approvato all'unanimità, in cui sono espressi i desideri dell'Associazione rispetto alla applicazione della nuova legge con speciale riguardo alle modalità curative obbligatorie e alla liquidazione degli infortuni concausati.

Al 1° Congresso internazionale delle case di cura.

A questo congresso hanno preso parte attiva, oltre i già nominati nel fascicolo scorso, i proff. Alessandri, Bonanome e Bocchetti — il quale ha interessato vivamente l'assemblea con un'accurata esposizione sull'organizzazione tecnica delle case di cura e dei sanatorî — e i dottori Marroni — il quale ha illustrato la necessità di un ricovero in case di cura specializzate dei malati di tubercolosi chirurgica — e Polichelli.

Al congresso hanno partecipato rappresentanti autorevoli di tutte le regioni d'Italia, fra i quali erano, oltre i già menzionati, i proff. De Ferrari, Muggia e molti altri.

L'accoglienza fatta ai rappresentanti dell'Italia è stata improntata alla più deferente cordialità e squisita signorilità.

Commissioni per concorsi universitari.

Diamo l'elenco delle commissioni per i concorsi a cattedre universitarie di medicina, nominate di recente dal Ministro dell'Educazione Nazionale:

Anatomia umana normale (Università di Parma): proff. sen. R. Versari, presidente; G. Cotronei, C. Ganfini, A. Pensa, G. Salvi.

Farmacologia (Università di Catania): proff. S. E. F. Bottazzi, presidente; S. Baglioni, V. Ducceschi, A. Herlitzka, R. Margaria, C. Pupilli.

Patologia generale (Università di Cagliari): proff. S. E. P. Rondoni, presidente; L. Califano, G. Guerrini, on. F. Pentimalli, N. Tiberti, B. Polettini.

Patologia speciale medica e metodologica clinica (Università di Catania): proff. sen. F. Micheli, presidente; D. Cesa Bianchi, L. D'Amato, A. Ferrata, G. Izar, G. Sabatini, F. Schupfer, A. Signorelli.

Anatomia ed istologia patologica (Università di Sassari): proff. A. Fabris, presidente; G. Cagnetto, B. De Vecchi, B. Lunghetti, A. Pepere, E. Ravenna, F. Vanzetti.

Clinica delle malattie nervose e mentali (Università di Messina): proff. C. Besta, presidente; G. Ayala, A. Coppola, L. De Lisi, G. Riquier.

Clinica ostetrica e ginecologica (Università di Sassari): proff. S. E. F. Bottazzi, presidente; G. Acconci, L. Bacialli, S. Cappellani, C. Decio, C. Vercesi.

Sanatorio per il clero ad Arco.

Per iniziativa della Federazione tra le Associazioni del clero in Italia, è stata acquistata ad Arco, presso Riva del Garda, la magnifica Villa Augerer, circondata da una grande pineta a Vigne d'Arco, per essere adibita a sanatorio per il Clero.

Oltre alla villa, di quattro piani, si trova nella proprietà un'altra casa, che servirà da quartiere delle suore. A levante della villa sono due giardini d'inverno, l'uno sull'altro e sotto un'ampia terrazza, che si stende a fianco della costruzione principale.

Poichè per completare tali lavori era necessaria la spesa di un milione di lire, S. E. il cardinale Schuster ha indirizzata una lettera a tutti i Vescovi d'Italia affinchè s'impegnino a versare an-

nualmente mille lire pro sanatorio del Clero. La proposta è stata senz'altro accettata ed approvata dal Papa, che per suo conto ha versato 100 mila lire. Mediante questo imponente finanziamento oltre a coprire le spese per il riordino della proprietà, si renderà possibile la ammissione gratuita al sanatorio di tutti i sacerdoti e chierici bisognosi di cura.

Il Sanatorio è stato inaugurato con l'intervento dei cardinali Schuster e Minoretti; il vice-presidente della Federazione mons. Orlandi ha benedetto l'edifizio e ne ha fatto la consegna alla Commissione nominata dall'Episcopato Italiano per la Gestione dell'Istituto.

Le condizioni sanitarie delle nostre truppe durante la guerra etiopica.

L'« Evening Standard » di Londra, in un articolo sulle provvidenze che hanno preservato dalle malattie tropicali le truppe italiane operanti in Abissinia, esalta gli ottimi risultati ottenuti nella lotta contro la malaria e altre malattie, aggiungendo che, mentre osservatori medici ad Addis Abeba, ebbero a constatare durante il conflitto, tra l'altro, 30 mila casi di scorbuto e 20.000 di tifo tra gli abissini, nessun caso di tali malattie ebbesi a deplorare tra gli italiani.

Il giornale segnala il personale interessamento del Duce al buon andamento delle condizioni sanitarie delle truppe e l'opera di organizzazione e di prevenzione attuata e diretta dal sen. Castellani, Alto Commissario Sanitario per l'A. O.

Scambio di prigionieri in Spagna.

Il Governo di Madrid e il Governo catalano hanno aderito a una proposta di scambio di prigionieri che la Croce Rossa internazionale ha presentato ad entrambi. I due Governi hanno dichiarato di non opporre alcuna obbiezione a che la C. R. I. si rivolga ora alla Giunta di Burgos, dato che non si tratta, questa volta, di un tentativo di rappresentanti diplomatici con tutte le complicazioni possibili che esso comporta. Si trattava di liberare circa seimila prigionieri detenuti a Madrid, un numero di poco inferiore detenuto a Barcellona, e circa 600 che trovatisi a Bilbao: non si sa quanti prigionieri detenessero gli insorti. Lo scambio dei prigionieri è stato accettato in linea di massima e crediamo che sia stato già attuato.

Un po' dovunque.

Mentre questo numero viene impaginato, si svolgono varî congressi: a Milano il Congresso italiano di ginecologia, al quale partecipa la Società francese di ginecologia; a Napoli quello del Sindacato medico e quello d'igiene. Ne riferiremo nei prossimi numeri.

Il 2° Congresso italiano di marconiterapia si è tenuto il 27 settembre a Venezia, nella sala San Marco dell'Ospedale Civile, sotto la presidenza del prof. D. Maragliano e la vice-presidenza dei proff. Donaggio e Vallebona; è stata presentata e discussa una relazione del prof. Benassi.

Si è svolto a Trieste il 15° Congresso nazionale di urologia. È stato solennemente commemorato dal prof. Lasio il capo-scuola italiana dell'urologia, prof. Giorgio Nicolich. Del congresso daremo ulteriori notizie.

Si è svolto a Belgrado il 15° Congresso internazionale di idrologia, climatologia e geologia medica. All'inaugurazione, tenutasi il 30 settembre presente il ministro della previdenza sociale, hanno parlato applauditissimi i delegati italiani prof. Adriano Valenti e dott. Augusto Rebucci. Ai lavori hanno partecipato i proff. Valenti e Douglas e il dott. Rebucci.

La 94ª riunione della Società tedesca di naturalisti e medici si è tenuta a Dresda dal 20 al 23 settembre, con larghissimo concorso d'intervenuti; le comunicazioni hanno raggiunto circa il numero di 400. Nell'occasione si sono riunite a Dresda molte altre società scientifiche.

Il 12° Congresso belga di neurologia e di psichiatria si è tenuto il 26 e 27 settembre a Corbeek-Loo (Istituto Santa Camilla) e a Bruxelles (Facoltà medica); temi discussi: « L'intelligenza nei malati di mente », « I tumori del lobo temporale ».

Una riunione di medici ferroviari nord-americani si è tenuta a Seattle il 25 e il 26 settembre; ebbe luogo una discussione sulle fratture, con presentazione di pazienti.

Il programma scientifico fu integrato da una partita di golf, dalla partecipazione a una partita di calcio e da un banchetto.

Una ventina di medici italiani hanno visitato Vichy, antica stazione termale romana e gallo-romana; hanno ricevuto accoglienze cordialissime. Il dott. Binet ha tenuto una conferenza sulla cura medica di Vichy. A un banchetto hanno parlato, tra altri, il prof. Valenti, il console d'Italia Cirle e il segretario generale del Comitato medico franco-italiano dott. Martiny.

Il prof. Carlo Foà ha tenuto in Buenos Aires, all'Accademia di Medicina, una dissertazione sulle manifestazioni elettriche dell'attività nervosa.

Il Duce ha ricevuto il sen. Cremonesi, presidente generale della Croce Rossa Italiana, il quale gli ha ampiamente riferito sulle attività svolte dall'Ente, in particolare durante il conflitto italo-etiopico. Il Duce si è compiaciuto per l'opera svolta ed ha comunicato al sen. Cremonesi la conferma per un altro quadriennio nella carica, unitamente all'intero Consiglio direttivo.

L'Università di Gottinga ha celebrato, il 17 settembre, il suo 200° anniversario.

In occasione del 3° centenario dell'Università Harvard di Boston è stata conferita la laurea *honoris causa* agli italiani T. Levi Civita, C. Gini e F. Silvestri.

A Monselice (Padova) è stato inaugurato il solarium « Giorgio Cini », che il sen. Vittorio Cini ha regalato alla Federazione provinciale fascista di Padova; è intitolato al nome del padre.

Alla Mostra cinematografica di Venezia, oltre la « vita del dott. Pasteur », di cui già demmo notizia, sono stati proiettati alcuni film d'interesse medico: due di essi riproducono interventi chirurgici (tiroidectomia e resezione gastrica, eseguite dal prof. Forni nell'Ospedale civile di Venezia) ed uno dimostra l'azione della digitale sulle fibre miocardiche d'embrione di pollo: tutti e tre sono stati raccolti a cura del dott. Calcagno; il G.U.F. di Padova ha presentato un breve film di semeiotica neurologica, d'interesse didattico. Di argomento medico è anche una cinematografia macabra che U. Magnaghi e G. Hoepli hanno tratto da una

novella di Poe. — Ne sono date notizie da F. Sacchi sul « Corr. d. Sera ».

I nostri lettori saranno lieti di apprendere che il prof. Marañon, il quale era stato imprigionato come ostaggio al principio dei recenti avvenimenti in Spagna, è stato messo in libertà provvisoria.

Il comune di Quaregnon (Belgio) ha innalzato un monumento alla memoria del dott. Haquin, soprannominato « il medico dei poveri ».

Il dott. Ladislao Lattazzi, residente a Milano, è stato vittima, nella sua abitazione (via Morgagni), di un furto ingente: centomila lire in titoli della « Montecatini », 1100 lire in contanti e oggetti vari del valore di più migliaia di lire.

A bordo di un piroscafo, arrivato al porto di Constanza (Romenia), si sono verificati 3 casi di peste; uno dei soggetti colpiti morì poco dopo la partenza. Il piroscafo proveniva da Marsiglia. In conseguenza, tutte le navi provenienti da detto porto sono state sottoposte a misure quarantenarie.

In età di 73 anni è deceduto, nella sua villa di Lari (Pisa), il prof. ARNALDO TRAMBUSTI, che insegnò patologia generale successivamente a Ferrara, Palermo e Genova. Ha eseguito interessanti ricerche sulla fisiologia della secrezione (partecipazione del nucleo cellulare), sulla metamorfosi ialina e glicogenica del fegato in esito all'estirpazione del plesso celiaco, sulla struttura e le funzioni delle cellule sarcomatose, sulla funzione renale ecc. Si occupò con impegno dei problemi della malaria e dell'anchilostomiasi in Sicilia. Volontario della grande guerra, quale delegato della C. R. I. organizzò i servizi di prima linea. Diresse per un dodicennio le Terme di Casciano ed ha redatto un pregevole « Trattato di Crenoterapia ».

Il prof. Trambusti ha coperto molte cariche ufficiali.

Al figlio prof. Bruno, clinico pediatra di Parma, esprimiamo le nostre sentite condoglianze.

M. P.

È deceduto in età di 71 anni, a Leeds, lord B. G. A. MOYNIHAN, uno dei più reputati chirurgi contemporanei. Era nato a Malta. Dal 1926 presiedeva il Reale Collegio dei Chirurgi di Londra; nel 1929 era stato nominato barone di Leeds. Il suo nome è specialmente legato alla chirurgia degli organi digerenti e delle vie biliari. Si segnalò per avere fatto larga parte agli esperimenti sugli animali, quale mezzo idoneo a far progredire con rapidità la chirurgia. Condusse delle campagne a favore dell'eutanasia, per la profilassi del cancro, per la lotta contro la tubercolosi d'origine bovina. Fu uno dei fondatori del « British Journal of Surgery ». Oratore eloquente, critico d'arte e di storia, grande viaggiatore, sportivo, Moynihan fu un entusiasta e uno spirito universale. A. P.

A Mogadiscio, per un infortunio automobilistico, è morto il capitano med. dott. ANGELO MANDELLI, che fu tra i primi a partire volontario per l'A. O.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 24 agosto al 30 agosto 1936: Morbillo 129 (367); Scarlattina 114 (213); Pertosse 146 (398); Varicella 51 (71); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 441 (836); Infezioni paratifiche 104 (136); Febbre ondulante 29 (36); Dissenteria 20 (46); Difterite e croup 237 (440); Meningite cerebro-spinale epidemica 6 (7); Poliomielite anteriore acuta 48 (59); Encefalite letargica 3 (4); Anchilostomiasi 9 (20); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 41 (53), dichiarata — (—); Pustola maligna 33 (40); Parotite epidemica 71 (126); Leishmaniosi 8 (8); Febbre puerperale 27 (27).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII   Roma, 19 Ottobre 1936 - XIV   Num. 42

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO

L'amenorrea delle diabetiche.

Prof. R. BOMPIANI, direttore incaricato.

Nello studio dei rapporti tra diabete e funzione genitale, uno degli argomenti che mi sembra meriti di essere più e meglio approfondito di quanto non sia stato fatto fino ad oggi, è il perchè della frequente amenorrea delle diabetiche.

I disturbi della sfera sessuale in genere di questa malattia sono stati infatti finora interpretati con un criterio troppo localistico, e cioè come manifestazioni indotte sull'apparato genitale dall'alterato metabolismo; ed è soltanto in questi ultimi tempi, da che si conosce la parte della preipofisi in qualità di motore del ciclo funzionale ovarico e d'altra parte l'importanza del sistema ipofiso-ipotalamico nella regolazione glicidica che siamo riusciti a sollevare il nostro sguardo dall'utero e dall'ovaio per spingerlo fin sotto la base del cervello, in quella zona dove varie funzioni vitali hanno i loro centri motori, regolatori e coordinatori.

I FATTI CLINICI. — Che la funzione mestruale si presenti alterata nelle diabetiche è constatazione antica: vi hanno richiamato l'attenzione come causa di frequente sterilità Bouchardat, Williams, Duncan, Lecorché, Nebel, Stroynowski, Kleinwacter, Cassian, Chapiet ecc., i quali affermano che la gravidanza è una evenienza rara perchè le regole mensili sono talora abbondanti, più spesso scarse e ritardate fino all'amenorrea. Non di rado si osserva anche atrofia secondaria dell'utero e Lippmann avrebbe rilevato alterazioni frequenti dell'endometrio, dovute ad infiammazione cronica per eccesso di glucosio circolante nel sangue; mentre Graefe ha messo in vista la frequente sclerosi dell'ovaio con invasione da parte del connettivo ora più ora meno abbondante, fino a determinare atrofia dei follicoli. Fatti osservati anche da Cohn, Israel, Hoffmann, Nebel, Callian ecc. Anche Parisot pensa che i disturbi della funzione sessuale in ge-

nere così frequenti nei diabetici siano dovuti ad alterazioni delle gonadi: delle ghiandole seminali per l'uomo, dei follicoli e dello stroma ovarico per la donna. Circa la frequenza dei disturbi mestruali nella donna in età feconda, li notò 8 volte su 12; in 6 vi era amenorrea completa, in 2 dismenorrea.

Colorni nel suo studio sul diabete in rapporto alla funzione genitale (femminile) mette in rilievo la frequenza dei disturbi distrofici a carico dell'utero e specialmente l'atrofia associata a quella ovarica ed amenorrea. Rileva però anche, come questi disordini di funzione non siano costanti e per così dire obbligati, presentandosi solo in talune donne el in alcuni periodi della malattia; ed inoltre come non siano nemmeno in relazione alla gravità ed al tempo trascorso dall'insorgenza della malattia stessa, in quanto possono alcune volte osservarsi in diabetiche che datano solo da qualche mese come possono mancare in altre datanti da anni.

Una statistica recente del Cannavò (1934) sopra le donne affluite al dispensario antidiabetico di Palermo, porta la frequenza delle turbe mestruali al 70 % dei casi. Egli osservò che il flusso catameniale era scomparso fin dall'inizio della malattia nel 22 %; era diventato più abbondante nel 34.5 %, nel rimanente dei casi si aveva anticipazione dei menses. Da notare poi che tre di queste donne non erano mai state mestruate, una aveva avuto la mestruazione soltanto per due anni, dai 16 ai 18; ed altre tre erano entrate in menopausa rispettivamente a 28, 33 e 41 anni. Complessivamente in 6 su 7 casi, la amenorrea primaria o secondaria a menopausa precoce, aveva preceduto l'insorgenza del diabete. Anche Marañon ha osservato parecchi casi nei quali l'amenorrea aveva preceduto l'insorgenza del diabete.

Tutti questi fatti ci portano a pensare che le alterazioni mestruali e più specialmente l'amenorrea associata o meno ad ipotrofia dell'apparato utero-ovarico, non debbano sempre essere interpretati come conseguenza dello stato generale; deperimento, consunzione, anemia, indotti dalla malattia diabetica (Cohn, Hoffmayer, ecc.); nè dello stato iperglicemico che, come vedremo, è di per se stesso sufficiente ad indurre alterazioni anatomo-istologiche a carico dell'apparato genitale analoghe a quelle che sogliono ritrovarsi nel diabete.

Più logica ci sembra, ma non valevole per tutti i casi l'interpretazione data da De Flora a proposito di alcune forme di diabete giovanile legato alla costituzione, in cui l'A. interpreta le alterazioni rilevate a carico del pancreas e dell'ovaio nonchè di altri tessuti ed apparati, come conseguenza dello stato ipoplastico dal quale le pazienti erano affette. Nessun dubbio che condizioni ereditarie od acquisite sufficienti a modificare la costituzione, possano indurre debolezze funzionali nel senso di Pende di una o più ghiandole endocrine. Tuttavia, anche questa spiegazione non può aver valore che per alcuni singoli casi, nè si spiega d'altra parte come molte volte questi disordini della funzione genitale delle diabetiche, siano perfettamente regredibili con la cura insulinica. Ciò risulta non solo da casi singoli resi noti dai diversi AA., ma ancor più da statistiche, le quali dimostrano che la sterilità ritenuta una volta un fatto quasi costante nelle diabetiche, oggi non lo è più.

Il Bix in un recente lavoro (1934), ha potuto mettere in rilievo che di 192 diabetiche sposate, 155 poterono concepire ed ebbero complessivamente 608 bambini, il che porta la media di sterilità a 19,4 %; soltanto per ciò di 5,4 % superiore a quella che è la media attuale della donna tedesca (14 %). La sterilità quindi attribuibile al diabete curato, sarebbe solo di 5,4 %; l'inverso di quanto non si verificasse un tempo, nell'epoca preinsulinica, nella quale la media di fecondità veniva calcolata intorno al 5 % (Lecorché, Seitz, ecc.). Risultati analoghi vennero riferiti da Haro de Conde Gargollo per quanto si riferisce al Dispensario antidiabetico di Madrid, dove i casi di diabete curati secondo le direttive del Marañon avrebbero presentato una percentuale di sterilità non superiore a quella delle altre donne. L'inattitudine alla fecondazione, come anche i disordini mestruali, possono essere dunque, in una grande percentuale di casi, rimossi con una cura insulinica.

I DATI SPERIMENTALI. — Stabiliti i fatti clinici, vediamo ora come si sia cercato di risolvere il problema dal punto di vista sperimentale. Trattandosi di alterazioni per le quali è logico presumere che occorra un certo tempo perchè si stabiliscano, è chiaro che qualunque sia la forma di diabete che noi vogliamo realizzare, è necessario che l'animale venga mantenuto in una condizione iperglicemica glicosurica per un periodo protratto. Perciò come rilevava Falco, che è stato il primo ad affrontare sperimentalmente il problema fin dal 1916. la pancreatectomia totale non si presta allo scopo determinando una sindrome troppo grave e rapidamente mortale. Se invece si lasciano in posto piccoli frammenti di ghian-

dola è possibile la sopravvivenza dell'animale per lungo tempo. Ora, in una serie di 15 cagne così operate (delle quali 5 gravide) egli potè osservare che le ovaie vanno incontro ad una notevolissima atrofia follicolare ed iperfunzionalità invece del tessuto interstiziale, deducibile dall'aumento di granuli lipoidei.

Queste ricerche sono state di recente confermate da V. Consoli (1933) nel coniglio, e però l'autore ritiene l'ipertrofia dell'interstiziale un fatto secondario a scarso significato funzionale. Il processo involutivo a carico dei follicoli spiegherebbe l'atrofia secondaria dell'utero e nella donna l'amenorrea. Senza dubbio queste esperienze condotte realizzando il diabete pancreatico, che è quello che più si avvicina al diabete umano, hanno un notevole interesse.

Parisot, per lo studio delle modificazioni genitali in conseguenza del diabete, è invece ricorso all'iperglicemia provocata, riuscendo a far ingerire per un periodo da 1 a 3 mesi da 200 a 1000 grammi di zucchero al giorno od a giorni alterni. Potè così osservare oltre a modificazioni involutive a carico dell'utero e della vagina, alterazioni a carico dell'ovaio, consistenti in degenerazione grassa della parte interstiziale ed arresto dell'evoluzione dei follicoli, i quali degenerano anch'essi prima di arrivare a maturazione. Fatti anche questi confermati da V. Consoli.

Addessi, è invece ricorso all'intossicazione florizinica. Come è noto i concetti su questa entità morbosa sperimentale si sono notevolmente modificati da quella che era la primitiva concezione di una semplice glicosuria renale; e se oggi rimane ancora questa l'essenza del fenomeno, non per questo ci sfuggono le alterazioni metaboliche che in conseguenza della perdita di glucosio per i reni, si verificano in tutto il complesso organico. Donde la concezione più specialmente sostenuta dal Lombroso e dalla sua scuola, che il diabete florizinico sia degno di stare per gravità ed importanza alla pari con i due diabeti sperimentali classici, da spancreatizzazione secondo v. Mehring e Minkowski e da puntura del quarto ventricolo, secondo Cl. Bernard.

Ora le ricerche condotte dall'Addessi sopra una serie di ratte giovani sottoposte a giorni alterni e per un periodo variabile dai 20 ai 30 ad iniezioni di florizina sospesa in olio di olive, onde rendere più lento e graduale l'assorbimento e più continuativo l'effetto, hanno permesso di stabilire che anche nel disturbo del ricambio indotto da questo glucoside, si rilevano a carico dell'ovaio alterazioni del tutto simili a quelle che si rinvengono determinando una iperglicemia sperimentale, cioè atresia dei follicoli giovani, ritardo nell'evoluzione degli stessi con segni evidenti di alterazioni a carico degli elementi della granulosa, fino alla degenerazione e scomparsa della cellula-uovo.

Pur non potendo escludere che questi risultati siano dovuti alla tossicità del farmaco, all'infuori del disturbo metabolico, sopra un tessuto così squisitamente sensibile quale è l'epitelio germinativo dell'ovaio, ci sembra interessante la constatazione che nelle varie forme sperimentali di diabete, come nella iperglicemia da ingestione di zucchero, si determinano a carico dell'ovaio alterazioni degenerative del follicolo e per contro ipertrofia del tessuto interstiziale.

* * *

Viene quindi logico domandarsi se le alterazioni mestruali che noi osserviamo in Clinica — prevalente amenorrea — la quale abbiamo visto molte volte precedere l'insorgenza del diabete, possano in realtà interpretarsi come la conseguenza dello stato iperglicemico, secondo quanto si pensa oggi dai più, od invece di una alterazione funzionale di quel complesso apparato ipofiso-ipotalamico, che regola al tempo stesso il metabolismo glicidico ed il ripetersi dei fenomeni ciclici della mestruazione. Non è qui il caso che mi soffermi a ricordare quanto a proposito degli ormoni gonadotropi è stato detto per dimostrare come il ciclo ovarico e di conseguenza anche il ripetersi ritmico della mestruazione, siano sotto la stretta dipendenza dell'anteipofisi; e come alla stessa preipofisi venga attribuita una parte importantissima nella glicoregolazione, tanto da potersi avere un diabete sperimentale per iniezioni di estratti anteipofisari (Houssay e Biasiotti) e per contro notevole miglioramento e prolungata sopravvivenza se nell'animale spancreato si proceda alla ablazione dell'ipofisi. Tutta una enorme congerie di fatti sperimentali che qui sarebbe troppo lungo riassumere, dimostrano che tanto la regolazione del ricambio glicidico in condizioni normali e patologiche quanto quella della funzione genitale, hanno il loro apparato propulsivo e direttivo nella anteipofisi e consensualmente ad essa nei centri diencefalici situati nelle sue immediate vicinanze. Chè, se è stato visto stabilirsi un diabete per lesioni del tuber, anche quando l'ipofisi non era stata toccata, si è visto anche nelle stesse condizioni sperimentali, seguire l'atrofia delle gonadi (Houssay).

Questi fatti della fisiologia e della patologia sperimentale trovano a loro volta rispondenza in Clinica. È noto con quanta frequenza nell'acromegalia (adenoma acidofilo di Cushing) si osservino accanto ad alterazioni del ricambio idrocarbonato (glicosuria e diabete vero: circa 1/3 dei casi) disturbi della sfera genitale consistenti in una ipoplasia secondaria dell'apparato utero-ovarico e quasi sempre da amenorrea; questo è anzi uno dei segni precoci della malattia e non di rado si verifica anche in assenza di turbe del ricambio idrocarbonato. Allo stesso modo nella sindrome di Fröhlich, che può considerarsi una condizione opposta alla prima, trattandosi di un ipopituitarismo in confronto all'iperpituitarismo acromegalico, si osserva egualmente la sterilità, la frigidità sessuale, l'atrofia dell'utero e dell'ovaio, con frequente amenorrea. Ora anche in questa sindrome dal punto di vista del metabolismo glicidico, abbiamo il più spesso una aumentata tolleranza dei carboidrati, con ipoglicemia e reazione insulinica esagerata (Cushing, Jacobson) e però altre volte glicosuria ed anche un vero diabete (Marañon, Cannavò ed altri).

Del resto alterazioni involutive dell'apparato genitale con manifestazioni tendenti all'ipomenorrea ed alla amenorrea, sono state osservate in tutte le sindromi nelle quali si ammette una alterazione primaria o secondaria dell'anteipofisi e dei centri dell'ipotalamo, come in queste stesse forme morbose sono state osservate turbe del ricambio idrocarbonato, associate o meno a quelle di altri metabolismi, più specialmente del lipidico.

Questi fatti ci sembrano anche venire in appoggio alla recente concezione del Theobald che ammette l'esistenza nell'ipotalamo di centri per il controllo della ovulazione, della mestruazione, della gravidanza e del parto; e fornire una nuova spiegazione del meccanismo patogenetico dei disturbi mestruali in genere e più specialmente dell'amenorrea delle diabetiche.

Prescindendo dai casi in cui si può ammettere che la sindrome da alterato ricambio idrocarbonato, abbia il suo punto focale nel sistema ipofiso-ipotalamico, non può escludersi che anche nelle forme iperglicemiche glicosuriche che trovano la loro ragione d'essere in una alterazione anatomica o soltanto funzionale del sistema insulare, si stabiliscano per così dire di contraccolpo e però consensualmente ad esse, alterazioni a carico dell'ipofisi. Ricerche sperimentali e cliniche anche a questo proposito si accordano nel dimostrare gli stretti rapporti funzionali tra questi due apparati: Jgura ha potuto mettere in evidenza che l'anteipofisi è esaltata nella sua attività per effetto di iniezioni di insulina; Kraus ha rilevato invece, quanto frequentemente nei diabeti di sicura origine pancreatica, alla alterazione del sistema insulare, si associno alterazioni del lobo anteriore dell'ipofisi; rilievi-anatomici questi, confermati da Comesatti, La Torre e Macai, Labbè e Petrescu, e da altri.

Non sembra quindi illogico il supporre che queste alterazioni che possono verificarsi nel diabete a carico dell'apparato che promuove la mestruazione, determinino al tempo stesso l'inibizione od anche a seconda dell'entità delle lesioni, l'abolizione di funzione.

Questa supposizione ci permette anche di spiegare come in alcuni, abbiamo visto anzi la maggioranza dei casi, la terapia insulinica possa ripristinare la fecondità della donna e contemporaneamente ad essa il ciclo mestruale. È noto infatti, e ne abbiamo già accennato, come l'insulina stimoli l'azione gonadotropa dell'ipofisi determinando, se le alterazioni anatomiche a carico dell'ovaio, non sono troppo accentuate il ripristino del ciclo funzionale: potrà così aversi il ritorno della mestruazione e della fecondità.

Gli argomenti ai quali abbiamo accennato ci forniscono a nostro modo di vedere, la spiegazione dell'amenorrea e dei disturbi trofici a carico dell'apparato genitale delle diabetiche, anche all'infuori di una azione nell'istesso senso esplicata dallo stato iperglicemico; ed ancora degli effetti utili esplicati sulla funzione genitale della terapia insulinica. Essa ci permette anche di comprendere come in alcuni casi l'amenorrea abbia preceduto nella sua insorgenza il diabete.

RIASSUNTO.

L'A. espone una nuova ipotesi sul meccanismo patogenetico dell'amenorrea e delle alterazioni a tipo involutivo dell'apparato genitale delle diabetiche. Argomenti d'indole clinica e sperimentale hanno dimostrato come i centri per la regolazione del ricambio glicidico, al pari di quelli che presiedono alla regolazione dei fenomeni del ciclo ovarico abbiano la loro sede nell'anteipofisi e nei nuclei ipotalamici; e d'altra parte con quanta frequenza nelle sindromi ipofisarie si osservino modificazioni della funzione ed alterazioni dei genitali. Per contro, anche nei diabeti di sicura origine insulare, si osservano alterazioni anatomiche a carico del sistema ipofiso-diencefalico. Non

sembra quindi illogico il pensare che l'amenorrea e le alterazioni involutive dei genitali delle diabetiche siano secondarie a dette alterazioni del sistema. Si spiegano così facilmente non solo i casi in cui l'amenorrea fu vista precedere l'insorgenza del diabete, ma anche quelli nei quali mediante la cura insulinica — che esplica attività eccitante sull'ipofisi — fu possibile ripristinare il ciclo utero-ovarico e ridare alla donna la fecondità.

TECNICA CHIRURGICA

Ospedale Civile di Oliveto Citra (Salerno) diretto dal dott. M. Clemente.

Innesti dermo-epidermici.

Prof. dott. Domenico Clemente.

Il pregevole lavoro di L. Caforio di Napoli, pubblicato nel n. 4 di « Rinascenza medica » dell'anno 1932, col titolo « Di un nuovo metodo di innest idermo-epidermici », mi ha indotto a sperimentare tale modalità di tecnica in alcuni casi, che finora ho avuto occasione di curare.

Il metodo seguito dal Caforio con alcune modifiche è dovuto al chirurgo francese Alglave e consiste nel praticare nello spessore del tessuto di granulazione delle piaghe, su cui si intendono disporre gli innesti, delle nicchie, dei « godets », come si espresse l'A., in cui vengono trapiantati i piccoli lembi di derma e di epidermide, prelevati dalla cute di altre regioni dello stesso individuo. La nicchia protegge e favorisce l'attecchimento del lembo, il quale formato com'è non solo di epidermide, ma anche di derma, darà luogo proliferando e fondendosi con gli innesti vicini al rivestimento della piaga non con un sottile strato epidermoidale come avviene nelle cicatrici comuni, ma in gran parte con cute sana, elastica e morbida, che per i suoi caratteri non si esfolia come quella delle cicatrici, nè tende a retrarsi producendo deformità e spesso gravi alterazioni organiche e funzionali.

La nicchia viene ricavata asportando con un cucchiaio di Volkmann le granulazioni, come con uno stampino, fino allo strato fibroso: si ottengono così delle piccole cavità di 5-8 mm. e si prepara la superficie della piaga da innestare, in modo che ogni nicchia sia distante dall'altra 1-2 cm. Si copre e si comprime la piaga con compresse di garza sterile e si procede al prelevamento degli innesti, che dovranno essere formati soltanto di epidermide e di derma ed avere le dimensioni di pochi millimetri. I piccoli lembi vengono esattamente collocati nelle cavità già pronte e ben deterse del sangue. Particolare attenzione si deve dare al trattamento pre- e post-operativo, come per tutti i metodi di trapianti in genere. Le piaghe non debbono essere molto secernenti e per la disinfezione sia della cute, che serve per il prelevamento, sia delle lesioni da innestare si usa soltanto un'accurata detersione con etere solforico. Eseguito poi il trapianto, si copre la piaga, come consiglia il Caforio, con un foglio di guttaperca laminata bucherellato per permettere lo scolo delle secrezioni e poi con materiale asciutto e sterile. La guttaperca viene sterilizzata mantenendola per alcuni giorni in una soluzione di ossicianuro di mercurio e poi lavandola ripetutamente con soluzione fisiologica sterile. La prima medicatura viene rinnovata dopo 6 giorni e la guttaperca viene di nuovo rimessa e mantenuta fino al 15° giorno; in seguito si medica a giorni alterni con garza sterile e si esegue l'elioterapia ed il trattamento della piaga con soluzione idro-alcoolica di acido picrico 6 %.

Le modifiche apportate dal Caforio alla tecnica originale di Alglave riguardano la preparazione delle nicchie, che viene fatta su tutta la piaga prima del prelevamento dei lembi e non volta per volta, la detersione accurata del sangue, il trattamento con guttaperca bucata e non con « taffetas », la medicatura rara nei primi 15 giorni, così opportuna per il buon attecchimento dei trapianti, il trattamento elioterapico e con soluzione picrica, infine la sutura con agraffes delle piccole ferite del territorio di prestito.

* * *

Ho sperimentato il metodo di Alglave, con le opportune modifiche del Caforio, in due casi di piaghe da scottature, in uno dei quali vi era una lesione estesissima, che durava da anni, ed ho avuto in tempo relativamente breve la guarigione rapida e completa.

Caso I. — G. A. di Angelomaria, di anni 23, da Laviano (Salerno), celibe.

Genitori vivi e sani; la madre ha avuto 9 figli, nessun aborto: dei figli sono vivi 5.

L'infermo a 19 anni ebbe il primo attacco epilettico, cadde nel fuoco e riportò scottature estese all'arto superiore destro, con carbonizzazione della parte anteriore della mano destra: rimase mutilato così delle dita e di parte dei metacarpi; ebbe pure in tale disgrazia scottature alla superficie anteriore del torace e alla mano sinistra.

Per la retrazione delle cicatrici, la mano sinistra è leggermente atrofica con le 4 ultime dita in posizione viziosa (iperestensione delle falangi e flessione delle falangette).

Gli attacchi sono continuati ogni 25 giorni.

Il 9 aprile 1922 ha riportato nuovamente scottatura alla regione poplitea destra.

Entra in ospedale il 14 aprile 1932 (Reg. Osp.

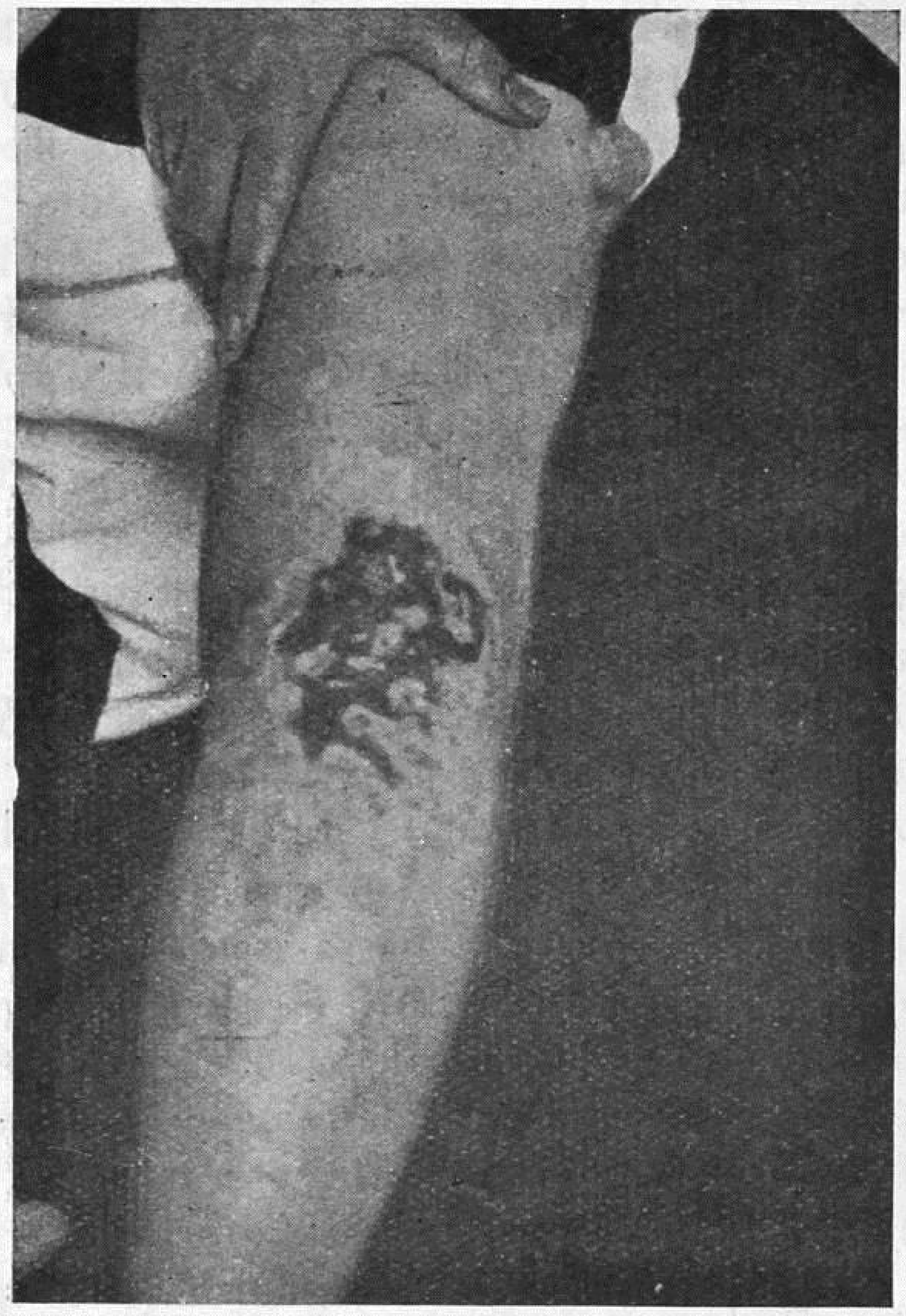


FIG. 1. — G. A. (1° Caso). La parte inferiore della ferita è già cicatrizzata; nella parte superiore si vedono gli innesti attecchiti e proliferanti.

n. 12). Presenta una vasta lesione da ustione di 2° e 3° grado alla regione poplitea destra della lunghezza di cm. 26 e della larghezza di cm. 10; la lesione non è ancora detersa e presenta qua e là qualche escara e dei punti necrotici e suppuranti.

Con medicature accurate si provvede a trasformare la lesione in una piaga bene granulante.

25 aprile, narcosi cloroformica. Si mette l'arto in giusta posizione di estensione, fissandovelo con un apparecchio gessato a ponte.

1° maggio, di nuovo narcosi. Innesti dermoepidermici a « godets » prelevando i lembi dalla superficie interna del braccio destro.

Attecchimento completo dei trapianti (vedi figura 1).

Guarigione completa in due mesi.

CASO II. — C. L. fu Giuseppe, di anni 21, celibe da Caposele (Avellino).

Anche questo giovane è affetto da attacchi epilettici.

Il padre è morto di cirrosi epatica alcoolica; la madre è viva e sana; i fratelli sani; una sorella si è ammalata più tardi di morbo di Pott.

All'età di 15 anni fu colpito da un primo attacco del male.

A 18 anni, il 15-6-1930, di notte, mentre era di guardia al gregge in campagna e si riscaldava al fuoco, fu nuovamente colpito da un attacco epilettico e cadde incosciente sulle fiamme. Un compagno si accorse dopo circa 1/2 ora che il fuoco si era propagato alle vesti. Fu trasportato in paese al mattino successivo ed il medico del posto constatò una vasta scottatura di 2° e 3° grado alla superficie anteriore dell'arto inferiore sinistro con distruzione maggiore dei tessuti in corrispondenza del ginocchio. La scottatura si estendeva dal 3° superiore della coscia sinistra fino ai malleoli.

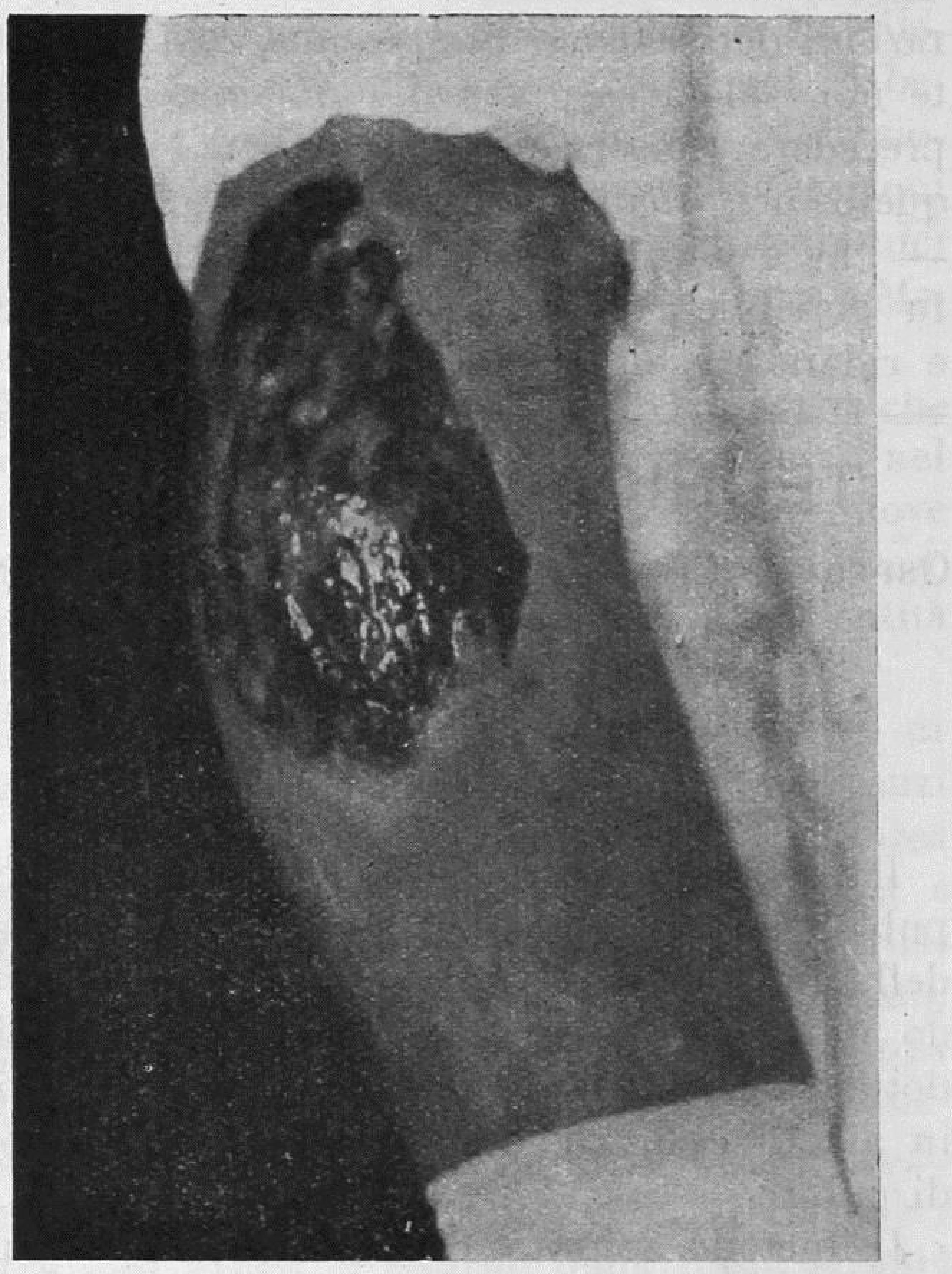


FIG. 2. — C. L. (2° Caso). Innesti già attecchiti.



FIG. 3. — C. L. (2° Caso). Attiva proliferazione dei trapianti; la superficie scoperta della piaga è molto ridotta.

Fu curato per 2 mesi dal medico locale e poi si medicò da sè stesso.

Quando entra in ospedale il 27 agosto 1933 (N.

del Reg. 25). sono già 3 anni e 2 mesi che sono trascorsi dal grave infortunio.

Si nota una larga piaga che comprende tutta la superficie anteriore del ginocchio sinistro.

La piaga è granulante, ha una forma ovalare e misura cm. 22 nel senso della lunghezza, cm. 15 nel massimo diametro trasversale.

Dopo 3 giorni di accurate medicature, il 30 agosto si interviene: narcosi cloroformica, detersione della lesione e dei dintorni con etere e soluzione fisiologica sterile. Si prelevano i lembi per i trapianti dalla superficie antero interna del braccio sinistro: in tutto 50, delle dimensioni di 1/2 cm. ciascuno e si innestano nelle nicchie già preparate alla distanza di 2 cm., l'uno dall'altro.



FIG. 4. — C. L. (2° Caso). La piaga è completamente ricoperta di epidermide: si notano ancora i trapianti, come pezzi di mosaico.

Solito trattamento. Si rimuove la medicatura esterna in 6ª giornata, poi si medica ogni 3 giorni, rinnovando ogni tanto la guttaperca.

Il 19 settembre la superficie della piaga misura cm. 15 × 12; gli innesti periferici hanno fatto già corpo col bordo epidermico, proliferante; quelli centrali appaiono alcuni di colore roseo, altri già con un alone bluastro dovuto all'epitelio in via di gemmazione e formano tralci che circoscrivono aree di bottoni carnosi, altri infine sono ancora affondati tra le granulazioni, che li rendono poco visibili.

Il 27 settembre si sopprime la guttaperca; la piaga ha le dimensioni di cm. 15 × 10. Si medica con garza.

Il 6 ottobre l'infermo torna a casa; viene a farsi vedere ogni tanto. La cicatrizzazione prosegue rapidamente.

Il 2 gennaio 1934 la piaga è tutta rimarginata, tranne per piccolo tratto alla parte inferiore, ove vi è uno spazio ancora scoperto di forma triangolare di cm. 2 × cm. 3 ad apice in basso; altra piccola area non ancora coperta di epidermide di c. 1 × cm. 2 si trova al bordo laterale intenso. Si medica con sparadrappo ed antipiol.

L'infermo non venne all'ospedale per parecchio tempo: nell'aprile del 1934 quando lo vidi di nuovo era completamente guarito e da tempo.

Vi è da notare che l'infermo nell'ultimo periodo si medicò da sè stesso e non sempre correttamente e con materiale sterile; si spiega così la maggiore durata del processo di guarigione.

L'arto fu immobilizzato su stecca posteriore per 2 mesi.

* * *

Ho pubblicato con ritardo questi due casi, perchè volevo raccoglierne degli altri.

Ad ogni modo ritengo non superflua la pubblicazione, che ha il solo scopo di contribuire alla volgarizzazione di un metodo, che è certamente più pratico degli altri, perchè assicura un più costante e completo attecchimento dei trapianti.

RIASSUNTO.

Sono riferiti i vantaggi del metodo di Alglave con le utilissime modificazioni di tecnica del Caforio per l'esecuzione di innesti dermo-epidermici. Sono poi riportati due casi di estese piaghe da scottature guarite in tempo relativamente breve con tale metodo.

APPUNTI BIBLIOGRAFICI.

1) CAFORIO L. *Di un nuovo metodo di innesti dermo-epidermici*. Rinascenza medica 1932, n. 4, pag. 84.

2) GIORDANO D. *Lezioni di clinica chirurgica*. v. 3°, pag. 85. Ediz. Wassermann, Milano, 1931.

3) PIERI G. *Gli innesti cutanei alla Alglave*. Policlinico, Sez. Pratica, 1929, n. 8, p. 278.

STUDI RIASSUNTIVI

L'emoterapia.

Dott. SILVIO COLANERI (Trivento).

Nel 1932 ebbi occasione di leggere sulla rivista « La Medicina Pratica » (n. 9 del 30 novembre) le impressioni del redattore capo, dottor Mario Cayrel, su di un lavoro del dott. S. Artault de Vevey di Parigi apparso nella « Revue de Vulgarisation des Sciences Médicales » del giugno 1931 e riguardante gli effetti terapeutici dell'autoemoterapia. Giustamente il Cayrel diceva che se non fosse dimostrata in molte altre occasioni l'esattezza dei concetti del dott. Artault de Vevey, si sarebbe potuto considerare questa nuova arditezza terapeutica come troppo... originale.

In quel suo studio il dott. Artault de Vevey riporta alcuni casi di emorragia cerebrale guariti quasi istantaneamente con l'autoemoterapia chiamandoli « paradossi fisiologici sorprendenti » e, senza poterne fornire la spiegazione scientifica soddisfacente, giustamente diceva: « Perchè discutere... La relazione da causa ed effetto è precisa ed indiscutibile ». Inoltre lo stesso autore in quel suo lavoro conclude che: 1) l'autoemoterapia è utile in tutti i casi di apoplessia e di paralisi consecutiva, qualunque sia l'età; 2) che la iniezione di 30 cc. di sangue con la tecnica solita — prelevamento dalla piega del gomito e immediata immissione nei glutei — sia praticata più presto che sia possibile, anche a scopo preventivo; 3) che dette iniezioni non sono efficaci nel rammollimento cerebrale. In ogni caso però sono sempre innocue.

Non posso nascondere che un rimedio tanto sorprendente produsse in me la più viva impressione e mi proposi di usarlo quando fosse capitata l'eventuale circostanza. Tutti i medici hanno assistito quasi disarmati a certe catastrofi di apoplettici il cui ricordo non si cancella facilmente, e il poter gridare vittoria anche in simili casi con un rimedio alla portata di tutti non è una delle conquiste terapeutiche da trascurare.

Da quell'epoca poi seguii con attenzione le pubblicazioni apparse in proposito e vidi che l'autoemoterapia si è andata sempre più allargando ed usando nelle più svariati affezioni e da essa si è passato alla maternoemoterapia, all'eteroemoterapia, all'autosieroterapia e perfino all'autoliquorterapia.

Così, dando una rapida scorsa alla bibliografia più recente, troviamo che i proff. R. Colella e G. Pizzillo in una loro relazione parlano dell'uso e del valore curativo dell'autoemoterapia negli stati apoplettici con la esperienza di molti casi e la serietà e l'autorità di una grande clinica, e confermando e ribadendo i concetti già esposti dal dott. Artault, ammettono anche una certa azione ipotensiva del sangue e l'effetto nullo nei rammollimenti cerebrali, per i quali casi la cura serve benissimo da diagnosi differenziale. I dott. Buscaino e V. Longo hanno studiato in ventiquattro casi l'azione ipotensiva dell'autoemoterapia rilevando quest'azione nettissima in ventidue casi e vaga e transitoria solo in due. In un caso l'azione ipotensiva si è protratta fino a centododici giorni. Il prof. Lucherini T. nega invece all'autoemoterapia alcuna azione ipotensiva ed alcuna azione preventiva dell'ictus.

Il Laurence nel « Journal des Praticiens » dell'agosto 1935 in una rassegna della autoemoterapia dice che di essa se ne è fatta oggi una panacea. Ammette senz'altro che non si hanno inconvenienti di sorta e solo eccezionalmente disturbi serici. In dermatologia i successi sono incontestabili specie nelle forme pruriginose. Negli eczemi i risultati sono menò brillanti; nell'eczema seborroico nessun effetto. Nella dermatite di Brocq, nell'herpes recidivante, nella pytiriasis rosea del Gilbert, nelle dermatiti di Düring si possono avere miglioramenti. Nel lichen planus effetto nullo; pochi successi sulle tricofizie, nelle piodermiti, nella follicolite. Effetti tangibili nelle foruncolosi generalizzate, nello zoster buoni risultati. Questi risultati sullo zoster vengono ammessi anche dal dott. Colotta in « Progressi di Terapia » (n. 2 del 1935). Nelle forme allergiche, dice il Laurence, gli effetti sono a volte sorprendenti (orticaria, morbo di Quincke, febbre da fieno, asma, ecc.).

Nella cura del tifo, pulmonite, pleurite e febbri eruttive si è tentata l'autoemoterapia senza effetti. Solo nella eresipela, nella infezione gonococcica, nell'encefalite letargica si sono registrati dei successi. Dai Tedeschi, ed oggi un po' dovunque, è usata nella tubercolosi polmonare. In Francia ed altrove si ricorre ad essa nelle emottisi abbondanti, essendosi dimostrata efficace nelle sindromi emorragiche; emofilia, porpora, anemie gravi criptogenetiche. Vantansi buoni risultati anche in psichiatria per gli stati depressivi. Essa è stata usata in Italia accoppiata alle iniezioni di calcio. Se nè è fatto uso anche nello ozena ed in alcune affezioni oculari, come pure quale coadiuvante nella cura della sifilide. Il dott. Moretti ha usato l'autoemoterapia in due casi di glaucoma cronico con buon effetto; in un

terzo caso di glaucoma assoluto non ottenne alcun risultato favorevole, per cui dovette successivamente ricorrere alla trapanazione di Elliot in ambedue gli occhi.

Anche la mastite puerperale è stata trattata con l'autoemoterapia. Detto trattamento, proposto da Schmidt nel 1925, cadde nel dimenticatoio. Il Sinn lo riprova in sessanta casi con risultati soddisfacenti. Le forme croniche e subacute vengono meglio influenzate.

Il Cardinali usa l'autoemoterapia in pediatria e cioè in casi di vomiti ricorrenti, nella corea minore, nella enuresi notturna. Egli, partendo dall'indirizzo terapeutico di Clemon Ferrant che fin dal 1922 usò l'autoemoterapia in casi di vomito ricorrente, ottiene ottimi risultati. Anche in due casi di corea del Sjdenham ha una completa guarigione, mentre poco soddisfacente è stato il risultato nell'unico caso di enuresi notturna da lui trattato.

È stata usata l'autoemoterapia puranche come cura preventiva degli accidenti da siero. Robert raccomanda allo scopo preventivo, invece del sistema Besredka non sempre sicuro, l'autoemoterapia di venti cc. che subito si iniettano nella natica. Senza togliere l'ago, immediatamente si pratica l'iniezione di siero dovuto.

Il proprio sangue si è iniettato nello speco vertebrale. Scletsky, Mitritskiy e Fridmann descrivono un metodo di cura col sangue del paziente stesso nel canale cerebro-spinale per combattere l'encefalite cronica (parkinsonismo). Estratto uno o due centimetri di liquido rachidiano, se ne iniettano altrettanti di sangue. Le iniezioni vanno ripetute tre o quattro volte con cinque a sette giorni di intervallo. In dieci casi il miglioramento è stato discreto ma con tendenza alle recidive combattute a loro volta con nuovo trattamento.

Anche l'eteroemoterapia ha avuto il suo largo uso e vanta i suoi successi, specialmente la emoterapia materna. Essa è stata usata in moltissimi casi. Il dott. A. Carabei dopo averla sperimentata consiglia di ricorrere con fiducia alla emoterapia materna nella cura della poliomielite anteriore acuta. In dieci casi egli ha avuto risultati molto incoraggianti.

Il dott. Jujoy ha usato l'emoterapia materna nei vomiti gravi del lattante; egli consiglia 20 cc. di sangue bisettimanalmente. In dieci casi tre guarigioni alla prima iniezione. Ammette un'azione eutrofica del sangue aumentando la capacità di assorbimento nutritivo.

È stata consigliata l'emoterapia anche per la estrazione dei denti negli emofiliaci. Draper Cambrook consiglia prima dell'estrazione dei denti una iniezione di sangue eterogeneo in soggetti affetti da emofilia.

Il Tascon in Ispagna ha usato il sangue di convalescenti nella cura della pulmonite infantile; alcuni autori belgi consigliano addirittura la trasfusione di sangue nella broncopulmonite infantile, specie nelle forme gravi consecutive a per-tosse; il dott. David M. ha usato il sangue totale di convalescenti nella profilassi del morbillo con esito brillante addirittura. I dottori Jeannin e Chomé di Parigi hanno usato il sangue di convalescenti nella infezione puerperale sia a scopo profilattico, sia a scopo terapeutico. Essi hanno usato ad dirittura la trasfusione da uno a quattro volte con 150-350 gr. di sangue e in tre casi di setticemia grave hanno avuto due guarigioni.

Il Graziani F. ha usato il siero ed il sangue intero di convalescenti nella cura della scarlattina con buoni risultati. I migliori effetti, egli conclude, si hanno nei soggetti in istato tossico ed in periodo iniziale. Queste iniezioni debbono farsi al massimo in sesta giornata di malattia; dopo non hanno alcun effetto. Il siero di convalescenti viene consigliato anche nella pulmonite. Il dott. Cantone ha ottenuto buoni risultati con iniezioni endovenose di siero di convalescenti, ma pare che questa pratica non sia scevra da pericoli serici ad onta dei successi riportati dallo stesso dott. Cantone. Nella poliomielite anteriore acuta da tempo viene usato il siero di convalescenti. Il dott. A. Santangelo consiglia in questa malattia l'uso più pratico dell'autosiero ottenuto con vescicanti: egli ha tutta una casistica numerosa con brillanti effetti.

Il dott. C. Negri insieme ad alcuni collaboratori ha fornito nozioni interessanti di laboratorio circa le modificazioni apportate al sangue ed all'urina con l'uso dell'auto ed eterosangue. Eccone i risultati: dopo autoemoterapia eseguita quotidianamente con 5 cc. aumentano la colesterinemia plasmatica e globulare, il tasso in azoto proteico del sangue, la calcemia, la eliminazione urinaria dei cloruri, la diastasuria; diminuisce la diastesemia, rimangono invariati quasi il tasso in azoto non proteico del sangue e la cloruremia. Le stesse modificazioni si hanno con 10 cc. di autosangue. Dopo eteroemoterapia con 5-10 cc. per 4-7 giorni di seguito si hanno quasi le identiche modificazioni. Ad alcuna modificazione ha dato luogo la sottrazione di 10-15 cc. di sangue per 5-6 giorni. Nessun significativo comportamento fu notato a carico della diuresi sia dopo auto che eteroemoterapia.

* * *

Con tutte queste cognizioni e con questa larga esperienza altrui si capisce facilmente come anch'io sia stato condotto ad usare al momento opportuno l'auto ed eteroemoterapia in mezzo alla mia modesta clientela di piccolo centro anche perchè se i brillanti risultati altrui da una parte rappresentano una vera attrattiva per il medico, dall'altra c'è la sicurezza che l'auto ed eteroemoterapia non costituiscono affatto un pericolo nelle persone a questa cura sottoposte. Il concetto quindi base di « primum non nocere » viene rigorosamente rispettato e quando il medico parte da questo sano principio, i movimenti non sono inceppati nel campo terapeutico ed i brillanti successi si impongono.

I casi da me trattati sono parecchi ed abbracciano le più svariate malattie. Ho usato l'autosangue, il sangue materno, il sangue eterogeneo avuto sempre nello stesso ambiente familiare. Così ho avuto occasione di usare l'autosangue in due casi di emorragia cerebrale ed in un terzo caso con disturbi circolatori e paralisi facciale in atto. Dei due casi di emorragia cerebrale uno è stato trattato largamente con iniezioni ripetute di 30 cc. giornalieri, ma senza effetto: al terzo giorno è deceduto in coma da cui non si è mai ripreso dalle prime ore dell'ictus; il secondo caso riguarda una vecchia di settant'anni con emiplegia completa sinistra da oltre un mese: le condizioni generali si sono aggravate, guarda il letto ed i familiari attendono l'obitus da un giorno all'altro. Si praticano due iniezioni di 15 cc. di sangue con due giorni d'intervallo. Non è possibile continuare più oltre la cura, perchè gli stessi familiari si oppongono. Lento e progressivo miglioramento: dopo un mese la paziente comincia a lasciare il letto e ritornare alle ordinarie abitudini. Della emiplegia è restata solo una paralisi parziale al braccio sinistro. Il caso della paralisi facciale riguardava un uomo di 65 anni. contadino, medico bevitore e fumatore. La pressione arteriosa è alta: pratico una sola iniezione di circa 8 cc. di autosangue due giorni dopo la comparsa della paralisi facciale. Quasi immediatamente avverte un sensibile miglioramento; dopo venti giorni la paralisi è tra i suoi ricordi.

Ho avuto un caso di corea grave; l'ho curato con cinque iniezioni di 10 cc. di autosangue a giorni alterni, ma senza effetto. Ebbi ragione del male con la vecchia e classica cura dell'arsenico a dosi massive.

Discreto risultato ho ottenuto in un caso di eczema cronico del cuoio capelluto dopo varie iniezioni di autosangue. Nessun effetto invece in un caso di eczema acuto al naso ed al labbro superiore in un giovane di 17 anni. Ho praticato in costui sei iniezioni di 10 cc. di autosangue a giorni alterni.

Anche un caso di psoriasi è stato da me curato con autosangue ed arsenico per bocca. I risultati sono stati molto soddisfacenti fin dalle prime iniezioni; dopo otto iniezioni di 10 cc. praticate a distanza di sette giorni l'una dall'altra, ho ottenuto la guarigione. Non saprei dire se si è verificato una recidiva, avendo perduto di vista la giovane paziente.

La cura della mastite puerperale con l'autosangue non è sfuggita alla mia osservazione. In una giovane donna primipara e presa in cura quando la mastite alla mammella destra era già in via di suppurazione, l'autosangue non ha fatto proprio nulla, forse ha accelerato il processo suppurativo. Ho dovuto subito intervenire chirurgicamente. Ma il fatto importante si è che questa cura non è riuscita nemmeno ad evitare a scopo preventivo la mastite alla mammella sinistra, la quale dopo dieci giorni subiva l'identico trattamento di quella destra. In questa malata ho usato tre sole iniezioni da 10 cc. di sangue fatte ogni giorno e in primo tempo. In un secondo caso però, ed anche in giovane donna primipara, i risultati sono stati davvero brillanti. Con febbre a 40 gradi, con una mastite iniziale, è bastata una sola iniezione di autosangue da 10 cc. per aversi la guarigione quasi immediata: dopo tre giorni la donna lasciava il letto ed accudiva alle faccende di casa allattando regolarmente la propria bambina. Caso fortuito? Strana combinazione? Possibilità di successo anche senza lo autosangue? Non so; mi limito a riferire il caso.

Ho usato l'autosangue anche in paziente affetto da aneurisma aortico come coadiuvante di cure arsenicali e mercuriali, ottenendo solo qualche lieve beneficio sulla tosse e sull'affanno. Nessun effetto invece ho riscontrato sul decorso in un caso di pemfigo vulgaris e sul violento prurito che l'accompagnava. Debbo dire però che in questo caso per ragioni familiari ed ambientali mi è stato possibile praticare solo due iniezioni di autosangue, mentre era in me il vivo desiderio di protrarre la cura a lungo ed esclusivamente questa cura. Solo allora avrei potuto formarmi un concetto preciso sull'efficacia dell'autosangue in questa molestissima malattia.

Grandi benefici invece ho riportati in una vecchia di 72 anni affetta da psicosi maniaco depressiva. Questa inferma da vari mesi soffriva di insonnia, era agitata, gridava continuamente, non le mancavano idee suicide ed ac-

cusava i familiari di maltrattamenti ritenendoli desiderosi soltanto di spogliarla dei suoi beni. Pratico una lunga cura di calcio con iniezioni intramuscolari intercalate durante la settimana da due iniezioni di 10 cc. di autosangue. Le sofferenze man mano si sono attenuate, il desiderato sonno, invano atteso dagli svariati sonniferi usati, è tornato, la paziente si è sentita sempre più calma, più familiare, più affettiva. Sono tre mesi che ha sospeso la cura e le condizioni si mantengono tuttora discrete.

La maternoterapia da me praticata in piccoli bambini, nei quali l'autoemoterapia è di grande difficoltà per il prelevamento del sangue dalle minuscole vene, mi ha dato non poche soddisfazioni. Quattro sono stati i bambini da me trattati col sangue materno e tutti e quattro affetti da forme gravissime di bronco-pulmonite. Dei casi trattati uno solo è deceduto. Trattavasi di una bambina di tre mesi con bronco-pulmonite influenzale che portava da cinque giorni. Praticai la iniezione di cinque cc. di sangue materno ambulatoriamente, nel mio studio. Ricordo che era di sera. Dopo la iniezione, la bambina per lo strapazzo subito ebbe una grave lipotomia: si fece assai pallida e poco mancò che non morisse in quello istante. I battiti cardiaci erano molto rallentati ed il respiro, prima fortemente affannoso, divenne superficialissimo e raro. Dovetti ricorrere a delle iniezioni di canfora e di adrenalina in dosi ridotte e quantunque la bambina uscisse dopo un quarto d'ora dal mio studio abbastanza risollevata, il giorno successivo dava il suo precocissimo contributo alla morte. Ho voluto riportare questo caso come l'unico che mi ha dato l'inconveniente sopra ricordato con l'emoterapia, ma quello stato lipotimico non l'ho mai attribuito alla iniezione del sangue materno, sibbene allo stato grave ipertossico della bambina ed allo strapazzo a cui fu sottoposta sia per essere portata tra le braccia nel mio studio dalla campagna lontana, sia per praticarle l'iniezione stessa. Gli altri tre casi, invece, di bronco-pulmonite mi hanno dato i più brillanti risultati. Mi ricordo che la piccola Rita C. di mesi undici, era proprio sull'orlo della tomba: aveva subito in precedenza il morbillo ed al morbillo era subentrata la bronco-pulmonite non a torto tanto temuta. Avevo usato tutti i rimedi del caso, avevo fatto appello anche alla proteinoterapia; la febbre si manteneva altisima e le condizioni del sensorio e del cuore erano assai gravi. La bocca era piena di piccole ulcerazioni e le labbra coperte da grosse croste sieroematiche. Proposi le iniezioni di sangue materno che vennero senz'altro accettate. Il giorno dopo la prima iniezione le condizioni generali subirono un lievissimo miglioramento. Insistetti con la cura di 10 cc. di sangue al giorno; dopo tre giorni la febbre era scesa a 37°,3, lo stato pulmonare migliorato. Sospesi le iniezioni, ma dopo quattro giorni la febbre di nuovo sale a 39°,6. Tornai a praticare la cura col sangue materno e dopo altre due iniezioni ebbi la completa guarigione della bambina. In un altro piccolo infermo l'effetto fu immediato: dopo ventiquattr'ore dalla prima iniezione di sangue materno già era guarito; in un altro che contrasse la bronco-pulmonite, mentre lo curavo per alcune scottature al viso ed al braccio destro, con tre iniezioni di sangue materno presto si ottenne un buon successo sul male, riportandosi anche un rapido miglioramento delle scottature stesse.

Ho avuto un caso assai grave di bronco-pulmonite in un giovane contadino di diciotto anni. Lo stato setticemico era minaccioso ed a nulla mi erano valse le molteplici iniezioni praticate. Dopo 12 giorni di malattia e lo stato del soggetto sempre più aggravato (delirio continuo, febbre altissima — 40-41 —, polso intorno alle 150 pulsazioni, respiro affannoso) non sapevo più cosa fare, quando vedendo girare per la piccola casa una giovane sorella del malato, di anni 15, e piena di salute, le proposi di togliere un po' del proprio sangue dal braccio per iniettarlo al malato. La ragazza accondiscese e tosto 15 cc. del suo sangue venivano iniettati al fratello. Il giorno successivo il quadro della grave malattia subiva un lievissimo miglioramento. Insistetti con l'iniettare il sangue della giovane sorella e dopo tre iniezioni il malato si avviava alla completa guarigione.

Ho sperimentato anche la cura della anemia in un uomo di ventotto anni iniettandogli ogni settimana 15 cc. di sangue che prelevavo ad un suo giovane fratello di 17 anni. Dopo otto iniezioni i risultati furono discreti: il paziente si sentiva molto migliorato nella salute e ciò si rilevava anche all'osservazione clinica. Dopo pochi mesi però si è avuta una recidiva che non è stato possibile combattere con il solito sistema del sangue del fratello, perchè costui per sciocco timore della propria salute non si è voluto più prestare alla bisogna ad onta di ogni mia assicurazione e delle preghiere del fratello maggiore.

* * *

Ed ora poche parole sul meccanismo di azione di questa emoterapia; forse potremmo farne anche a meno ripetendo col Vico che « il

fatto è vero », ma la mente nostra tende sempre ad indagare ed a questa affannosa ricerca vanno annesse le grandi conquiste dell'uomo. Per conto mio debbo dichiarare che riesce più facile spiegarmi gli effetti dell'eteroemoterapia che non quelli dell'autoemoterapia. Nel sangue circolante di persone che hanno subìto una malattia o resistono mirabilmente al contagio della malattia quando questa infierisce in una forma epidemica, esistono tutti i poteri antimicrobici ed antitossici che possono trasmettersi ad altri individui. Immunità quindi attiva per la produzione di sostanze che possono essere o chimiche, come le alexine di Buchner, o istologiche per azione del sistema reticolo endoteliale.

Ma se questa ipotesi bene si adatta a spiegarci il meccanismo di azione dell'eteroemoterapia, come invocarla a dilucidarci gli effetti dell'autoemoterapia nelle malattie acute, per cui si sono avuti dei successi, e specie poi nei disturbi e nelle affezioni di natura diatesica, costituzionale? Di qui il concetto del Dumollard, condiviso anche dal Lumière e Montoloy, che attribuisce all'emoterapia in genere un'azione colloidoclasica come la più logica. Dice il dott. Maselli M. a tal proposito che il togliere il sangue da una vena ed iniettarlo in un muscolo dello stesso individuo, mentre sembra che nulla si è tolto e nulla si è apportato alla compagine strutturale dell'intero organismo, c'è tutto un capitolo di biologia e di reazioni umorali che si è iniziato e che si concluderà con più o meno benefici effetti. Bisogna quindi ammettere uno choc emoclasico, osserva il Dumollard: ne fanno fede la leucopenia e l'aumento di tempo di coagulazione subito dopo l'iniezione di sangue. Altri invece ritengono che più che uno squilibrio colloidale del plasma, si verifichi il fenomeno contrario della tachifilassi (azione anticolloidoclassica e desensibilizzante).

Alcuni credono di poter fare appello ad un processo immunitario, altri ritengono che il sangue agisca come le proteine eterogenee, altri ancora ammettono una semplice azione irritativa, non specifica, per cui verrebbero stimolati i poteri difensivi generali dell'organismo. Il Ravaut pensa ad un processo di vaccinazione; altri ricordano che il sangue uscito dai vasi aumenta il proprio potere germicida; altri rilevano l'importanza delle globuline nella genesi degli anticorpi.

Il Protti invece attribuisce all'emoinnesto il potere radiante mitogenetico di Gurwitsch e basando la sua ipotesi sul potere fisico del sangue, attribuisce all'ematoma intramuscolare emissioni di radiazioni ultraviolette di natura proteolitico-enzimatica. Avvicinandosi a tal concetto il dott. David Mario ritiene che l'ematoma intramuscolare dovuto all'emoterapia non bisogna ritenerlo quale un disinfettante biologico, sibbene un focolaio di creazione di anticorpi e di poteri radianti ed enzimatici costante e sicuro.

Quante ipotesi, quante teorie; ma quale sia la più accreditata ed a quale dar fede io non saprei. Bisogna riconoscere che sono tutte geniali ed hanno tutte una certa base di sostegno. Intanto come accordarne una, una sola, io mi domando, col meccanismo di azione dell'autosangue nell'emorragia cerebrale? Non credo che si possa dire che questa cura giovi nei casi in cui può giovare e quando il male ha la tendenza ad una spontanea regressione. Ne fa fede più di tutti lo studio completo e minuto del prof. Colella di Palermo in ben trentacinque casi: la sua esperienza è completa al riguardo. Invocare l'abbassamento di pressione è troppo poco per spiegarci il ritorno alla completa salute che spesso si nota nei colpiti da emorragia cerebrale: deve avvenire tutto un lavorio speciale che fino ad oggi per noi è completamente ignoto. Ma bisogna dunque credere a uno squilibrio umorale per ammettere l'assorbimento di un processo emorragico cerebrale e il ritorno alla normalità o quasi di un individuo colpito?

* * *

Lascio l'interrogativo ai colleghi, ma agli stessi colleghi io ricordo che in campo terapeutico poco importa se le teorie hanno punti di partenza più o meno precisi, oppure punti oscuri addirittura. L'essenziale è di sapere se vi è risultato pratico.

Ebbene per l'emoterapia oggi non si discute più: ne fa fede tutta una voluminosa letteratura al riguardo che è alla mercè di ogni medico. L'autoemoterapia ha avuto anche l'onore di essere ricordata in quella magistrale opera del Ferrio, « Patologia medica e terapia », di recente data alle stampe.

Si ricordino i colleghi, e specie quelli che vivono come me a contatto quotidiano del povero e nelle più sperdute contrade, di questa grande arma che è nelle nostre mani. Non costa niente, non racchiude pericoli di sorta; anche l'eventuale datore di tanto poco sangue non rimette nulla: ce lo confermano le scrupolose ricerche del Negri e collaboratori. Si tenga presente, anche per chi non crede, pur partendo però da un punto di vista errato, perchè bisogna essere precoci nell'uso dell'emote-

rapia, che quando tutto è finito del nostro bagaglio terapeutico a volte per necessità di cose tanto pesante, c'è la cura delle iniezioni di sangue, sia esso del malato stesso, sia di altre persone. Si provi con animo tranquillo; le soddisfazioni non mancheranno ed il « sorprendente paradosso fisiologico » ancora una volta verrà a beffarsi della nostra scarsa conoscenza ed a tentare di immetterci sull'ignoto cammino di mamma Natura.

RIASSUNTO.

L'A. dopo una rapida rassegna della più recente bibliografia sulla emoterapia, riporta i buoni risultati da lui ottenuti con detta cura nelle più svariate affezioni, ed accennando alle molteplici teorie sul meccanismo di azione dell'innesto con auto ed etero sangue, conclude per il più largo uso di tale rimedio che nella sua semplicità è alla portata di ogni medico pratico.

BIBLIOGRAFIA.

BOECKEL e STERCION. Société de Médecine du Bas Rhin del 28-5-1932.
BUSCAINO V. M. e LONGO V. *Azione ipotensiva dell'autoemoterapia.* Rassegna Int. di Clinica e Terapia, n. 3 del 1935, pag. 124).
CANTONE. *Siero di convalescenti nella pulmonite.* Società di Cultura medica novarese del 2-5-1935.
CARABEI A. *Cura della poliomelite anteriore acuta.* Sezione Giulia della Soc. Ital. di Pediatria del 26-5-1935.
CARDINALI G. *L'autoemoterapia in varie forme morbose dell'infanzia.* Pediatria pratica, n. 1 del 1935.
CAYREL MARIO. La Medicina Pratica, n. 9 del 30 novembre 1932.
COLELLA R. e PIZZILLO G. Rassegna Inter. di Clinica e Terapia, vol. XV, n. 7 del 1934.
COLOTTA. *Caso di Zoster guarito con autoemoterapia.* Progressi di Terapia, n. 2 del 1935.
DAVID MARIO *Sangue totale di convalescente nella profilassi del morbillo.* Rivista di Terapia Pratica del 31-12-1935.
DRAPER CAMBROOK. *Estrazione di denti negli emofiliaci.* Arch. des Maladies du coeur, n. 9 del 1934.
FERRIO P. *Patologia Medica e Terapia,* vol. 2 del 1935.
GRAZIANI F. *Cura della scarlattina con siero di convalescenti.* Rivista Sanitaria Siciliana, del 1935.
GIOSEFFI M. Notiziario di Diagnostica e Terapia, a. 1934, n. 2, pag. 25.
JUJOY E. *L'emoterapia materna nei vomiti gravi del lattante.* Prensa Medic. Argentina del 23 gennaio 1935 e Policlinico, Sezione Pratica, n. 6 del 1936.
LAURENCE G. *L'autoemoterapia.* Journal des Praticiens del 3 agosto 1935.
LUCHERINI R. *In tema di ipertensione arteriosa essenziale.* Le Forze Sanitarie, n. 4 del febbraio 1936.
MASELLI M. *L'autoemo- e l'autosieroterapia.* Notiziario di Diagnostica e Terapia, n. 3 del marzo 1934.
MELANI. *L'autoemoterapia nella cura dell'emottisi.* Rivista Ital. di Terapia.
MORETTI. *Autoemoterapia e tensione oculare.* Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Catania, vol. III, n. 10.
NEGRI C. e COLLABORATORI. *Azione dell'autoemoterapia sulla colesterinemia plasmatica e globulare ecc. ecc.* Athena, n. 8-9 del 1935 pag. 483.
ROBERT. *Autoemoterapia preventiva degli accidenti da siero.* Bull. Soc. de Pediatrie de Paris, luglio 1935.
ROSSI FERRINI CARLO. *Autoemoterapia e maternoterapia nella broncopulmonite influenzale.* Notiziario di Diagnostica e Terapia, n. 9, 1934.
SCLETSHY, MITRITSKIY e FRIDMAN. *L'autocerebroterapia spinale nell'encefalite cronica, parkinsonismo.* Vrachebuoe Sels, n. 18 del 1935.
SINN L. *Trattamento della mastite puerperale con l'autoemoterapia.* Munch. Med. Wschr., n. 3, del 1935.
TASCON. *Siero di convalescenti nella polmonite infantile.* Le Progrès Medic. del 25 marzo 1935.

NOTE BIOGRAFICHE.

Il contributo del Prof. Cesare Cavina † (Bologna) al trattamento chirurgico delle nevralgie essenziali del trigemino.

NOTE raccolte dal fratello Prof. GIOVANNI
Chirurgo Primario dell'Ospedale
di S. Giovanni di Dio in Firenze.

Nella sua multiforme e dinamica operosità scientifica ed operatoria, con particolare amore e con eccezionale competenza, il compianto Prof. Cesare Cavina si dedicò alla cura chirurgica delle grandi nevralgie del trigemino. La sua fine prematura, mentre troncò in pieno una delle più fulgide promesse della neurochirurgia italiana, non permise nemmeno che fossero conosciuti integralmente i brillanti risultati di una esperienza già cospicua in un campo da noi ben poco coltivato. In realtà, solo in parte è nota la statistica operatoria di mio fratello e brevissime sono le comunicazioni da Lui fatte qua e là sull'importante argomento, in occasione di alcuni Congressi nazionali ed esteri. Nè ciò può destare meraviglia per chi ben sapeva come Suo costume fosse quello di raccogliere con meticolosa cura le singole osservazioni cliniche con il proposito di illustrarle poi un giorno, allorquando più vasta e matura fosse stata la sua esperienza in materia. Un destino crudele ha purtroppo impedito che Egli riuscisse a realizzare il piano saggiamente concepito non solo per quanto si riferisce agli interventi sul V, ma anche per quelli numerosissimi ed importanti eseguiti in altri organi del capo e del collo con rara perizia e maestria.

Or dunque, nei riguardi almeno della chirurgia del trigemino, affinchè il frutto prezioso di sì laboriose fatiche non vada interamente perduto, sulla scorta di alcuni ricordi personali ho ritenuto doveroso raccogliere queste brevi note, tanto più che imminente si annuncia l'annuale Congresso nostro di chirurgia, in cui l'interessante tema formerà oggetto di relazione da parte del valoroso collega prof. M. A. Dogliotti.

* * *

Ben rammento come il primo caso di nevralgia essenziale del trigemino operato da mio fratello riguardasse un povero operaio martoriato da lunghi anni da dolori talmente intollerabili che lo avevano spinto sull'orlo del suicidio. Egli studiò attentamente il caso pietoso e con quella audacia e con quella generosità che distinguono gli uomini di classe superiore, non esitò ad offrirgli il soccorso dell'opera sua di chirurgo. Il 6 maggio 1922, infatti, nell'Istituto Stomatologico di Bologna Egli operò il malato di *gasserectomia* per via sfeno-temporale secondo il metodo di Lexer. L'intervento, nel quale io ebbi il piacere di assisterlo, per quanto laborioso, fu condotto a termine felicemente.

Nel gennaio 1923 un secondo caso del genere, pure assai grave, fu trattato da Cesare con lo stesso processo operatorio, ma purtroppo l'esito fu infausto. Dopo poche ore dall'intervento, il paziente decedette con un quadro clinico che con fondata ragione fu da Lui attribuito ad avvelenamento da scopolamina, in quanto che il malato aveva ricevuto, a scopo di prenarcosi, una iniezione di « paunevrol » Molteni, farmaco dimostratosi non di rado assai tossico.

Questo insuccesso, per quanto indipendente da qualsiasi errore di tecnica, rese mio fratello assai perplesso ed esitante nel proseguire su l'aspra via. Egli si volse allora con maggiore simpatia verso il metodo della *iniezione di alcool nel ganglio di Gasser*, metodo nel quale rapidamente acquistò una abilità non comune. Giova ricordare che già da tempo si era occupato di tutti i problemi inerenti alla anestesia locale e tronculare nell'ambito della chirurgia della testa e del collo, per cui non poteva incontrare difficoltà veruna nell'infiggere un ago nel cavo di Meckel attraverso il foro ovale. Il primo caso così trattato fu quello di un noto avvocato bolognese, il quale, da anni sofferente di una terribile nevralgia facciale, invano era ricorso alle cure di innumerevoli colleghi. Una sola iniezione di alcool nel ganglio di Gasser lo liberò da ogni dolore e gli concesse di riprendere con rinnovata lena l'interrotta attività professionale. A questo primo caso che risale al 7 aprile 1923, seguirono tosto molti altri, sicchè al Congresso di Chirurgia di Padova (ottobre 1926) Cesare fu in grado di riferire intorno a 33 osservazioni cliniche del genere, dichiarandosi partigiano della tecnica di Härtel, cioè, della iniezione del ganglio per via obliqua anteriore, via già indicata dallo Schlösser per la iniezione basale del nervo mandibolare. Con tale procedimento si penetra, infatti, direttamente nel ganglio nella direzione medesima del suo asse longitudinale, e più sicuramente che per la via laterale indicata da Braun. In occasione di quella importante comunicazione, Cesare insistette pure giustamente sulla opportunità di iniettare dosi di alcool assai piccole e lentissimamente, in modo da impiegare financo 15-20 minuti.

Senonchè coll'aumentare della sua esperienza, ben presto ebbe motivo di non essere eccessivamente soddisfatto del blocco alcoolico del ganglio di Gasser. È ben vero che il metodo in parola è quasi scevro di pericoli mortali, ma è d'uopo riconoscere che non è esente da complicanze sia generali, sia locali di non trascurabile entità. Sopratutto temibile è la cheratite neuroparalitica che, se non curata tempestivamente e attivamente, può portare alla cecità totale dell'occhio colpito (1). D'altra parte non rare sono le recidive a distanza maggiore o minore di tempo.

Egli è perciò che in base a tali considerazioni, Cesare non esitò a gettarsi sul solco tracciato dai neurochirurghi americani Cushing, Frazier, Adson, dichiarandosi tosto (merito non piccolo!) fautore della *neurotomia retrogasseriana*, e riconoscendone la superiorità in confronto alla classica gasserectomia, oggi ormai definitivamente tramontata.

Silenziosamente opera il primo caso a Bologna, nella sua nota Casa di Cura in via Torleone, il 14 luglio 1928, e, dopo appena quattro anni, nell'ottobre 1932 al Congresso di Chirurgia di Roma e contemporaneamente al Congresso francese di Stomatologia, tra la generale ammirazione comunica i risultati di 60 neurotomie retrogasseriane senza alcun insuccesso. Da ogni parte d'Italia accorrono a Lui

(1) La mia esperienza in fatto di alcoolizzazione del ganglio di Gasser al foro ovale ammonta a poche diecine di casi, trattati tutti con esito soddisfacente. Debbo però confessare di avere lamentato un caso di cecità in seguito a cheratite neuroparalitica.

infelici, ansiosi di essere liberati da terribili sofferenze. La serie degli operati aumenta rapidamente con risultati sempre più lusinghieri. Il 17 giugno 1935, già assalito dal male che doveva condurlo alla tomba nel settembre successivo (2), Cesare esegue l'ultima neurotomia, raggiungendo così la cifra veramente cospicua di 120 *casi con due soli insuccessi*, di cui uno (osserv. 71) si riferisce ad un vecchio di 78 anni iperteso, il quale essendosi già alzato dopo tre giorni dall'intervento venne colpito in 5ª giornata da un ictus seguito da morte dopo 48 ore; il secondo (osserv. 92) riguarda un altro vecchio di 77 anni deceduto dopo quattro giorni per fatti uremici (prostatico).

Come possono farne fede i suoi bravi assistenti dottori Calabrò, D'Aiutolo, Fabbri, nella neurotomia retrogasseriana Cesare aveva acquistato una perizia ed una sicurezza straordinaria, nonchè una rapidità eccezionale. Molte volte, come risulta dalle cartelle cliniche conservate nel suo archivio ordinatissimo, non impiegava più di *mezz'ora* nel condurre a termine il difficile intervento.

Riguardo alla tecnica, non è superfluo accennare come in un primo tempo (osserv. 1-13) si mostrò favorevole al metodo di Lexer (sfeno-temporale, come per la gasserectomia classica); poi costantemente adottò quello di Adson. In alcuni dei primi interventi si limitò a praticare la sezione della radice sensitiva, tentando di risparmiare il fascio oftalmico, ma poi preferì la sezione totale, comprendendovi in molti casi anche quella della radice motoria.

Altre deduzioni certamente utili e preziose lo studioso potrà ricavare dall'esame analitico della statistica operatoria che mi riservo di pubblicare quanto prima altrove, mentre mi limito qui a riassumerla nelle seguenti cifre finali:

Alcoolizzazioni del ganglio di Gasser: 112 in 93 soggetti.

Gasserectomie: 2 con un decesso.

Neurotomie retrogasseriane: 120 in 119 soggetti (1 bilaterale) con due decessi.

Nessun commento ritengo di dovere aggiungere a queste cifre — già del resto assai eloquenti per sè sole e insuperate forse in Europa — sia perchè non me ne riconosco la competenza, sia per il timore di falsare il pensiero di Chi oggi non è più.

Ai Colleghi cui preme lo studio dell'importante argomento, offro queste pagine dettate da un commosso sentimento di amore e di ammirazione fraterna, con la fiducia che gioveranno a ricordare durevolmente il contributo senza dubbio ragguardevole del prof. Cesare Cavina in uno dei campi più ardui della neuro-chirurgia.

(2) Mio fratello si spense in Bologna il 21 settembre 1935 a soli 47 anni in seguito a lunga e penosa malattia febbrile a tipo setticemico, di natura imprecisata.

RIASSUNTO.

Sono brevemente ricordati alcuni importanti interventi sul trigemino eseguiti dal compianto prof. Cesare Cavina di Bologna: 112 alcoolizzazioni del ganglio di Gasser, 2 gasserectomie, 120 neurotomie retrogasseriane.

BIBLIOGRAFIA.

CAVINA prof. CESARE. *Cura delle nevralgie del trigemino*. Bull. Scienze mediche, 1924, pag. 378.

ID. *La iniezione di alcool nel ganglio di Gasser nella cura delle nevralgie del trigemino* (33 casi). Atti Soc. It. Chir., 33ª adunanza, Padova, 1926.

ID. *I miei risultati nella cura delle gravi nevralgie essenziali del trigemino*. Rivista Italiana di Stomatologia, 1932, n. 1.

Id *Grave nevralgia essenziale del trigemino in due fratelli. Neurotomia retrogasseriana bilaterale nel primo; iniezione nel ganglio di Gasser da un lato, neurotomia retrogasseriana dall'altro, nel secondo. Guarigione*. Boll. e Memorie Soc. Piemontese Chirurgia, 29 maggio 1932.

ID. *Résutats immédiats et éloignés du traitement des grandes névralgies du trijuméau d'après mon expérience personelle (100 injections d'alcool dans le ganglion de Gasser, 2 gassérectomies et 60 neurotomies rétro-Gassériennes)*. VII Congrès Français de Stomatologie, Paris, 1932.

ID. *Nevralgia del trigemino datante da 30 anni. Neurotomia retrogasseriana. Guarigione*. Rivista It. Stomatologia, luglio 1933.

CALABRÒ dott. NATALE. *Metodi e risultati delle cure chirurgiche nelle nevralgie essenziali del trigemino nella Clinica stomatologica di Bologna*. Atti II Congresso medico chirurgico calabrese. Reggio Calabria, settembre 1933.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

Sulla patogenesi e sulla profilassi della ipertensione essenziale.

(H. ARNSPERGER. *Mediz. Welt*, 19 sett. 1936).

La notevole diffusione della ipertonia essenziale, che sembra accenni attualmente ad ulteriore aumento, la scarsa efficacia dei mezzi terapeutici finora proposti, le conseguenze molteplici e spesso fatali di tale malattia, pongono di fronte al medico il compito della profilassi dell'ipertensione o per lo meno della cura precoce di essa; si dovrebbe agire cioè quando ancora la pressione presenta delle crisi transitorie di aumento relativo della pressione; in questo periodo (cui segue l'ipertensione « fissa ») non vi sono alterazioni anatomo-patologiche quali l'arterio-sclerosi, l'ipertrofia cardiaca, le lesioni renali che culminano nel rene grinzo.

Come per ogni altra malattia (e difatti più che sindrome, l'ipertensione viene attualmente definita quale malattia, v. Bergmann), la profilassi dovrebbe essere guidata dalla conoscenza dell'essenza della malattia e dalla considerazione dei fattori causali, predisponenti ed occasionali di essa. Secondo Kylin, l'ipertensione essenziale rappresenta un'alterazione costituzionale ed ereditaria del tono dei centri neurovegetativi (e delle relative vie di conduzione) preposti alla regolazione della tensione vasale e delle ghiandole endocrine che dominano tale funzione; gli agenti nocivi possono attaccare i diversi segmenti di tale sistema determinando diverse varianti patogenetiche della stessa malattia.

Il fattore costituzionale della ipertensione essenziale sembra indubbio; se anche per ora scarseggiano dei dati statistici dimostranti l'ereditarietà della affezione, ciò è sopratutto dovuto al fatto che la misurazione della pressione è un acquisto relativamente recente; però anche da dati indiretti si desume il carattere ereditario della malattia; d'altra parte la caratteristica costituzionale di essa si appalesa nelle frequenti associazioni con alcune sindromi metaboliche o neurovegetative: diabete, gotta, obesità, emicrania, ecc.

Il fattore protopatico della ipertensione essenziale non può dirsi ancora definito; la dimostrazione di sostanze ipertensive nel sangue (del resto solo parzialmente realizzata) ha fatto pensare ad un'aumentata quantità di adrenalina dovuta ad iperfunzione surrenale; però l'iperadrenalinemia è tutt'altro che costantemente dimostrabile (forse perchè l'adrenalina si trova sotto un'altra forma o in combinazione); anche l'anatomia patologica delle surrenali non ha messo in evidenza segni costanti od univoci di iperfunzione.

Ipotesi recente, della quale uno dei fautori principali è Kylin, attribuisce all'ipofisi la parte principale nel determinismo della ipertensione essenziale; una suggestiva conferma di tale veduta starebbe nel fatto che la cachessia ipofisaria (morbo di Simmonds) rappresenta una immagine a specchio della ipertonia; a parte le rispettive ipo e ipertensione, nell'ultima, al contrario di quel che avviene nella prima, si ha una tendenza all'iperglicemia, iperuricemia, aumento del metabolismo basale; la curva iperglicemica da adrenalina è appiattita, accentuata quella da lavoro muscolare; la sensibilità verso l'insulina è diminuita, v'è tendenza agli spasmi intestinali, ecc. ecc., tutti fenomeni opposti a quelli che si riscontrano nella cachessia ipofisaria e che fanno quindi ammettere un'iperfunzione del lobo pituitario anteriore.

Anche ricerche interferometriche avrebbero dimostrato una notevole frequenza di alterata funzione dell'ipofisi e delle surrenali (Halbron); esperienze di Jores, eseguite con iniezioni di siero degli ipertesi in animali di laboratorio, hanno dimostrato che tale siero provoca nelle surrenali alterazioni analoghe a quelle provocate dagli ormoni cortico e adrenotropo dell'ipofisi. Va ricordata anche l'ipertensione nell'adenoma basofilo dell'ipofisi.

Appare verosimile che anche i centri neurovegetativi superiori possano intervenire nella genesi dell'ipertensione; l'aumento della pressione nella cisterna cerebellare e nel terzo ventricolo provoca ipertensione duratura, probabilmente per la stimolazione dei gangli basali; nello stesso modo agirebbe la diretta eccitazione delle zone circostanti al terzo ventricolo. È nota d'altra parte l'ipertensione da emorragie o contusioni cerebrali. Si ricordi ancora l'ipotensione da puntura lombare.

I fattori ereditari e costituzionali dell'ipertensione essenziale forniscono scarsi punti di appoggio alle possibilità della profilassi. I provvedimenti di carattere eugenetico sono difficilmente attuabili (anche in paesi di eugenica coercitiva, quale la Germania) poichè la malattia si manifesta in età relativamente avanzata, quando la prole di solito è già stata procreata; d'altra parte, pur essendo consci dell'origine neuroendocrina della malattia, non abbiamo finora un'arma diretta da opporre precocemente alle eventuali disfunzioni ormoniche o nervose.

Di grande importanza sarebbe la diagnosi precoce nel senso di svelare la reattività patologica del soggetto, ancora prima delle vere manifestazioni ipertensive. Vari metodi sono stati proposti a tale scopo, però nessuno di essi può dirsi scevro di inconvenienti. L'iniezione di adrenalina, se anche dimostra nei futuri ipertesi un comportamento anomalo della pressione (abbassamento iniziale seguito da notevole innalzamento invece del rapido aumento

e brusca caduta che si osserva normalmente) può provocare delle reazioni spiacevoli e talvolta pericolose. Anche la provocazione del riflesso vagale (maggiore reattività) presenta qualche pericolo. La risposta dei vasi a influenze normalmente iperemizzanti (riscaldamento, interruzione con successiva liberazione dell'afflusso sanguigno) dimostrano di solito, ma non costantemente, una reattività paradossa nel candidato all'ipertensione, essendo la vasodilatazione preceduta da contrazione e pallore cutaneo. Forse migliori risultati si avranno colla prova recentemente proposta da Raab e consistente nella determinazione della pressione dopo inalazione dell'ossido di carbonio; nei predisposti all'affezione vi sarebbe l'aumento notevole della pressione; come pure l'abbassamento di pressione da iperventilazione sarebbe più spiccato che nei soggetti normali.

Di fronte ad un soggetto predisposto alla ipertensione l'attività del medico dovrà essere indirizzata verso gli altri elementi della costellazione etiopatogenetica dell'affezione e cioè verso i fattori che provocano il manifestarsi dell'ipertensione e l'istaurarsi di essa in forma definitiva; la ricerca dei fattori da combattere è stata facilitata dagli studi sull'ipertensione sperimentale, mercè i quali è stata osservata l'influenza di fattori chimici, termici, meccanici, nervosi, ecc.; dati ancora più importanti ci ha fornito l'osservazione clinica.

L'influenza ipertensiva delle emozioni, della tensione nervosa, delle preoccupazioni è troppo nota perchè vi sia bisogno di insistervi; se non è possibile un cambiamento di vita occorre per lo meno intercalare dei periodi di riposo, di « detensione » (di qua anche l'influenza benefica dei calmanti nervosi come la valeriana, del sonno eventualmente procurato con ipnotici, ecc.). Nel regime di vita da modificarsi rientra anche l'alimentazione; quella carnea è da limitare; è stato difatti osservato che nei vegetariani l'ipertensione è eccezionale (per es. in alcune popolazioni, in alcuni ordini religiosi che proscrivono la carne: trappisti, carmelitani).

La questione dell'esercizio fisico è ancora sub iudice: è bensì noto che il lavoro muscolare aumenta la pressione; ma sembra d'altra parte che esso agisca beneficamente e a lungo per il conseguente aumento della respirazione; va ricordata a proposito la terapia della ipertensione con esercizi respiratori preconizzata da Tirala e che ha dato dei risultati incoraggianti: nel complesso, sembra che gli sports costituiscano un fattore utile nella profilassi della ipertensione.

Fra le sostanze voluttuarie sarebbero da proscriversi la nicotina (che può provocare crisi ipertensive acute; negli ipertesi la sensibilità verso di essa è aumentata di 4-5 volte, Hoff) e il caffè. L'alcool andrebbe solo limitato.

Quali veleni ipertensivi vanno ricordati l'ossido di carbonio e il piombo; quest'ultimo sembra agire sopratutto attraverso le alterazioni renali che suole provocare.

Sono da combattersi anche le infezioni focali, specie quelle a carattere reumatico, cui può essere dovuta ipertensione acuta (Siebeck); nel caso di lue la terapia specifica preverrà l'ipertensione secondaria da alterazioni vasali.

Anche nel campo delle alterazioni endocrine vi sono alcune possibilità profilattiche e terapeutiche; così la disfunzione tiroidea potrebbe talvolta causare l'ipertensione; essa è dominabile dalla terapia adeguata. Una speciale attenzione meritano le ghiandole sessuali: è nota l'ipertensione da climaterio dovuta probabilmente ad un aumento di eccitabilità neurovegetativa in mancanza di ormoni sessuali inibitori; anche qui l'opoterapia intrapresa precocemente può rendere servizi preziosi.

Molte quindi le misure da effettuare nella profilassi e terapia precoce dell'ipertensione essenziale; esse si impongono in vista della crescente diffusione della malattia; ma è questa stessa tendenza che rende dubbia la possibilità della attuazione di detta profilassi, poichè dimostra che l'ipertensione è la malattia dei tempi moderni, conseguenza dell'accelerato ritmo della vita quotidiana, della tensione nervosa continua, di fattori cioè che difficilmente saremo in grado di modificare; occorrerebbe quindi poter dominare gli elementi patogenetici essenziali, il fattore costituzionale e quello neuro-endocrino, ciò che per ora costituisce un'aspirazione non realizzata.

S. MINZ.

La cura dell'angina pectoris.

(B. PARSONS-SMITH. *Lancet*, 5 settembre 1936).

La cura dell'angina pectoris in tutte le sue forme, per riuscire efficace, presuppone una diagnosi esatta, che per lo più si basa sui sintomi subiettivi e sui precedenti del paziente. Sta di fatto che in una larga percentuale di casi l'esame dell'apparato cardiovasale risulta negativo.

Le lesioni che più frequentemente provocano la sindrome sono la sclerosi coronaria e la fibrosi del miocardio. Queste lesioni determinano un'ischemia assoluta o relativa del miocardio, un difetto dell'apporto dell'ossigeno e della rimozione dei prodotti regressivi del ricambio. Ne segue l'eccitazione delle fibre afferenti dolorose del plesso nervoso che circonda i vasi. Ciò posto appare non dubbio che la crisi annginosa sia provocata da un'insufficienza del cuore in relazione alla diminuita riserva dell'energia circolatoria.

Dati questi concetti patogenetici è ovvio che per evitare il ripetersi degli attacchi il paziente deve osservare un regime tale che garantisca il più possibile l'eliminazione di quei

fattori capaci d'influenzare sfavorevolmente l'efficienza del cuore.

Innanzi tutto subito dopo l'attacco si deve osservare per un periodo di tempo più o meno lungo il riposo assoluto. Quindi si consentirà una graduale ripresa delle attività abituali quando queste, beninteso, non siano sufficienti di per sè a scatenare la crisi. Ad ogni modo dovranno essere inibiti gli eccessivi sforzi fisici, gli esercizi prolungati, l'esposizione a temperature troppo calde o troppo fredde e, possibilmente, anche l'eccesso di lavoro mentale.

La dieta alimentare deve essere leggera, facilmente digeribile, senza droghe eccitanti. Dopo i pasti si deve rimanere nel più completo riposo almeno per un'ora.

Per quel che riguarda il fumo le opinioni non sono unanimi; certo se non l'assoluta astinenza è consigliabile molta moderazione.

Per la cura farmaceutica preventiva è a rilevare che l'ioduro di potassio può concorrere ad arrestare il processo sclerotico delle coronarie, ma effettivamente riesce più vantaggioso quando il paziente è sifilitico.

Altri rimedii che possono essere prescritti con qualche fiducia per la loro azione vasodilatatrice e diuretica sono i prodotti del gruppo xantinico (diuretina, teocalcina, teofillina, eufillina, teamina, teominal).

Se coesistono fatti nervosi e sopra tutto l'insonnia sono da consigliarsi i sedativi in dosi moderate: luminal, bromurì, cloralio.

Come trattamento profilattico è consigliabile l'uso di tavolette di nitroglicerina da prendersi quando si teme che l'attacco stia per iniziarsi.

L'obesità costituisce una condizione aggravante per l'affaticamento che impone al cuore. La si combatterà riducendo nell'alimentazione i grassi e gli idrati di carbonio, con adatte cure fisiche (ginnastica, massaggi, bagni, diatermia) ed eventualmente con piccole dosi di preparati tiroidei.

Quando esiste la sifilide bisogna praticare senza indugio la cura specifica con mercurio e ioduri. Successivamente, quando le condizioni del cuore lo consentono, si praticheranno cure con arsenico o bismuto. Il trattamento deve essere ripetuto ogni anno o due.

Quando esiste ipertensione si adotteranno le cure adatte ed eventualmente i salassi non però abbondanti.

Durante l'attacco si somministrerà la nitroglicerina in tavolette ed il nitrato d'amile in capsule. Nel caso che si abbia contemporaneamente flatulenza ed indigestione si darà qualche carminativo, acqua di menta, tintura di canfora, acqua cloroformica con bicarbonato di soda. Nei casi di accessi prolungati si applicheranno carte senapate o bottiglie calde sulla regione precordiale, iniezioni di morfina, e quando c'è cianosi, inalazioni di ossigeno.

La cura chirurgica preventiva dell'angina pectoris comprende la simpatectomia cervicale, l'alcoolizzazione delle radici dorsali superiori, la tiroidectomia.

La simpatectomia va dalla semplice sezione del tronco simpatico sinistro tra il ganglio medio e superiore alla completa asportazione dei simpatici di ambo i lati compresi il ganglio stellato, medio e superiore. L'operazione non è scevra d'inconvenienti dati i disturbi che possono seguire alla simpatectomia cervicale. Tuttavia le esperienze al riguardo non sono abbastanza larghe per essere conclusive.

L'iniezione paravertebrale di alcool a 85° nelle prime cinque o sei radici dorsali interrompe le connessioni con il simpatico. La tecnica operatoria è difficile. Ma il metodo è meritevole di considerazione nei casi nei quali la terapia abituale fallisce.

La tiroidectomia è stata suggerita dal concetto che essendo l'angina pectoris provocata da un difetto della circolazione coronaria, dall'anemia e quindi dall'apporto di materiale nutritivo al miocardio, l'asportazione della tiroide, riducendo il metabolismo crea un maggiore equilibrio tra le esigenze nutritive del cuore e la quantità di ossigeno e di altro materiale nutritivo trasportato dal sangue, e d'altra parte, riducendo il ricambio generale rende meno gravoso il lavoro del cuore.

Le tiroidectomie finora eseguite hanno dato risultati più o meno buoni in un'alta percentuale. Il metodo è ancora allo stadio sperimentale, perchè si possa dare un giudizio sicuro occorre ancora una più larga casistica.

Va infine ricordato il tentativo di stabilire una circolazione collaterale del miocardio, tenendo conto che questo oltre che dalle coronarie è irrorato da altre branche dell'aorta che si trovano nel tessuto grasso alla base del cuore. A tale scopo con una tecnica molto complessa fu innestato sul pericardio l'arteria pettorale maggiore sinistra. Wearn riferisce che nei sei casi così operati il risultato fu eccellente in due, soddisfacente in uno, ancora incerto negli altri tre. DR.

GASTROENTEROLOGIA.

Recenti progressi in gastro-enterologia.

(E. H. GAITHER. *The Journ. of the Americ. Medic. Ass.*, 22 agosto 1936).

Fra i membri dell'Associazione Medica Americana c'è diversità di opinioni circa i gruppi di malattie che possono costituire una specialità e la disparità di idee è particolarmente spiccata nel caso delle malattie degli organi addominali.

In ogni campo devono però esistere dei medici non solo bene allenati e in grado di compiere le ricerche più dettagliate, ma anche che seguano quanto si fa in quel dato campo e portino pure dei contributi originali.

L'A. ha indicato, in una conferenza tenuta a Kansas City nel maggio 1936 alla Riunione della Sez. di Gastroenterologia e proctologia dell'Ass. Medica Americana, che cosa implica la gastroenterologia come specialità, quale è la preparazione che devono avere i suoi cultori e quali progressi essa ha fatto negli ultimi 10 anni.

La parola gastroenterologo è poco felice, perchè, secondo il conferenziere, lo specialista per apparato digerente è un internista con vasta esperienza e che si occupa con particolare diligenza delle malattie degli organi addominali. Difatti, molti sintomi a carico degli organi addominali possono dipendere da altri organi.

Fra i lavori recenti che hanno un certo interesse l'A. ricorda la monografia del Faber il quale dà prove certe della frequenza della gastrite acuta e cronica e in modo particolare si occupa del metodo di preparare i tessuti per evitare le alterazioni post-mortem, dell'effetto delle infezioni acute sulle membrane gastriche, del rapporto fra gastriti acute e croniche e l'ulcera e l'iperacidità, dell'anacidità e anemia perniciosa, dei rapporti fra gastrite cronica e cancro ed ulcera.

Il Faber ha trovato una larga percentuale di anacidità fra i parenti dei malati di anemia perniciosa, come pure infiammazione cronica in chi soffre di anacidità. Nell'anemia perniciosa egli afferma che c'è una gastrite avanzata con o senza atrofia della mucosa e inoltre che l'anemia perniciosa può esistere senza anacloridria. Egli ha anche veduto dei casi in cui sotto l'azione della terapia si è riavuta secrezione di acido cloridrico.

L'A. richiama l'attenzione sui lavori di Bloomfield e Pallaud sulla funzione secretoria dello stomaco e sull'esame sistematico con pasti di prova.

Contributo brillante è anche quello del Castle il quale ha dimostrato che l'anemia perniciosa è dovuta all'assenza di una sostanza secretoria gastrica essenziale unita all'anacloridria.

Hollander ha studiato la composizione del succo gastrico puro.

Greengard, Maison e Soy hanno isolato dalla mucosa intestinale una sostanza libera da azione tossica, che inibisce la secrezione e la mobilità gastrica nel cane e che è nota col nome di « enterogastrone ». L'utilità pratica di questa sostanza si è dimostrata nell'ulcera, perchè essa ha la stessa azione antisecretoria dell'atropina senza averne gli effetti accessori fastidiosi.

Da ricordarsi sono pure i lavori di Dragstedt sulla patogenesi della dilatazione gastrica acuta, di Rechfuss sullo studio frazionato della secrezione gastrica, di Meltzer e Lyon sul drenaggio delle vie biliari, di Schindler sulla gastroscopia.

Sulla sifilide gastrica sono importanti i lavori di Closen, di Fustermann, ed altri.

Il dolore è uno degli argomenti più importanti e sul dolore da fame hanno compilato una monografia recente Boyden, Rigler e Rivers.

Sui rapporti fra alterazioni allergiche dell'apparato digerente e i sintomi dell'allergia un notevole progresso è stato fatto nei lavori di Rowe, Huke, Vaughan e altri.

Il problema dell'etiologia e dell'ulcera continua a stimolare gli studiosi, in particolar modo se ne sono occupati Foy e Smithies.

Per quel che riguarda la cura dell'ulcera, la cura più accreditata oggi è quella dell'istidina e delle proteine non specifiche.

Minor mole di lavori si ha nei riguardi dell'intestino tenue, anche per le difficoltà tecniche di studio; ma anche in questo campo sono stati fatti notevoli progressi. Importante specialmente quanto fu fatto sui rapporti colla secrezione pancreatica (Mann, Jones, Stevens ed altri), sulla condizione delle diverse parti dell'intestino.

Crohn ha descritto una nuova entità clinica l'ileite regionale, della quale si è occupato anche Bockus.

Dei lavori sulla colite ulcerativa l'A. si occupa di quello del Bargen, che ritiene la malattia di natura batterica specifica ed ha ottenuto buoni risultati con sieri e vaccini, di quello di Paulson che è di opinione opposta a quella di Bargen. Sullivan ha insistito invece sui fattori psicogeni della colite ulcerativa.

Altri argomenti sui quali si pubblicarono lavori importanti sono: la stitichezza, la funzionalità epatica, quella pancreatica, i metodi di saggio dell'attività enzimatica.

L'A. ricorda anche il lavoro di Brown sui rapporti fra emicrania e dieta ricca in idrati di carbonio e l'ottimo risultato terapeutico riducendo gli idrati di carbonio, come pure sui rapporti fra malattie epatiche e sintomi di disfunzione cardiaca.

Da segnalare pure il lavoro della Macklin sull'eredità nelle malattie gastroenteriche, argomento che merita più vaste ricerche.

Argomenti che devono ancora essere approfonditi riguardano alcuni problemi della nutrizione e del metabolismo, i rapporti fra alterazioni endocrine e apparato digerente.

Per quanto riguarda la radiologia i lavori più importanti fatti recentemente sono quelli che riguardano lo studio della mucosa, della colecisti, la chimografia.

Questo quadro degli studi di gastroenterologia degli ultimi anni basta ad indicare l'importanza della specialità e la necessità di proseguire gli studi che, in ultima analisi, devono portare un sollievo ai sofferenti.

R. Lusena.

Epidemie di nausea e vomito.

(R. MILLER e M. RAVEN. *British Medical Jornal*, 20 giugno 1936).

Nel marzo 1936 si è verificata in alcune scuole inglesi un'epidemia di nausea e vomito del tutto analoga ad altra epidemia del genere verificatasi nel giugno e dicembre 1936 in Danimarca.

Il sintoma principale, che occorse nella quasi totalità dei casi, fu il vomito che si manifestò improvvisamente in pieno benessere o più spesso preceduto da nausea della durata di due o tre ore. Successivamente il vomito si alternò alla nausea.

In più della metà dei casi si ebbero anche vertigini particolarmente gravi negli individui che ebbero nausee senza vomito, tanto che si poteva credere che la vertigine fosse una causa della nausea.

Da notarsi la completa assenza di altri sintomi ad eccezione di una leggera patinatura della lingua e di una transitoria perdita di appetito.

Tutto il complesso dei disturbi durò in media da quattro a sei ore, e si esaurì senza lasciare nessuna traccia.

Solo in due casi durante l'attacco si riscontrò un leggero e breve aumento della temperatura.

L'epidemia verificatasi nell'estate 1935 in Danimarca colpì prevalentemente alcune isole dove sembra fu importata in alcuni operai provenienti dalla penisola, dove, come fu accertato successivamente, c'erano stati casi analoghi. Il primo caso si verificò in una bottega, seguirono altri in una pensione vicina, donde poi l'epidemia si diffuse a tutte le case dai dintorni.

I sintomi furono quelli del mal di mare: anoressia, nausea, vomito, vertigini. Talvolta alla fine del disturbo si ebbe una leggera diarrea. Solo in due casi si notò leggera ipertermia.

La guarigione completa si ebbe in capo a 2-12 ore. Dalle indagini fatte sembra risultare che il periodo d'incubazione dura dai due ai sette giorni.

Si potette escludere che i disturbi fossero provocati da intossicazione alimentare o da colpo di sole.

La seconda epidemia del dicembre 1935 si verificò in varie parti della Danimarca e, come la precedente, colpì senza preferenze uomini e donne di tutte le età. La sintomatologia fu analoga. Si notò solo qualche recidiva in capo ad una settimana e si constatò che il periodo di incubazione poteva ridursi anche a due giorni.

Non è dubbio che la epidemia inglese ha molte analogie con quelle danesi. La sola variante di un certo interesse è costituita dal fatto che nella prima i disturbi colpirono solo ragazzi e ragazze mentre nelle scuole in Danimarca colpirono individui di tutte le condizioni sparsi per un largo territorio.

La causa dell'epidemia è del tutto ignota.

La condizione, sopratutto nella sintomatologia della forma danese nella quale era presente per lo più una leggera diarrea, sembra legata ad un'infezione dell'apparato digerente, ed ha una certa somiglianza la dissenteria da bacillus Sonne. Ma a parte le analogie epidemiologiche e le scarse somiglianze sintomatologiche c'è da notare che la dissenteria da Sonne è sempre accompagnata da febbre.

L'inizio improvviso del vomito, le vertigini e la mancanza di febbre parlerebbero in favore di un'infezione del sistema nervoso centrale. Gli autori danesi, Henningsen e Rischel, propenderebbero per tale ipotesi.

Allo stato dei fatti non è possibile azzardare qualsiasi opinione.

Va infine rilevato che le epidemie di nausea e di vomito non sembrano analoghe alle epidemie di vertigini osservate da Leyton nel 1932.

DR.

DIVAGAZIONI

Sulla prima centuria di casi trattati con l'ormonosieroterapia testicolare.

(A. FRASCHINI. *Minerva Medica*, 29 agosto 1936).

Già fin dal 1900 vari AA. riuscirono a trovare nelle vene emulgenti delle diverse ghiandole le rispettive sostanze specifiche: e così Baylis e Starling constatarono la presenza della secretina nel sangue delle vene mesenteriche; Ollino ritrovò nel sangue refluente dai surreni sostanze capaci di produrre vasocostrizione, mentre nel sangue proveniente direttamente dal pancreas, dalla tiroide e dai testicoli, riuscì a provocare dei fatti di vasodilatazione.

Date però le difficoltà che questi tentativi comportavano si era pervenuti spesso a risultati pratici di scarso valore, rimanendo fermo però che nel sangue erano presenti oltrechè i prodotti di elaborazione metabolica, altri elementi indispensabili alla vita: gli ormoni.

Il sangue rappresenta dunque il veicolo e l'ambiente naturale di tutti gli ormoni in concentrazione tale da consentire attraverso uno sviluppo armonico dell'organismo quello stato di benessere fisico e psichico che è espressione di equilibrio umorale; infatti si può con sicurezza affermare che in un organismo sano le ghiandole a secrezione interna svolgono le loro attività armonicamente. Solo nell'adolescenza, nel momento della comparsa dell'attività sessuale ci troviano di fronte ad una apparente disarmonia funzionale delle ghiandole, che è però fisiologica e transitoria.

Ma se una o più ghiandole cominciano ad aumentare od a diminuire la loro attività, si determinano allora dei veri e propri stati patologici determinati non soltanto dalla alterata funzione di una ghiandola ma anche

dalla disfunzione di tutte quelle altre ghiandole funzionalmente collegate con quella.

Ora unica terapia di queste disfunzioni ormoniche non può essere che una accurata ed appropriata cura ormonica.

Noti sono gli studi di Voronoff su la ghiandola genitale ed i suoi rapporti con tutto l'organismo, come pure noti sono i tentativi di molteplici ricercatori per la immissione nell'organismo carente del secreto testicolare.

Rimanendo sempre nel campo dell'ormone testicolare tre sono i metodi maggiormente impiegati: quello di Brown-Séquard (iniezioni di testicolo triturato); quello di Voronoff (innesto di ghiandola) e quella del Cavazzi (iniezioni di siero di sangue efferente dal testicolo di animali giovani e sani). E poichè i due primi metodi danno spesso dei risultati incerti è forse quello del Cavazzi il metodo migliore.

Partendo da questi dati l'A. prima di passare al campo clinico ha voluto sperimentare su animali, partendo dal presupposto, già confermato per altre ghiandole, che il sangue venoso proveniente dal testicolo fosse molto più ricco del relativo ormone rispetto al sangue della circolazione generale.

Un primo ordine di esperienze è stato fatto su galli castrati ai quali veniva inoculato giornalmente 1 cc. di siero di sangue venoso refluo dal testicolo di toro e nei controlli siero di sangue venoso della circolazione generale dello stesso animale.

Si è avuto aumento delle dimensioni della cresta e dei bargigli nei primi animali, mentre nei controlli non si sono avuti aumenti degni di nota.

Un secondo ordine d'esperienze fu fatto su ratti dei quali alcuni furono trattati con siero di sangue venoso di testicolo, altri con siero di sangue arterioso, altri con siero di sangue della circolazione generale, oltre i controlli; i risultati furono un netto aumento di sviluppo del pene e delle vescichette seminali nei ratti trattati con siero di sangue venoso.

Dopo questi risultati l'A. passa all'applicazione clinica e per quanto avesse già un certo orientamento dapprima ha sperimentato su ammalati affetti dalle più diverse malattie, nei quali potè notare, oltre ai fatti generali di miglioramento del trofismo muscolare e di tutte le funzioni vegetative e ad una regressione dello stato di senescenza in alcuni casi, risultati su tre principali affezioni che hanno orientato ulteriormente le sue ricerche e cioè:

a) *Ipertensione arteriosa ed arteriosclerosi.* La terapia in questi casi, preceduta da ricerche di laboratorio per escludere le forme riferibili a lesioni renali e luetiche, fu effettuata ambulatoriamente. In tutti i casi trattati l'A. ha osservato una diminuzione della pressione massima e della minima, come anche la scomparsa dei disturbi, come cefalea, vertigini, ronzii ecc. Questo miglioramento sia delle condizioni soggettive come della pressione si mantennero anche parecchi mesi dopo la sospensione della cura; anzi in alcuni pazienti seguitò a diminuire e nei pochi casi in cui ricrebbe non raggiunse mai i valori primitivi. Questi risultati sarebbero di straordinario valore dato i poco brillanti risultati ottenuti fino ad ora con tutti gli altri mezzi terapeutici a nostra disposizione.

b) *Astenie.* Nelle astenie, sia a carattere generale, sia a carattere sessuale, i risultati sarebbero anche qui stati buoni. L'A. però fa rilevare che la constatazione degli effetti (per le astenie a carattere sessuale) non è sempre facilmente controllabile, per quanto non siano mancate attestazioni di persone conviventi con i pazienti ed anche dei pazienti stessi, di aver ritrovato largo beneficio da questa terapia. In qualche caso anzi il risveglio sessuale dopo un lungo periodo d'impotenza condusse anche ad eccessi.

c) *Condizioni generali nel corso di malattie croniche.* Questo capitolo è necessariamente incompleto; ulteriori esperienze potranno suffragare il primitivo concetto.

L'A. inoltre ritiene che oltre i succitati gruppi, l'ormonosieroterapia testicolare possa essere estesa a qualche altra affezione che sia espressamente di carenza ormonica o di diminuita esistenza organica (Froëlich, ipertrofia prostatica senile, mancanza di poteri riparativi) ed inoltre in base a ricerche di Voronoff e di Carrel pensa che questa terapia si potrebbe con successo applicare in tutte le ferite sopratutto in quelle con gravi perdite di sostanza e nelle quali vi è un ritardato processo di riparazione.

Ulteriori ricerche sono in corso.

M. GALEAZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. TRABUCCHI, *Lezioni di tecnica farmaceutica biologica*, vol. in 8°, di pagg. 228, Parte I, Ed. Cedam, Padova, 1936. L. 24.

Queste lezioni, tenute agli studenti di Farmacia, in occasione di un corso voluto dall'Università di Padova, per completare la cultura degli studenti di farmacia anche nel campo dei così detti preparati biologici, sono qualche cosa di più che semplici lezioni istituzionali. Sono la trattazione più completa e più moderna dei medicamenti « biologici », studiati sotto il molteplice aspetto della loro attività, dei metodi usati per la loro preparazione e di quelli impiegati per il loro dosaggio. Lezioni sì, ma lezioni nel senso più elevato della parola: nel senso cioè che l'A. sulla scorta sicura della sua profonda conoscenza dell'argomento, conduce a mano il lettore (anche senza presupporre una particolare preparazione da parte di questo) in alcuni campi fra i più complessi e, diciamolo pure, fra i più intricati della scienza dei farmaci, senza appesantirgli il cammino con inutile sfoggio di erudizione, ma cercando di chiarire con il convergere di opportuni raffronti e di opportuni richiami i punti più oscuri.

In questa prima parte (e speriamo che tra breve lo svolgimento della materia sia completato) si tratta dei farmaci digitalici e di numerosi ormoni (ipofisi anteriore-posteriore, tiroide, paratiroidi, insulina, surrenale-midollare-corticale): e, chi conosce l'enorme produzione di ricerche istituite, specialmente in questi ultimi anni, su tali argomenti, può ben imaginare quali vasti orizzonti possa aprire alla cultura non solo dello studente, ma, ancora meglio, del medico e del farmacista una trattazione semplice e quasi lineare, ma insieme profonda e modernissima.

Alle volte l'A. dà interpretazioni nuove ed originali su qualche punto del meccanismo d'azione degli ormoni, o suggerisce ipotesi ben fondate e suadenti. Nella parte poi che riguarda i metodi di preparazione o di dosaggio degli opoterapici stessi l'A. si sofferma a discutere sui metodi che siano maggiormente adatti, e suggerisce, ove sia il caso, opportune modificazioni alle tecniche classiche dettate dalla sua personale esperienza. Quando poi si consideri che nella letteratura scientifica nostra non esiste nulla di simile al disegno organico, quale è concepito e svolto dal Trabucchi, si può facilmente prevedere che il suo manuale di lezioni debba trovare, sopra tutto da parte del medico che segue il movimento scientifico, la più favorevole e larga accoglienza. M. MESSINI.

HINSBERG K. *Medica*. Medizinisch-Chemische Bestimmungsmetoden, II parte, pp. 185 I. Springer, Berlin, 1936. RM. 8,70.

Il libretto, che corrisponde al noto manuale di Pinkussen più completo, contiene anzitutto i metodi di dosaggio dei componenti inorganici del sangue. Tra questi sono anche compresi i gas; nello stesso capitolo è esposta anche la tecnica di determinazione del metabolismo e della composizionne dell'aria alveolare.

Seguono i metodi per i componenti organici. Sono riferiti molti metodi per una stessa determinazione. Nel capitoletto dedicato al dosaggio delle albumine trova posto anche la reaz. di Takata, il dosaggio dell'albumina nel liquor, la viscosimetria e refrattometria del siero, per la determinazione del rapporto albumina:globulina. Molto notevole è il capitolo che si occupa dei lipoidi, grassi e medicamenti, analisi dei calcoli biliari, ecc.

Segue una rapida trattazione dei metodi per i fermenti più noti (lipasi, tripsina, fosfatasi) e un cenno sulla dimostrazione delle vitamine e ormoni. Chiude il libro la descrizione della tecnica per la misura del pH: metodo colorimetrico ed elettrometrico. Sono trascritte le tabelle per il pH di Jeppö.

I metodi sono esposti in forma concisissima, quasi più stringata di quel che non sia nello stesso Pinkussen. Però l'esposizione è quando occorra ricca dei dettagli necessari alla corretta esecuzione delle varie tecniche.

Nel testo sono intercalate numerose figure di apparecchi e grafiche e diagrammi. Nel complesso a noi pare un manualetto completo e molto utile.

Può con vantaggio sostituire il Pinkussen sul tavolo del laboratorista. M. COPPO.

Probleme der Bakteriologie, Immunitätslehre und experimentelle Therapie. Un vol. in-8° di 248 pag. con 53 fig. G. Thieme, Leipzig, 1935.

Molti sono stati i problemi scientifici discussi lo scorso settembre nella « *Settimana scientifica* » di Francoforte sul Meno, analoga alle nostre riunioni annuali della Società per il progresso delle scienze.

Il presente volume concerne i problemi della batteriologia, dottrina immunitaria e terapia sperimentale ed è edito sotto la direzione di L. e W. Kolle.

Diamo l'elenco delle relazioni: 1) L'azione oligodinamica delle sostanze volatili sulle colture di tessuti e di batteri. 2) La cinematografia nella ricerca scientifica. 3) La cine- e microcinematografia come metodo d'insegnamento. 4) I bacilli tubercolari del sangue di pazienti clinicamente tubercolosi e non.

5) Il valore della vaccinazione antidifterica negli animali. 6) I rapporti antigenici fra le rickettsie ed il proteus X 19. 7). Immunità e vaccinazione antidissenterica. 8) L'edema gassoso. 9) Le tossine dell'edema gassoso, e le loro antitossine.

10) La psittacosi. 11) Il morbo di Bang; brucellosi. 12) Ricerche sulla disinfezione con

l'acqua pesante. 13) I metodi di sierodiagnosi della tubercolosi. 14) Sul ricupero dell'antigene già legato.

15) La chemioterapia della sifilide. 16) La chemioterapia della tubercolosi. 11) Profilassi e trattamento chemioterapico delle infezioni tropicali. 18) La chemioterapia della schistosomiasi. 19) Il significato del reticolo-endotelio per l'azione della chemioterapia.

20) Per la conoscenza dell'emoglobina.

Fra le comunicazioni, troviamo dei nomi di italiani e cioè: A. Azzi (La bacillemia tubercolare, in rapporto con la patogenesi e l'immunità della tubercolosi), M. Volterra (Sulla psittacosi).

fil

R. BENSAUDE e coll. *Maladies de l'intestin*. Vol. III. Vol. in-8° di pagg. 370 e 127 fig. Masson e C. Paris, 1936. Fr. 60.

Senza costituire un vero trattato didattico, tuttavia questo volume, e insieme i due già pubblicati, rappresentano tutto un programma, nel quale sono studiate le più interessanti questioni della patologia intestinale e sopratutto della proctologia.

In esso sono trattati il cancro del retto, il linfosarcoma, i tumori villosi, il polipo solitario, i fibromi, i miomi, gli angiomi; sono esposte molte idee originali, dottrine precise facilmente applicabili e molti argomenti, oltre a costituire una vera messa a punto, sono corredati da una abbondante bibliografia. Anche le tecniche di esplorazione sono descritte molto minuziosamente ed i risultati che possono aversi, sono analizzati con fine critica, di guisa che quest'opera può riuscire veramente utile sia al medico pratico che allo specialista.

a. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 23 luglio 1936.

Presiede il Prof. R. ALESSANDRI, presidente.

A. CHIASSERINI. — *La mia attuale esperienza nella terapia dei tumori e di altre affezioni della regione chiasmatico-sellare.*

Il lavoro è stato pubblicato integralmente nel fasc. 37 di questo periodico.

Ulcere peptiche dopo resezione.

Dott. P. STEFANINI e L. BIANCHINI. — Il dott. Stefanini illustra 16 casi di ulcera peptica dopo resezione gastrica per ulcera duodenale peptica postanastomotica. La percentuale di u. p. dopo resezione per ulcera duodenale è dell'1,4 %. La genesi è da riportare a difetti di tecnica nel tipo di stomia-gastroduodenale o gastrodigiunale o alla persistenza di una notevole acidità che si ha quando vengono praticate resezioni poco ampie e senza asportare l'ulcera duodenale. Pur tuttavia, anche dopo resezioni corrette per tutti i riguardi, è possibile, ma allora in una percentuale minore, osservare l'insorgenza di ulcere peptiche.

Il prof. ALESSANDRI osserva che la diatesi ulcerosa non esiste.

Saggi di terapia pancreatica nella miodistrofia idiopatica progressiva.

Prof. G. C. BENTIVOGLIO. — L'O. ha esperimentato la opoterapia pancreatica (mediante somministrazioni generose per *os* di pancreatina-pepsina Richter) in 2 fratelli affetti da miodistrofia progressiva tipo pseudo-ipertrofico e in un bambino affetto da forma atrofica tipo Leyden-Moebius). Risultati sensibili ed incoraggianti nei primi due casi, più modesti, ma non meno significativi, nel terzo caso, più grave, dopo tre mesi dall'inizio della cura.

Contributo alla terapia chirurgica d'urgenza nelle emorragie gastroduodenali.

Dott. S. CIANCARELLI. — L'O. ricorda casi di ulcera duodenale con emorragie gravi in atto guariti con l'intervento operativo, e casi di gastrite da duodeniti con emorragia massiva curati con operazione radicale; sostiene l'intervento precoce, con resezione larga, preceduta e seguita da generosa trasfusione di sangue.

Sul comportamento della alcoolemia dopo somministrazione d'insulina.

Prof. C. SERONO. — L'O. anche a nome del dott. MONTEZEMOLO, riferisce di aver praticato la ricerca dell'alcool nel sangue di conigli, tenuti a digiuno per 24 ore e successivamente iniettati con insulina, e ne hanno constatato la formazione in quantità variabile da gr. 0,050 a 1,158 ‰. Essi ne deducono che una delle azioni dell'insulina sarebbe quella di fare utilizzare dalle cellule il glucosio sotto forma di alcool.

Il Segretario: T. PONTANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'ittero per ritenzione acuta.

Si ammette oggi quasi universalmente che l'ittero catarrale è una epatite acuta, di origine e natura ignote.

Si è abbandonato completamente il concetto di una ostruzione del coledoco da muco.

Loeper e Cottet (*Gazette des hôp.*, 9 settembre 1936 fanno un po' marcia indietro, in un interessantissimo e documentato articolo riassuntivo, ritenendo provato accanto all'ittero catarrale per epatite (grande maggioranza dei casi) di rari casi nei quali il quadro clinico dell'ittero catarrale è determinato da una ostruzione del coledoco. Le varie modalità di questa ostruzione sono secondo gli autori:

1) l'*infiammazione del coledoco*, d'onde mucorrea e occlusione. É interessante un caso di Rowsing operato di colecistotomia, nel quale per la fistola usciva del muco abbondante e denso, come un filamento o un'alga lunghissima che si riusciva con difficoltà ad estrarre dalle vie biliari;

2) *la coledocite occlusiva dell'ultimo tratto;* in questi casi il sondaggio duodenale può determinare rapidamente la guarigione. I fenomeni anatomici possono essere molto modesti ma il fatto funzionale imponente e documentato dalla radiografia dopo iniezione di lipjodol nella fistola della colecistotomia;

3) *adenopatie paracoledociche.* Sono casi rari, molti dei quali non sufficentemente studiati.

Un caso molto significativo di Brulé costringe ad accettare la possibilità della forma.

4) *la pancreatite.* Secondo Loeper l'ittero catarrale corrisponde ad una vera epato-pancreatite acuta; la compromissione del pancreas è documentabile col dosaggio della lipasi e della tripsina nel succo duodenale. Si tratta spesso di lesioni circoscritte, quasi sempre reversibili. La compromissione del pancreas è anzi secondo gli AA. molto frequente;

5) *la flogosi dell'ilo epatico* secondo gli AA. estremamente rara: anche a questo proposito ritengono poco documentati i casi affidati alla letteratura.

Non accettano la reale possibilità di uno *spasmo dello sfintere di Oddi* capace di determinare la ritenzione acuta di bile, ritenendo lo sfintere troppo debole e lo spasmo troppo transitorio, anche se possibile.

La diagnosi clinica può distinguere ben le varie possibilità qui elencate: vi sono caratteri che consentono la discriminazione fra l'ittero catarrale (denominazione di entità clinica e sopratutto prognostica) per epatite acuta e l'i. c. per ritenzione acuta. Tra questi il comportamento del prurito assente nel primo e presente nel secondo, e il volume del fegato, aumentato nel secondo prima e più che nel primo.

Sono decisivi i risultati della prova del galattosio e della prova dell'acqua che danno risultati sempre patologici nelle epatiti, sempre normali nella ritenzione meccanica.

M. COPPO.

Sulla diuresi epatica.

Secondo l'ipotesi di Forsgren, il fegato lavora ritmicamente, con un'alternativa ritmica fra l'immagazzinamento del glicogeno e la secrezione biliare. Tale ipotesi, che arriva a comprendere un'alternanza ritmica dei processi di assimilazione e disassimilazione, era stata fondata su osservazioni in animali. F. Gerritzen (*Acta med. scand.*, vol. 89, fasc. I-II, 1936) ha fatto in proposito delle ricerche sull'uomo, in 57 individui, che bevevano 75 cmc. di acqua ogni ora e di cui la quantità di urina veniva misurata ogni ora.

Ne conclude che la funzione ritmica del fegato si riflette nella diuresi, ma vi sono tre diminuzioni: alle 9, alle 13 ed alle 18, provocate dal fatto che per la soluzione degli alimenti viene fatta con l'acqua dall'organismo, la quale è così detratta dalla diuresi.

Un altro esperimento, fatto su 35 individui, dimostra che, in realtà, i pasti influiscono sulla diuresi.

Si può calcolare che la capacità acquea del fegato umano sia di circa 700 grammi (che non è da considerarsi come la massima); secondo la necessità delle circostanze, il fegato ne mobilizza 200, che dà o riprende. Esso agisce come deposito d'acqua, al pari di altri organi che non sono ancora stati esaurientemente studiati sotto tale rapporto, come il tessuto sottocutaneo, i muscoli, le pareti intestinali ed i polmoni; invece i reni, in considerazione del loro piccolo volume, non sono da considerarsi come deposito d'acqua.

fil.

Cura e profilassi della chetonemia.

I corpi chetonici allo stato normale esistono nel sangue dei bambini solo in quantità minima, ma basta una irregolarità dietetica oppure una malattia infettiva o un digiuno prolungato a far sì che essi aumentino notevolmente nel sangue e quindi nelle orine e nell'alito. Vi è inoltre nel campo pediatrico una forma variamente denominata (lipotossia, vomiti ciclici, emoacidosi, acetonemia periodica ecc.) nella quale i corpi chetonici sono presenti nel sangue e nelle urine in dosi massime. Purtroppo non è stato ancora introdotto nella pratica pediatrica un qualche medicamento capace di portare un efficace giovamento nella intossicazione chetonica. In genere ci si è fino ad oggi

limitati a somministrare ai pazienti dei composti alcalini ed acque minerali, consigliando l'astensione dai grassi e la nutrizione con sostanze amidacee e zuccheri. Ma più che curare la intossicazione in atto, è importante profilassarla.

P. Busacchi (*Rivista di Clinica Pediatrica*, maggio 1936), considerando i malati che vanno soggetti alla chetoacidosi, come individui a insufficiente sistema regolatore degli idrati di carbonio, ritiene si debba fornire costantemente al loro organismo una quantità sufficiente di zuccheri e nello stesso tempo di quelle sostanze che favoriscono la glicolisi tissurale, l'ossidazione del glucosio, il suo passaggio dal sangue nel fegato, nei muscoli ecc. sotto forma glicogenetica, e nello stesso tempo l'ossidazione dei grassi.

Egli ha fatto perciò comporre un medicamento detto «Antiketon» risultante dalla unione di estratto di pancreas associato con derivati bromici, di enzimi glicolitici e di vitamina B. In questo medicinale le qualità biochimiche adatte alla profilassi antichetonica sono agevolate dalla presenza di sostanze ad azione catalitica.

L'Antiketon, non avendo azione brusca o pericolosa, può essere somministrato tranquillamente ed a lungo affidandolo alle famiglie dei malati.

L'A. riferisce dieci dei numerosi casi da lui studiati, nei quali ha ottenuto brillanti risultati.

Egli dichiara così risolto il problema della profilassi anticetonica. Consiglia inoltre di somministrare contemporaneamente all'Antiketon sostanze alcaline e zucchero. Con questo trattamento le emoacidosi cetoniche spesso scompaiono definitivamente, dopo qualche mese di cura e ciò è probabilmente in rapporto con una azione stimolante sulla attività pancreatica degli infermi da parte dell'ormone pancreatico contenuto nel medicinale. In alcuni casi però dopo la sospensione di esso si osservano ricadute verisimilmente legate al fatto che il pancreas è divenuto insufficiente per attività delle ghiandole endocrine antagoniste, sì che non è più capace di rispondere agli stimoli dell'ormone somministrato. Anche buoni risultati l'A. ha ottenuti usando l'Antiketon nelle cetosi secondarie a malattie infettive, come pure per la profilassi delle cetosi secondarie ad interventi chirurgici.

F. VICENTINI.

Clinica del coma diabetico.

Rathery (*Le Journ. Méd. Français*, agosto 1936) presenta in lezione un caso classico di coma diabetico, che gli offre l'occasione per illustrare alcune nozioni cliniche molto interessanti. Egli richiama l'attenzione sull'importanza delle condizioni che determinano l'esplosione del coma. E tra queste: la cessazione brusca del trattamento insulinico in corso di diabete magro. Infatti quasi sempre questi ammalati in grazia della insulina utilizzano una dose di zuccheri tale da permettere l'aggiunta al vitto di una quantità notevole di grassi e di proteine.

Cessando bruscamente l'insulina la dieta prescritta diviene immediatamente chetogena. Quindi, se si devono sospendere le iniezioni d'insulina, bisogna ridurre i grassi e le proteine e dare quasi esclusivamente un vitto idrocarbonato.

Inoltre va tenuto presente che l'organismo si adatta male alle variazioni brusche nell'apporto di ormone: quindi cessare progressivamente, non bruscamente l'insulina.

In più, tenere sempre presente che la dieta troppo severa è molto pericolosa nel diabete magro: non bisogna mai cercare di far sparire la glicosuria con la sola dieta, limitando strettamente l'uso degli amilacei: è estremamente rischioso.

Il coma diabetico si fa spesso precedere da sintomi premonitori tra i quali: l'astenia, i dolori epigastrici e il vomito. Questi due ultimi così intensi talvolta, da esigere la diagnosi differenziale con l'addome acuto.

Di fronte ad un malato in coma, la diagnosi o l'esclusione del coma diabetico è in genere facile: i dati umorali, il respiro di Kussmaul, l'ipotonia dei bulbi oculari, l'alito acetonico sono segni di grande valore. Bisogna però sapere che il respiro di Kussmaul non è assolutamente caratteristico del coma diabetico, perchè può comparire anche nell'uremia con acidosi, in cui però manca l'alito acetonico e la cetonuria.

E poi non ogni coma in diabetico è un coma diabetico.

Il coma insulinico ha caratteri clinici ben noti: pallore, sudore, brivido, allucinazioni, amaurosi, convulsioni epilettiformi, segno di Babinski.

Però spesso la diagnosi è difficile perchè il coma insulinico può succedere immediatamente al coma diabetico, durante la terapia di quest'ultimo. Donde la assoluta necessità del dosaggio della glicemia, unico criterio decisivo, che deve essere considerato una ricerca di assoluta necessità ed urgenza.

Nei casi dubbi se si tratti di coma diabetico od insulinico è bene cominciare col dare dello zucchero. La prognosi del coma diabetico due volte su tre è buona. Le cause dell'insuccesso sono di solito o la cura inadatta, o le complicazioni polmonari o cardiache. Queste sono molto frequenti: in ogni caso il medico deve prescrivere dei rimedi cardiotonici fin dall'inizio e durante tutto il trattamento insulinico del diabete, se questo è a forti dosi, per prevenire l'insufficienza cardiaca.

M. COPPO.

Effetti tardivi del dinitrofenolo.

J. M. Hitch e W. F. Schwartz (*Journ. amer. med. assoc.*, 20 giugno 1936) riportano il caso di una donna di 33 anni che dopo l'ingestione di g. 1,42 in 14 giorni. incominciò ad avvertire prurito generalizzato ed intenso. Si ebbero poi gravi manifestazioni multiple tossiche, fra cui dermatite esfoliativa, polineurite e 9 mesi e mezzo dopo, cataratta incipiente. Si ebbe anche sordità transitoria, che gli AA. attribuiscono ad otite essudativa.

La cataratta era di grado lieve e probabilmente non sarebbe stata scoperta se la paziente non fosse stata sotto osservazione ospedaliera, il che fa ritenere che molti casi del genere sfuggano all'osservazione.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

Anatomia patologica e patogenesi della poliomielite subacuta.

Sulla scorta di due casi personali, studiati dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico, M. S. Margouliss (*Acta Medica Scand.*, fasc. 5°, 1936) giunge alla conclusione, confermando la veduta di altri AA., che la sindrome di poliomielite subacuta è di origine infettiva.

Il virus non sarebbe però specifico, potendo la sindrome essere provocata da differenti virus neurotropi.

Tanto virus differenti che un virus comune potrebbero poi provocare sia le sindromi di amiotrofie spinali progressive che quelle di poliomielite subacuta, cronica, e di sclerosi laterale amiotrofica.

Queste ultime due forme, anzi, sarebbero da considerare come delle sindromi anatomocliniche presentanti tappe isolate di un processo patologico generale e comune ad ognuna.

Le forme transitorie che esistono nella poliomielite subacuta, cronica, e la sclerosi laterale amiotrofica, uniscono finalmente in un solo gruppo tutte le sindromi disparate di amiotrofie spinali progressive, subacute e croniche.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. n. 5157-1:

Le ricerche sperimentali sono concordi nel far ritenere che la fecondità diminuisce, fino alla sterilità, per l'azione ormonica dello sperma. Clinicamente si è voluto vedervi un appoggio nelle frequenti sterilità delle prostitute.

Non esiste a Roma un « Centro fisico » per la cura della sterilità; ma funziona come tale la Clinica Ostetrico-Ginecologica Universitaria (Policlinico) che ha l'attrezzatura scientifica, diagnostica e curativa necessaria e sufficiente.

P. G.

VARIA

Il commercio delle sanguisughe.

L'impiego delle sanguisughe a scopo terapeutico, che raggiunse il suo massimo al principio del 19° secolo, cadde in seguito alquanto in disuso a causa delle mutate tendenze mediche.

B. Schmidt (*Münch. Med. Woch.*, n. 36, 4 settembre 1936) c'informa che 70 anni fa se ne impiegavano in Francia 100 milioni all'anno, mentre attualmente il consumo si aggira intorno a 25 milioni. In Germania tale cifra raggiunge i 20 milioni, e 15 in Inghilterra. Ma dal solo porto di Amburgo ne vengono spediti annualmente 30 milioni ai più svariati paesi.

Le specie più utilizzabili, dal punto di vista della terapia, sono tanto la sanguisuga tedesca, o grigia, quanto quella ungherese, o verde; mentre minor indicazione hanno l'hirudo interrupta e l'haemopis vorax, usate in Francia e in Inghilterra.

Fin da tempi remoti il commercio delle sanguisughe costituì un cespite importantissimo per gli abitanti del distretto di Amburgo, i quali si recavano con gerle di legno a farne incetta nell'isola di Fehmarn, nel Mecklemburgo, Pomerania e Prussia.

In seguito, aumentando lo smercio, compagnie di 40-50 individui si spingevano fin nell'interno della Russia, accampandosi per 4-5 settimane presso certi corsi d'acqua stagnante, e pescando le sanguisughe col sistema dell'immersione ad arti inferiori nudi.

Gli anellidi così catturati venivano posti in cassette di legno, nutrendoli con sangue coagulato, per inviarli poi in patria, dove si compiva la loro pulitura e lo smistamento per ulteriori spedizioni.

Gli ebrei russi monopolizzarono in seguito la cattura, cedendole al prezzo di 50 marchi per mille pezzi, che permetteva ai rivenditori un guadagno quadruplo.

Nel 1848, proibito tale commercio dalla Russia, gl'incettatori si volsero alla Galizia e all'Ungheria, ottenendo però esemplari meno pregiati.

Presentemente, per quanto la richiesta non sia come quella di un tempo, in Germania esistono dei centri di allevamento, tra cui il più importante trovasi ad Hildesheim.

Quivi le sanguisughe vengono selezionate e fatte crescere fino al 5° anno, per poi essere poste in commercio, avendo raggiunto a tale epoca il loro massimo sviluppo.

M. FABERI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Le nostre navi-ospedale nelle operazioni d'Etiopia.

Prof. D. A. MAZZOLANI.

I giornali medici e anche qualche rivista giornalistica hanno già scritto su questo argomento, mettendo in luce chiara e precisa i dettagli costruttivi e l'organizzazione sanitaria in atto di funzionamento.

Notevoli, a questo riguardo, sono il contributo del prof. C. Ramorino, dei giornalisti



FIG. 1. — Barche con gruppi di signori e signorine di Porto Said, inneggianti alla vittoria italiana. (Fotogr. Col. GALASSI).

Appelius e S. Sandri e, sopratutto, quello del prof. Castiglioni, che rappresenta una rivista sintetica dell'essenza di queste navi di chiarissima comprensione. S. E. il prof. Castellani, che le ha ispezionate tutte, ha dato il suo alto consenso. Mio intendimento è quello di apportare, oggi, un contributo nuovo, quello, cioè, dell'importanza come organizzazione ospedaliera e quello di fattore economico atto a valutare lo sforzo che il superiore governo ha voluto e saputo compiere pur di dare all'impresa etiopica tutte le garanzie di un'assistenza modernissima e completa.

Viaggiando, di ritorno da Massaua, sulla nave ospedale « Hélouan » ho avuto la fortuna di incontrare nel suo direttore, col. Rallo, tanta cortesia collegiale da poter avere i dati che mi sembravano dover interessare non poco i colleghi d'Italia.

Passo senz'aitro alle cifre:

Attività della Nave-Ospedale Hélouan dal 3 *ottobre* 1935 *al* 16 *aprile* 1936, XIV:

Giornate di attività (di cui 86 giorni di sosta a Massaua)	196
Missioni in A. O.	4
Viaggi compiuti	12
Miglia percorse	18.335
Personale trasportato in A. O.	1.243
Infermi trasportati	1.961
Giornate di cura	30.934

A ciò si devono aggiungere le numerose consultazioni fatte a bordo ad ammalati delle unità marinare stazionarie e a borghesi lavoranti a Massaua e vicinanze.

Nei riguardi delle spese incontrate è stato distinto il caso del trasporto di malati e il caso di trasporto di truppe dall'Italia in A. O. In questo secondo caso non sono computate le spese dovute al personale sanitario, perchè non necessario: la spesa giornaliera per ogni uomo di truppa risulta, quindi ridotta da lire 151,08, dovuta per ogni malato, a sole lire 107,925 (1).

La spesa giornaliera per ogni malato è costituita da:

Noleggio nave	L.	71,81
Passaggio della nave attrav. il Canale di Suez (2)	»	6,466
Pas. del canale per ogni persona (fr. oro 10)	»	32,266
Consumo nafta	»	17,56
» acqua	»	1,335
» benzina	»	0,237
Corroboranti	»	0,015
Lavori straordinari	»	0,408
Medicinali	»	0,545
Medicature	»	1,298
Razione viveri	»	10,82
Stipendi, indennità ecc. al personale	»	8,319
Totale spese	L.	151,079

al giorno per ogni malato.

Per i 196 giorni di attività della nave si avrebbe, così, la spesa complessiva di:

Per servizio ospedaliero	L.	4.673.596,30
Per trasporto truppe	»	1.073.225,42
ossia un totale di	L.	5.746.821,72

ciò che equivale alla *spesa giornaliera di lire* 29.320,51.

(1) Nel computo della razione viveri si è fatta la media risultante dalle 3 categorie: 1ª categ. (ufficiali) L. 13; 2ª categ. (sottufficiali) L. 8,50; 3ª categ. (truppa) L. 6,55.

(2) Il passaggio dell'Helouan costa, a vuoto fr. oro 42.000; a carico franchi oro 80.000.

CONCLUSIONE.

Per il fatto che la nave ospedale ad aria condizionata è già pronta e che il suo allestimento e il suo funzionamento dimostrano di rispondere pienamente alle esigenze di un servizio sanitario completo anche sotto il punto di vista di regione tropicale, è stata, da qualcuno, ventilata la proposta, almeno per Massaua dove il porto offre tutte le garanzie di sicurezza, di utilizzare la nave stessa come ospedale stazionario ordinario.

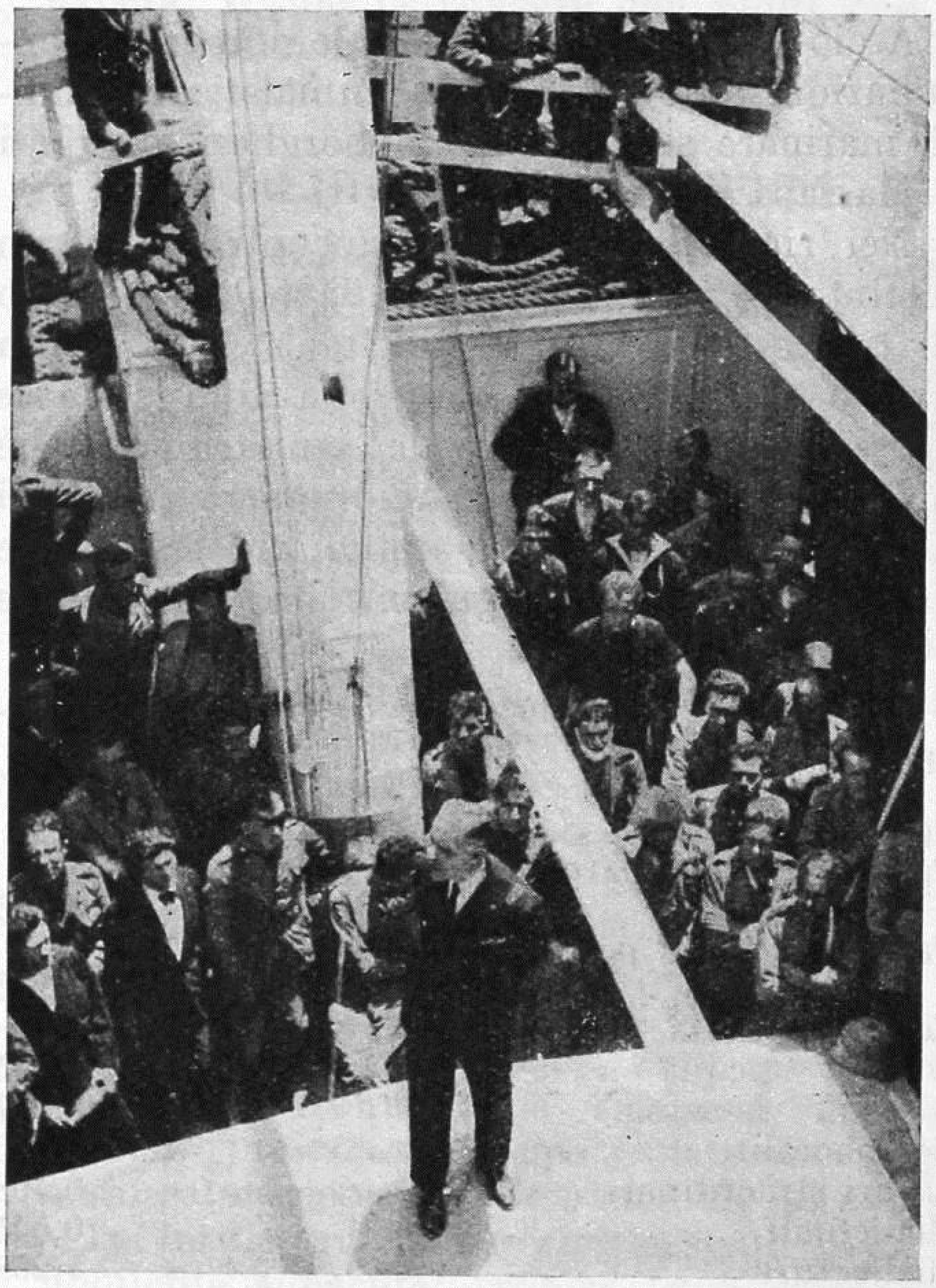


FIG. 2. — Il colonn. Medico dott. Rallo, direttore dell'« Helouan » illustra ai convalescenti, con bella oratoria, l'importanza del 24 maggio.

Non credo che ciò possa sostituire l'ospedale ad aria condizionata costruito a terra. La nave, infatti, non offre sempre quella stabilità assoluta che può essere desiderabile per alcuni interventi e per alcuni malati. La nave, in ogni modo, dovrebbe essere attraccata al pontile giacchè altrimenti, nei casi urgenti, l'infermo dovrebbe sottostare all'eventualità di un mezzo di trasporto non sempre pronto e non sempre sufficientemente adatto a causa del frequente stato di irrequitezza della superfice acquea di Massaua.

È bene, inoltre, tener presente che nonostante, la possibilità di disinfezione dei rifiuti della nave, la presenza di eventuali malati infettivi in porto, non può sempre essere molto desiderabile al cospetto della popolazione.

A queste manchevolezze si deve aggiungere il fatto della spesa giornaliera troppo elevata per i tempi di normalità. E infatti, anche tenuto conto del minor consumo di nafta durante la sosta a Massaua, resterebbe pur sempre una cifra che si aggira sulle 90 lire di media giornaliera per ogni malato, mentre in ospedale condizionato, a terra, tale cifra dovrebbe mantenersi sulle 30 lire circa.

Si noti, inoltre, che la durata di una nave è sempre molto limitata nei confronti di un ospedale a terra e che quindi l'ammortamento della spesa della nave stessa e degli impianti speciali sarà di durata assai più corta.

È indubbio, frattanto, che l'allestimento delle nostre 8 navi-ospedale rappresenta un titolo di priorità anche nei confronti delle più antiche e più grandi nazioni colonizzatrici: lo affermava S. E. il ministro Lessona in occasione della sua visita all'Ospedale Umberto I di Massaua, nell'aprile scorso. E titolo ambitissimo resta anche per la nostra amministrazione sanitaria marittima che ha saputo dar vita a un organismo di grande abilità costruttiva e di efficacissimo rendimento assistenziale. La spesa è stata elevata ed avrebbe potuto intimorire altri; ma il Duce sa che tutto è proporzionato, che la vita dei suoi soldati e de' suoi operai è sacro tesoro della nazione: Egli lo volle sicuro nel lavoro della vittoria: così è stato.

RIASSUNTO.

Accennato al pregio di pubblicazioni sulle nostre navi-ospedale l'A. mette in rilievo il merito della nostra marina da guerra e ritiene che il prezzo elevato di ricovero per ammalato, giustificabile in contingenze speciali, può non essere ritenuto opportuno in tempi di normalità. Da ciò la convenienza di un ospedale ad aria condizionata, a terra, come è già stato stabilito per Massaua.

Cronaca del movimento professionale.

Il congresso nazionale dei Sindacati fascisti dei medici.

Il 6 ottobre a Napoli, nella storica sala Maddaloni, con l'intervento delle autorità cittadine, del gr. uff. Petragnani, direttore generale della Sanità Pubblica, del dott. Di Marzio in rappresentanza dell'on. Pavolini, presidente della Confederazione Professionisti ed Artisti, alla presenza dei segretari e dei direttori dei Sindacati Provinciali dei Medici, ha avuto luogo l'inaugurazione del

Congresso Nazionale dei Sindacati Fascisti dei medici.

Il prof. Sorrentino a nome del Sindacato medico di Napoli ha porto il saluto ai congressisti, dopo di che il Vice-Segretario Federale avv. Fusco ha espresso i cordiali e camerateschi sentimenti del Fascismo napoletano invitando i presenti a rendere il saluto al Re ed al Duce.

Il segretario nazionale on. Morelli, ha trattato il tema: *La funzione del medico nell'Impero*. Ha lumeggiato le benemerenze dei medici, le quali si riassumono in quanto il Duce ha detto del medico, in pace e in guerra.

Si sofferma a dire quanto il medico può fare a pro della Nazione, nella sua opera di persuasione, secondando la lotta economica specie nell'affrancamento dalla soggezione esterofila.

Inneggiando alla funzione del medico moderno, l'on. Morelli ricorda che il medico è il depositario non tanto della salute (perciò della potenza) dell'Italia di oggi, quanto della salute e della potenza dell'Italia di domani. Perciò la funzione del medico si deve volgere al bambino. Sono trentacinquemila i medici italiani; è commesso loro il sacro compito di prevenire, più che guarire, di pensare al domani, più che all'oggi; e così deve pensarsi che il bimbo di oggi sarà il soldato di domani, deve pensarsi anche a difendere le condizioni delle quali si svolge la vita: tenendo presenti le malattie sociali, i problemi della fecondità, le malattie sessuali, le malattie epidemiche e infettive. E passando da una sfera convincente, a quella di un più alto valore etico accenna alla necessità di rompere il segreto professionale nei casi nei quali al medico sembra che il suo silenzio debba concorrere a perfezionare un delitto contro la Nazione.

S'intrattiene, quindi, a parlare della pensione ai vecchi medici condotti, delle mutue, e finisce con l'annunziare la costituzione della Cassa di Previdenza del medico, con un capitale iniziale di 3 milioni di lire.

Il Segretario Nazionale ha infine proposto all'assemblea uno schema per un nuovo codice deontologico in cui saranno in prima linea i concetti di Patria e di religione che debbono inspirare l'opera del medico che deve essere il soldato della salute pubblica.

Parla poi il direttore generale della Confederazione dott. Di Marzio, il quale porta il saluto confederale e quello del presidente on. Pavolini, ribadendo i concetti che hanno presieduto nell'azione, per la fondazione delle mutue, concetti di difesa della classe medica e di comprensione delle necessità operaie; azione di chiarificazione e di adeguamento.

I congressisti si sono, infine, recati in corteo alla Casa del Fascio, ove hanno deposto una corona sull'ara dei Caduti.

La seduta pomeridiana è stata destinata al *problema delle mutue*.

La discussione è stata iniziata dall'on. Morelli sulla funzione e sull'inquadramento delle Casse Mutue, che devono presentare un minimo di garanzia, in modo da offrire al medico non la concorrenza ma la sicurezza della professione. Si accenna ad un minimo di contributo capitario, fissando un limite minimo, e d'altra parte stabilendo il principio che nessun contratto può essere perfezionato al di fuori del beneplacito del Direttorio Nazionale. Nel prosieguo della discussione si accenna agli studi in atto per adeguare ed equilibrare le mutue in modo da formare un organismo nel quale un organo possa rispondere e garentire la funzionalità dell'altro. Anche il problema degli ambulatori e della assistenza ospedaliera rientra nel giro di quelli che si addensano intorno alle varie forme di mutualità, e l'on. Morelli riferisce sui passi per giungere ad una normalizzazione anche di questo campo. Come, del resto, la libera scelta, che si riduce ad una elevazione della classe mutuataria la quale si sente, in tal modo, libera di scegliere il medico di sua fiducia.

Alla discussione hanno preso parte oltre l'on. Morelli e il dott. Di Marzio, il prof. Gasparro, il dott. Meninni di Udine, il dott. Gallo di Foggia, il prof. Masnata di Pavia, l'on. Perna, il dott. Dosio di Novara.

Dopo la relazione del dott. Pisenti, e quella del dott. Giocondo Protti, che auspica le relazioni dirette tra il medico e l'ammalato, magari attraverso l'opera del Sindacato, l'on. Morelli riassume e chiarifica la discussione, ribadendo i concetti esposti e che formano le basi direttive date dal Sindacato Nazionale.

Il 7 ottobre i congressisti si sono recati a Salerno, ove ha avuto luogo la celebrazione della Scuola Medica Salernitana, con un interessante discorso del prof. Capparoni e con una Mostra di libri antichi.

Con una riunione tenutasi l'8 ottobre nelle Terme stabbiesi si è concluso il Congresso.

Dopo discorsi del Sindaco e del prof. Botti, l'on. Morelli ha riferito sul problema delle acque medicinali, rilevandone l'importanza. Ha parlato poi sulla missione delle mutue precisando fra l'altro che queste non devono determinare una decurtazione degli introiti della classe medica. È stato da ultimo preso in esame il problema delle mutue degli impiegati. Alla discussione hanno preso parte, oltre l'on. Morelli, i proff. Gasparro, Baslini, Bobba, Salotti, Sorrentino, Romagnoli e il dott. Ranughi. Alla fine i proff. Manin e Bergonzi hanno presentato un ordine del giorno nel quale si fanno voti perchè le mutue poggino sui principii della libera scelta, del pagamento a notula, dell'adeguamento delle notule alle tariffe mediche sindacali minime. In via transitoria, per le casse mutue malattie delle industrie si accetta un « forfait » capitario. La discussione è stata riassunta dall'on. Pavolini che ha parlato degli apporti della Confederazione alla causa sindacale medica. Quindi sono stati inviati telegrammi al Duce, all'on. Starace e ad altre personalità. Il Congresso si è chiuso con il saluto al Duce.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ROMA. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — Concorso per titoli ed esami, a otto posti di medico nel ruolo speciale per il personale tecnico del Servizio Sanitario dell'I. N. A. fra laureati in Medicina e Chirurgia. Domanda alla Direzione Generale (Servizio Personale) in Roma, via Sallustiana 51, non oltre le ore 12 del 28 novembre. Età limite 34 anni. I vincitori del concorso dovranno assumere servizio entro 15 giorni dalla data dell'avviso; resteranno in prova per un periodo di sei mesi; godranno una retribuzione iniziale complessiva annua lorda di L. 15.897,60 (al netto delle riduzioni e tenuto conto dell'aumento dell'8 %) e, dopo il passaggio in ruolo, il contributo per il trattamento di quiescenza, oltre le altre indennità. Chiedere annunzio.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Scad. ore 17 del 21 dic.; primario medico (2ª Divisione, medicina generale), primario pediatra e primario oculista; età limite 40 anni al 21 sett.; assegno lire 6000 annue; tassa concorso L. 50. Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Georg Magnus, ordinario di chirurgia e direttore della clinica e della policlinica chirurgiche dell'Università di Berlino, ha accettato l'invito di passare, con le stesse mansioni e qualifiche, all'Università di Monaco.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Porto Said.

Vogliate pubblicare, a seguito della mia corrispondenza comparsa nella vostra autorevole Rivista N. 30 del 27 luglio u. s. riguardante le difficoltà di rimpatrio per i marittimi sbarcati per malattie in questo porto — non ostante il continuo transito di piroscafi italiani di ritorno in patria — che finalmente il problema, alla cui soluzione da tanto tempo mi interessavo, è stato risolto.

Infatti l'Ufficio di Stato Maggiore della R. Marina dalla fine di agosto ha autorizzato l'Ufficio Traffico del locale Consolato Italiano « a concedere l'imbarco su navi noleggiate o su navi ospedale dei marittimi nazionali sbarcati a Porto Said per malattia e per i quali si renda necessario il rimpatrio ».

Non ostante l'aggiunta « ... che la concessione deve essere vagliata volta per volta e data soltanto nei casi di assoluta necessità... » si può comunque dire risolto il problema, e finito l'assurdo di dovere trattenere qui dei marittimi perchè i battelli noleggiati od ospedali, pur avendo posti non li imbarcavano.

Colgo l'occasione per ringraziare l'on. Commissario della Federazione Nazionale Fascista della gente del mare per l'appoggio che si proponeva dare alla soluzione del problema e per le parole che nella lettera pubblicata nella V. rivista N. 38 del 21 sett. u. s. si è compiaciuta scrivere per l'attività dello scrivente.

Con ossequi.

Porto Said, 25 settembre 1936-XIV.

Dott. LUIGI DORI.

NOTIZIE DIVERSE

10° Congresso nazionale d'igiene.

Il 4 ottobre a Napoli, nell'Aula Magna della R. Università, venne inaugurato il X Congresso nazionale d'igiene, promosso dall'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene, presieduta da S. E. il prof. Dante De Blasi. Erano presenti numerosi congressisti ed alte personalità.

Il podestà di Napoli avv. Orgera ha portato ai congressisti il saluto della città, ricordando le principali opere d'interesse igienico compiute a Napoli in Regime Fascista e quelle in via di realizzazione. Ha esaltato la figura di Giorgio De Blasi, studente in medicina all'Ateneo di Roma, caduto in volo il 14 ottobre dello scorso anno, nel cielo di Littoria, durante l'adempimento del dovere. Il preside della Facoltà medica, prof. Dominici, ha portato il saluto dell'Ateneo. Il sen. Gatti, in rappresentanza del Segretario del Partito, ha pronunziato un rilevante discorso, ispirato al vivo interessamento che il Partito porta alle opere intese al progresso igienico del Paese. Il prof. Ottolenghi, vice-presidente dell'Associazione e presidente del Comitato ordinatore del Congresso, in nome del presidente nazionale S. E. De Blasi, ha ringraziato gli intervenuti; ha poi magistralmente definito i vasti compiti dell'Associazione, sia per lo studio dei problemi igienici, sia per l'attuazione di un complesso programma di propaganda igienica ed ha illustrato i temi proposti al congresso, tutti fondamentali e d'interesse nazionale. Ha commemorato molto efficacemente Giorgio De Blasi ed i soci recentemente deceduti.

Si è poi proceduto alla proclamazione della Fondazione intitolata al nome di Giorgio De Blasi. Sulla iniziativa della Fondazione, da affidarsi all'Università di Roma — alla quale Giorgio De Blasi appartenne — e sulla spontaneità ed unanimità dei consensi pervenuti da ogni parte d'Italia e sul significato altamente spirituale della manifestazione in ricordo dell'Eroe, ha riferito il segretario nazionale dell'Associazione, prof. Alberto Botti.

La commovente cerimonia ha dato luogo ad una manifestazione di devoto omaggio, che il Congresso unanime ha tributato al suo illustre presidente, S. E. De Blasi.

Alla cerimonia ha aderito il Rettore Magnifico della R. Università di Roma ed è stato presente il Podestà di Littoria.

S. E. Petragnani, direttore generale della sanità pubblica, ha dichiarato quindi solennemente aperti i lavori del Congresso.

Poi i congressisti si sono recati alla Casa del Fascio, per la deposizione di una corona d'alloro sul Sacrario.

I lavori svolti — per l'interesse dei temi, per il valore dei relatori e per l'ampiezza delle discussioni sollevate — sono destinati ad avere una ripercussione nazionale. Tra i temi sono: il compito degli istituti assicurativi nella prevenzione, relatori Giannini, D'Alessandria e Romanelli; la lotta contro la mortalità infantile, relatore Laurinsich; i problemi igienici dell'impero coloniale, relatori Andruzzi ecc.

Numerose sono state le comunicazioni.

I congressisti hanno visitato le Terme di Castellammare di Stabia, illustrate dal prof. A. Botti, e quelle di Agnano, illustrate dal prof. G. Pansini. A Castellammare si è tenuta una parte dei lavori.

Prima di procedere alla chiusura del Congresso,

il 7 ottobre si è tenuta l'assemblea generale dell'Associazione Fascista per l'igiene, nella quale sono state rilevate le attività di studio e di propaganda dell'Associazione stessa e sono stati riassunti i risultati dei lavori del Congresso. Il prof. Botti ha letto la relazione morale di un biennio di attività dell'Associazione.

L'Accademico De Blasi ha quindi chiuso i lavori rivolgendo un vivo ringraziamento alle autorità locali ed ha annunciato che il prossimo Raduno sarà tenuto a Palermo.

La chiusura ufficiale del Congresso ha avuto luogo successivamente in Salerno, ove si è svolta la commemorazione della Scuola Medica Salernitana, alla presenza di numerosi congressisti che hanno elevato un entusiastico saluto al Duce.

Il presidente nazionale prof. De Blasi ha pronunziato un breve discorso compiacendosi per il risultato dei lavori e mettendo particolarmente in rilievo la solidarietà di lavoro fra il congresso di igiene ed il congresso nazionale del sindacato fascista dei medici svolgentesi pure a Napoli.

12° Congresso italiano di medicina del lavoro.

Avrà luogo dal 24 al 27 ottobre a Napoli, sotto la presidenza dell'on. prof. Castellino. Lo stesso prof. Castellino tratterà delle « Ripercussioni morbose della nuova chimica industriale », con speciale riguardo al berillo, al cadmio, all'alluminio e al magnesio (saranno correlatori i suoi assistenti); il prof. Preti parlerà insieme ai proff. Chiariello, Sgambati, Di Prisco e Caso, delle « Alterazioni della colonna vertebrale per il lavoro »; i proff. Malan e Bruzzi sulle « Otopatie da rumori »; i proff. Ranelletti e Aiello sulle « Assicurazioni obbligatorie ».

Durante il convegno il prof. Luigi Ferrannini commemorerà il compianto sen. Luigi Devoto. Completeranno il programma dei lavori due conferenze: del prof. Diez su « Neoplasmi e infortuni » e del prof. Pansini sulle « Cure idrotermali per i lavoratori »; si faranno visite agli stabilimenti industriali ecc. Molte comunicazioni sono iscritte all'ordine del giorno.

Segretario del Congresso è il prof. Scipione Caccuri, assistente del R. Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Napoli. I congressisti possono usufruire della riduzione ferroviaria del 50 per cento già concessa dalle Ferrovie dello Stato per Napoli e valida sino al 15 novembre, senza bisogno di alcuno speciale documento.

Il calendario dei Congressi nell'anno XV.

Si è riunita, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, la Commissione permanente per i Congressi istituita dalla legge 30 marzo 1936, n. 697, presieduta da S. E. il Sottosegretario di Stato marchese Giacomo Medici Del Vascello e con l'intervento dei rappresentanti del Partito Nazionale Fascista, dei Ministri competenti e di Enti diversi.

Il presidente, dopo aver rivolto il saluto ai convenuti, riassume brevemente i compiti della Commissione e le finalità della nuova legge, la quale, ovviando agli inconvenienti prima verificatisi, mira, col predisporre il calendario dei Congressi da tenersi ogni anno nel Regno, ad evitare l'organizzazione a breve distanza di tempo di riunioni attinenti alla stessa materia, ovvero in località non idonee, nonchè il sovrapporsi di più manifestazioni nel tempo e talvolta anche nella stessa città, senza riguardo alla capacità ricettiva locale.

La Commissione ha approvato l'elenco dei Congressi nazionali ed internazionali che avranno luogo nel venturo anno fascista ed ha sottoposto alle determinazioni del Duce il relativo calendario ufficiale, che sarà al più presto pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del Regno.

Messaggio dei medici italiani ai colleghi dell'Argentina.

All'Associazione medica argentina, presenti illustri medici dell'Argentina e dell'Uruguay, il prof. Carlo Foà, di Milano, ha trattato delle manifestazioni chimiche dell'attività nervosa.

Alla fine della conferenza il prof. Foà ha dato lettura di un messaggio dei medici italiani ai medici argentini. Il messaggio, che ha un chiaro accenno all'impulso che il Fascismo dà a tutte le manifestazioni intellettuali, è stato accolto con dimostrazioni di vivissima simpatia.

La Società argentina di anatomia ha nominato il prof. Carlo Foà proprio socio onorario.

Alla Facoltà di Medicina presso l'Università di Rosario il prof. Foà ha svolto il tema: « Il sistema nervoso e le glandole endocrine ».

Una mostra fotografica di sanitari italiani.

Nei prossimi mesi Milano ospiterà una Mostra fotografica alimentata da foto dovute alla classe sanitaria italiana (medici, farmacisti, veterinari). La Mostra sarà preceduta da un concorso che mette in palio numerosi premi in denaro. Essa si svolgerà nei saloni della Soc. Assalonnia che — come già fece per la Mostra dei medici pittori e scultori milanese — si assume mecenaticamente le cure della organizzazione.

La Mostra ed il concorso fanno parte dell'attività della Associazione Medici Italiani Artisti, patrocinati dai giornali « L'Italia Medica » e « Nicia ».

Un po' dovunque.

Mentre questo numero viene impaginato, si tiene a Torino il congresso naz. di otorinolaringologia e stanno per iniziarsi: a Roma quello di dermosifilografia e a Milano quello di ostetricia e ginecologia. Ne riferiremo prossimamente.

L'assemblea del XV Congresso della Società Italiana di Urologia, di cui demmo notizia nello scorso numero, ha proceduto alla nomina del nuovo Comitato permanente che è risultato così composto: presidente: prof. A. L. Bonanome di Roma; vice-presidente: proff. C. Chiaudano di Torino e G. V. Tardo di Palermo; consiglieri: proff. G. Nicolich di Trieste e R. Sabatucci di Roma; segretario: dott. Alberto Oberholtzer di Roma; tesoriere: dott. G. Mazzotti di Roma; vice-segretario: dott. Taralli di Chieti.

In uno dei prossimi numeri daremo il resoconto del Congresso.

Il 2° Congresso annuale della Società italiana di anestesia e analgesia si terrà nella Clinica chirurgica di Roma il 22 ottobre. Relazioni: « L'anestesia basale: meccanismo d'azione, vantaggi e pericoli » (relatori Aiazzi-Mancini, Stoppato); « Incidenti gravi e mortali da anestesia » (relatori: Barbera, Giordanengo, Bogetti). Segreteria: Clinica chirurgica della R. Università, corso XXVIII Ottobre, Torino.

Il 2° Congresso internazionale di lotta scientifica e sociale contro il cancro si è adunato a Bruxelles

dal 20 al 26 settembre, colla patecipazione di oltre 500 delegati, rappresentanti 42 Nazioni, sotto la presidenza del dott. Lerat, presidente della Lega Nazionale Belga contro il Cancro. All'inaugurazione intervenne il ministro della Sanità Pubblica Vandervelde.

Il 5° Congresso medico panslavo ha avuto luogo dall'11 al 15 settembre a Sofia. Contemporaneamente gli studenti slavi di medicina hanno tenuto le loro assise.

Si è tenuto a Digione il 4° Congresso dei « medici amici del vino », sotto la presidenza del prof. Portmann, con l'intervento di circa 250 medici convenuti da varie regioni della Francia e dalla Svizzera. Il prossimo congresso è indetto ad Algeri nel 1937.

In occasione della 10ª adunanza della Società tedesca di medicina tropicale, il 24 settembre, fu inaugurato ad Amburgo l'ingrandimento dell'Ospedale per malattie tropicali, ingrandimento reso possibile da un lascito del sig. Ernesto Hokmeyer, aspcortatore e rappresentante della « I. G. Farbenindustrie » nel Guatemala. L'ospedale contiene ora 70 letti.

Nell'Istituto per le malattie professionali dell'Università di Berlino si è svolta una riunione di medici del lavoro; il prof. E. Vigliani di Torino vi ha tenuto una breve conferenza illustrando l'Istituto di medicina industriale di Milano.

Alcuni professori dell'Università di Milano hanno stabilito di onorare il 50° anno di laurea del sen. Belfanti, facendosi promotori di una raccolta di fondi, per istituire una borsa di studio intitolata al suo nome.

Il Sovrano ha inaugurato ad Alessandria il Sanatorio dovuto alla munificenza del sen. Borsalino e che Alessandria ha consacrato al Suo augusto nome. L'opera imponente, che sorge alla sinistra del Tanaro, sopra un'area di 96.000 mq. in regione Cantarana, è capace di 250 letti.

S. A. R. I. la Principessa di Piemonte, che ha compiuto la sua pratica di Crocerossina agli Ospedali Riuniti di Napoli, ha fatto esprimere al Presidente degli Ospedali Riuniti, marchese Vincenzo Girace, il suo alto compiacimento per la relazione sull'attività svolta nel primo semestre dal Comitato di assistenza ospedaliera e post-ospedaliera, che Ella presiede.

Il Governo francese ha citato all'ordine del giorno della Nazione il dott. Charcot e i suoi compagni vittime del naufragio del « Pourquoi Pas? ».

In età di 77 anni ha chiuso la sua laboriosa esistenza il prof. GABRIELE TEDESCHI, ultimo rappresentante della vecchia Scuola medica napoletana. Appassionato dell'insegnamento, coltissimo ed esperto, oratore chiaro e preciso, conquistava l'uditorio; è così che il suo corso pareggiato divenne frequentatissimo ed egli fu uno dei Maestri più apprezzati. Fondò a Napoli nel 1925 la Scuola medica ospedaliera e l'annessa Società fascista di cultura medica. Lascia un centinaio di pubblicazioni, tra cui notevoli quelle sulle angine gastriche e addominali, sulla splenomegalia pretubercolare, sull'eliminazione del piombo e molti lavori di gastro-enterologia. Del suo volume « Semeiologia fisica e funzionale degli organi addominali, con cenni di diagnostica » sono comparse due edizioni (1902 e 1905), esauritissime. Ha coperto molte cariche sanitarie; tra l'altro, fu direttore di reparto agli Incurabili, direttore della Clinica « Domenico Capozzi » annessa a questo ospedale e fu anche direttore dell'ambulatorio per le malattie del tubo digerente all'Ospedale della Pace. Diresse per qualche tempo l'Istituto antirabbico, annesso alla Clinica di Cantani, e fu medico provinciale. Dichiarato eleggibile alla cattedra di clinica medica di Messina, avrebbe potuto seguire la carriera universitaria, ma non volle allontanarsi da Napoli.

Fu consigliere e assessore per l'igiene del Comune; rifiutò la carica di sindaco, per non interrompere la sua attività didattica e professionale.

Era nato a Villa Santa Maria (Chieti); è deceduto a Sepino (Campobasso). Ci lascia in legato un nobile esempio di operosità.

A. P.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 26 Ottobre 1936 - XIV Num. 43

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LEZIONI

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.
SCUOLA DI MEDICINA PRATICA A. MINICH.

Turbe circolatorie del capo, accessionali, extra-apoplettiche.

LEZIONE I[a]

del prof. GIUSEPPE JONA, medico primario.

Abbiamo attualmente nelle nostre Sale una serie di malati, in cui, sotto l'una o l'altra forma, in un territorio o viscerale o sensoriale, domina il sintoma delle *crisi vasali*: dico il *sintoma* perchè la *crisi vasale* non è che un fenomeno, che può presentarsi nelle condizioni più varie, ed è proprio dell'ipertensione arteriosa come della ipertonia essenziale primitiva, e può presentarsi (come disse Pal fin da principio allorchè fondò questo capitolo) anche negli ipotesi, sotto forma di crisi di *vasodilatazione*, di crisi *vaso-paralitiche*, le quali sono meno note, ma non meno gravi e pericolose delle angiospastiche.

Mi riservo in una ventura lezione di intrattenervi su una serie di malati, con una sede della crisi angiospastica tra le più importanti e le più studiate: quella retinica.

Oggi Vi presento una vecchia malata, con crisi vasali del capo, iniziate cinque anni fa, e che durano tutt'ora frequenti e moleste.

L'ammalata ha 75 anni ed è un'arteriosclerotica, a modica ipertensione.

Ve la presento perchè non è frequente che le crisi vasali durino tanto da costituire di per sè uno *stato di malattia*, mentre ordinariamente si presentano nel periodo in cui lo stato arterioso ipertensivo o ipertonico si va costituendo, e cessano, per dar luogo ad altre sofferenze, quando la ipertensione è confermata e stabile.

Qui, appunto colla sua lunga durata, questo stato vasomotorio non è il solito episodio accidentale, fugace, per lo più senza postumi, ma rappresenta invece il tipo di sofferenza, con cui lo stato di ipertensione arteriosclerotica del capo si è manifestato e stabilizzato

È sotto questo punto di vista che mi tratterrò con voi intorno a questa ammalata, perchè mi dà occasione a confrontarla con altri casi in cui lo stesso stato di arteriosclerosi del capo, si presenta, prima e al di fuori del fatto

apoplettico, con sindromi diverse dall'attuale, e mi dà occasione a studiarne così il diverso meccanismo di produzione, come le diversità di indicazione curativa.

D. R. Carolina, di a. 75, casalinga. Fu sempre sana, mestruò a 13 anni: la menopausa avvenne a 52 anni, senza disturbo alcuno: è nubile.

Le sofferenze per cui entra cominciarono a 70 anni, e da allora non cessarono più; consistono in ciò che l'ammalata si sente, di tratto in tratto, improvvisamente, colta da senso di intenso calore al capo, cui segue vertigine, e poi, spesso, perdita di conoscenza e caduta a terra. Questi attacchi si sono fatti sempre più frequenti. Dopo uno di essi, nel dicembre scorso, si ridestò con paresi della metà d. del corpo, e inceppamento della parola. Riacquistò la parola rapidamente; rimase lieve *deficit* degli arti di d.

Si presenta come una vecchietta arzilla, in condizioni buone di nutrizione generale, stato mentale perfetto, funzioni viscerali regolari.

L'esame viscerale è affatto negativo.

La radiale è un po' tortuosa, a parete un po' dura: polso ritmico eguale, moderatamente iperteso: ha oscillazioni lievi intorno a 175 Mx., 115 Mn.

L'orina è limpida, copiosa, senza albumina nè glucosio, con p. sp. fra 1010 e 1012, con qualche raro cilindro nel sedimento.

Azotemia (10 g. dopo l'ingresso) 0,57 ‰; glicemia 1 ‰. La parola è normale.

Vi ha lievissimo spianamento dei lineamenti di destra, e un *deficit* appena rilevabile alle manovre di Mingazzini agli arti di destra, con riflesso patellare un po' esagerato, e accenno di Babinsky. Sensibilità obbiettiva, in tutte le sue forme, normale così a destra come a sinistra.

Visus bilateralmente buono. Lievissima ipoacusia bilaterale: a 20 cm. è ancora avvertito il tictac dell'orologio, e la voce afona. Non ha rumori subbiettivi.

Ordinariamente ha la faccia un po' accesa: raramente è pallida. Con grande frequenza specialmente per ogni piccola emozione, il rossore della faccia si fa intenso, mentre il naso ed il labbro superiore spiccano per il pallore.

Al rossore segue un sudore profusissimo della faccia, e che talora si diffonde a tutto il corpo. Quando è così arrossata e sudante con grande frequenza si verifica la vertigine. Ed ogni tanto alla vertigine segue la perdita della conoscenza e la caduta.

Mi preme che i punti storici del quadro morboso siano stabiliti dinanzi a Voi con assoluta evidenza. L'ammalata è perfettamente lucida e pronta: le sue risposte sono precise e costanti: è certo ch'essa non conobbe mai nel passato nè vertigini, nè crisi di rossore o di sudorazioni, nè alcun altro fenomeno di carattere vasomotorio: assicura, nel modo più esplicito, che anche la menopausa si stabilì a 52 anni, senza alcuna sofferenza, senza alcun accenno di quelle varie turbe vasomotorie, che sono così comuni nell'età critica.

Cosicchè possiamo tranquillamente ragionare su questo fatto: su un terreno di originaria costituzione vasomotoria normale, o frigida, si stabilì con rapidità un quadro di grave instabilità vasomotoria allorchè la donna ebbe 70 anni, cioè nel periodo in cui si sogliono considerare i fenomeni vasomotori come ridotti e poveri.

Certo, in condizioni normali, essi non possono paragonarsi a quelli dei giovani, in cui ogni emozione si tradisce nella subitaneità del rossore e del pallore, ogni funzione secretiva risponde immediata al bisogno attraverso lo scatto vasomotorio. Ma in condizioni patologiche, e particolarmente nell'ipertensione dell'arteriosclerosi, non meno forse che nella ipertonia essenziale, essi rappresentano anche nell'età matura e nel vecchio, un elemento importante nel meccanismo di sindromi svariate.

Il caso attuale è la prova più evidente di ciò, in quanto il fatto vasomotorio ha in esso, note particolarmente spiccate che costituiscono si può dire tutto il quadro morboso. Ma vi mostrerò più tardi ch'esso non è un'eccezione, e che, più tenue o larvato o commisto, esso ha parte importante in numerosi e anche gravi processi cerebrali.

Frattanto, voglio che partendo dal nostro caso, sieno argomento di questa nostra lezione, quelle sofferenze circolatorie del corpo le quali precedono per lunghissimo tempo l'istituirsi di una emorragia o di un rammollimento, o che possono decorrere per anni anche senza che all'apoplessia si pervenga mai.

Di solito non se ne parla che come prodromi del fatto apoplettico, e perciò alla sfuggita; ma a torto, perchè Voi vedrete col fatto come esse costituiscano di per sè uno stato di malattia, e perchè, sotto l'aspetto pratico, tale stato di malattia è forse più importante dell'apoplessia stessa, perchè questa è incurabile, mentre gli stati di cui Vi parlo possono essere alleviati, e il loro trattamento può impedire che l'aploplessia si avveri.

Parlando di tali sofferenze circolatorie, Vi dico subito però che anche queste vanno considerate non come entità morbose, ma come sindromi: Ogni condizione che altera il circolo cerebrale, o per modificazioni della massa sanguigna, o per alterate funzioni del cuore, o per alterazioni dei vasi, o per modificazioni della pressione così *in più* come *in meno*, o per alterazione della loro innervazione, possono portare a turbe di questo genere.

Qui naturalmente, poichè voglio restare aderente al quadro clinico, parlo delle turbe che vediamo nei vecchi, e più particolarmente in quelli che hanno l'arteriosclerosi cerebrale e che sono, per lo più, ipertesi.

La sofferenza del circolo cerebrale, pre-apoplettica, o meglio extra-apoplettica, può presentarsi in essi sotto forme varie ch'io raggruppo in questi quattro tipi: *arterioso*, *venoso*, *vasomotorio*, *capillare*.

1° Al tipo *arterioso* corrispondono le sindromi ischemiche. Qui, le arterie e specialmente i

grossi tronchi basilari, hanno perduto, più o meno completamente, la loro elasticità e la loro contrattilità, possono giungere ad essere dei tubi rigidi che, anche se sono rimasti ben pervii, non fanno che accogliere passivamente la corrente sanguigna che il cuore vi ha spinta. Il coefficiente dinamico, apportato dalle arterie alla circolazione del territorio sottostante, coefficiente che fisiologia e patologia, concordi, hanno dimostrato in modo sicuro e valutato in un grado assai notevole, resta completamente soppresso. Pressione e velocità del sangue, nel territorio, restano in funzione soltanto della energia cardiogena, finiscono col seguire leggi puramente fisiche secondo l'idraulica della circolazione dei liquidi in vasi rigidi.

Così pressione e velocità, coefficienti del *carico sanguigno* dell'organo, risultano costantemente deficienti, e così alla intensa sclerosi del circolo basilare consegue un'ischemia cerebrale che ha le sue condizioni di *stato* e quelle di *accesso* o *crisi*: lo *stato* è la condizione abituale di mala irrorazione che può manifestarsi col pallore e l'astenia abituale, con cefalea, con sonnolenza od insonnia, con qualche tendenza vertiginosa, bisogno di star spesso in posizione orizzontale, a capo basso.

Tale ischemia non porterà lesioni anatomiche se non sorpasserà un certo grado, e se non durerà assai a lungo: l'esperienza clinica farebbe dire: anche per anni.

L'*accesso* si verifica in un dato istante, o per un minorato lavoro sistolico del cuore (per le ragioni più varie, e che può essere affatto passeggero), o per una derivazione prodotta da un richiamo del sangue ad altro organo, per esempio allo stomaco, per il suo lavoro digestivo, e talora fin dal primo giungervi del cibo.

Se la circolazione territoriale del capo, è abitualmente ridotta al *limite della sufficienza*, avviene che questa minorazione cardiaca o questa derivazione della massa sanguigna, portano ulteriore discesa nella sanguificazione dei centri, che appalesano le loro sofferenze con turbe di aspetto talora minaccioso: in questo caso basta talvolta la fatica del pasto, perchè sorga poco dopo un estremo pallore, un assottigliarsi del polso, un senso di estremo abbandono degli arti, e poi, talora, una perdita della conoscenza, o perfino una completa sospensione del polso e di respiro, ch'io ho visto giungere ripetutamente, in un novantenne a me caro, fino ad uno stato di *morte apparente*, con cianosi cadaverica, occhio immobile e vitreo, per la durata di parecchi secondi.

L'accesso lascia senso di prostrazione, vi segue spesso un sonno profondo, che è riparatore e ripone nelle condizioni di prima.

Solo il suo lungo ripetersi porta all'astenia mortale; a questa forma di *exitus* risponde veramente il paragone del profano, col lucignolo che si spegne per mancanza di olio.

2° Il tipo *venoso* o di *stasi* o di *congestione passiva* si presenta quando l'insufficienza della *vis a tergo* determina la stasi del territorio venoso, con distensione delle vene, aumento del sangue stagnanti.

Ordinariamente questo tipo dà la faccia congesta, la cefalea gravativa, il martellamento delle tempie, la vertigine, la nausea cerebrale, il bisogno di riposare col capo ben sollevato, la tendenza al sonno invincibile, al sonno pesante, alla narcolessi.

Qualche fatto è comune al tipo precedente: tale la vertigine, tale la tendenza al sonno profondo, però con qualche carattere differenziale su cui non voglio trattenermi per non cadere in sottigliezze eccessive: in ogni modo rossore e sub-cianosi anzichè pallore, polso pieno e scoccante anzichè molle e vuoto, senso di sollievo del capo eretto, anzichè dal capo abbassato, sono caratteri nettamente differenziali.

3° Il *tipo vasomotorio*, che è così spiccato nell'ammalata intorno a cui sto trattenendomi, si presenta con quadri varii. In generale, se esso costituisce di per sè tutto lo stato morboso, l'arteriosclerosi non è grave: la mente è lucida, vi ha una discreta resistenza alla fatica, così fisica che mentale, però con un certo quadro di abituale irrequietezza; e di tratto in tratto compaiono fatti del capo, in forma del tutto ascessionale, così che assumono veramente il carattere di crisi per lo più angiospastiche: crisi anginoidi, crisi vertiginose, crisi d'angoscia, e talora crisi epilettiformi, crisi di afasia, crisi di amaurosi, crisi di emiparesi.

Quella ch'io Vi ho descritto fin da principio nel presentarvi l'ammalata attuale, è una forma tipica di un succedersi ora frequente, ora raro di crisi del capo che si possono dire di vaso-dilatazione periferica e vaso-costrizione centrale. Difatti in lei avviene abitualmente che sotto il più piccolo stimolo, o senza alcuno stimolo apprezzabile, è colta da improvviso rossore o sudore della faccia, a cui immediatamente segue vertigine e talora perdita della conoscenza. Ora arrossamento e sudore sono fatti di vaso-dilatazione, la brusca perdita di conoscenza è fatto di ischemia da vaso-costrizione: i primi avvengono nel dominio cutaneo, il secondo nel dominio cerebrale.

Questo antagonismo che si verifica nella nostra ammalata è ben lungi dall'essere costante o frequente: quasi sempre la lipotimia è preceduta da pallore della faccia.

Da questo punto di vista il caso nostro si presenta come di eccezione, e la spiegazione dobbiamo cercarla in una oscura e dibattuta legge di fisiopatologia del circolo: la legge della bilancia di Dastre e Morat, la quale ammette un antagonismo tra vasi cutanei e vasi degli organi interni: quando si dilatano i primi, si contraggono gli altri, e viceversa.

Questa legge ha trovato un valido assertore

in O. Müller, anche nei riguardi del circolo cerebrale, ma le sue osservazioni, particolarmente pletismografiche possono prestarsi a varietà di interpretazioni.

Voglio però anche ricordarVi l'esperimento di M. e D. Schneider di misurazione della corrente sanguigna nella carotide esterna ed interna, dopo iniezione intra-carotidea di adrenalina, da cui, è risultato contemporaneamente vaso-costrizione nel dominio delle arterie della faccia, e vaso-dilatazione nel dominio cerebrale.

In ogni modo, tali antagonismi, la clinica si trova raramente in caso di poter controllare; e se il fenomeno che Vi ho descritto nel caso nostro può considerarsene un esempio e una prova, altrettanto debbo dirvi ch'esso è di eccezione.

Un secondo elemento grave, ma non raro, del quadro vasomotorio del caso nostro, è questo, che dopo uno dei soliti attacchi, l'ammalata presentò emiparesi destra con turbe della parola, fatto di breve durata, e che lasciò, quale postumo definitivo, solo un lieve *deficit* degli arti di destra.

Ciò non sorprende, poichè è entrato nella convinzione dei clinici e dei patologi che fatti vasomotori cerebrali specialmente angiospastici, possono determinare focolai di emorragia o di rammollimento: e c'è ben di più, e cioè che la teoria di Westphall che per primo ha ammesso esser questo il meccanismo più generale dei comunni fatti apoplettici, è andata acquistando sempre più terreno di fronte alla teoria dell'*aneurisma miliare* di Charcot, che in realtà si dimostra assai più raro che non paresse allora.

Così, turba vasomotoria e fatto apoplettico, dell'iperteso, non sono più da considerare come ordini di fatti del tutto distinti, o contrapposti, ma possono invece rappresentare tappe di uno stesso processo; clinicamente ciò è dimostrato da casi come il nostro, in cui su una lunghissima, infinita, serie di crisi vasomotorie viene una sol volta ad interporsi un accidente a carattere organico con esito, lieve ma permanente.

4° il patimento *capillare*, non può non essere della più grande importanza. Lo stato dei capillari influisce anche sulle conseguenze delle lesioni arteriose: vi ha chi pensa che la rigidità dell'arteria non ha gran peso se è integro il circolo capillare, e anche che le manifestazioni che conseguono alla rigidità arteriosa sono espressione piuttosto delle alterazioni dei capillari che in quei casi vi è connessa.

D'altra parte vi ha chi della sofferenza circolatoria capillare del cervello fa tutt'uno con quella delle vene, e parla di *vaso-dilatazione capillaro-venosa, con stasi*.

Io penso che, anche in quest'ordine di fatti, ai capillari debba spettare una patologia loro, vera e propria. Voglio accennare solo ad un aspetto di questo problema.

In una mia nota di qualche anno fa sopra l'ematuria arterosclerotica (*Riv. Ven. di sc. med.*, 1932) ho esposto già questo concetto: esistono per ogni singolo viscere fatti clinici rivelatori di lesioni della sua grossa vascolarizzazione arteriosa, in sè e per sè, ed esistono i quadri da lesione dei capillari. Così in individui, con arteriosclerosi generale o con arteriosclerosi territoriali (le quali sono ben frequenti), può succedere che, per rottura di arteriole dei rispettivi organi, si abbiano, per esempio, ematurie ripetute, senza che vi sia nefrite arteriosclerotica, broncorragie ripetute senza indurramento da stasi del polmone: e nel cervello, nell'arteriosclerosi dei tronchi senza alterazioni dei capillari, o potranno aversi i fatti funzionali che Vi ho descritto or ora, o si potrà anche verificare improvvisa emorragia, senza che il cervello presentasse prima segni essenziali di minorata funzione.

Invece quando partecipano o dominano lesioni dei capillari, allora si avrà ben più precocemente e rapidamente, la mala nutrizione delle trame parenchimali dell'organo, e conseguente alterazione e involuzione delle sue funzioni: si avrà il rene grinzo arterosclerotico, l'induramento del polmone da stasi cronica, e nel cervello, si avranno le sindromi della corteccia a tipo demenziale dell'età senile e presenile, o le sindromi di agitazioni motorie degli stati cribrosi del mesencefalo. Possono verificarsi anche in queste, dei fatti accessionali determinati da particolari momenti eziologici intercorrenti, ma esulano dai quadri circolatori di cui ora Vi parlo.

Sorpasserei di gran lunga i limiti della lezione, se volessi arrestarmi qui sui rapporti tra la patologia dei singoli tratti: arterie, arteriole e capillari. Potrà apparire che nella distinzione ch'io ho fatto vi sia alcunchè di artificioso: eppure un certo grado di indipendenza tra esse, o per lo meno che tale indipendenza sia possibile entro certi limiti e in un certo numero di casi, io debbo affermarlo sul fondamento dei fatti clinici, quali quelli di cui Vi ho fatto cenno: lo confermano dati anatomopatologici, e lo confermano dati di fisio-patologia, e vi cito, solo a titolo di esempio, il fatto che l'istamina ha azione contemporaneamente vaso-dilatatrice sui capillari e costrittrice sulle arteriole dello stesso territorio.

In ogni modo i quadri clinici corrispondenti alle alterazioni strutturali del cervello da alterazioni capillari esulano dai fenomeni che sto ora considerando, e non ne parlo più oltre.

* * *

Rimanendo ai tre tipi di sofferenza vasale del capo; *arterioso, venoso, vasomotorio*, e rimanendo nel campo dei fatti artero-sclerotici extra-apoplettici, debbo dirvi ch'essi ben pos-

sono alternarsi nello stesso individuo, e sopratutto succedersi, a periodi, durante i quali prevale l'uno e l'altro di essi; ma Vi dirò pure ch'è tutt'altro che raro che uno di essi predomini, o sia esclusivo, per un periodo anche lungo, anche per mesi e anche per anni.

Nella presente ammalata vedete il tipo vasomotorio, sorto a 70 anni, durare già da cinque anni, in un uomo di 85 a. (Giorgio C.) vidi durare due anni il tipo *arterioso*, a crisi prima rare, poi frequentissime, sino al decesso, avvenuto per polmonite, quando ancora l'intelligenza era negli intervalli conservata e lucida.

E in quanto al *tipo venoso*, che è forse il più comune, non avete che a guardarvi d'attorno fra i vecchi delle nostre Sale, per trovarne più di un esempio, a decorso lunghissimo e puro.

La diagnosi di questi tipi in generale sarà ben facile, solo che se ne sia conosciuto ed accettato il concetto.

Sarà facile, naturalmente, la diagnosi sintomatica: che poi il processo fondamentale che sostiene la sindrome, sia o non sia l'arteriosclerosi, sarà discutibile caso per caso. Non occorre per esempio ch'io vi dica quanto numerosi e svariati siano i processi che possono dare il quadro vasomotorio del capo, e cioè le ipertonie essenziali, i processi più svariati, anatomici e funzionali, dei centri nervosi (specialmente se colpiscono centri designati alla regolazione vasomotoria), e poi una folla di processi endocrino-umorali.

Ma nel caso attuale non occorre arrestarvisi, poichè come Vi ho detto e Vi ripeterò più innanzi, qui, solo l'arteriosclerosi può essere in causa.

Ma devo dirvi che anche per la diagnosi sintomatica del tipo di sofferenza, potrà talora essere necessaria una osservazione e una riflessione più minuta.

Pallore, senso di abbandono, lipotimia sono segni certi di ischemia del capo, ma potrà però in un determinato caso essere dubbio se sono da interpretare come dovuti al tipo arterioso o al tipo vasomotorio, e ciò può essere particolarmente importante, perchè dovrà significare ipotensione o iper-tensione del circolo cerebrale, colle contrapposte conclusioni terapeutiche che ne derivano.

Il dubbio non è raro, e talora di grande trepidazione pel medico. Ricordo tale dubbio, particolarmente in due casi, visti ambedue col dott. Ballarin, l'uno, recente, di una donna di 58 a. in menopausa da 10 anni, e con segni di una qualche precoce senilità, in cui si presentarono attacchi ripetuti di angoscia, di pallore, lipotomia, con una pressione non oltrepassante mai i 140 Mx. e 80 Mn.; l'altro, più antico, di un uomo di 76 a., costantemente iperteso, a facili fatti vasomotori, che fu preso improvvisamente da attacchi vertiginosi di particolare violenza, che dovemmo attribuire con certezza a condizioni di circolo del capo, ma ci lasciarono incerti se da congestione passiva, o da turba vasomotoria, e quindi se di indicazione, o meno, alla sottrazione sanguigna.

Ve ne parlerò a proposito della terapia.

La distinzione ch'io Vi ho fatto delle sofferenze circolatorie del capo extra-apoplettiche in: *arteriose*, *venose*, *capillari*, *vaso-motorie*, è suggerita dalla pratica giornaliera che è assai ricca di questi fatti.

Non ha pretesa di novità, ma però la credo più completa di altre, e più aderente alla fisiopatologia di questi fenomeni. Alla distinzione tra sofferenza arteriosa e venosa, può corrispondere quella dell'ipertonia *bianca* e *rossa* fatta nettamente da Volhard 13 anni or sono, e vi corrisponde pure quella di Laubry e Tzanck in ipertensione parossistica di *andata* e ipertensione parossistica di *ritorno*: la prima con *pallore* spastico, fegato normale, ventricolo sinistro aumentato, pressione radiale normale, regime e mignattazione senza beneficio, la *seconda* con aspetto congesto, fegato grosso, tachicardia, dispnea da sforzo, tensione rachidea aumentata, regime e mignattazione efficaci.

Insisto però a richiamare la Vostra attenzione su ciò che tali fatti possono essere del tutto territoriali, legati alle condizioni di circolo del capo, e con fenomeni clinici che investono solo il capo.

* * *

Qual è il meccanismo di produzione di queste varie sindromi?

Le due sofferenze arteriose e venose sono espressione evidente la *prima* dell'ischemia, la *seconda* della stasi.

L'ischemia da mancato afflusso agisce nè più nè meno che l'anemia cerebrale acuta per esempio da grave emorragia, esterna ed interna, oppure da compressione brusca delle carotidi: l'organo cerebrale ne risente altrettanto gravemente, e si rimette altrettanto rapidamente.

Fu già descritto quanto sia meraviglioso il *cervello senile* di questo tipo, poichè esso, ancora integro nella sua compagine (perchè, a quanto io penso, è integro il suo circolo capillare) e sofferente solo per il forte grado di rigidità dei suoi grossi vasi arteriosi, permette che il paziente passi talora dall'abbandono, dalla lipotimia, perfino da uno stato quasi comatoso, ad un risveglio e ad una lucidità mentale quasi perfette. Fragnito, nel Trattato di Ceconi, ricorda l'ammalata di Murri che, a testa bassa, poteva recitare un intero canto dell'Eneide mentre nella posizione eretta non riusciva a ricordarne un verso solo.

Questi fatti a me sono divenuti famigliari, e anche a Voi non sarà difficile constatarli, ora che ho richiamato sopra di essi la Vostra attenzione.

Nella stasi, dobbiamo pensare a questi fattori: aumento della pressione venosa, intossicazione carbonica dei centri, ritardo nell'asportazione dei prodotti di ricambio del tessuto.

In quali rapporti con essi sono le sofferenze della paziente?

Consideriamo la cefalea, ch'è la più abituale: potrebbe essere dovuta a sub-edema che può sorgere, ma non è inevitabile che sorga, come conseguenza della stasi. Potrebbe anche essere dovuta alla distensione delle pareti venose per l'aumentata pressione, e a conseguente sensibilità dolorosa di esse: ipotesi che potrebbe parervi alquanto fantastica, ma che è ammessa da Tinel per la *cefalea da sforzo* da lui descritta, e che viene sedata dall'azione paralizzante del fenolo sul ganglio sfeno-palatino.

Comunque, gli elementi che Vi ho accennato possono essere fugaci e possono stabilizzarsi, possono presentarsi con equivalente anatomico lieve e transitorio, e possono portare a lesioni stabili, che hanno importanza varia a seconda dei territori in cui si stabiliscono.

Nel dominio cerebrale, noi non possiamo controllare questi fatti.

Possiamo farcene un concetto in territori accessibili alla lunga osservazione, e ai frequenti controlli: uno di questi è l'occhio, e la circolazione retinica su cui Vi tratterrò nella prossima lezione.

Un altro è il territorio cutaneo, che siamo in caso, infinite volte, di considerare da vicino nei suoi squilibri vascolari, e nelle conseguenze che ne derivano sotto i più vari agenti causali.

Consideriamo la forma tipica di stasi dei vasellini precapillari, costituente la *rosacea*, così frequentemente visibile nella faccia, per ragioni varie, per l'azione vaso-dilatatoria dell'alcool, per l'azione tossinica del virus tubercolare, per le turbe auto-tossiche di gastroenteropatici abituali, per la stasi determinata da un vizio mitralico.

Formatasi la rosacea, sul suo terreno si potranno costituire e emorragie puntiformi, e un sub-edema molle, o duro, ben localizzato, e piccoli angiomi piani, e piccole chiazze pigmentali, e turbe con ritenzioni delle secrezioni ghiandolari cutanee, e reazioni proliferative più o meno cospicue: fatti che sono classificati sinteticamente dal dermatologo sotto le tre forme di *rosacea pura, acne rosacea, acne ipertrofica*, ciascuna coi suoi vari stadii e tipi, cosicchè in realtà l'analisi minuta potrebbe moltiplicare il numero dei processi che conduce ad essi.

Non altrettanto possiamo seguire i processi di stasi cronica nel fegato, nel polmone, nel rene, e le evoluzioni delle alterazioni anatomiche di cui vediamo solo al tavolo anatomico gli esiti ultimi.

Nella stasi cronica del cervello conosciamo pure stati anatomo-istologici che ne derivano direttamente; le dilatazioni delle venuzze l'ampliamento dello spazio linfatico peri-vasale fino al costituirsi dello stato cribroso dei varii segmenti dell'asse, ma questi sono già esiti del lungo processo, e per lo più sommersi in quadri più gravi e più complessi, prevalenti nella *causa mortis*. Non è seguita invece nel suo costituirsi, nel suo evolvere in un primo periodo, che può anche essere lungo, nella sua azione patologica di *stasi* in sè e per sè.

È forse per questo che la stasi cronica del cervello è descritta fugacemente, qualche volta è dimenticata, nelle trattazioni sistematiche dei Trattati, come è dimenticata la stasi cronica del midollo, che invece io credo avere il suo proprio quadro; le nevrastenie senili, a tipo cerebrale o midollare (e forse non soltanto quelle senili), devono riconoscere in questi fatti almeno una delle loro cause. Le descrive bene Galli nel suo Trattato sull'arterosclerosi, ma ancora incompletamente.

Perfinno nella recentissima relazione di Alajouanine e Thurel sulla patologia della circolazione cerebrale, la stasi venosa, pur posta in luce come coefficiente dei processi di trombosi e di emorragie, non è però sufficientemente considerata quale figura nosologica in sè e per sè: e tuttavia essa lo merita, in quanto che qualunque sia il meccanismo che la produce, essa può durare per lungo, per lunghissimo tempo, a mantenere turbe che io credo ben caratterizzate e costanti.

Anche qui, oserei dire che la clinica deve lavorare per conto suo, e che non può molto contare nè sulla fisiopatologia sperimentale, nè sulla anatomia patologica.

Così quando per esempio Alajouanine e Thurel, sul fondamento di constatazioni anatomiche immediate dopo la morte, affermarono che la *vaso-dilatazione* con *stasi* è il substrato fisiologico della apoplessia cerebrale, quali dati abbiamo per poter concludere con sicurezza che tali fatti sono conseguenza anzichè causa del fatto apoplettico stesso, e lo seguono anzichè precederlo?

Più complicata è la spiegazione delle sindromi vasomotorie. Qui siamo in un terreno che fisiologi e clinici vedono in modo ben diverso.

Il fenomeno vasomotorio centrale è così evidente agli occhi del medico, da far parere perfino impossibile che tanto dibattuto sia stato il problema se una innervazione vasomotoria cerebrale esista o no.

Eppure, grandi fisiologi, come Ludwig, come Sherrington, come Starling, come Schiff, come Gaertner e Wagner, in passato la negarono recisamente.

Oggi non è più così.

Istologicamente Stör per primo, 15 anni fa, dimostrò l'esistenza di fibre nervose circondanti le arteriole della pia madre. I fisiologi sulla base dei dati più recenti ammettono che il ca-

libro dei vasi cerebrali obbedisce, in condizioni normali a tre gruppi di influenze.

1° alle influenze *meccaniche* (e cioè essenzialmente alla pressione arteriosa generale);

2° a influenze *chimiche* e *umorali* (e cioè sopratutto all'anidride carbonica, e poi a sostanze di provenienza istogena locale, e a sostanze di origine ormonica);

3° a un controllo *nervoso*, complesso, probabilmente multiplo, in cui probabilmente entra un'azione vaso-costrittrice del simpatico cervicale, una azione vaso-dilatatrice del vago, una azione anatomica regolatrice dell'apparecchio del seno carotideo, fatto dal seno e dal glomerulo carotideo.

Questa azione automatica dell'apparecchio seno carotideo apparve sicura dal giorno in cui Hering dimostrò che il n. uscito dalla parete del seno carotideo (n. di Hering) di cui l'eccitante fisiologico è rappresentato dalla distensione intrasinusale stessa) è un nervo depressore, che risponde con una azione ipotensiva, ad ogni aumento della pressione arteriosa, per il solo fatto che rilascia il tono di questo nervo depressore, è compensata anatomicamente da una *poussée* ipertensiva.

Tutto ciò è nel dominio della fisiologia, la quale però, quasi a giustificazione della sua lunga resistenza ad ammettere il meccanismo vasomotore cerebrale, continua ad affermare che, malgrado tutto, il circolo cerebrale è dotato di grande stabilità e che tale stabilità risulta dalla esiguità delle stesse varie azioni vasomotorie cerebrali e dal loro immediato contrapporsi, così da reciprocamente annullarsi. Voi vedrete discussi a lungo questi fatti nelle più recenti riunioni internazionali dei neurologi.

In patologia, dobbiamo ammettere che le cose decorrono un po' diversamente: i fenomeni vasomotori nella patologia cerebrale, già riconosciuti da lunghissimo tempo, hanno acquistato una importanza sempre maggiore per estensione e per gravità. Essi appartengono alla patologia di tutti i giorni e hanno invaso dominii inattesi, vasti così che ci si può anche domandare se tale invasione è da considerarsi veramente tutta come stabile e definitiva.

Nel campo degli oculisti e dei neurologi, embolia e trombosi dell'arteria retinica sono andate perdendo terreno quanto ne è andato guadagnando il concetto di spasmo dell'arteria retinica.

Il fatto anatomico dell'emorragia cerebrale, quello del rammollimento bianco e rosso, sono oggi da tante parti posti in dipendenza di azioni vasomotorie. Che più? Il fatto *clinico dell'apoplessia*, dicono nel loro rapporto recentissimo Alajouanine e Thurel, è dato bene spesso da null'altro che dalla *vaso-dilatazione paralitica con stasi*, e l'emorragia non è che un fatto secondario, complicante, così da venir chiamata da essi post-apoplettica.

* * *

Dopo aver detto del meccanismo per cui si costituiscono i tre tipi della sofferenza circolatoria extra-apoplettica domandiamoci ancora: e quale è il *momentum* che determina l'uno piuttosto che l'altro di essi?

Limitiamo il problema all'arteriosclerosi, perchè in esso rientra il caso nostro.

Quando è che la sofferenza sorge e si esaurisce nel dominio del circolo arterioso, e quando è che questo viene superato, e la sofferenza sorge nel territorio venoso?

E quand'è ch'essa sfugge ad ambedue questi elementi, e si manifesta solo attraverso il gioco vasomotorio?

Al primo quesito rispondo solo in via di ipotesi che può darsi che giuochi un elemento anatomico, ancora insufficientemente studiato: noi consideriamo sempre la lesione delle arterie, ma è possibile che quando la sofferenza si manifesta col tipo *venoso*, ciò dipenda da una più lieve compromissione arteriosa mentre invece prevalga o particolarmente concorra un'alterazione delle vene, strutturale o funzionale: la vena non è un organo puramente passivo della *circolazione di ritorno*: tale circolazione che ha come grandi fattori la spinta *a tergo* arteriosa da un lato, l'aspirazione toracica dall'altro, ha però anche un elemento importante, come dimostrarono Laubry e Tzanck nel *tono* delle vene e dei capillari.

Il secondo quesito investe particolarmente il caso che ci occupa oggi, e mi vi trattengo di più.

E voi troverete giustificati i lunghi ragionamenti svolti fin qui, perchè essi erano indispensabili a penetrare più addentro questo caso nostro e a porci di fronte proprio a questo problema: quali fattori hanno determinato in esso il carattere squisitamente vasomotorio della sofferenza cerebrale?

Ancora una volta Vi affermo che il substrato del quadro non può essere che l'arteriosclerosi. Non trovo altra diagnosi possibile per una sindrome circolatoria del capo sorta a 70 anni, mantenutasi da 5 anni, in donna che ha radiale tortuosa e ipertesa, e che ha poliuria con peso specifico orinario basso, qualche cilindro nel sedimento, lieve aumento dell'azotemia, segni cioè che anche il rene è lievemente arteriosclerotico.

Ora, perchè la sofferenza arteriosclerotica del capo ha qui assunto, come ben di rado, così squisito carattere vasomotorio?

La prima ipotesi possibile è quella di una particolare *costituzione vasomotoria* della paziente, secondo il concetto di O. Müller e universalmente accettato.

Ma una tale costituzione originaria è qui da escludersi, poichè l'ammalata recisamente nega di aver sofferto prima dei 70 anni fatti attribuibili ad essa, e che pur sono di facile

rilievo da parte di un paziente; particolarmente assicura di non averne avuto traccia in quel periodo della menopausa in cui le manifestazioni vasomotorie sogliono essere così frequenti e così intense.

Esclusa l'originaria costituzione vasomotoria, bisogna supporre che per cause sopraggiunte, si sia esagerato l'uno o l'altro degli ordinari meccanismi di produzione del fenomeno vasomotorio, che sia particolarmente eccitato l'uno e l'altro degli intermediari anatomici o biochimici di esso.

Quale e come, è difficile anche solo il supporlo. Può essere eccitato uno dei centri vasomotori, encefalici o midollari, o può essere eccitata l'innervazione vasomotoria periferica, dimostratasi pur essa complessa e fino ad un certo grado autonoma per le varie sezioni dell'albero vascolare: arterie, vene capillari: e autonoma per singoli territori, viscerali o periferici, oppure può essere esagerata l'una o l'altra di quelle azioni endocrino-umorali che sono in stretto rapporto con l'innervazione vasomotoria, e della quale è prototipo l'azione adrenalinica.

Ecco dunque come fatti clinici, anche dei più semplici, tostochè si voglia interpretarli intimamente, spalancano vie inattese di problemi, talora assai complicati.

Così per esempio non potremmo noi supporre che nella nostra vecchietta al quadro vasomotorio così imponente corrisponda una eccezionale iperfunzione surrenale?

Sappiamo bene che il surrene suole presentare nel vecchio processi regressivi e sclerosanti, ma non raramente si osservano invece stati di ipertrofia e di iperplasia che Pepere, nel Trattato sulla fisiopatologia della vecchiaia, colloca nella corteccia e nei nodi erratici della sostanza midollare sotto forma di iperplasia nodosa, nella quale la compartecipazione del tessuto vero cromaffine è rara ma può aversi.

L'adrenalina, che si è ammesso a lungo non agire sui due circoli: coronario del cuore, e cerebrale, oggi invece pare che anche sul cervello eserciti la sua azione vaso-costrittrice, che Tinel sarebbe riuscito a svelare con opportuni accorgimenti, enervando il seno carotideo.

E poichè nell'ammalata i fatti vasomotorii sono quasi esclusivamente del capo, non può pensarsi che l'apparecchio carotideo stesso (il quale, anche al di fuori di questi esperimenti di Tinel, vi ho già detto quale importanza abbia nel giuoco vasomotorio del capo) sia esso stesso in difetto della sua funzione regolatrice, per lesioni sue proprie arteriosclerotiche, le quali, da Dietrich e da altri, fu già detto prediligere veramente la zona seno carotidea?

Tutto ciò è completamente ipotetico, ma però resta il concetto che ho affermato, e che non può non esser fonte di meditazione e di ricerca, e cioè questo: poichè la fisiologia ammette che le azioni vasomotorie cerebrali esistono, ma sono ordinariamente mascherate da meccanismi regolatori e compensatori, che la stessa fisiologia sta precisando, bisogna che le grandi e persistenti turbe a carattere vasomotorio dell'ammalata dipendano dalla rottura di tale equilibrio, e la causa va ricercata nel guasto dell'uno o dell'altro di tali meccanismi regolatori e compensatori.

E dopo ciò Voi vedete che il discutere queste serie di ipotesi, non è giuoco vano di dialettica clinica, ma può avviarci a ricerche fisiopatologiche di controllo, e ci prepara a quello che potrà essere *più tardi* un minuto e rigoroso controllo anatomico.

* * *

La terapia di questi stati richiede qualche parola.

Nei vecchi, arteriosclerotici del capo, ipertesi o no, non occorre ch'io Vi dica come sia necessità, quella igiene della dieta, del lavoro, di ogni abitudine di vita, ch'è comune ad ogni forma di tali sofferenze.

Tra la terapia medicamentosa, useremo i vaso-dilatatori, particolarmente l'acetilcolina, dove vi ha ipertensione, dove ammettiamo crisi vasocostrittrici e fatti generali o localizzati, di ischemia, dipendenti da queste.

I cardiocinetici saranno indicati dove prevale l'ischemia cerebrale da ipotensione; gli eccitanti diffusivi, nei momenti in cui questa si presenta a crisi di aggravamento improvviso.

Quando la sofferenza è acutizzata, è lo stesso buon senso medico che guida il consiglio: la sofferenza da ischemia del capo richiede posizione supina, testa bassa, applicazioni calde al capo, eccitanti del circolo.

La sofferenza da congestione passiva richiede invece capo eretto, applicazioni fredde, derivativi intestinali, rivulsioni alle estremità, sottrazione di sangue.

Se la pressione radiale non è alta, e la sofferenza è del tutto o in gran prevalenza limitata al capo, è preferibile la mignattazione: se la pressione è alta, se l'azotemia è elevata, se la sofferenza circolatoria comprende altri territori o è universale, è evidente che si deve preferire il salasso.

Questa distinzione della più modesta pratica quotidiana è confermata dai dati fisiologici: il salasso diminuisce il contenuto sanguigno intracranico, rapidamente, purchè sia di 1/5 della massa sanguigna, e ciò colla contemporanea diminuzione generale della pressione arteriosa e venosa.

Se invece la sottrazione è fatta nel dominio del capo col salasso della giugulare, la caduta di pressione del liquor è quasi immediata con quantità assai minori, senza che si modifichi, almeno da principio, la pressione arteriosa e venosa generale.

Come al solito, l'indicazione è di tutta evi-

denza, se il caso è all'uno o all'altro degli estremi della scala di questi fatti.

Ma vi sono i casi intermedii, e i casi dubbi. L'indicazione può diventare dubbia e sarà delicata sopratutto quando sono in giuoco i fenomeni vasomotorii i quali come vedemmo, non sempre rimangono nel campo funzionale, transitorio, e pressochè innocuo, ma possono colla loro insistenza, portare a focolai di rammollimento ischemico od emorragico.

In questi casi conviene sottrarre sangue?

La questione fu dibattuta vivacemente per ciò che riguarda il versamento apoplettico già costituito.

Vi sono gli astensionisti i quali ammettono che dopo l'emorragia cerebrale i vasi restano compressi, con consecutiva ischemia dell'organo, ma che frattanto per lo stesso aumento di pressione endocranica si ha eccitamento del centro vasomotorio bulbare con innalzamento della pressione arteriosa, la quale avrebbe significato compensativo alla ischemia stabilitasi: il salasso combattendo tale aumento di pressione non potrebbe che essere di danno all'apoplettico.

Tali concetti sono fondati sui celebri esperimenti di Naunyn e Schreiber del 1881, la cui esattezza non fu mai contraddetta, mentre invece molti combatterono la loro diretta applicazione nel campo clinico; e specialmente Goldscheider, il quale rivendicò sulla base dell'esperienza clinica, l'utilità del salasso nell'apoplessia, e dal lato del meccanismo di azione, negò che un salasso di 300 e 600 cmc. diminuisca necessariamente la pressione arteriosa.

Si fondò sopratutto sugli esperimenti di Worm-Müller che in questo momento importa pure ch'io Vi ricordi, e secondo i quali il salasso moderato porta negli animali contrazione delle piccole arterie, e consecutivo elevamento della pressione arteriosa generale.

Orbene, questi dati hanno un'importanza relativa per il trattamento, ad apoplessia già avvenuta: ma l'hanno molto maggiore quando le turbe sono ancora nel campo funzionale. Se nella congestione e nell'ischemia, il salasso ha una precisa indicazione nella prima, e contro-indicazione nella seconda, è invece di dubbia indicazione quando la sofferenza ha carattere vasomotorio.

In questi casi mi sono convinto che il più spesso l'astensione è preferibile. Ho citato più innanzi il caso di un uomo di 75 anni (V. R.) con aortite arteriosclerotica, modicamente iperteso, ma soggetto a facili turbe vasomotorie del capo il quale fu colto, in coincidenza con un aggravarsi di queste, da violenti vertigini per cui il più piccolo movimento del capo determinava la sensazione rotatoria angosciosa, con nausea e senso di lipotimia, arrossato in volto, benchè mantenesse l'ordinaria pressione di 170 Mx.

Fummo a lungo indecisi, io ed il Collega sperimentatissimo che lo curava, se praticare o no la sottrazione sanguigna. Finimmo coll'attenerci al concetto che fosse preferibile non turbare un equilibrio idraulico *in limine*, di cui non ci sentivamo di stabilire con certezza le condizioni del momento.

Ci astenemmo dal salasso e dal sanguisugio, mantenemmo il riposo assoluto, applicazioni tepide al capo.

L'ammalato si riebbe, vive ancora, ha di tratto in tratto tendenza a analoghe turbe del capo.

La *puntura lombare* negli stati pre-apoplettici potrà avere indicazione se concorrono segni di aumentata pressione endocranica: ciò non è frequente ma può avvenire. E ciò avverrà specialmente in casi di sindrome non pura, pel concorso del fattore iperazotemico il quale fattore costituisce spesso indicazione alla p. l. e ne ha grande vantaggio.

In ogni altro caso sarà da astenersi anche da essa.

Di un'altra pratica ancora voglio dirvi: dell'autoemoterapia, colla iniezione endomuscolare di 5 a 10 cmc. di sangue tratti dalla vena dello stesso paziente, e ripetuta 4, 5 volte, a distanza di giorni.

Nei casi di apoplessia, non vedemmo fin'ora risultati tangibili.

Nei fatti premonitorii, nelle sindromi congestizie o vasomotorie, stiamo sperimentando, e non voglio precipitare un giudizio.

Sarà sempre lecito tentare, poichè la pratica si mostra assolutamente innocua.

Agosto 1936.

LAVORI ORIGINALI

PADIGLIONE MORGAGNI
DELL'OSPEDALE LITTORIO - ROMA.
Primario Chirurgo: prof. CESARE ANTONUCCI.

Cloruro di sodio e glicemia.

Dott. FERDINANDO SCIACCA, assistente.

I rapporti tra cloruro di sodio e glicemia rappresentano un nuovo argomento del massimo interesse scientifico, da quando si è visto che l'introduzione del sale nell'organismo provoca un rapido e notevole abbassamento del tasso glicemico.

Prima di portare le nostre prove sulla realtà di questa affermazione, è bene tracciare una breve storia riguardante l'osservazione in parola.

Nel 1933 occupandoci di un argomento assolutamente lontano da quello attuale, e precisamente del meccanismo della Colecistografia rapida Antonucci, ottenuta com'è noto con la associazione alla sostanza colorante di una soluzione glucosata al 40 %, avevamo pensato di provare che il meccanismo per cui si ottenevano delle colecistografie rapide fosse dovuto non al glucosio in sè ma alla ipertonia della soluzione adoperata, attraverso modificazioni fisiologiche che non è qui il caso di esporre.

Ci eravamo serviti allora di iniezioni ipertoniche di cloruro di sodio, ottenendo gli stessi risultati colecistografici che erano stati ottenuti con il glucosio.

Questi risultati erano comunicati ad un congresso Medico-Chirurgico Calabrese nel settembre dell'anno stesso.

Com'è naturale immediatamente dopo la breve comunicazione, iniziavamo uno studio particolareggiato sul meccanismo d'azione di queste soluzioni ipertoniche di NaCl in rapporto alla colecistografia e come è più naturale ancora il primo punto che cercavamo di mettere in luce per evitare delle giuste critiche, era se la iniezione in parola potesse agire provocando un aumento della glicemia nel soggetto così trattato.

La nostra osservazione in quest'ultimo caso avrebbe perduto tutto il suo valore perchè le colecistografie ottenute si sarebbero potute riportare allo stesso meccanismo della iperglicemia e non più a quello della ipertonia come volevamo dimostrare.

Con nostra somma meraviglia, mentre ci aspettavamo di non trovare alcuna modificazione del tasso glicemico dopo introduzione endovena di cloruro di sodio, dovevamo constatare invece che la modificazione si produceva, ma non nel senso della iperglicemia, bensì nel senso della ipoglicemia e di una ipoglicemia di entità e di durata ragguardevoli.

Questo reperto veramente accidentale, con le connesse prove che non poteva trattarsi di un puro fenomeno idremico post-ipertonico, insieme con numerose esperienze riguardanti il meccanismo della colecistografia rapida, condotte durante tutto l'anno successivo, venivano pubblicate in un lavoro apparso nel *Policlinico*, Sezione Chirurgica, nel 1935.

In esso infatti erano riportati cinque casi di ipoglicemia dopo iniezioni ipertonica di NaCl, e per tre di essi erano state pure tracciate le relative curve glicemiche, delle quali una della durata di tre ore.

Era inoltre accennata l'importanza che la constatazione poteva avere nel campo pratico (due delle curve riguardavano dei diabetici) e un accenno a quelle che potevano essere le cause per la spiegazione del fenomeno e il destino del glucosio scomparso (eliminazione renale, eliminazione nei tessuti ecc.).

Come vedesi dal suesposto la osservazione di una ipoglicemia in seguito a introduzione di cloruro sodico è stata da noi fatta negli ultimi mesi dell'anno 1933 ed è stato un reperto puramente accidentale.

Senonchè il rapporto di una Comunicazione verbale fatta da A. R. Mac Lean alla Clinica Mayo nel maggio del 1935, ci rendeva noto che la constatazione in parola da noi ritenuta originale era stata già fatta nel 1930 dal Glass e Beiless su soggetti sani e diabetici.

Questi autori avevano eseguito le loro ricerche su 13 soggetti, dei quali 10 diabetici, inettando endovenosamente 20 cmc. di una soluzione di cloruro di sodio al 10-25 %.

Avevano trovato un abbassamento del tasso glicemico oscillante tra i 25 e gli 84 mgr. per cento nei diabetici, con una media del 47 %, e con una media di 20 mgr. per cento invece negli individui normali.

Questo abbassamento raggiungeva il suo maximum nelle due prime ore della prova.

La curva iperglicemica da carico con destrosio veniva allungata per mezzo della somministrazione endovenosa di cloruro sodico ipertonico. Due diabetici inoltre presentarono abbassamento del tasso glicemico dopo l'ingestione di 12 grammi di cloruro sodico ed allungamento della curva iperglicemica in seguito a carico con destrosio.

Secondo questi autori l'ipoglicemia era da attribuire all'effetto dell'ione cloro e non all'ione sodio.

Nel 1934 poi, quindi posteriormente alla nostra osservazione, Thompson, Mac Quarrie e Irvine studiarono gli effetti di diversi sali sul metabolismo idrocarbonato e sulla tensione arteriosa di fanciulli diabetici, partendo dal concetto che di frequente i soggetti diabetici presentano aumentata avidità per il cloruro di sodio.

Mediante ricerche metaboliche gli Autori dimostrarono in un ragazzo di 15 anni che la somministrazione di cloruro sodico in dose di circa 60 grammi al giorno, conduceva alla diminuzione nella eliminazione dello zucchero e all'abbassamento del tasso glicemico a digiuno con aumento contemporaneo della pressione arteriosa.

Il bicarbonato di sodio e il citrato di sodio esplicavano la stessa azione per quanto in misura ridotta, mentre il cloruro di potassio produceva un effetto opposto.

In un soggetto normale tenuto a regime declorurato si ebbe dalla uguale dose di cloruro di sodio anche aumento della pressione arteriosa, mentre questo aumento non si verificava sempre che il regime fosse mantenuto normale.

Come si vede dalle ricerche suesposte avrebbe valore nella produzione della ipoglicemia l'ione sodio e non quello cloro come vorrebbero dimostrarci Glass e Beiless.

Infatti l'ione sodio contenuto nel bicarbonato e nel citrato di sodio continua a produrre quella ipoglicemia che non è in grado di produrre all'incontro l'ione cloro contenuto nel cloruro di potassio.

C'è però da obiettare che le ricerche di Thompson e Mac Quarrie riguardano un solo paziente, numero evidentemente insufficiente per trarre delle conclusioni attendibili in un argomento di così complessa natura.

In seguito, e precisamente come abbiamo visto nel 1935 A. R. Mac Lean, esperimentando su sè stesso, ingerì in aggiunta alla dieta ordinaria. 120 grammi al giorno di cloruro di sodio per una settimana. Lo studio delle pulsazioni, della pressione del sangue e della concentrazione del calcio nel siero non gli diedero modificazioni considerabili.

L'ultimo giorno dell'esperimento l'autore volle fare una prova di tolleranza dello zucchero, praticata secondo il metodo di Exton.

La glicemia a digiuno era di 0,79 ‰: mezz'ora dopo l'ingestione di 50 grammi di glucosio essa salì a 1,28 ‰ e dopo l'ingestione di altri 50 grammi di glucosio discese nella mezz'ora seguente a 1,15 ‰.

Dopo circa un quarto d'ora dall'ultima presa di glucosio, il soggetto provò una estrema debolezza, con sudorazione abbondante ed una improvvisa e invincibile sensazione di fame.

Messosi affannosamente alla ricerca di un ristorante, consumò un copioso pasto che gli fece immediatamente scomparire i fenomeni descritti.

In seguito al fatto riportato l'autore ebbe l'idea che il fenomeno in lui verificatosi, fosse molto simile ad una reazione da insulina prodotto in questo caso dal forte trattamento di cloruro di sodio al quale si era sottoposto per una settimana, e che quindi l'aggiunta di cloruro sodico all'insulina nel trattamento di un diabetico potesse diminuire la richiesta dell'insulina stessa.

Capitatogli così un paziente, uomo di cinquanta anni, con diabete mellito da circa dodici anni e attacchi di edema polmonare, arteriosclerosi grave e cangrena dell'alluce sinistro, lo sottopose a una dieta consistente in 111 grammi di carboidrati, 65 gr. di proteine e 157 gr. di grassi: il valore calorico della dieta stessa era equivalente alla richiesta del suo metabolismo basale più il 30 %.

Al giorno di ammissione in Ospedale la glicemia del paziente era di 1,80 ‰.

Per un periodo di dieci giorni fu necessario aumentare molto il dosaggio dell'insulina, tanto da raggiungere le 115 unità al giorno.

Malgrado questo trattamento persisteva presenza di zucchero nelle urine e la glicemia raggiungeva l'1,46 ‰.

In queste condizioni gli furono somministrati 120 grammi di cloruro di sodio in 12 ore, ai tre pasti principali.

L'esame delle urine praticato durante questa giornata non rivelava tracce di zucchero; il fatto accadeva per la prima volta dall'ammissione in Ospedale, malgrado le forti dosi di insulina somministrate e nonostante che nel giorno della prova le unità di insulina fossero state ridotte da 115 a 90.

Durante la notte per di più si verificava una grave reazione da insulina caratterizzata da sudorazione, fame, pallore e dolore retrostante a tipo anginoso che disparvero rapidamente con la somministrazione di aranciate.

Il mattino seguente, dodici ore dopo l'ultima razione di cloruro e malgrado i 40 gr. di carboidrati presi durante la notte sotto forma di aranciate, la glicemia era scesa all'1,09 ‰.

Il giorno seguente il soggetto riceveva di nuovo 90 unità di insulina, ma aveva due lievi reazioni, talchè nei giorni successivi la dose di insulina doveva essere gradatamente ridotta.

In definitiva, dopo una unica somministra-

zione di cloruro di sodio, la dose di insulina richiesta era progressivamente diminuita, di maniera che alla fine della seconda settimana, il paziente, sempre aglicosurico, ne riceveva solo 55 unità e la glicemia a digiuno continuava sempre più ad abbassarsi.

Malauguratamente una improvvisa trombosi della arteria femorale con cangrena del piede e setticemia fatale, interrompeva l'ulteriore svolgersi dello interessante esperimento.

R. M. Wilder durante la discussione successiva alla comunicazione di Mac Lean, confermava le esperienze dell'Autore, esperienze che anch'egli aveva condotte con dosi minori (15 gr.) di cloruro sodico.

Anch'egli qualche volta aveva osservato modiche reazioni da insulina che lo costringevano a ridurre la quantità di cloruro somministrata: concludeva ritenendo che il metodo avrebbe acquistato una notevole utilità nei casi di insulino-resistenza.

* * *

Questa in poche parole la storia della interessante osservazione.

Venuti così a conoscenza completa di quello che era stato fatto in questo campo anche dagli altri, abbiamo voluto riprendere dalle fondamenta la questione per controllare e riaffermare le nostre e le altrui conclusioni prima di iniziare un ampio studio sperimentale sul meccanismo del fenomeno messo in luce.

Abbiamo così sottoposto quindici pazienti al trattamento endovenoso di 20 cmc. di cloruro di sodio al 20 %, dopo aver stabilito con esattezza il tasso glicemico a digiuno che presentavano subito prima della prova e le variazioni di questo tasso a distanza varia dalla iniezione.

Questa distanza di tempo è stata da noi fissata ad un minimo di un'ora, perchè abbiamo calcolato che prima di essa saremmo cascati in pieno nel periodo maximum di idremia provocata dalla iniezione ipertonica stessa.

È questa una critica molto importante che non è stata tenuta presente dagli Autori che hanno sperimentato nello stesso senso, ed è anche questa la ragione per la quale non ci siamo preoccupati di scoprire l'inizio della ipoglicemia, inizio certamente mascherato dalla idremia in parola.

Abbiamo pensato inoltre che fosse necessario scegliere tra tutti i metodi di dosaggio del glucosio, quello originale di Mac Lean, per poterci mettere nelle condizioni identiche del più autorevole sperimentatore dell'argomento del quale ci occupavamo.

Ecco brevemente i risultati dell'esperimento:

Nome	Glicemia prima della iniezione	Tempo trascorso tra l'iniezione e la 2a glicemia	2a Glicemia
1) C. V.	1,12 ‰	1 ora	0,56 ‰
2) C. A.	1 ‰	1 ora	0,43 ‰
3) S. B.	1,18 ‰	2 ore	0,62 ‰
4) F. P.	1,09 ‰	1 ora	0,62 ‰
5) G. A.	0,96 ‰	1 ora	0,60 ‰
6) B. G.	1,37 ‰	2 ore	1,20 ‰
7) V. C.	1,70 ‰	3 ore	0,82 ‰
8) L. R.	1,31 ‰	2 ore ½	1,21 ‰
9) O. G.	1,81 ‰	2 ore	0,81 ‰
10) B. C.	1,05 ‰	2 ore	0,70 ‰
11) S. A.	0,90 ‰	3 ore	0,52 ‰
12) N. M.	1 ‰	2 ore	0,71 ‰
13) A. C.	1,25 ‰	1 ora	1 ‰
14) G. F.	0,98 ‰	2 ore	0,90 ‰
15) F. F.	1,32 ‰	3 ore	0,68 ‰

Questi dosaggi sono stati eseguiti con perfetta tecnica, da un chimico, e sotto l'autorevole controllo dalla D.ssa Bucci, Direttrice del Gabinetto Centrale di Ricerche dell'Ospedale Littorio.

Da essi si vede come il fenomeno ipoglicemico consecutivo alla introduzione nell'organismo di cloruro sodico debba ritenersi assolutamente provato, anche nei casi di pazienti diabetici come sono parecchi di quelli riportati.

Il tempo trascorso, fino a 3 ore, dall'iniezione, esclude qualunque influenza della idremia post-ipertonica sulla cifra del secondo dosaggio.

E del resto la realtà del rapporto cloro-glicemia è ancora riaffermata indirettamente dai numerosi studi condotti in questi ultimi anni sulle variazioni umorali postoperatorie riguardanti in ispecie le iperazotemie classificate « cloroprive ».

In questi dosaggi è stato spesso rilevato in via secondaria che alla cloropenia oltre una iperazotemia corrispondeva una iperglicemia e viceversa.

Però c'è da dire prima di tutto che i numerosi osservatori non hanno rilevato mai l'importanza del fatto osservato in rapporto alla variazione della glicemia e in secondo luogo che molti Autori hanno recentemente messo in dubbio che questa deficienza di cloruri possa essere la causa della iperazotemia perchè spesso la invocata cloropenia non esiste. (Meyer, ecc.).

La questione è quindi attualmente sub-judice, ma in qualunque maniera sarà risolta non potranno essere negate queste variazioni nei rapporti cloro-azoto-glicemia.

* * *

A questo punto è bene gettare qualche sguardo sul meccanismo attraverso il quale si possa giungere alle ipoglicemie constatate in seguito alla introduzione del cloruro sodico.

Si resta naturalmente sempre nel campo delle ipotesi, e lo scopo dei successivi lavori che intendiamo condurre sull'argomento consiste appunto nel cercare di provare sperimentalmente quale di queste tante ipotesi possa essere la vera.

Intanto in primo luogo c'è da prendere in considerazione il primo effetto prodotto dalla introduzione di cloruro sodico sullo stato umorale: vale a dire *l'acidosi*.

Non è qui il caso di discutere sulla maniera con la quale questa acidosi si produce (azione sui colloidi e liberazione di acido cloridrico ecc.); quello che importa è la realtà del fenomeno stesso e la sua produzione a livello dei tessuti. Prendendo quindi in considerazione questa azione del cloruro di sodio, l'impostazione del problema varierebbe in questo senso: quale influenza ha lo stato di acidosi sul ricambio idrocarbonato?

A questa domanda si può senz'altro rispondere con dei dati ormai accertati.

Si sa infatti che lo stato acidosico rappresenta l'optimum per la trasformazione idrolitica degli idrati di carbonio e per la loro completa ossidazione; tanto è vero che nei diabetici nei quali esiste invece uno stato alcalosico si ha ricambio degli idrati stessi ritardato od ostacolato.

Questo stato acidosico come abbiamo detto sopra ha origine nei tessuti e sono appunto i tessuti quelli che debbono ossidare il glucosio; in altri termini la concatenazione dei fatti sarebbe questa: l'introduzione di cloruro produce acidosi, l'acidosi aumenta i processi ossidativi dei tessuti, quanto più i tessuti ossidano tanto meno glucosio passerà nel sangue e viceversa.

Se il meccanismo di produzione dell'ipoglicemia fosse questo supposto, dovrebbe essere provato dall'aumento nell'assunzione di ossigeno e dall'aumento nella emissione di anidride carbonica con la ventilazione polmonare.

È questa una delle prove che ci riprometteremo di condurre su larga scala dato che alcune determinazioni del metabolismo basale da noi praticate a semplice scopo di scandaglio, prima e dopo iniezione di cloruro sodico ci hanno fornito risultati incerti, come si può vedere dalle cifre sottostanti:

Nome	M. B. prima dell'iniezione	M. B. 20' dopo l'iniezione
A. V.	+ 38 %	+ 16 %
S. R.	+ 2 %	+ 2 %
B. P.	+ 1 %	+ 11 %
R. M.	+ 12 %	+ 14 %

Come si vede da queste poche determinazioni che avrebbero dovuto avere una azione di « indirizzo », nessun dato è venuto alla luce: si impone quindi una ricerca sistematica su un gran numero di pazienti, cercando inoltre di mettersi sempre nelle stesse condizioni di esperimento prima e dopo l'introduzione del sale, per evitare ogni possibile variazione del metabolismo indipendente dalla introduzione stessa.

La seconda azione del cloruro di sodio che potrebbe avere importanza per spiegare il fenomeno della ipoglicemia, potrebbe essere quella che il sale ha sulle diastasi.

Si sa infatti che questo sale fà da intermediario tra la diastasi e la sostanza da trasformare e senza di esso la diastasi non potrebbe agire.

Esistono delle esperienze che dimostrano come liberando ad esempio l'amilasi dai sali e mettendola in contatto con la sostanza da trasformare, si ottiene un effetto nullo. Mentre questo effetto ritorna quando all'amilasi resa così inattiva si aggiunga cloruro di sodio.

Glatzel ad esempio per indagare sullo stretto rapporto esistente tra il metabolismo degli idrati di carbonio e quello del cloruro di sodio. ha studiato l'azione di quest'ultimo in rapporto, alle diastasi salivare, pancreatica ed epatica riuscendo a dimostrare che il cloruro di sodio accelera l'azione di esse.

Se teniamo quindi presente che nel sangue esistono queste diastasi, possiamo supporre da quanto si è detto che esse vengono stimolate con l'introduzione del cloruro e producano una ipoglicemia.

Un'altra ipotesi per spiegare quest'ultima, potrebbe esser invocata in una forma di difesa che il sangue oppone all'aumento immediato e temporaneo della sua concentrazione con il riversare nei tessuti oltre che il cloruro di sodio in eccesso, come è dimostrato che avvenga, anche una parte del glucosio, quasi che nella fretta di liberarsi dell'eccesso di sostanze cristalline se ne liberi in massa senza tenere un preciso criterio di scelta.

Anche per la via dei reni si poteva supporre che avvenisse una eliminazione di glucosio, ma oltre che in alcune nostre osservazioni condotte a questo scopo non si sono trovate comparsa o variazione di zucchero nelle urine prima e dopo iniezione endovenosa di cloruro di sodio, bisogna pure ricordare che nelle constatazioni di Mac Lean e altri la glicosuria esistente dopo introduzione di cloruro è scomparsa.

Quello piuttosto che noi faremo è di ricercare nelle urine non lo zucchero ma i suoi prodotti di scissione.

Così man mano che ci si addentra nell'argomento sorgono numerosissime le idee sul meccanismo di questa ipoglicemia e sul destino del glucosio che si è visto scomparire dal sangue: da quella che possono essersi prodotti una maggiore formazione e un maggiore accumulo di glicogeno nel fegato e nei muscoli, alle possibili azioni che l'introduzione del cloruro di sodio può spiegare sulle ghiandole a secrezione interna (è noto il rapporto con le surrenali: Loeb, Weinstein, Siwe, ecc.) e per mezzo di esse o direttamente su tutto il sistema nervoso vegetativo (iperproduzione d'insulina da stimolazione del vago ecc.).

Così si potrebbe continuare nelle ipotesi e nelle ricerche, studiando anche l'interesse pratico del problema, ad esempio l'influenza che il sale può avere sulla azione insulinica ecc.

È quello che ci ripromettiamo di fare in successive esperienze, oltre che per un certo senso di paternità sull'argomento, anche perchè esso si presenta di così grande interesse scientifico per le questioni fisiologiche e fisiopatologiche che abbraccia e di così veramente grande interesse pratico per le applicazioni che se ne possono trarre in uno dei più delicati campi della umana patologia.

RIASSUNTO.

L'A. riassume la storia breve e recente delle ipoglicemie consecutive alla introduzione nell'organismo di cloruro sodico, mettendo in rilievo la parte che personalmente gli compete in tale reperto; riafferma la realtà del fenomeno sulla scorta di altre 15 esperienze; tenta di emettere delle ipotesi patogenetiche corredate da alcune ricerche sul metabolismo basale e sul dosaggio del glucosio nelle urine di alcuni dei casi trattati; accenna alle applicazioni pratiche del fenomeno stesso e si riserba di continuare lo studio sul meccanismo della ipoglicemia in parola, esponendo alcune delle esperienze che a tale scopo intende condurre.

BIBLIOGRAFIA.

1) THOMPSON, MAC QUARRIE, IRVINE. Proc. Soc. Exper. Piol. a. Med., 1934.
2) GLASS, JERZY u. BEILESS. Ztschr. f. exper. Med., 1930.
3) SCIACCA F. Policlinico, Sez. Ch., 1935.
4) A. R. MAC LEAN. Proc. of the St. Meet. of the Mayo Cl., 1935.
5) LOEB ecc. Journ. Amer. Med. Ass., 1935.
6) SIWE. Klin. Woch., 1935.
7) GLATZEL. Klin. Woch., 1935.
8) SCALA. *Pat. del Ricambio*, 1933, 1934, 1936.
9) MEYER. Klin. Woch., 1933.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

Le cause del riflesso epilettico.

(P. HARTENBERG. *Journal des praticiens*, 12 settembre 1936).

Gli attacchi epilettici sono dovuti ad una reazione cerebrale patologica che si estrinseca a mo' di riflesso. Questo riflesso sembra costituito di tre tempi successivi: 1) eccitazione iniziale; 2) inibizione dei centri superiori del cervello; 3) scarica dei centri sottocorticali e midollari. Questi ultimi due fenomeni sono le conseguenze dell'eccitazione iniziale; questa quindi rappresenta la causa del riflesso.

La causa prima dell'epilessia è sempre un'alterazione cerebrale, che costituisce il punto di partenza dell'eccitazione iniziale. Senz'alterazione cerebrale non v'è epilessia.

Questa opinione poggia su tre ordini di fatti:

1) L'esame minuzioso dei malati dimostra nell'80 % dei casi segni clinici di lesioni cerebrali, talvolta grossolane (idiozia, paralisi, contratture, ecc.), talvolta discrete (lieve asimmetria facciale, ineguaglianza dei riflessi, esagerazione unilaterale del tono con accenno all'estensione dell'alluce, adiadococinesia, ecc.). Nel 20 % dei casi nei quali manca ogni manifestazione clinica, si può supporre che l'alterazione cerebrale sia minima o localizzata in zone silenziose dell'encefalo.

2) Lo studio anamnestico dei malati mette in evidenza in un gran numero di casi fatti che fanno presumere pregresse affezioni cerebrali.

3) L'autopsia in un buon numero di malati conferma l'esistenza di sì fatte alterazioni.

Queste lesioni epilettogene possono essere di sede, natura e importanza diverse. Alcune sono lesioni accidentali o evolutive (avvallamento del cranio, scheggie, ascessi, tumori, encefaliti, ecc.) che provocano fatti legati al progresso stesso della lesione. Altre invece sono lesioni croniche, fisse, consistenti in tessuto cicatriziale inemendabile. Queste ultime provocano manifestazioni epilettiche che si ri-

petono periodicamente, ossia quelle dell'epilessia « essenziale », che sarebbe meglio chiamare « epilessia cronica ».

Queste lesioni croniche possono avere una triplice origine:

1) Lesioni disgeniche da deteriorizzazione del germe riproduttore, spermatozoide o ovulo, al momento della concezione. Gli agenti di tale deteriorizzazione sono mutlipli: infezioni, specie la tubercolosi e la sifilide, la gotta, il diabete, l'albuminuria, le intossicazioni da alcool, morfina, cocaina, le affezioni locali degli organi genitali. La deteriorizzazione del germe ha per conseguenza un disturbo dello sviluppo del cervello e la formazione di sclerosi cerebrali che diventano epilettogene.

2) Lesioni traumatiche da parto distocico, compressione della testa, parto laborioso, applicazione di forcipe, emorragia meningea, caduta sulla testa, avvallamento del cranio, ferita del cervello, ecc.

3) Lesioni di natura infiammatoria, esiti cicatriziali di meningite, meningo-encefalite, ascesso del cervello, ecc.

In genere queste lesioni sono tanto più epilettogene quanto più sono precoci, voluminose, profonde, e situate nei lobi parietali e frontali.

Esse agiscono come un vero corpo estraneo determinando uno stato d'irritazione cronica degli elementi vicini.

L'esperiesnza dimostra che la scarica del riflesso epilettico può essere favorita da condizioni di ordine diverso.

A) Stati patologici:

1. Disturbi digestivi: indigestione, imbarazzo gastrico, dilatazione dello stomaco con ptosi. meteorismo, stipsi, enterite cronica, purghe violente, ecc.

2. Distubi cardiaci: vizî valvolari, aritmie, extrasistoli, bradicardia, ecc.

3. Malattie locali di tutti gli organi capaci di provocare irritazioni riflesse.

4. Infezioni: influenza, malaria, tubercolosi, sifilide, ecc.

5. Affezioni croniche: gotta, diabete, albuminuria, uremia, anemia, cachessia, ecc.

6. Stati neuropatici: astenia, esaurimento, ansietà, squilibrio vago-simpatico.

7. Ingestione di sostanze tossiche o eccitanti: alcool, caffè, morfina, cocaina, chinina, tiroidina, adrenalina, piombo, mercurio, arsenico, ecc.

B) Stati inerenti all'attività fisiologica dell'organismo:

1. Pasti troppo abbondanti; masticazione insufficiente; ingestione di alcuni alimenti indigesti (uova, pesce, molluschi, crostacei, cavoli, ecc.), oppure nocivi per sè stessi (idrocarbonati, zucchero, cioccolatto, sale); eccessiva ingestione di liquidi; ingestione di bevande alcooliche, eccitanti, gassate; variazioni della circolazione cerebrale; episodî della vita sessuale (pubertà, regole, menopausa, coito, masturbazione, gravidanza, la quale ultima può anche sospendere gli accessi); variazioni umorali ed endocrine; modificazioni della temperatura del corpo; ed infine fattori esterni (caldo, freddo, bagno troppo caldo o troppo freddo, doccie violente, abbassamento del barometro, altezza, venti, uragani).

Ma quali che siano gli agenti o condizioni provocanti, essi agiscono sempre aumentando l'azione irritante della lesione e l'eccitabilità cerebrale, abbassando la soglia del riflesso, scatenando la reazione.

Ma oltre a ciò il riflesso è favorito da una terza causa: l'abitudine epilettica. La ripetizione degli accessi costituisce nel cervello una vera abitudine morbosa che ne facilita sempre più il ritorno. Viene un momento nel quale quest'abitudine è così forte che ogni minima causa (digestione laboriosa, stanchezza, emozione, risveglio brusco, ecc.) basta a provocare una crisi.

Questa abitudine spiega l'aggravamento del male, la sua incurabilità, la frequenza delle recidive.

Da queste considerazioni si deducono le seguenti conclusioni terapeutiche:

1) Curare il malato il più precocemente possibile acciò l'abitudine morbosa non abbia tempo di stabilirsi.

2) Cercare, adoperando i mezzi più energici, di sopprimere totalmente le crisi, anche le più leggere, perchè ogni crisi per quanto minima, ingenera l'abitudine.

3) Continuare il trattamento integrale per un lungo periodo di tempo affinchè l'abitudine abbia il tempo di esaurirsi. Solo dopo tre anni si può attenuare la cura.

DR.

Una rara complicanza della ventricolografia. I disturbi visivi.

(A. BAUDOUIN. *La Riforma Medica*, 13 giugno 1936).

La ventricolografia proposta da Dandy nel 1918, pur avendo resi dei servigi immensi è purtroppo un metodo di indagine non completamente innocuo. Molti hanno trattato gli accidenti ad essa legati: sono in genere disturbi senza gravità consistenti in cefalee, nausee, vomito, rialzo modico della temperatura e solo in via eccezionale si possono avere fenomeni gravi: ipertermia, stato stuporoso, convulsioni, morte.

L'A. tratta nel suo lavoro i disturbi della vista che possono apparire dopo la ventricolografia per via occipitale. Prima di lui solo Masson scrisse un articolo su sei casi di cecità transitoria, consecutiva a ventricolografia. È appunto questa sindrome che si è presentata nel paziente studiato dall'A.

Si trattava di un uomo di 43 anni che pre-

sentava uno stato di debolezza intellettuale progressiva, perdita della memoria, andatura esitante, indebolimento degli arti inferiori. Per chiarire la diagnosi gli fu praticata la ventricolografia per via occipitale, subito dopo la quale il malato dette l'impressione di non veder chiaro e di cercare a tentoni gli oggetti. Il giorno seguente aveva l'aspetto di un cieco, ma interrogato in proposito rispondeva che ci vedeva; solo accusava mal di capo. L'esame neurologico era negativo e quello del fondo dell'occhio mostrava una reazione banale, frequente dopo le ventricolografie. Un oculista dichiarò che esisteva cecità completa. Fu dopo diciassette giorni che la vista cominciò a ritornare e da allora l'acutezza ed il campo visivo migliorarono progressivamente, fino al ritorno allo stato normale.

L'A. analizza minutamente il caso clinico e dice che i caratteri della cecità del suo malato permettono di affermare che la lesione era situata dietro i corpi genicolati: si tratta dunque di una cecità corticale, fatto questo avvalorato dalla incoscienza che il paziente aveva della cecità stessa. Riguardo al meccanismo delle lesioni pone con sicurezza la puntura occipitale direttamente alla origine dei disturbi visivi. Nel corso di una ventricolografia, l'ago che va alla ricerca del corno occipitale, rasenta le radiazioni ottiche, ed è facile che esse possano esserne traumatizzate: se la lesione è bilaterale ne deriva cecità, se monolaterale, emianopsia monolaterale omonima. Non è necessario che la lesione sia molto grave; inoltre è probabile che altri meccanismi si aggiungano a creare il disturbo visivo: le emorragie e l'edema favoriti dallo stato patologico del cervello del paziente.

L'A. chiude il suo interessante articolo insistendo sul fatto che la comparsa di cecità o di emianopsia dopo la ventricolografia è accidente raro ed inoltre transitorio e che perciò non pregiudica affatto questo importantissimo metodo diagnostico.

F. VICENTINI.

MISCELLANEA.

Il trattamento della fibrosite.

(W. S. C. COPEMAN. *British med. journ.*, 13 giugno 1936).

Fibrosite è un termine generico per indicare una condizione di dolore, rigidità e limitazione di movimenti in qualche parte del corpo. Può essere definita come una condizione in cui le modificazioni infiammatorie interessano i tessuti sottocutanei, le fascie superficiali o profonde, le guaine muscolari ed i tendini, le porzioni fibrose delle capsule articolari ed i legamenti, le borse e le guaine fibrose dei nervi più grossi. Secondo la natura della struttura coinvolta, può essere divisa in: 1) *Pannicolite;* infiammazione dei tessuti sottocutanei e del grasso; 2) *Miosite* (fascie superficiali e profonde, guaine muscolari e tendini); 3) *Neurite* (guaine dei nervi).

Le manifestazioni cliniche variano secondo la parte affetta. P. es., l'effetto predominante quando sono interessati i muscoli del collo sarà la cefalea; per quelli degli arti, l'intorpidimento ed il formicolio; per i tessuti fibrosi periarticolari, la rigidità ed il dolore al movimento, spesso falsamente attribuiti ad artrite. Passato il periodo acuto, si rilascia lo spasmo, ma rimangono delle aree di induramento nodulare che si avvertono nei muscoli, che sono talora dolenti alla palpazione.

Gli individui colpiti da fibrosite hanno spesso una difettosa circolazione cutanea, che si palesa con un'abnorme sensibilità al freddo ed alle correnti localizzate, con ecchimosi da lievi contusioni e col fatto che anche col gran caldo, essi traspirano difficilmente. Gli attacchi di fibrosite si possono manifestare senza apparente detrimento della salute generale e si può pertanto ritenere che in tali casi la causa non ne sia primariamente infettiva.

Per un trattamento razionale, è anzitutto utile la ricerca della eziologia. Molti casi specialmente della parte superiore del corpo e degli arti possono essere ricondotti ad infezioni focali dei denti o delle tonsille. La negatività dell'esame radiografico dentale non basta per escludere le infezioni apicali. Il focolaio può trovarsi nell'intestino o nella prostata (praticare il massaggio e fare eventualmente colture con il liquido che si ottiene, allo scopo di preparare il vaccino).

Un altro gruppo di casi è quello in cui la condizione è legata alla gotta od alla particolare sensibilità per certi alimenti. Questi casi possono essere sospettati quando si vede una salute eccellente negli intervalli, la ricorrenza periodica o stagionale degli attacchi, la storia di gotta in famiglia o dell'incapacità di digerire certi cibi od il fatto che la fibrosite tende a colpire la parte inferiore del corpo. Tali pazienti hanno spesso il complesso sintomatico dell'epatismo, che si manifesta principalmente con cefalea mattutina, lingua impaniata e tendenza allo svuotamento incompleto dell'intestino, con feci poco colorate e puzzolenti; vi è spesso anche una certa dolorabilità alla palpazione del fegato. Per tali pazienti, il trattamento sarà quello consueto della gotta, con particolare attenzione all'intestino ed agli alimenti per cui essi possono essere sensibili.

Vi è finalmente un'altra categoria di casi, in cui la fibrosite può essere riportata a sforzi od a posizioni viziose; così accade per il dolore alla fascia lata della coscia, in rapporto con un piede piatto. Tali pazienti guariscono quando si corregge la deformità; talora anche dei dolori alla schiena possono essere attribuiti alla stessa causa.

LA TERAPIA MEDICAMENTOSA.

Nello stadio acuto, è consigliabile il riposo in letto; come analgesici, sono da prescriversi l'aspirina o l'acetilsalicilato di calcio (in quantità di 30-90 cg.). Eventualmente, si può aggiungere lo joduro di potassio (12-30 cg.) oppure la fenacetina (30-60 cg.) o la caffeina (30 cg.).

Vi sono delle specialità che, oltre all'aspirina e la fenacetina, contengono del fosfato di codeina (1 cg. per ogni tavoletta); con l'aspirina si può somministrare anche la polv. del Dover (30 cg.) ma ha effetto costipante. Il piramidone (18-90 cg.) agisce centralmente e può giovare in casi in cui i salicilati sono inefficaci. Esternamente, è consigliabile un preparato che agisca da rubefacente e da controirritante. L'unguento di salicilato di metile ha l'inconveniente dell'odore forte, ma è attivo, specialmente in forma di balsamo di Bengue al capsicum.

Può dare un certo sollievo il cataplasma di seme di lino ben caldo, con oppio, applicato ogni 4 ore, come pure un panno imbevuto in una soluzione calda di senape. Il massaggio è sconsigliabile nei casi acuti.

Si somministrerà anche un purgante (calomelano 3-12 cg.), seguito al mattino seguente da solfato di sodio o di magnesio in acqua calda. In certi casi, fanno bene i lavaggi del colon continuati per 1-3 settimane. L'eventuale immobilizzazione dei muscoli della schiena può ottenersi con del cerotto alla belladonna.

Quando lo stato è meno acuto ed il paziente può alzarsi, è indicata l'applicazione del caldo e del massaggio. Il primo può essere secco od umido; è inefficace l'alternativa dei due. Il calore secco può esser dato da una lampada elettrica o da un termoforo, da esposizione alla fiamma del gas (raggi infrarossi) o con dei ferri caldi o dei sacchi di sabbia calda.

Il calore umido può essere applicato in forma di caolino, di cataplasmi di linseme che sono forse più efficaci sebbene di preparazione meno agevole che l'antiphlogistine. Si usa anche della paraffina a determinato punto di fusione. Se il paziente è in condizione di farlo, va bene un bagno turco, facendo bere copiosamente prima, durante e dopo, poichè altrimenti, la concentrazione del sangue che ne segue può risvegliare un altro attacco. Un metodo semplice consiste in un bagno il più caldo possibile, con l'aggiunta di 1 kg. e 1/2 di solfato di magnesio, con 5-10 minuti al massimo di immersione. Fare poi delle forti fregagione, avvolgere il paziente in un lenzuolo e lasciarlo in letto per varie ore. Dopo di che si potrà fare un vigoroso massaggio.

IDROTERAPIA E CONTRO-IRRITAZIONE.

Se il paziente si trova in vicinanza di uno stabilimento di bagni, si farà fare la doccia alternata (calda e fredda, diretta sull'area dolorosa sotto pressione).

In certi casi, come p. es., nella lombaggine è utile la contro-irritazione che si può fare riscaldando al calore bianco una consueta ansa di platino per batteriologia ed applicandola sulla pelle dei muscoli affetti in 12-14 punti. Ne risulta una piccola vescicola; tutta l'area viene poi ricoperta con garza. Un cauterio elettrico può fare lo stesso con più efficacia. Con il vescicante cantaridato si ha un'efficacia minore. In qualche caso, possono essere efficaci le coppette secche, come pure l'esposizione ad una lampada a vapori di mercurio.

Nella fase cronica, è utile il massaggio; si devono ricercare i noduli e fare un massaggio profondo su questi punti. Dopo un primo periodo in cui tali noduli sono assai dolorosi, si vede che essi diventano insensibili alla palpazione e poi scompaiono. Il processo è accelerato se si applica il caldo, nei modi anzidetti, per 20-30 minuti. In qualche caso, invece, questo trattamento provoca uno spasmo e l'impastamento del massaggio è impossibile; allora, prima di iniziare il trattamento, si somministrerà dell'aspirina o qualche altro analgesico.

In presenza di noduli dolorosi, può giovare l'iniezione di qualche cmc. di novocaina.

Nella maggior parte di questi pazienti, conviene prescrivere una dieta per la riduzione di peso, limitando specialmente gli amidi ed i grassi, eliminando il pane, le patate e le pasticcerie e somministrando dei prodotti per diabetici o dei biscotti di crusca. Un giorno o due di digiuno completo, all'inizio, spesso tronca gli attacchi; si daranno però abbondanti liquidi. Nei casi ostinati, può essere utile la tiroide.

Quando si sospetta la natura gottosa, 1-2 iniezioni endomuscolari di atophanyl ad intervalli di qualche giorno può avere un buon effetto; in aggiunta, si prescriveranno per qualche settimana dei preparati a base di urutropina e piperazina.

Il paziente dovrà poi fare giornalmente degli esercizi muscolari, specialmente passeggiate all'aria libera e l'obeso deve evitare di riguadagnare del peso.

In generale, la prognosi della fibrosite è buona, salvo per i casi senili che sono resistenti ai consueti trattamenti.

fil.

Le emoglobinurie parossistiche.

(L. J. WITTS, *Lancet*, 18 luglio 1936).

L'emoglobinuria quasi sempre è dovuta alla lisi intravasale delle emazie, ed è quindi preceduta da emoglobinemia.

L'ossiemoglobina abbandonata dai corpuscoli rossi comincia subito a subire un processo di trasformazione convertendosi in metemoglo-

bina e altri derivati fino alla bilirubina, ma il problema della natura di queste sostanze intermedie o del passaggio delle grandi molecole di emoglobina attraverso il piccolo filtro glomerulare è ancora insoluto.

Le urine emesse durante la crisi contengono ossiemoglobina, metemoglobina, ematina ed altri pigmenti ematici. Contemporaneamente si ha sempre albuminuria e talvolta anche cilindruria. L'urobilina può essere presente, ma la bilirubina è di solito assente.

L'iniezione endovenosa di emoglobina produce negli individui normali emoglobinuria senza disturbi generali. Ma l'emolisi intravasale capace di produrre l'emoglobinuria è accompagnata generalmente da disturbi generali provocati dallo stroma delle emazie e probabilmente anche dall'emoglobina liberata. La trasfusione di 50-100 cmc. di sangue incompatibile può provocare gravi reazioni (brividi, tremori, febbre, cefalea, vomito, urticaria) ed anche la morte. Se l'individuo sopravvive alla reazione immediata la morte si può verificare più tardi in seguito ad anuria dovuta al blocco meccanico dei tubuli renali da parte dell'emoglobina precipitata e anche all'avvelenamento dei reni da parte dei prodotti dell'emolisi.

Nell'emoglobinuria parossistica l'elemento essenziale dell'attacco è la lisi dell'emazie con conseguente anemia ed emoglobinemia. Segue immediatamente la bilirubinemia, ma non si ha ittero a meno che il fegato non venga danneggiato dalla reazione generale e dall'anemia. L'eventuale ittero è di tipo acolurico ed è accompagnato da reazione van der Bergh indiretta o, nei casi gravi, diretta con escrezione della bile nelle urine. I corpuscoli bianchi e le piastrine diminuiscono radipamente di numero durante la crisi, ma in seguito si ha leucocitosi e trombocitosi. La rigenerazione del sangue avviene rapidamente a meno che l'emolisi sia continua e protratta, e per un certo tempo può verificarsi anisocitosi, poichilocitosi, basofilia, reticulocitosi, nonchè la comparsa di emazie nucleate e mielocitosi nei vasi periferici.

Tra i fatti gravi, oltre all'anemia ed all'anuria, vanno considerati i disturbi vasali. L'emolisi può essere preceduta da agglutinazione delle emazie o può essere accompagnata da lesioni dell'endotelio vasale, fatti che possono provocare trombosi ed embolie. Possono pertanto verificarsi gangrene e dolori delle orecchie, del naso e delle dita delle mani e dei piedi, infarti della milza e dei pulmoni, coliche addominali con emorragie intestinali, trombosi dei seni endocranici e della retina, trombosi delle vene degli arti.

L'emoglobinuria si può verificare nel corso di molte affezioni: in vari avvelenamenti (clorato di potassa, idrogeno arsenicale), nei traumi, nelle scottature, nella gravidanza, nel puerperio, nel favismo, nella malaria, nell'anemia di Leiderer che inizia appunto con emoglobinuria, nella sifilide terziaria, ecc.

Ma a parte queste forme sintomatiche ve ne sono altre nelle quali l'emoglobinuria non appare legata a condizioni morbose preesistenti. Tra le forme idiopatiche le più comuni e le più caratteristiche sono quelle da freddo, da sforzo, l'emoglobinuria ricorrente o notturna di Marchiafava e Micheli, l'emoglobinuria paralitica.

Gli attacchi di emoglobinuria a frigore sono determinati generalmente dall'esposizione al freddo e provocati sperimentalmente dall'immersione delle mani o dei piedi in acqua ghiacciata per 10-20 minuti. Durante i periodi intervallari non esiste emolisi. I soggetti sono per lo più affetti da sifilide terziaria o congenita, ma la condizione può verificarsi anche in individui non sifilitici ed apparentemente sani.

L'emoglobinuria da sforzo suole verificarsi a seguito di sforzi fisici specie in posizione eretta e particolarmente dopo marcie prolungate. È una forma rara. I soggetti sono del tutto sani, senza segni di sifilide, di emolisina nel sangue o di abnorme fragilità delle emazie. Gli attacchi si verificano solo in seguito a sforzi specie se fatti in piedi e mai in seguito a perfrigeramento. La condizione si manifesta esclusivamente nel corso del rapido sviluppo somatico e scompare quando la statura adulta si è stabilizzata. Come l'albuminuria ortostatica è quasi esclusiva dei maschi. Tra i fattori predisponenti è segnalata la lordosi lombare.

Nell'emoglobinuria da sforzo l'emoglobinemia è relativamente bassa, i sintomi generali sono scarsi e poco rilevanti, per lo più solo dolore lombare. Sembra che essa sia dovuta più che ad un'emolisi generale endovasale, ad un'emolisi locale limitata ai vasi dei reni. In effetti la quantità di emoglobina che viene emessa con le urine è poca.

L'haemoglobinuria recurrens vel nocturna cum anaemia haemolytica (Marchiafava-Micheli) s'inizia come una comune emoglobinuria parossistica o come anemia emolitica, ma quando si è stabilizzata persiste l'emolisi e l'anemia anche nei periodi intervallari. Gli attacchi sono sempre indipendenti da sforzi o perfrigerazioni e hanno tendenza a verificarsi per lo più di notte. Non si conosce la causa e la cura dell'affezione che presto o tardi provoca la morte.

La malattia fu per la prima volta descritta come entità clinica da ematologi italiani, specialmente da Marchiafava (nel testo inglese il nome di quest'ultimo è ridotto a Marchiafa. N. d. R.) e Micheli. Fu in seguito studiata da Rosenthal e nella Clinica Mayo.

Sembra che possa escludersi l'ereditarietà della condizione e l'influenza della sifilide e della malaria.

L'inizio è insidioso con un'anemia lenta-

mente progressiva, e successivamente compaiono gli attacchi di emoglobinuria, che però talvolta costituiscono il fatto iniziale.

Le crisi cominciano più comunemente di notte e spesso l'emolisi è più grave di notte che di giorno. L'emoglobinemia dura per tutto il tempo dell'accesso. Gli attacchi non si verificano durante il sonno diurno e quelli notturni non possono essere prevenuti con alcun mezzo. Talvolta si verificano in seguito a trasfusione o a shock proteinico. Esistono attacchi appena abbozzati: le urine hanno un deposito di colore tabacco chiaro consistente di granuli di pigmento ematico libero o incorporato in leucociti o cellule epiteliali. Questa emosiderinuria è talora molto persistente e può costituire anche il sintoma fondamentale della malattia.

A parte l'emoglobinuria si hanno altri sintomi riferibili all'anemia dovuta alla continua emolisi resistente a qualsiasi cura. Si può avere un modico ittero emolitico, colorito bronzino della cute, milza palpabile, fegato leggermente ingrandito, nonchè calcolosi epatica dovuta all'esagerazione del metabolismo del pigmento. L'anemia è macrocitica e ipercromica, ma raramente le emazie sono così grandi e di volume così variabile come nel morbo di Addison. Le reazioni serologiche della sifilide sono negative. Nel sangue non si sono mai riscontrate emolisine abnormi. La fragilità delle emazie è di solito normale, e perciò la malattia non è influenzata dalla splenectomia.

All'autopsia si riscontra: iperplasia del midollo osseo, intensa emosiderosi nei reni, e meno intensa nel fegato, nella milza, nel midollo osseo e negli altri organi.

Accanto a questa forma è stato descritto qualche caso con sintomatologia analoga e con splenomegalia migliorato con la splenectomia.

La mioglobinuria è una condizione non rara nei cavalli ed in altri animali domestici. Gli accessi si verificano sopra tutto quando gli animali sono rimasti per qualche tempo in riposo e sembrano determinati dall'improvvisa produzione di acido lattico provocati dall'eccessiva quantità di glicogeno accumulatosi nei muscoli durante il riposo.

La mioglobinuria è detta anche emoglobinuria paralitica perchè accompagnata da rapido sviluppo di paralisi o paresi dei muscoli.

DR.

Posta dell'Amministrazione:

DOMANDA: Catalogo generale delle edizioni POZZI.

RISPOSTA: *Ai vari nostri abbonati che domandarono l'invio del Bollettino di tutte le Opere pubblicate dall'editore Pozzi, che non potè essere subito inviato perchè esaurito, comunichiamo che la stampa del nuovo Catalogo aggiornato delle pubblicazioni è finito di stampare e che verrà loro inviato entro la prossima settimana.*

Di detto nuovo catalogo, a richiesta ne verrà inviata subito copia.

L'AMMINISTRAZIONE.

DIVAGAZIONI

L'alimentazione umana nelle età preistoriche.

L'argomento è ampiamente trattato da Virgilio Ducceschi (1) in uno studio che si legge con il più vivo interesse, perchè ricco di notizie e d'induzioni che illuminano il non chiaro periodo nel quale l'uomo si affacciò alla civiltà, e si ricollegano spesso spiegandoli, ad usi e costumi della vita moderna.

Certo la ricerca dell'alimento, oltre la difesa della personalità ed i fatti riferentisi alla riproduzione della specie, costituì la più importante preoccupazione ed occupazione dell'uomo primitivo. Del resto anche nelle civiltà moderne l'esigenze dello stomaco e del sesso, anche se generalmente e in buona parte spiritualizzate o sublimate, costituiscono ancora le molle più potenti, dirette o indirette, palesi o larvate, di ogni attività. Non è difficile immaginare con quale violenza dovettero manifestarsi queste necessità improrogabili, alle quali doveva provvedere quotidianamente ogni individuo, quando non intervenivano per correggerle o frenarle, nè l'educazione, nè le convenienze sociali, nè il timore di pene e sanzioni divine e umane. Se ne può avere una testimonianza diretta nei grandi disastri dell'epoca storica, quando distrutto l'ambiente giuridico-sociale, annientato tutto lo psichismo superiore, la forza dell'istinto, libera da ogni freno, si scatena in tutta la sua animalità.

Sta di fatto che tutti i documenti dimostrano che l'uomo fin dai primi tempi della sua comparsa sulla terra ha cercato di procacciarsi alimenti idonei, di aggiogare e modificare elementi naturali per renderli confacienti alle sue esigenze alimentari, esigenze riguardanti non solo la quantità, ma anche la qualità in rapporto non solo alla digeribilità ed assimilabilità, ma anche al gusto. Nel corso di molti millennî l'uomo preistorico per scoperte successive ha accumulato e perfezionato i mezzi adatti alla produzione degli alimenti, compreso l'addomesticamento e l'allevamento degli animali, la cultura e l'utilizzazione commestibile dei cereali, degli olii vegetali e dei grassi animali, del latte e suoi derivati, delle bevande fermentate. Questa somma di scoperte e di ingegnose applicazioni, comprese quelle relative alla preparazione culinaria ed alla conservazione degli alimenti, fu quasi tutta opera e merito dell'uomo preistorico: i successivi miglioramenti e le aggiunte fino a 50 anni or sono, non rappresentano opera di molto conto.

Nella più antica età della pietra, *civiltà pa-*

---

(1) V. DUCCESCHI. *L'alimentazione umana nelle età preistoriche.* Officine grafiche C. Ferrari, Venezia.

leolitica, che si calcola sia durata oltre 400 mila anni e terminò verso il 70° secolo a. C., gli uomini vissero di prodotti vegetali e animali che spontaneamente trovavano là dove la loro esistenza nomade li conduceva, ossia dove trovavano alimento e caverne o altri ripari dalle intemperie e dalle fiere. Molto probabilmente la donna raccoglieva frutti di alberi e semi di piante erbacee, che erano mangiati crudi, mentre i bulbi e le radici erano cotti alla fiamma, sotto le braci e le ceneri o fra pietre piatte roventi.

L'uomo invece si dedicava prevalentemente alla caccia. Esisteva allora in Europa una ricca fauna: solo per i mammiferi circa il doppio delle specie attuali. Nei periodi glaciali tra i principali mammiferi c'erano il mammut, il rinoceronte ticorino, l'orso ed il leone delle caverne, la renna, il bisonte, il cavallo, i cervidi, e nei periodi interglaciali anche l'elefante antico, il rinoceronte di Merk e l'ippopotamo maggiore.

Gli animali, squartati se grossi, interi se piccoli, venivano infissi su pali e cotti direttamente alla fiamma; le visceri, probabilmente, furono cucinate sotto le braci e fra pietre arroventate. L'arrostimento, una delle forme più saporite e nutritive di preparazione delle carni, fu anche la prima che conobbe l'uomo. Per la funzione di scalco e separazione delle carni dalle ossa si usarono rozzi coltelli di silice, raschiatoi e scarnitoi sempre di pietra, utensili che si trovano a migliaia nelle stazioni di quell'epoca. Dalle ossa lunghe veniva estratto il midollo il quale forse servì non solo come alimento, ma anche per ungere il corpo e conciare le pelli.

In quell'epoca l'uomo praticò anche la pesca, non disdegnò molluschi, crostacei e forse anche grossi insetti (cavallette). Ricercò quasi certamente il miele delle api.

Come stoviglie, allora del tutto mancanti, furono verisimilmente adoperate grosse conchiglie, zucche vuote, corna, ossa cave, specialmente quelle craniche, non escluse forse quelle umane.

Nel paleolitico più recente o superiore (*miolitico*) che durò circa 200 secoli, l'uomo intensificò la fabbricazione di armi (pugnali e arpioni) e altri oggetti d'uso, fatti tutti di pietra, osso e corno; si adoperavano già l'arco e la freccia. In rapporto alla modificazione della fauna fu particolarmente cacciata la renna, che forniva alimenti, pelli per vestimenta, ossa e corna.

Tuttavia il tipo di alimentazione continuò ad essere misto.

Comparvero le prime manifestazioni artistiche sotto forma di graffiti e di pitture (animali, scene di caccia) che per disegno e movimento sono superiori a certe moderne analoghe produzioni, nonchè abbozzi e sculture ricollegantesi a necessità alimentari.

Forse in questa epoca il cane fu addomesticato. Non si trovano indizî di pastorizia e di agricoltura; l'uomo era ancora cavernicolo e nomade.

Nel periodo *neolitico*, che durò 30-40 secoli, si passò dalla vita nomade a quella sedentaria in palafitte e capanne. Il periodo è caratterizzato dall'allevamento e addomesticamento di molte specie animali, dalla coltivazione dei cereali, fatti che mentre diedero varietà al cibo assicuravano vettovaglie per tutte le stagioni dell'anno. Comparve il focolare, simbolo e prova della famiglia e documento insieme di nuove forme di allestimento delle vivande. Si perfezionarono i manufatti di silice, di osso e di corno, si migliorò assai la fabbricazione delle terraglie per uso domestico. Come animali da caccia furono preferiti il cervo, il cinghiale, il capriolo, la lepre ed i volatili, ossia animali erbivori.

Alla fine del neolitico l'uomo europeo già aveva addomesticate le specie domestiche oggi esistenti. Si cominciò ad utilizzare il latte e i suoi derivati. La pesca fu più redditizia per l'uso di ami di osso e anche di reti, nonchè di canotti da tronchi di alberi scavati. Si usò largamente il miele prodotto da api selvatiche.

Si continuò a mangiare frutti, semi, radici e bulbi. Furono usate ghiande abbrustolite che erano mangiate come tali o ridotte ad impasti simili a polenta.

Il fatto capitale è l'introduzione dell'agricoltura, che creò dimore stabili, originò scambî di derrate, fu madre di industrie, e addolcì i costumi. Essa provocò inoltre un cambiamento profondo nel regime alimentare, dapprima con la cerealicultura, e centinaia di secoli più tardi con la frutticultura ed i progressi della orticultura. Furono dapprima coltivati l'orzo e il miglio, quindi il frumento, e più tardi l'avena e la segale.

La scelta dei cereali da parte dell'uomo primitivo deriva dal fatto, sperimentato attraverso millennî, che essi hanno un alto valore energico per il loro contenuto in idrati di carbonio e sostanze proteiche, per la loro facile digeribilità ed assimilabilità, per la possibilità di conservarli e panificarli, perchè hanno un alto potere di acclimatazione nelle regioni più diverse, e perchè infine gli steli e le foglie potevano servire come foraggio. Più tardi si trovò che da essi si potevano ottenere anche bevande fermentate.

La macinazione per un lunghissimo periodo di tempo si faceva a mezzo di due pietre piatte, di cui la superiore mossa a mano sulla inferiore. La farina così ottenuta servì dapprima a fare minestre e pappe e poi focacce non fermentate cotte sulla fiamma, fra la brace o sotto la cenere. È questo il primo abbozzo di pane.

Nelle palafitte e terramare si trovano anche resti di piselli, lenticchie, fave, semi di lino,

nonchè nocciuole, noci, corniole, mele, pere, susine, prugne, sorbe tutte allo stato selvatico.

La *civiltà dei metalli*, iniziatasi con il periodo eneolitico o del *rame*, e comprendente la età del *bronzo* e del *ferro*, segna il completamento o perfezionamento delle conquiste anteriori, e, in riguardo all'alimentazione, porta l'Europa ad un grado molto avanzato di progresso. Essa durò dai 25 ai 30 secoli.

Nell'epoca del bronzo l'agricoltura prende sempre più il sopravvento sulla caccia.

La fabbricazione del vasellame di argilla si sviluppò con criterî artistici e pratici, per la cottura degli alimenti, per la conservazione dell'acqua e del vino e per bere. Comparvero anche i primi vasi di metallo.

Si ottenne l'olio dall'olivo e lo si adoperò per la cottura delle carni.

All'aratro primitivo, costituito da bastoni appuntiti con rami collaterali, si aggiunse il vomere e si aggiogarono i buoi.

S'inizia la selezione delle razze di animali domestici e s'introducono nuove varietà di cereali. L'Italia verso il 1000 a. C. ebbe i principali alberi da frutta coltivati ed in primo luogo il fico, l'olivo e la vite, e con essi l'olio ed il vino. Alcuni legumi (piselli, fave e forse ceci) erano largamente coltivati. Si perfezionò la panificazione.

Verso il V secolo a. C. la pratica comune e l'arte dell'alimentazione avevano raggiunto uno stato di cose molto simile a quello esistente in Europa circa 100 anni or sono, ossia prima dell'introduzione delle macchine e prima della creazione delle grandi industrie alimentari.

Quando l'uomo si affacciò alla storia le piante di utilità generale erano tutte note, sia pure in regioni diverse dalle nostre; perciò se anche il mais, la patata, i fagioli, gli agrumi, giunsero in Italia in tempi relativamente recenti, queste piante erano utilizzate in luoghi di origine fin dai tempi preistorici.

L'uomo, nel corso dei millennî, ha riconosciuto e preferito i cibi dotati di un valore nutritivo più alto, e ciò seguendo quei misteriosi impulsi per cui gli effetti ancora non ben chiari delle carenze e degli squilibrî alimentari si trasformano in tendenze e ripugnanze più o meno nette e precise, riguardo ai prodotti del suolo e a quelli animali. Tra le 140 mila specie vegetali che vivono sulla superficie terrestre l'uomo ha saputo sceglierne 250, che ha coltivate e che ora rappresentano il patrimonio alimentare vegetale, ma di queste ben 200 appartenevano già al mondo antico. Constatazione analoga può farsi per gli animali domestici.

A questi misteriosi impulsi si aggiungono quelli relativi al gusto, all'accettabilità e tolleranza gastrica, al soddisfacimento del senso della fame ed alla sensazione generale di cenestesi o di benessere. L'uomo secondò questi impulsi con la varietà degli alimenti e con la loro preparazione culinaria. Alla cottura, alla panificazione, al caseificio, alla preparazione delle bevande fermentate ecc., si sono aggiunti oggi altri processi di trasformazione degli alimenti allo scopo di conservare, purificare, unificare il tipo, rendere più gradevoli i sapori, ecc.

L'uomo prima di apprendere a scrivere la sua storia, aveva compiuto un lungo, paziente, mirabile lavoro empirico, fatto di tentativi e di esperimenti durati talvolta molti secoli. Già nelle epoche preistoriche era riuscito, lentamente ma tenacemente, a piegare gli animali a lui più utili all'addomesticazione, a dominare i vegetali coltivandoli e trasformandoli a seconda i suoi gusti e le sue necessità, ed era riuscito perfino a piegare e dominare sè stesso assoggettandosi alla convivenza sociale.

La storia dell'alimentazione umana dimostra che l'uomo ha seguito istintivamente, nella scelta dei suoi cibi principali, cioè le carni, i vegetali ed i grassi, quel criterio fondamentale della qualità che oggi la fisiologia ha riconosciuto come fattore dominante nei fenomeni della nutrizione. *argo.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

A. POLICARD. *Six conférences d'histophysiologie normale et pathologique*, Vol. di pag. 104; Ed. Masson, Parigi, 1935. Fr. 15.

Le sei conferenze di istofisiologia tenute dall'illustre istologo di Lione nelle Università dell'Argentina nel 1935 oltre che lasciare in chi le legge la migliore impressione per la loro semplicità, lucidità e ricchezza di nozioni, dànno la misura di quanto ancora ci si deve aspettare dall'indagine istologica condotta con modernità di vedute. È facile sentir dire che la morfologia ha fatto quasi il suo tempo per lasciare il posto ad altre branche della biologia: frase altrettanto inesatta quanto ingiusta; e chi non si occupa puramente di istologia (e in realtà il modo con cui sono prospettate e trattate le questioni svolte lascia chiaramente vedere che queste conferenze del Policard sono proprio destinate non tanto agli istologi quanto piuttosto a quanti si vogliono occupare di problemi biologici in senso lato in rapporto alla medicina) potrà facilmente vedere quanto siano invece importanti e anzi indispensabili gli elementi che ci vengono forniti dall'indagine morfologica anche in alcuni dei più moderni argomenti di biologia e di medicina.

Naturalmente lo studio morfologico non può e non deve essere semplice fine a sè stesso, ma deve cercare di armonizzare il proprio campo di osservazione coi moderni indirizzi di fisiopatologia e di biochimica.

Questa tendenza ad una tale armonia risalta chiara, in tutta l'importanza dei suoi risultati già raggiunti, in tutta l'ampiezza delle sue fu-

ture possibilità, da queste poche conferenze del Policard.

Gli argomenti trattati sono tutti del più alto interesse attuale: così quello relativo alla formazione della sostanza ossea, ove vien tenuto conto dei moderni orientamenti di studio in questo campo e specie della dibattuta questione del ricambio del calcio, al qual proposito si può anche chiaramente osservare che molti lavori relativi a questo argomento e che hanno portato a così vaste ma non ancora definitive conoscenze, hanno forse tenuto troppo poco conto dell'indagine morfologica; così quello relativo ai processi elementari della ossificazione endocondrale. L'istofisiologia del setto alveolare (sono noti a tutti gli importanti lavori del Policard sulla natura delle cellule di rivestimento degli alveoli polmonari) è trattata in maniera magistrale, per quanto in modo semplice, chiaro, e dimostra quanto la sua conoscenza sia importante nello studio di svariati problemi di fisiopatologia polmonare.

Il meccanismo di nutrizione, la circolazione linfatica, i dispositivi elastici e l'infiltrazione calcarea della parete arteriosa coinvolgono strettamente i fondamentali problemi della patologia dei vasi arteriosi. Infine le larghe possibilità dello studio della morfologia dei tessuti emergono da altri due campi brevemente trattati; e nei quali l'A. ha portato tra i primi dei contributi fondamentali, quello della microincinerazione delle cellule e dei tessuti, e quello della istospettrografia. Possiamo essere spiacenti di una sola cosa: che si tratti di sei sole conferenze, formulando l'augurio di una prossima trattazione più vasta. CHINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

W. CATEL. *Normale und Pathologische Physiologie der Bewegungsvorgänge im gesamten Verdarungskanal*. 1a parte. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1936, RM 50.

Non è possibile rendersi conto dei processi morbosi che alterano il regolare funzionamento degli organi, se non si conosce di questi la fisiologia normale.

L'A., partendo da tale presupposto, affronta il problema per quel che riguarda l'apparato della digestione, e dedica questa prima parte del suo lavoro unicamente allo studio della motilità normale dei vari segmenti del tratto gastro-intestinale.

Nei 7 capitoli del volume troviamo quindi descritti: i metodi di ricerca, l'innervazione, la fisiologia dell'introduzione del cibo, la motilità fisiologica della muscolatura liscia dell'apparato digerente, l'influsso del sistema nervoso sui processi motori, l'influsso dell'alimentazione, le particolari manifestazioni fisiologiche della muscolatura liscia.

La materia è trattata con grande chiarezza e con lusso di particolari, desunti per la massima parte dalla letteratura tedesca, in maniera da offrire al lettore un complesso organico, quale non era fino ad oggi possibile trovare nelle pubblicazioni sull'argomento.

A questo primo volume ne seguirà un secondo riguardante la parte clinica e farmacologica, ed un terzo che si occuperà dei processi di secrezione e di riassorbimento.

M. FABERI.

TH. FÜRST. *Methoden der Konstitutionsbiologischen Diagnostik*. In-8°, di 40 pag. con 2 tav. Hippokrates-Verlag, Stuttgart-Leipzig. Prezzo RM. 2,80.

L'A. mostra l'utilità dello studio costituzionale-biologico degli individui, per la medicina in generale e per la profilassi delle malattie ereditarie, nonchè per la medicina assicurativa e si occupa poi dei metodi di diagnostica generale impostati su tale indirizzo.

Nello studio della tipologia segue la nota classificazione in Leptosomi, Muscolari e Picnosomi, di cui studia le caratteristiche; dà notevole importanza all'indice di Kaup, in cui il peso dell'individuo entra con un coefficiente diverso da quello che si ha in altri indici.

Oltre al tipo morfologico, sono poi considerati i componenti parziali delle parti molli, a cominciare dalla pelle, di cui si esaminano la elasticità, lo stato di riempimento dei vasi (microscopia capillare), la temperatura, il dermografismo; si passa poi all'esame del sistema respiratorio e circolatorio ed agli esami psicologici.

Il piccolo libro non fa che dare un accenno dei diversi metodi, per dimostrare come si procede alla determinazione del tipo morfologico, per arrivare a quello dinamico-funzionale. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 13 giugno 1936.

Presidente: Prof. G. DI GUGLIELMO.

Sulle cataratte embrionali.

L'O. descrive cinque casi di cataratta congenita, che egli ritiene di genesi embrionale. Nel primo si trattava di una forma rara di cataratta nucleare dura; nel secondo, terzo e quarto caso di tre forme di cataratta zonulare centrale; il quinto rappresentava una forma anch'essa rara di cataratta polare posteriore stratificata. I processi catarattosi embrionali possono restare localizzati, nel tempo, al solo cristallino embrionale, o anche a quello fetale, o possono continuarsi nella vita post-natale in modo da aversi corrispondenti e successive forme di cataratta nucleare embrionale, fetale, perinucleare, totale. Secondo l'O. bisogna embriogeneticamente e clinicamente distinguere le cataratte zonulari in nucleari o embrionali, che egli

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

mette in particolare rilievo, ed in perinucleari o post-natali, e non confondere le une con le altre, come erroneamente è stato fatto fin'oggi.

Bolla emorragica acuta della cornea.

Prof. E. Moretti. — L'O., dopo aver accennato alla letteratura della cheratite bollosa, descrive un eccezionale caso di bolla emorragica della cornea osservato in una glaucomatosa con ipertensione arteriosa.

Tale bolla si presentava come una grande macchia rossa rilevata sul resto della superfice corneale. L'esame biomicroscopico accertava una vescicola costituita dallo strato epiteliale sollevato sulla Bowmann da un accumulo di eritrociti.

Secondo l'O. la vescicola si è formata in seguito alla rottura di una ansa vascolare abnormemente allungatasi nella cornea; quindi sarebbe un semplice stravaso sanguigno, da mettersi in rapporto con lesioni arteriosclerotiche del capillare con l'ipertensione arteriosa e col glaucoma. Pertanto si tratta di una alterazione corneale nettamente distinta dalla cheratite bollosa emorragica.

Ipermetropia elevata, rara, famigliare.

Prof. E. Moretti. — L'O., dopo aver riassunto i pochissimi casi finora descritti d'ipermetropia d'alto grado, familiare, riferisce due osservazioni proprie.

Si tratta di due sorelle, una con 21 D. e l'altra con 17 D., la cui madre presentava anch'essa microttalmo.

L'O., che ha dovuto praticare l'enucleazione di un occhio nel primo caso per glaucoma assoluto, afferma che, contrariamente ai casi finora descritti da Hertel e da Kraemer, i bulbi oculari hanno la forma quasi perfetta di una sfera essendo i diametri dell'equatore 18 mm. e quello antero-posteriore 17,7 mm.

Inclusioni d'olive di vetro nel guscio sclerale. (Operazione di Mules).

Prof. E. Moretti. — L'O. riassunti accuratamente tutti gli interventi finora praticati per migliorare la protesi oculare fa cenno alla letteratura sull'operazione di Mules e riferisce i risultati ottenuti in 25 casi da lui operati in due anni.

Il metodo usato dal Moretti, è quello di una comune « exenteratio oculi » a cui fa seguire l'innesto di una ovoide vuoto di vetro e la sutura.

Nei casi operati ebbe a riscontrare sei espulsioni spontanee dell'olive innestate; non ha lamentato mai complicanze di nessuna specie e tanto meno casi di oftalmia simpatica.

Concludendo, afferma che data la mancanza di qualsiasi pericolo e per la facilità dell'intervento, come pure per i suoi ottimi risultati estetici, che permettono alla protesi di muoversi in tutti i sensi e quindi di ridare la normale espressione al volto, tale operazione è da preferirsi alla enucleazione ed alla eviscerazione.

Su due casi non comuni di idroftalmo congenite.

Dott. C. Tita. — L'O. presenta due casi di idrottalmo congenito, presentatisi alla nascita con un intorbidamento corneale parenchimatoso totale e alta ipertensione endoculare. Cerca di stabilire l'epoca d'insorgenza dell'affezione nel corso della vita endouterina e richiama l'attenzione sulla necessità della diagnosi differenziale tra l'affezione in parola e la cheratite parenchimatosa congenita.

Turricefalia con esoftalmo unilaterale.

Dott. C. Tita. — L'O. presenta un caso di turricefalia con esoftalmo unilaterale (sinistro) senza altra manifestazione oculare. Spiega tale unilateralità dell'esoftalmo con l'asimmetria dei due tetti orbitari, accertata radiologicamente.

L'O. mette in rilievo lo stato di adenoidismo del soggetto in esame e un'opacificazione, radiologicamente accertata, del seno sfenoidale di sinistra.

Gomma della coroide.

Prof. G. Favaloro. — L'O. riferisce in secondo caso di gomma della coroide che rientrerebbe, fra le manifestazioni mircoterziarie, e che confermerebbe i caratteri di localizzazione, di benignità, di guarigione della gomma, nonchè il reperto oftalmoscopico collaterale, già precedentemente segnalati.

Prof. G. Favaloro. — *Note di chirurgia oculari.*

Seduta del 6 luglio 1936.

Ricerche sperimentali sulla tossicità del sangue degli epilettici. Reperti istopatologici nella milza.

Prof. V. Longo. — Il sangue di soggetti epilettici, iniettato endovena in conigli, determina, in confronto del sangue di soggetti normali, delle gravi alterazioni istopatologiche nella milza dei conigli così trattati.

Le alterazioni oscillano tra i gradi più lievi di sofferenza del tessuto splenico (congestione, dilatazione degli spazi linfatici, reazione istiocitaria) ed i gradi di grave compromissione dell'integrità dell'organo sotto forma di fatti più o meno vasti e più o meno gravi di necrosi ischemica iniziale ed avanzata.

I "cosidetti,, tumori ossei del polmone.

Prof. R. Reitano. — L'O. descrive un « osteoma » ramificato diffuso, bilaterale dei polmoni — eccezionale per l'estensione assunta — in un individuo di anni 69. A fondamento patogenetico del processo stanno essenzialmente un disturbo del circolo polmonare e alterazioni distrofiche del parenchima polmonare stesso, secondo un meccanismo complesso.

È riveduta ampiamente la letteratura sull'argomento.

Si è del parere, che si debba escludere la natura tumorale del « cosidetto » osteoma polmonare.

Contributo alla reazione emoclasica nei tumori maligni.

Dott. G. B. Fornari. — L'O. ha praticato la reazione emoclasica Citelli-Piazza in 95 individui affetti da tumori maligni in massima parte delle prime vie aeree e digerenti ottenendo 79 risultati positivi e 16 negativi. In 21 controlli la reazione è stata negativa in 17 e positiva in 4.

Riassumendo i risultati da lui ottenuti con i risultati pubblicati dagli autori che lo hanno preceduto in tali ricerche, l'O. ritiene la reazione emoclasica Citelli-Piazza — ch'è stata positiva nell'82 % dei cancerosi e negativa nell'83,5 % dei controlli — degna di far parte di quel numero di reazioni diagnostiche comunemente usate nella pratica di laboratorio.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

Rapporti fra appendicite cronica e coliti croniche.

Le osservazioni di S. de Nabias (*Journ. Méd. Français*, giugno 1936) si riferiscono a 1101 pazienti considerati affetti da appendicite cronica. Seguendo per lungo tempo i malati ai quali era stata posta questa diagnosi Egli ha potuto giungere alle seguenti conclusioni: l'appendicite cronica è rara. Per lo più essa viene simulata da forme localizzate di colite cronica.

L'appendicectomia eseguita nei casi di colite cronica aggrava spesso la sintomatologia. Dopo qualche settimana si ha la ripresa dei dolori nella fossa iliaca destra.

Concludendo l'A. ritiene che sia di estrema importanza fare una diagnosi differenziale precisa fra le due affezioni. A questo scopo occorre anzitutto ricordare che quando esistono sintomi associati (insufficienza epatica, cistiti ecc.) si può esser sicuri che non si tratta di appendicite cronica e che l'asportazione dell'appendice non deve essere praticata.

E. Carlinfanti.

Anemia ipocromica con sindrome di Plummer-Vinson.

La sindrome di P. V. lungamente descritta dagli Autori anglo-americani consiste essenzialmente in una disfagia al livello della porzione superiore dell'esofago, accompagnata costantemente da glossite di Hunter, ed associata spesso ad alterazioni delle unghie; essa appare come un aspetto anatomo-clinico dell'anemia ipocromica essenziale.

L'osservazione clinica, ematologica ed esofagoscopica di un caso di questa malattia conduce Ed. Benhamou e G. Cohen-Solal (*Soc. Méd. des Hôp.*, 20 marzo 1936) ad interpretarla non come uno spasmo esofageo, come generalmente si ritiene, ma come una paresi dell'esofago, che appare quando la atrofia, e la degenerazione ghiandolare che caratterizzano la glossite di Hunter, si estendono a tutta la mucosa della faringe, dell'ipo-faringe e dell'esofago. Nel caso studiato il pallore e il dimagrimento avevano preceduto di parecchi anni i disturbi della deglutizione.

A mano a mano che, sotto l'influenza del trattamento con protossalato di ferro (10-12 gr. al giorno), insorgeva la crisi reticolocitaria e si elevavano i valori emometrici, si ebbe la scomparsa progressiva della disfagia, mentre la mucosa esofagea e faringea riprendevano il loro aspetto normale.

E. Carlinfanti.

TERAPIA

Il trattamento delle colibacillosi urinarie.

Come osserva Duverget (*Gaz. hôpitaux*, 11 luglio 1936) la terapia delle colibacillosi urinarie ha il duplice scopo di distruggere il colibacillo negli apparati digerente (*sic!*) ed urinario e nel trattare le cause della stasi intestinale ed urinaria.

Regime alimentare. — Evitare le sostanze irritanti l'intestino ed i reni; consigliare frutta, verdure, carni ai ferri ed il vino (che acidifica le urine). Nei casi acuti, dieta idrica.

Medicazione intestinale. — Lottare contro la costipazione; l'A. consiglia di prendere tutte le mattine un cucchiaino di olio di ricino. Se vi è insufficienza epatica, dare i colagoghi (olio di oliva, olio di Haarlem, ecc.); utili gli antisettici intestinali (benzonaftol, collargol, carbone, fermenti lattici).

Medicazione urinaria. — Oltre all'urotropina (3 compresse da 50 cg., 3 volte al giorno), l'A. ha avuto buoni risultati con il salol (g. 2,50-3 nelle 24 ore).

Medicazione acidificante. — Oltre alla carne, il pesce ed il vino, (l'A. parla persino dei liquori!) somministrare acido benzoico (5 g. nelle 24 ore), l'acido fosforico (g. 2,50), il cloruro di calcio (6-8 g.)

Trattamento specifico. — Il vaccino non dà che scarsi risultati, la sieroterapia ne ha qualcuno al suo attivo, se è usata nello stadio acuto durante l'infezione sanguigna, ma è inefficace quando il *B. coli* ha raggiunto il rene. I risultati della batteriofagia sono incostanti. Sembra che si siano ottenuti dei successi con l'uso del siero di maiale (che sarebbe immune contro il colibacillo); se ne danno 3 fiale al giorno per bocca.

Trattamento urologico. — Sotto forma di cateterismo degli ureteri, drenaggio con la sonda a permanenza, lavatura dei bacinetti, è quello che dà i migliori risultati (80 %).

Trattamento chirurgico. — È essenziale quando sia indicato, sia per togliere le cause della stasi intestinale (presenza di briglie) sia diretto all'apparecchio urinario (restringimenti uretrali, calcolo, rene ptosico, ecc.).

Trattamento idrominerale alle sorgenti adatte.

fil.

Morfina od atropina nelle coliche renali?

L'iniezione di morfina è utilizzata abitualmente nelle coliche renali; se ne ha un sollievo immediato ma, secondo quanto osserva Guillard-Vallée (rif. in *Journ. des praticiens*, 15 agosto 1936) la crisi non è più seguita dall'espulsione del calcolo, che viene arrestato nel suo progredire, in quanto che la morfina modera i movimenti peristaltici dell'uretere.

L'A. considera quindi la morfina come controindicata in tali casi, in quanto che essa trasforma il calcolo migratore in calcolo fisso dell'uretere.

È invece indicata la belladonna, rispettiva-

mente l'atropina, che va somministrata a dosi piccole di 4-5 mg. per iniezione, ogni 2-3 ore, fino a che i dolori siano calmati. *fil.*

Sulla cura dell'enuresi essenziale notturna.

L'enuresi notturna essenziale sarebbe l'espressione, secondo G. Vedrani (*Gazzetta degli osp. e delle clin.*, n. 34, 23 agosto 1936) di un difetto di formazione del sistema neurovegetativo uretro-vescicale.

L'A. è giunto a formulare tale concetto sopratutto in base alla constatata negatività di tutte le cure fin qui proposte, il che dimostrerebbe l'inconsistenza delle vedute patogenetiche sulle quali sono basate.

Partendo da varie premesse clinico-fisiopatologiche, l'A. considera dunque l'enuresi essenziale notturna come un fenomeno di automatismo vescicale (o vescico-uretrale) secondario ad una parasimpatico-estesiotonia locale primitiva, connessa ad un torpore funzionale dei centri spinali della vescica.

Ne consegue un indirizzo terapeutico del tutto nuovo, il quale si compendierebbe nella somministrazione simultanea di un moderatore dell'attività automatica della vescica (scopolamina per supposta) e di un eccitatore del centro spino vescicale (preparato opoterapico gennito-ipofisario per os).

Nei venti casi in tal modo trattati dall'A. si sarebbe ottenuto un effetto curativo pronto e duraturo. M. FABERI.

DIAGNOSTICA.

Valore della prova del galattosio nell'ittero da ritenzione.

Rispondendo ad un articolo di Brulé e Cottet da me già qui recensito Chiray e Debot (*La Presse Méd.*, 10 ottobre 1935) affermano di non essere d'accordo con loro nel ritenere che sempre la stasi biliare si complica con una epatite, che prende inizio circa alla IV settimana di malattia — e che sarebbe proprio una epatite diffusa causata dalla stasi biliare stessa. Quindi Brulé e Cottet ritengono che dopo la IV-VI settimana di ittero, — epoca in cui appunto viene posto il problema diagnostico etiologico di fronte ai casi di ittero cronico, la prova del galattosio non serve a discriminare tra ittero catarrale e ittero per ritensione, essendo positiva in entrambi. Chiray e Albot non sono affatto di quest'avviso e riferiscono di 13 casi, che confermano il loro modo di pensare.

Infatti in 6 casi di ittero da stasi per cancro della testa del pancreas trovarono 5 volte normale la prova del galattosio. In uno soltanto esso svelò un'epatite diffusa precoce, importante e permanente, che gli AA. ritengono associata non causata dalla stasi biliare. In due casi di tumore della papilla di Vater con ittero, la prova del galattosio fu anche normale, come pure in tre casi di calcolosi del coledoco e in uno di stenosi cicatriziale del coledoco.

Dall'insieme dei casi riferiti risulta quindi che la prova del galattosio conserva molto interesse nella diagnostica degli itteri cronici: se normale essa permette di affermare la stasi biliare pura; se patologica essa rivela una epatite parenchimatosa diffusa, isolata o associata alla stasi biliare. In questo ultimo caso, la presenza dell'epatite implica di necessità la più grande prudenza nella prognosi e nel formulare l'indicazione operatoria.

Per quanto riguarda la possibilità che l'epatite si sovrapponga alla stasi biliare, Chiray e Albot distinguono l'*epatite parenchimatosa diffusa satellite* e l'*epatite biliare parcellare*. La prima è piuttosto rara e non avrebbe rapporto causale diretto con la stasi biliare. La seconda invece che dà galattosuria molto modesta, sproporzionata spesso all'estensione delle lesioni e alla gravità della prognosi, sarebbe direttamente provocata dalla stasi biliare e consisterebbe istologicamente in necrosi itteriche paraportali, con dilatazione moniliforme dei canali biliari e talvolta successiva alterazione della disposizione delle trabecole.

M. COPPO.

FORMULARIO.

Nel prurito.

1) Acido borico g. 6
Stearato di zinco
Talco ana » 30

Nel prurito anale, dopo lavature antisettiche con cresolo saponato al 1 % (da farsi dopo ogni defecazione) ed accurato asciugamento.

2) Mentol g. 0,50
Alcool » 5
Talco » 100

3) Mentol g. 0,015
Acido borico » 10
Acqua » 500

Da applicare su compresse di garza.

(T. Cornblett. *Journ. amer. med. assoc.*, 20 giugno 1936).

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. C. S., abbonato N. 5778 da Men.

Per particolari chiarimenti sulla pressione differenziale e sulla determinazione del Metabolismo basale, mediante formule, veda la mia rivista sull'argomento, pubblicata nel nostro giornale (N. 3, 20 gennaio 1936). *fil.*

Ad un abbonato della Sezione Pratica:

AVVERTENZA. — *I quesiti legali per l'avv. Selvaggi, e le domande per la « Posta degli abbonati » non debbono mai essere scritti cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.*

Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale, potranno essere, su richiesta, contraddistinte con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime non saranno prese in considerazione.

VARIA

La psicologia della malattia.

I rapporti fra malato e medico, l'influenza morale che quest'ultimo esercita sul paziente presentano allo psicologo come al pratico dei problemi interessanti. Troppo spesso si tiene poco conto di questo fattore morale, pensando che lo scopo ultimo ed unico che il medico deve perseguire risiede nella terapia e nella guarigione della malattia corporea. È questo (a parte le malattie mentali e nervose) un grande errore. Si sa quanto il morale agisca sul fisico, specialmente in certe malattie croniche, come la tubercolosi, le cardiopatie, ecc. Una buona od una cattiva notizia, una gioia od un dolore si fanno risentire sempre sullo stato del corpo e l'evoluzione della malattia somatica riflette, in qualche modo, le variazioni dello stato psichico.

Spesso, l'inizio (apparente) della malattia cronica, l'aggravamento o la ricaduta coincidono con dei dispiaceri, mentre una gioia od un piacere possono dare dei miglioramenti, delle remissioni, anche durevoli. Anche l'evoluzione, la gravità e l'esito delle malattie acute dipendono in gran parte da fattori imponderabili.

Secondo Allendy (*Essai sur la guérison*, Denoël et Steele, Paris) le cause profonde della malattia sono da ricercarsi in circostanze, in turbamenti della vita interiore dell'individuo che si riflettono nel suo incosciente il quale, a sua volta, determinando una data attitudine psichica e fisica, può creare o predisporre ad alterazioni più o meno profonde dell'essere, che per quanto minimi costituiscono degli « shock » che disorganizzano tutta la personalità dell'individuo. A sua volta, la malattia provoca delle predisposizioni morbose. Le affezioni fisiche e psichiche, così si alternano, si succedono e s'influenzano l'una l'altra, derivando da una sorgente comune. Le cose si complicano, poi, quando si tratta di malattie croniche, le quali presuppongono uno stato d'insufficienza di un dato organo o sistema, che si riflette pure sullo psichismo.

Altri fattori, spesso insospettati, sono da ricercarsi, come il desiderio di autopunizione (in senso psicoanalitico) per cui la malattia organica rappresenta il « giusto castigo »; sicchè si è veduto talora succedere alla guarigione della malattia somatica una serie di disturbi nervosi o mentali.

La malattia, inoltre, agisce sullo psichismo dell'individuo anche per le stesse condizioni che crea (confinamento in letto, abbandono dei propri affari, regimi speciali, ecc.), il che provoca nel paziente lo sviluppo di un senso incosciente d'inferiorità che può aggravarsi e far sorgere delle tendenze di compenso, che contribuiscono ad aggravare e sviluppare lo stato morboso.

Azioni e reazioni complesse, varie per ogni individuo e per ogni circostanza, che vanno tenute presenti dal medico che abbia veramente a cuore lo stato del malato che a lui si affida.

fil.

Per nozze.

Due stirpi di dermatologi — Bosellini e Ciarrocchi — hanno stretto parentela, in Roma, attraverso un fortunato matrimonio, che ha procurato, da parte di A. F. Formiggini, un grazioso sonetto che riportiamo:

Alle generazioni future.

Quest'oggi fanno insieme comunella — due stirpi illustri in tal « specialità », — che, da dire a signore, non è bella, — ma ch'è preziosa per l'umanità!

Dà Bosellin la sua cara Pulcella — al Ciarrocchi: ei ne fa la sua metà, — la dolce sposa, la sua bianca stella — e « magna parens » di posterità!

A piene mani, o genti, i gigli date! — Quanta e quale prosapia di dottori — che i tristi morbi sapranno fugar!...

Oh voi « tre volte e quattro » fortunate, — generazioni nuove! In alto i cuori!... — Senza perigli voi potrete amar!

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Trattamento di quiescenza agli impiegati non iscritti alla Cassa di Previdenza.

Con sentenza 18 febbraio 1936, n. 149, il Consiglio di Stato ha deciso che, ove non esista un regolamento che stabilisca il trattamento di pensione a carico del Comune e l'impiegato abbia anche rifiutato di iscriversi alla Cassa di Previdenza, perchè in quel caso non ne aveva obbligo, il Comune non è tenuto a fare un trattamento di quiescenza. Il ricorrente affidava la sua domanda, subordinatamente, ai principî generali risultanti dalla legge sull'impiego privato *e dalla Carta del Lavoro*. La sentenza risponde: « la legge sull'impiego privato non è applicabile agli impiegati dei Comuni; il ricorrente invoca anche la dichiarazione 17 della Carta del Lavoro; ma la giurisprudenza di questo Collegio, se ha applicato alcune volte tale dichiarazione ai licenziamenti senza colpa, lo ha fatto in moderata misura e non in quella reclamata dal ricorrente, e lo ha fatto nei casi in cui ai licenziati non era concessa alcun'altra indennità, mentre nel caso presente non è contestato che il ricorrente venne nel 1922 iscritto sia pure per errore alla Cassa di Previdenza per gli impiegati degli enti locali, onde a lui potrà spettare una indennità a carico della Cassa, secondo le norme che disciplinano il detto ente ». Può darsi che questa risoluzione di specie corrisponda alle condizioni particolari del caso: non risultano elementi che autorizzino a controllarne la esattezza. Certamente però è alquanto rigorosa, e meno aderente all'indirizzo prevalente della giurisprudenza.

È utile ricordare, a questo proposito, una sentenza non recentissima, ma non perciò meno apprezzabile, della stessa V Sezione; 18 maggio 1934, n. 645. Dal punto di vista strettamente giuridico e formale può essere forse discussa: ma è umana ed equa. Perciò è preferibile all'altra. Il caso era questo: il regolamento comunale obbligava tutti gli impiegati ad iscriversi alla Cassa di Previdenza, ma soggiungeva: « qualora la iscrizione degli impiegati assunti in servizio al tempo delle dette leggi (cioè quelle che obbligavano alla iscrizione) sia troppo gravosa, il Consiglio potrà, caso per caso, deliberare una equa indennità ». Un impiegato non si iscrisse e poi fu collocato a riposo, senza pensione o indennità. La V Sezione del Consiglio di Stato, con la sentenza sopra indicata, ha fatto un ragionamento dominato da sentimenti equitativi e da propositi di temperamento. « Verificatasi come nella specie la mancata iscrizione alla Cassa, non appare nè legale nè equo il rifiuto di un qualsiasi trattamento di quiescenza da parte del Comune a favore del suo ex dipendente divenuto cieco. Un tale comportamento contrasta anche con i principî della Carta del Lavoro, il cui alto valore fu tenuto presente anche nella precedente decisione 6 febbraio 1931 di questo Collegio su ricorso Poy. Nè dicasi che il menzionato art. 32 del regolamento organico del 1915 allude agli impiegati, per i quali la iscrizione alla Cassa era *facoltativa*, mentre per il Fantauzzi, a quanto sembra, la iscrizione sarebbe stata obbligatoria. Ed, invero, se il regolamento organico si preoccupò di coloro per i quali la iscrizione era facoltativa, e concesse loro un certo trattamento di quiescenza, a fortiori sembra necessario ammettere che il Comune abbia obbligo — analogo — di assicurare in guisa conveniente la quiescenza di quegli impiegati per i quali la iscrizione era obbligatoria, ma per i quali il precetto della legge non fu osservato.

« Infine, dovendo determinarsi in concreto il trattamento di quiescenza che il Comune di Frosinone dovrà corrispondere all'ex impiegato Fantauzzi, il Collegio, avuto riguardo alle norme dei regolamenti organici ed al fatto che esso Fantauzzi non versò anno per anno i contributi per la pensione, ritiene equo stabilire che la pensione da corrispondere ora dal Comune dovrà essere ragguagliata alla metà di quella che sarebbe stata a carico della Cassa, valutando come utili i servizi del Fantauzzi dal 1° gennaio 1904 al 25 aprile 1930 ».

Incarico provvisorio per durata determinata.

Un sanitario fu nominato medico condotto interino, cioè provvisorio, « *fino all'espletamento del concorso bandito per la nomina del titolare* ». La durata non era *certa*, nel senso che non era prestabilita una data fissa; ma non era nemmeno assolutamente indeterminata, sicchè l'Amministrazione avesse facoltà di risolvere il rapporto in qualunque tempo, essendo, invece, previsto e stabilito che il vincolo avrebbe continuato a permanere sino a quando non si fosse verificata la condizione della nomina del titolare. Prima di questo evento, il Comune non avrebbe potuto risolvere il rapporto di impiego senza una causa legittima.

In quel caso avvenne che, esaurito il concorso, il medico nominato rinunziò e, quindi, non essendosi costituito un rapporto d'impiego per la titolarità, fu indetto un altro concorso. Non si era, quindi, verificata la condizione della nomina del titolare. Tuttavia, il Comune licenziò il medico provvisorio e provvide alla esigenza della condotta assumendo *altri sanitari*. Il provvedimento era illegittimo perchè, senza causa, era stato risoluto un rapporto di impiego ancora efficace, non essendosi verificata la condizione alla quale era subordinata la cessazione di esso.

Perciò è stato annullato dalla G. P. A. con decisione che il Consiglio di Stato ha poi confermato con sentenza 25 marzo 1936, n. 289.

Risoluzione indiscutibilmente esatta. Il rappresentante del Comune non considerò, con giusto criterio, la consistenza e la durata del vincolo giuridico che esso aveva costituito.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Consorzi Provinciali Antitubercolari. Concorsi.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica - Divisione 6 C. - Sezione 2ª) ha diramato ai sigg. Prefetti la seguente circolare N. 119 in data 28 settembre 1936-XIV:

Con Circolare del 30 agosto decorso N. 7146/1.3.1 la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha fatto presente che le disposizioni contenute nella precedente Circolare del 10 luglio u. s., relative alla ripresa dei concorsi per l'anno XV, riguardano non solo le Amministrazioni dello Stato, ma anche le Provincie, i Comuni, gli Enti parastatali e gli enti comunque controllati dallo Stato.

In conseguenza di quanto sopra, le EE. LL. vorranno impartire le disposizioni del caso ai Consorzi provinciali antitubercolari perchè provvedano a bandire i concorsi, a norma dei rispettivi regolamenti, per la sistemazione dei posti del dipendente personale tuttora vacanti e, in particolar modo, di quelli di direttori e di assistenti sanitarie visitatrici; tenendo conto degli aumenti agli assegni del personale degli Enti locali recentemente deliberati dal Consiglio dei Ministri.

Per quanto riguarda le assistenti sanitarie visitatrici si richiamano le norme della Circolare del 10 febbraio u. s. N. 20300.20/32006 sull'opportunità che ad esse siano accordati tutti i possibili miglioramenti economici provvedendo eventualmente ad opportune modifiche delle piante organiche, in maniera che la spesa globale sostenuta da ogni singolo Consorzio per tutto il dipendente personale tecnico non risulti, a seguito delle modifiche stesse, superiore a quella fissata nel regolamento debitamente approvato ed omologato.

Ciò, tenuto conto delle norme del R. D. 16 agosto 1926 N. 1577, le quali, peraltro, non possono riguardare la spesa occorrente per il personale di nuovi servizi istituiti posteriormente alla data di approvazione dei singoli regolamenti dei Consorzi.

Si avverte, infine, che, ai sensi dell'art. 143 del Regolamento approvato con R. D. 15 aprile 1926 N. 718, ogni dispensario o sezione dispensariale, oltre che del personale medico, deve disporre di almeno un'assistente sanitaria visitatrice regolarmente diplomata.

Nel mentre si resta in attesa di avere, appena possibile, gli schemi dei bandi di concorso, per il preventivo esame prescritto con la Circolare del 16 maggio 1931 N. 20300.20/14529 annessa al regolamento-tipo, si prega di far tenere, unitamente ad un cenno di assicurazione, un prospetto dal quale risulti quali posti sono già coperti da titolari nominati a seguito di regolari concorsi, e quali sono tuttora vacanti o coperti da personale provvisorio.

I Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi.

Essendo scaduto il termine ultimo per il passaggio di Laboratori comunali di vigilanza igienica dalla gestione dei Comuni a quella delle Provincie, la Direzione Generale della Sanità Pubblica ha inviato ai Prefetti del Regno una circolare in data 7 settembre, n. 114, con le norme relative. Considerata la particolare situazione in cui si trovano le grandi città, nei centri con oltre 200 mila abitanti viene consigliata la istituzione di distinta e apposita sezione chimica e batteriologica, con adeguato personale tecnico, da servire per le indagini igienico-sanitarie interessanti il capoluogo. Di dette sezioni infatti si avvale l'Ufficiale Sanitario del capoluogo per l'esecuzione di analisi, di studi e di indagini riflettenti l'igiene e la sanità pubblica; pertanto i dirigenti i reparti non possono rifiutarsi dal dare sollecita esecuzione alle richieste, tenendo presenti gli scopi cui mirano le indagini stesse, secondo le segnalazioni fatte dall'Ufficiale Sanitario. Là ove tali sezioni vengono costituite, dovrà nominarsi uno speciale Comitato di coordinazione dei servizi del Laboratorio Provinciale, costituito dal Preside della Provincia, dal Medico Provinciale e dall'Ufficiale Sanitario del capoluogo, che dovrà determinare le modalità del funzionamento delle Sezioni del Laboratorio, le attribuzioni dei singoli Reparti, e potrà altresì proporre alla Commissione di disciplina gli eventuali provvedimenti a carico del personale. La circolare conclude richiedendo, per ogni Laboratorio, un opportuno regolamento e un sufficiente organico del personale addetto ai Reparti che costituiscono il Laboratorio, avvertendo che il Direttore di ciascun Reparto dirige non soltanto la sezione per le richieste dei comuni della provincia, ma anche quella da servire per il capoluogo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — A ore 19 del 30 nov., assistente chirurgo; tassa L. 50; stip. L 3240 lorde; vitto; stanza di abitaz. con obbligo assoluto di pernottarvi; nomina biennale con facoltà di partecipare a successivi concorsi fino all'età di anni 35; assunzione servizio entro 10 giorni dalla nomina. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria.

ROMA. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — Concorso per titoli ed esami, a otto posti di medico nel ruolo speciale per il personale tecnico del Servizio Sanitario dell'I. N. A. fra laureati in Medicina e Chirurgia. Domanda alla Direzione Generale (Servizio Personale) in Roma, via Sallustiana 51, non oltre le ore 12 del 28 novembre. Età limite 34 anni. I vincitori del concorso dovranno assumere servizio entro 15 giorni dalla data dell'avviso; resteranno in prova per un periodo di sei mesi; godranno una retribuzione iniziale complessiva annua lorda di L. 15.897,60 (al netto delle riduzioni e tenuto conto dell'aumento dell'8 %) e, dopo il passaggio in ruolo, il contributo per il trattamento di quiescenza, oltre le altre indennità. Chiedere annunzio.

TERNI. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 30 nov.; direttore del Dispensario antituberc. di Orvieto; titoli ed esami; L. 12.000 oltre indenn. serv. att. L. 2500; 5 quadrienni di L. 1200; compartecipaz. 30 % e indenn. di trasferta; età limite 40 anni all'1 ottobre; tassa L. 25,20. Rivolgersi alla Segreteria.

TERNI. — Concorso indetto dall'Ufficio Provinciale fascista di collegamento e gestione delle Casse Mutue di malattia dell'industria, al posto di Capo del Servizio Sanitario. Stip. annuo L. 24.000, lorde. Età limite al 7 ottobre, anni 40. Tassa L. 30. Impegno di non esercitare la libera professione. Le mansioni del Sanitario sono di indole medico-chirurgica presso l'ambulatorio centrale delle Mutue e fiscali in tutto il territorio della Provincia nei confronti degli ammalati a carico delle mutue. Al Capo del Servizio è pure affidata la sovraintendenza del Servizio statistico sanitario dell'Ufficio. Ulteriori chiarimenti, domanda e documenti all'Ufficio. Scadenza 15 novembre.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Scad. ore 17 del 21 dic.; primario medico (2ª Divisione, medicina generale), primario pediatra e primario oculista; età limite 40 anni al 21 sett.; assegno lire 6000 annue; tassa concorso L. 50. Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La « Commissione Nazionale di Cultura » dell'Argentina ha assegnato i premi di scienza applicata alla medicina, nel seguente modo: 1° premio, di 20.000 pesos, al dott. Pedro Belon per lo studio « Revisione anatomica del sistema arterioso »; 2° premio, di 12.000 pesos, al dott. Enrique Hug, pel lavoro « Trattamento dell'intossicazione cianidrica; suo meccanismo fisiologico »; 3° premio, di 8000 pesos, al dott. Oscar Ivanissevich, pel lavoro « Idatidosi ossea »; la Commissione ha pure conferito varie menzioni onorevoli.

NOTIZIE DIVERSE

Inaugurazione dei Congressi di medicina interna e di chirurgia.

I maggiori cultori della medicina interna e della chirurgia italiana, si sono riuniti il 19 ottobre nella grande Aula I della Facoltà di giurisprudenza della Città universitaria, per l'inaugurazione in comune dei rispettivi Congressi.

Tra i numerosi intervenuti notiamo i senatori: Giordano, Muscatello, Guaccero, Maragliano, Pende; gli on. Fioretti, Paolucci, Morelli, Perna; i direttori di quasi tutte le Cliniche italiane, e tra gli stranieri i proff.: Schmieden di Francoforte, Petit Dutaillis di Parigi ed altri. Alla presidenza prendono posto S. E. Solmi per il Capo del Governo, il prof. Perez per il Rettore, il prof. Alessandri presidente della Società italiana di chirurgia, il sen. Maragliano e il prof. Frugoni per la Società di medicina interna, i segretari generali prof. Pozzi per la medicina e il prof. Valdoni per la chirurgia.

Dopo le parole di saluto del prof. Perez in rappresentanza del Magnifico Rettore, parla il prof. Alessandri.

Il clinico chirurgo di Roma ricorda come oggi grazie alla creazione della Città Universitaria, voluta dal Duce, gli insegnamenti universitari in generale e quelli clinici più particolarmente, dalle nuove sedi ricavino un vigoroso impulso ai loro studi e al progresso della scienza medica.

Le Società nazionali di Chirurgia e di Medicina, che contano fra i loro soci ottimi elementi della Nazione, vogliono anch'essi portare il loro contributo alla costruzione del nuovo Impero e con quella abnegazione e con quello spirito di dedizione che hanno dimostrato durante la guerra, prepareranno coi loro studi la sistemazione della organizzazione sanitaria e il perfezionamento dei mezzi a disposizione dei sanitari per la loro opera nelle particolari condizioni di ambiente e di clima offerte nell'Africa Orientale.

L'esperienza dei sanitari nella guerra deve valere a preparare provvidenze sanitarie più adatte e più complete in rapporto ai nuovi mezzi di offesa sia rispetto alla profilassi e alla cura delle malattie infettive che alla organizzazione del trasporto e della cura ai feriti.

S. E. Solmi, dopo avere rivolto il saluto del Governo fascista agli intervenuti ed elogiato il proposito di queste riunioni periodiche comuni tra le due maggiori Società mediche, quella di chirurgia e quello di medicina interna, riunioni che si tengono ormai da tanti anni, e che dànno dei risultati ottimi per gli avvicinamenti ed i contatti che esse determinano tra i due campi di lavoro, pone in rilievo l'interessamento vivo del Governo fascista a questi Congressi e la sollecitudine da esso dimostrata, con le sue leggi e le sue istituzioni, al problema della sanità della stirpe.

Dopo di avere avvalorato il contributo dato dalla scienza medica alla nostra grande impresa coloniale e indicati i cómpiti che ancora ad essa spettano per la valorizzazione dell'Impero, il Ministro dichiara inaugurato, nel nome Augusto del Re Imperatore, il XLIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia e il XLII Congresso della Società Italiana di Medicina interna.

Terminati gli applausi che coronano la fine del discorso dell'on. Solmi i congressisti, sotto la guida del Direttore amministrativo, dott. Nicola Spano e del segretario dott. Petraglia, imprendono una visita a tutta la Città Universitaria e depongono una corona di alloro sul monumento che ricorda gli studenti caduti in guerra.

Mentre questo numero va in macchina si svolgono attivamente i lavori dei due congressi.

33° Congresso italiano di ostetricia e ginecologia.

Il 12 ottobre ha avuto luogo a Milano, presso la R. Clinica Mangiagalli, l'inaugurazione del 33° Congresso della Società italiana di ostetricia e ginecologia e la celebrazione del 30° anno di fondazione dei Regi Istituti Clinici di perfezionamento. Alla cerimonia inaugurale hanno presenziato le più alte autorità cittadine e il presidente dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, Sileno Fabbri. Hanno partecipato al Congresso alte personalità della ginecologia italiana e numerosi scienziati stranieri, tra i quali il presidente della Società francese di ginecologia, dott. Jayle.

Nelle sedute successive hanno avuto luogo i lavori. Speciale interesse ha destato la relazione sulla mortalità materna, svolta dal prof. Gaifami in collaborazione dei dottori Somoggi, dell'Istituto Centrale di Statistica, e Canaperia, dell'Istituto di Sanità; alla discussione ha preso molta parte il presidente dell'O. N. M. I. Le discussioni si sono chiuse con l'approvazione di due ordini del giorno.

Tra gli stranieri hanno fatto comunicazioni i

dottori Marcel, che ha anche proiettato una cinematografia, Jayle, Donay e altri.

A un banchetto sociale hanno parlato i proff. Gaifami e Alfieri, il dott. Jayle e altri. I congressisti si sono recati in gita a Como.

Dei lavori del congresso daremo prossimamente un resoconto.

Il prossimo congresso si terrà a Roma dall'11 al 14 ottobre 1937.

30° Congresso italiano di dermosifilografia.

Il 12 ottobre ha avuto luogo, nella R. Clinica Dermosifilopatica di Roma, l'inaugurazione del Congresso della Società Italiana di Dermosifilografia.

Dopo che il segretario generale prof. Montesano ebbe comunicato le numerose e notevoli adesioni pervenute da istituti, società, enti e cliniche d'Italia e dell'Estero, prese la parola il Rettore Magnifico che ha recato ai convenuti il saluto del Ministro dell'Educazione Nazionale e della Città degli Studi, compiacendosi dell'opera altamente umanitaria e sociale che si va svolgendo, opera di scienza che costituisce un vanto glorioso delle nostre antichissime tradizioni. Rileva la efficacia dell'azione terapeutica in questo campo di malattie sociali e come l'attività dei cultori della specialità vada aumentando.

Ha quindi parlato il prof. Tommasi, di Palermo, presidente della Società, che dopo un saluto agli intervenuti ha ricordato come ricorrendo il cinquantenario della fondazione della Società di Dermosifilografia egli ha inteso celebrarlo proponendo con temi di relazione argomenti di alta importanza sociale.

Seguirono, in cinque sedute, i lavori, di cui daremo il resoconto in un prossimo numero.

Esauriti tutti gli argomenti, il prof. Cappelli rivolse parole di gratitudine a S. E. Petragnani, al prof. Tommasi e al prof. Montesano, per la parte avuta nei lavori. Il prof. Petragnani si compiacque dei risultati pratici del Congresso, la cui opera vorrebbe diffusa nel popolo senza falsi pudori, poichè costituisce il mezzo più efficace per la formazione della coscienza igienica, postulato basilare della sanità della razza. Il prof. Rost di Berlino ringrazia per l'ospitalità e inneggia all'Italia e al Fascismo. Il presidente prof. Tommasi chiude con un ispirato discorso e col saluto al Re Imperatore e al Duce.

32° Congresso italiano di otorinolaringologia.

Il 9 ottobre nell'aula magna della R. Università di Torino, alla presenza di tutte le autorità cittadine e di personalità mediche della specialità di tutta Italia, è stato solennemente inaugurato il 32° Congresso della Società italiana di otorinolaringologia. Il Rettore, prof. Pisano, ha porto agli eminenti ospiti il cordiale saluto dell'Ateneo e ha rievocato le precedenti adunate nella città, ricordando la nobile figura del prof. Gradenigo. Il prof. Malan ha espresso la devozione e la riconoscenza degli otorinolaringoiatri al Ministro dell'educazione nazionale conte De Vecchi di Val Cismon che ha messo la specialità fra le discipline obbligatorie della facoltà di medicina ed ha reso il saluto alla memoria dello studente di medicina Medaglia d'oro Francesco Azzi, caduto in A. O. Quindi il presidente del Congresso, prof. Caliceti, tenne un applaudito discorso mettendo in rilievo soprattutto come Torino nell'ultimo trentennio sia stato uno dei centri maggiori di studio della scienza laringologica e ricordò i proff. Cerutti, Dionisio, Gradenigo, Gavello ed altri. Infine si augurò che la nuova Italia prepari una schiera di medici degna del nuovo clima creato dal Fascismo.

Dopo la cerimonia inaugurale i congressisti sono stati ricevuti a Palazzo Madama dal Vicepodestà che ha porto agli ospiti il benvenuto.

All'Ospedale Maggiore di San Giovanni si sono svolte varie sedute scientifiche.

1° Congresso sul perfezionamento medico.

Dal 19 al 27 agosto 1937 avrà luogo a Berlino un Congresso sul perfezionamento medico, sotto gli auspicî del « Reichsärzteführer » e col concorso di tutte le Società Medico-Scientifiche tedesche.

Saranno invitate ad intervenire a tale Congresso pure le Istituzioni estere comunque interessate al perfezionamento medico. Un compito precipuo del Congresso sarà la costituzione di un Comitato internazionale per il perfezionamento medico.

La direzione del Congresso è affidata al dott. Blome, di Berlino, incaricato del perfezionamento medico da parte del presidente dei Sindacati medici tedeschi.

Segreteria: Kaiserin Friedrich - Haus, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7.

Calendario ufficiale dei Congressi dell'Anno XV.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato il decreto interministeriale 28 settembre 1936-XIV contenente la approvazione del calendario ufficiale dei Congressi nazionali ed internazionali da tenersi nel Regno durante l'anno 1937-XV.

Diamo notizia dei congressi riguardanti, anche indirettamente, le discipline mediche e sanitarie: I Congresso Nazionale di Urbanistica a Roma dal 5 al 7 aprile; VI Congresso Nazionale di Microbiologia a Milano dal 12 al 19 aprile; III Congresso Nazionale di studi coloniali a Firenze dal 12 al 19 aprile; XXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria a Napoli dal 22 al 25 aprile; I Congresso della Società Internazionale di Antropologia e Psicologia criminale a Roma dal 10 al 16 maggio; XXIV Congresso Nazionale della Associazione Medica Italiana di Idroclimatologia e Terapia fisica a Roma dal 7 all'11 giugno; III Congresso Internazionale di Pediatria a Roma dal 27 al 30 settembre; II Congresso Internazionale per la protezione dell'Infanzia a Roma dal 4 all'8 ottobre; XXXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia a Roma dall'11 al 14 ottobre; XLIII Congresso Nazionale di Medicina Interna a Torino dal 19 al 23 ottobre; Annuale Congresso della Società Italiana di Otorinolaringoiatria a Roma dal 22 al 24 ottobre; XLIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia a Torino dal 24 al 28 ottobre; III Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia riparatrice plastica ed estetica a Torino dal 29 al 30 ottobre.

Un ispettorato centrale per la prevenzione delle malattie infettive dei fanciulli.

In recente « Foglio di disposizioni » S. E. Starace comunica fra l'altro quanto segue:

La mutualità scolastica ha istituito un Ispettorato centrale sanitario, allo scopo di prevenire

le malattie infettive dei fanciulli con un servizio specializzato.

L'Ispettorato si propone di assolvere tale còmpito con un assiduo controllo dei bambini; con l'istituzione di case di cura permanenti fornite di scuole interne; con la creazione di ambulatori, inalatori, sale di raggi ultra-violetti e annessi gabinetti di accertamento diagnostico; con l'istituzione graduale di palestre per ginnastica medica.

I segretari federali diano la loro collaborazione al fine di inquadrare armonicamente l'azione dell'Ispettorato nelle attività assistenziali climatiche del Partito.

Periodico medico italo-brasiliano.

Si è iniziata a San Paolo del Brasile la pubblicazione della rivista « Caderno de Pediatria do Hospital Humberto I », a periodicità bimestrale, in italiano e in portoghese. Redatta da medici italiani (N. Javarone, S. Berti, A. Carini, I. Nasso, N. Rossetti) e brasiliani (A. C. Pacheco Silva e F. J. Vicente), è destinata a stringere i vincoli culturali e intellettuali tra l'Italia e il Brasile, nel campo medico.

Il programma dichiara: « *Quaderno di Pediatria* vuol essere un simbolo di fede e di amore...; di amore per la nostra Italia, che ognuno deve, all'Estero, aumentare; per il grande Paese che ci ospita, il Brasile, in questa ora così cara a noi. I trattati di pace fra due Nazioni non sono quelli che vengono redatti nelle Cancellerie, ma quelli che i popoli ogni ora redigono con le opere feconde del Lavoro ».

Sede degli uffici: rua Xavier de Toledo 8-A (Palacete Aranha). Quota annua d'abbonamento: pel Brasile 10 doll., per l'Estero 20 doll.

Fervidi augurî di vita operosa e fattiva.

Azioni giudiziarie.

Il Podestà di Cascina citava dinanzi al Tribunale di Pisa un certo Panicucci, debitore del Comune per il pagamento di rette ospedaliere per l'importo di lire 10.716, consumate oltre cinque anni fa da un suo fratello di cui erano state accertate le misere condizioni economiche.

Il Tribunale, ritenuto che la legge 3 dicembre 1931 contenente le norme per la rivalsa delle spese di spedalità « addossa all'alimentatore l'onere degli alimenti anche per il tempo trascorso, disapplicando la massima per la quale nessuno deve essere alimentato per il tempo passato », accoglieva in pieno le ragioni del Comune e condannava il debitore al pagamento dell'intera cifra di cui sopra, nonchè alle spese ed onorari.

Un po' dovunque.

Il 2° Congresso nazionale dei Nuclei italiani di radiologia si è svolto a Modena il 20 e il 21 settembre, sotto la presidenza del prof. Balli, coadiuvato dal dott. Lenzi come segretario; vi ha partecipato un centinaio di congressisti.

L'8 ottobre venne inaugurato a Parigi il 45° Congresso francese di chirurgia, posto sotto la presidenza d'onore del gen. Gamelin, capo di Stato maggiore generale dell'Esercito, e sotto la presidenza effettiva del gen. med. ispettore Ronvillois.

Il 24° Congresso francese di medicina si è tenuto a Parigi, dal 12 al 14 ottobre, sotto la presidenza del prof. M. Labbé; la seduta inaugurale venne presieduta dal ministro dell'educazione nazionale Jean Zay.

La Società Medica del Friuli si è adunata il 24 settembre, sotto la presidenza del prof. A. Varisco, assistito dal segretario dott. G. Minciotti. Sono state fatte comunicazioni da: G. Pieri (due comunicazioni), G. Gherardini, V. Gualdi.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 6 ottobre, sotto la presidenza del prof. C. Clauser. Sono state fatte comunicazioni da: S. Minelli, Invernizzi (due comunicaz.).

La Società Piemontese d'Igiene si è riunita il 10 ottobre sotto la presidenza del prof. G. B. Allaria. Il prof. Aichelburg ha svolto una relazione sui fondamenti e compiti della profilassi della tubercolosi nell'infanzia. Hanno fatto séguito comunicazioni dei soci C. F. Cerruti, U. di Aichelburg, Montagnini e Pandale.

Alle Regie Terme di Salsomaggiore si è tenuto il 3° Corso di cultura medica, diretto dal prof. M. Donati. All'inaugurazione, il 26 settembre, erano presenti numerosi medici ungheresi e svizzeri, per i quali hanno parlato il prof. Csaki di Budapest e Mercanton di Montreux.

Numerosi soci dell'Accademia di Chirurgia di Parigi, per invito del Consiglio del Reale Collegio dei Chirurgi di Londra, si sono recati in questa città, ove hanno assistito a una discussione sulle fratture del collo del femore ed a sedute operatorie nell'« Ospedale di San Bartolomeo » e nell'« Ospedale di Londra ».

Dal Bollettino del Ministero dell'E. N. si desume che nel 1935 agli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo si presentarono 1915 candidati di cui 1759 furono dichiarati idonei e 156 non idonei. L'Università che presentò un maggior numero di candidati fu quella di Napoli con 368 (57 non idonei), seguirono Roma con 249 (8), Bologna con 192 (16), Milano con 137 (5), Padova con 132 (8) ecc. La sede di esame che ha dichiarato non idoneo il maggior numero di candidati è stata Roma (130 inscritti, 33 non idonei).

Alla Scuola Convitto Professionale per Infermiere presso il R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti di Firenze, sono aperte, a tutto il 10 novembre, le iscrizioni al 1° e 2° corso di allieva infermiera per l'anno scolastico 1936-37. Rivolgersi alla Direzione generale sanitaria dell'Arcispedale, ovvero alla direzione della Scuola in Careggi.

La Federazione dei Fasci di Pavia ha organizzato, nella Casa del Balilla, una Mostra delle Colonie estive, da cui risulta la provvida attività svolta dalla Federazione stessa in tale campo; basti notare che si sono mandati alle colonie 11.500 bambini, spendendo 850.000 lire.

Il « Centro Radio-Medico » di Roma ha dato di recente varie consultazioni a piroscafi di navigazione. I consulenti che hanno prestato la loro opera sono stati i proff. P. Alessandrini, G. Matronola, P. Speciale-Piccicchè, V. Lombardo, G. Caronia, M. Acqua, F. Amantea, A. Vitale, Dubinsky.

Dal 15 settembre al 15 ottobre si è tenuta a Bressanone una Mostra delle erbe medicinali ed aromatiche.

È stata deliberata la demanializzazione delle Terme di Castrocaro.

Il 23 settembre il Duca di York ha inaugurato i nuovi edifizi della Reale Infermeria a Aberdeen. Il grandioso e magnifico ospedale contiene, ora, 146 letti nel reparto medico, 252 in quello chirurgico e 102 per le specialità, una maternità, una casa delle infermiere con 258 letti; è organizzato e attrezzato in modo perfetto. La nuova sede è costata 525.000 sterline (47 milioni di lire it.). Per la costruzione si è fatto larghissimo uso di granito (40.000 tonnellate).

Un incendio ha distrutto completamente il grande manicomio di Montpleasant; in generosa cooperazione con i pompieri, 5000 contadini hanno reso possibile il salvataggio di tutti i ricoverati, in numero di mille.

Notizie da Salonicco recano che quell'ospedale municipale è stato semi-distrutto dal fuoco; esso accoglieva seicento malati. Si sono prodotte scene di terrore e di follia; sono segnalate varie morti di ricoverati, due dei quali per sincope; un cittadino accorso è morto per asfissia, un altro perchè investito da un autoveicolo.

Un chirurgo di Lione è stato condannato a corrispondere un indennizzo di dodici mila franchi, per avere dimenticato una compressa di cotone nell'addome di una operata.

Sono stati tratti in arresto, per un procurato aborto, il dott. Giuseppe Di Franco, abitante a Sampierdarena, direttore dell'Ospedale di Coronata, e l'ostetrica Maria Oneto, di Mombaruzzo.

Nelle « taighe » della Siberia è scoppiata una epidemia di scorbuto a causa della mancanza di viveri freschi. Da Novosibirsk sono partiti aeroplani carichi di medicinali e viveri che verranno lanciati sulle zone colpite.

Erratum. — Nel fasc. scorso, p. 1895, 1ª col., l. 32, leggere: contingente.

È morto a 79 anni Sir ALFRED KEOGH, ex direttore generale del servizio sanitario militare britannico.

È morto in età di 69 anni il dott. AMÉDÉE BORREL, professore d'igiene e batteriologia all'Università di Strasburgo e all'Istituto Pasteur di Parigi. Era stato collaboratore di Pasteur; i suoi lavori sul cancro gli valsero il premio Alberto I di Monaco.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 31 agosto al 6 settembre 1936: Morbillo 116 (325); Scarlattina 114 (225); Pertosse 126 (345); Varicella 52 (76); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 491 (939); Infezioni paratifiche 93 (158); Febbre ondulante 35 (47); Dissenteria 18 (31); Difterite e croup 236 (438); Meningite cerebro-spinale epidemica 12 (12); Poliomielite anteriore acuta 48 (61); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 6 (10); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 43 (76), dichiarata — (—); Pustola maligna 30 (34); Parotite epidemica 57 (87); Leishmaniosi 1 (1); Febbre puerperale 23 (24).

Denunzie dal 14 settembre al 20 settembre 1936: Morbillo 105 (236); Scarlattina 157 (297); Pertosse 102 (279); Varicella 44 (61); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 496 (973); Infezioni paratifiche 98 (140); Febbre ondulante 29 (32); Dissenteria 24 (34); Difterite e croup 268 (537); Meningite cerebro-spinale epidemica 9 (9); Poliomielite anteriore acuta 52 (72); Encefalite letargica 1 (2); Anchilostomiasi 6 (8); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 46 (67), dichiarata — (—); Pustola maligna 34 (40); Parotite epidemica 38 (72); Leishmaniosi 3 (3); Febbre puerperale 25 (30).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 2 Novembre 1936 - XV — Num. 44

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
REPARTO DI PATOLOGIA DIGESTIVA E DI DIETETICA
Primario Direttore: Prof. P. ALESSANDRINI.

La diagnosi precoce del carcinoma dello stomaco. (1)

per il Dott. ANTONIO BONADIES, aiuto.

La diagnosi precoce del carcinoma dello stomaco ha sempre rappresentanto una costante aspirazione della medicina e della chirurgia: tale aspirazione non ha però finora trovato elementi concreti di realizzazione. Il problema ha avuto, in vari periodi, delle riprese di attività in rapporto con i nuovi metodi di esplorazione che entrano nel dominio della semeiotica gastro-intestinale. Tali periodi corrispondono all'introduzione in clinica del sondaggio gastrico, dell'esame radiologico dello stomaco con i mezzi di contrasto, della gastroscopia ecc. Molti di questi metodi che in un primo tempo avevano fatto risorgere le speranze, si sono dimostrati in seguito incapaci, per sè, di risolvere il problema.

Così è stato del mezzo endoscopico: quando esso è entrato, dalla fase sperimentale nel dominio della pratica clinica, ha suscitato un grande ottimismo. Quando Mikulicz, col suo gastroscopico potè osservare in qualche caso di tumore una rigidità o deformazione del piloro, si credette di aver trovato la via buona. Purtroppo però in seguito alla prova dei fatti il metodo non dette i risultati sperati e fu abbandonato.

Le speranze sono rinate nuovamente con l'introduzione in clinica del gastroscopio flessibile di Wolf-Schindler. Ed è precisamente su questo metodo di indagine che intendo dire qualche cosa in base alle mie osservazioni personali fatte nel Reparto di Gastro-enterologia a S. Spirito.

(*) Comunicazione fatta all'Accademia Lancisiana di Roma.

* * *

Quando parliamo di diagnosi precose del cancro dello stomaco intendiamo riferirci essenzialmente a quella fase del tumore gastrico in cui la lesione è nettamente localizzata ad un punto determinato del viscere e non ha dato nessuna estensione del processo agli organi vicini e non ha dato nemmeno le metastasi alle ghiandole regionali: solo quando il tumore è in questa fase, permette un'operazione chirurgica senza grandi pericoli e con speranza di durevoli risultati: negli altri casi, no.

Quali mezzi noi abbiamo a disposizione per questa diagnosi precoce? Essenzialmente tre: dati clinici, dati radiologici, dati endoscopici.

I *dati clinici* sono di scarso valore nella fase precoce del tumore o per lo meno hanno solo valore di presunzione.

Ora si tratta di dispepsie che sopraggiungono bruscamente in un soggetto adulto per l'innanzi sano di stomaco, ora si tratta di dispepsie insorte a poco a poco e che si dimostrano ribelli alle cure comunemente usate, ora ancora si tratta di dispepsie gravi accompagnate da dimagramento più o meno cospicuo e rapido e talora si tratta di anemie a tipo pernicioso ipocromico.

Quando la dispepsia si accompagna a dimagramento rapido il sospetto di un tumore dello stomaco è grandemente giustificato: negli altri casi questi segni sono di minor valore e non sono nemmeno di tale gravità da obbligare il paziente ad andare a farsi visitare dal medico.

Anche l'epoca di inizio dei disturbi ha scarso valore perchè è in rapporto con la sensibilità individuale: minor valore hanno gli altri segni indiretti: malessere, insonnia, stanchezza, irritabilità, inappetenza, nausea per la carne ecc. ecc.

L'*esame del malato* nei casi veramente iniziali è negativo. Quando con la palpazione è dato di mettere in evidenza una tumefazione epigastrica allora il tumore ha già un volume notevole e si deve ritenere non più in fase iniziale.

I dati di laboratorio non hanno una grande importanza. L'affermazione che la presenza di succo acido rivolge i sospetti verso l'ulcera mentre l'achilia rivolge i sospetti verso il tumore non si deve prendere più in senso assoluto. Però se si riscontra l'achilia si ha un dato che non deve essere trascurato pur sapendosi che l'achilia secondo AA. degni di fede e secondo la nostra esperienza, si riscontra in una percentuale discreta anche in soggetti assolutamente sani.

La ricerca delle *emorragie occulte* ha anch'essa un'importanza molto relativa: innanzi tutto perchè la prova della benzidina è molto sensibile e viene positiva talora anche in assenza di sangue eppoi perchè lo stomaco può dare emorragie scarse e talora anche abbondanti in molte malattie non neoplastiche dello stomaco.

Sulla *radiologia* si sono concentrate molte speranze per la diagnostica precoce del carcinoma dello stomaco: ed i risultati sono stati buoni specialmente in mano di radiologi specializzati che facciano del radiologismo clinico e osservino bene la peristalsi, la motilità, la forma, la posizione, la mobilità passiva, il tono e le condizioni di svuotamento dello stomaco: il giudizio va basato meno sul singolo disturbo e su una imagine radiologica che sul meccanismo complesso della funzione. Il metodo del piccolo riempimento per lo studio delle pliche si è dimostrato di grande utilità sebbene spessissimo di difficile interpretazione.

Però anche il metodo radiologico, ritenuto come importantissimo, talora è insufficiente. Pur senza volere accettare alla lettera quello che asserisce Moutier quando dice che « *l'esame radiologico è non un metodo di diagnosi precoce del cancro dello stomaco ma al contrario un metodo tardivo* », si può dire che non di rado può sfuggire al radiologo un tumore che sia in stadio iniziale e scoprirsi quando non si è più in tempo per la diagnosi.

In tale incertezza di mezzi di diagnosi precoce vediamo quello che ci può dare l'esame endoscopico.

Io ho eseguito numerosi esami gastroscopici col gastroscopio flessibile di Wolf-Schindler in malati di tumore in varie fasi di sviluppo. Esponendo i risultati di questi esami, mi sento autorizzato ad affermare che la gastroscopia rappresenta un metodo di grande valore e non dovrebbe in nessun caso essere trascurata. Alla osservazione endoscopica in casi di tumori ho potuto riscontrare le seguenti evenienze:

1) Durante l'esame gastroscopico in numerosissimi casi (la maggioranza) ho riscontrato nel corso dell'esame un'emorragia o meglio uno stillicidio di sangue nello stomaco. Si penetra con lo strumento nello stomaco e, prima che si abbia il tempo di orientarsi bene e di iniziare l'osservazione, si nota come la visione si vada gradualmente oscurando e diventi sempre più indistinta fino ad oscurarsi

completamente. Ritirato il gastroscopio la spugnetta terminale del gastroscopio risulta intrisa di sangue e la finestra gastroscopica anch'essa sporca di sangue.

2) Quando questa eventualità emorragica non si verifica, la visione del tumore si ha o sotto forma di una plica gigante rigida, o sotto forma di una zona infiltrata a placca con scomparsa delle pliche, oppure nei casi di lesione un po' più avanzata, l'osservazione di una zona rigida più o meno estesa, di colorito spesso cianotico, talora con ulcerazione di varia estensione.

3) In qualche caso, e cioè quando il tumore è situato in una zona non esplorabile col gastroscopio non si ha nessuna imagine. Tuttavia in questi casi oltre al reperto della gastrite atrofica che non manca mai, si nota che lo stomaco è *deformato, piccolo, rigido*, con la motilità profondamente alterata nel senso che le pareti gastriche sembrano come immobili durante l'esame. Il lago mucoso è sovente abbondante con qualche coagulo ematico e molto muco; il muco è di un'abbondanza particolare e fluido.

4) Quando il tumore è situato nelle parti alte dello stomaco (fondo, piccola curva in vicinanza del cardias, oppure addirittura nella regione del cardias) si determina uno spasmo funzionale del cardias con impossibilità di penetrare con lo strumento nelle cavità dello stomaco.

Questi sono i dati che io ho potuto ricavare dall'osservazione di numerosi casi di tumore dello stomaco in vario stadio di evoluzione. Essi sono tali che ci permettono il più delle volte di arrivare alle diagnosi; più importanti sono le prime due eventualità e cioè emorragia endogastrica durante l'esame e visione diretta del tumore. L'emorragia è più frequente della visione del tumore. Ambedue sono dati di grande valore diagnostico e devono essere presi nella dovuta considerazione.

Nei casi in cui il tumore non si vede bisognerà riferirsi agli altri dati che derivano dalla clinica, dal laboratorio e dalla radiologia.

In tutti i casi in cui il gastroscopio si è arrestato al cardias (5 casi) il tumore justa-cardiale è stato confermato negli esami radiologici e all'atto operativo.

Dal punto di vista della *diagnosi differenziale* dobbiamo dire che l'emorragia endogastrica nel corso dell'esame si può verificare anche in altre evenienze diverse dal tumore e precisamente in quelle forme di gastriti, non rare, emorragiche. Però nella gastrite emorragica appena penetrati nello stomaco e in quella fase iniziale in cui l'emorragia non ha ancora oscurato la visione noi scopriamo una mucosa gastrica a tipo ipertrofico ed emorragico, mentre nel tumore la prima mucosa che capita sotto l'occhio dell'osservatore è pallida, atrofica, liscia, con pliche appena visibili.

Nell'ulcera gastrica è anche possibile l'emorragia durante l'esame gastroscopico, però questa eventualità si verifica molto di rado: così mentre a me l'emorragia non è mai capitata nel corso dell'esame nemmeno altri autori hanno richiamato l'attenzione su questa evenienza.

Un *tumore ulcerato*, quando è visibile, può presentare i caratteri endoscopici dell'ulcera e trarre in errore. Le due affezioni possono presentare delle note di somiglianza ancora maggiori se attorno all'ulcera si stabilisce una zona di *edema infiammatorio* che simula *l'infiltrazione neoplastica*. Tuttavia i caratteri dell'ulcera neoplastica con i suoi bottoni carnosi flaccidi, sanguinanti, col suo colorito cianotico, con il suo aspetto di infiltrazione dura sono caratteri tali che ci permettono, il più delle volte, di fare una diagnosi di sicurezza anche senza considerare gli altri esami complementari.

Nei casi in cui il tumore sfuggisse all'esame gastroscopico non bisogna concludere per la sua assenza se i risultati generali tendono a farlo sospettare: in tali casi occorre tener conto dello stato della mucosa e cercare con un esame lungo e minuzioso. Talora è bene esaminare ripetutamente il soggetto perchè può darsi che quello che è sfuggito ad un primo esame è manifesto nell'altro. Ed anche quando l'osservazione ripetuta risulta negativa bisogna riferirsi agli altri esami collaterali e cercare la localizzazione della lesione eventuale per vedere se essa è in zona che sfugge normalmente alla osservazione gastroscopica oppure no: con gli esami comparativi in molti casi si riesce a formulare una diagnosi esatta.

Quando lo strumento non penetra in nessun modo nello stomaco e si arresta nella regione cardiale, si ha un dato di presunzione non trascurabile per un cancro alto situato; nei casi di mia osservazione il fenomeno si è verificato costantemente. In questi casi con l'aiuto della radiologia si può localizzare il tumore.

Diagnosi di operabilità del tumore.

Riconosciuto il tumore occorrerà assicurarsi della sua operabilità. Cioè a dire della estensione della lesione e dei suoi rapporti con i visceri vicini.

La diagnosi di estensione dell'epitelioma è molto difficile perchè ogni tumore visibile è circondato da una zona di infiltrazione neoplastica invisibile. Ciò che permette di apprezzare i limiti della lesione è lo studio della mucosa; *pliche, colore, aspetto*. Però anche lo studio di questi dati presenta difficoltà non lievi per la esistenza non rara al limite della lesione neoplastica di una zona di gastrite banale che complica il giudizio di interpretazione non potendosi apprezzare i limiti delle due affezioni. La zona di estensione del tumore è rappresentata da una infiltrazione pallida, anemica e talora rossa di aspetto emorragico. A distanza, come pure ad immediato contatto con la lesione neoplastica esiste sovente una gastrite più o meno intensa congestiva, emorragica e talora erosiva. Di ciò occorre tenere gran conto.

Solo l'osservazione lunga e attenta di questi casi, il controllo operatorio e lo studio del decorso dei casi studiati permette di giungere ad un giudizio di operabilità esatto.

La profilassi del cancro dello stomaco.

La gastroscopia, oltre che contribuire alla diagnosi precoce del tumore, si sforza anche di portare il suo contributo alla profilassi del tumore dello stomaco come ad una malattia tanto diffusa e tanto grave.

È possibile mettere in evidenza uno stato precanceroso dello stomaco? La nostra attenzione a tal uopo deve portarsi su quelle forme di atrofie della mucosa gastrica che rappresentano l'esito di gastriti croniche pregresse. Secondo le idee di Hurst esposte al 1° Congresso internazionale di G. E. a Bruxelles, il carcinoma dello stomaco non si sviluppa mai in uno stomaco sano. Se esiste dell'acidità cloridrica nello stomaco si deve ritenere, egli dice, che il carcinoma è l'esito di un'ulcera cioè si tratta della degenerazione dell'ulcera in cancro. Se esiste invece un'anacidità il carcinoma è l'esito di una gastrite cronica anacida. Per lo sviluppo del cancro dello stomaco vi sono dei fattori intrinseci costituiti dalla sensibilità costituzionale o ereditaria. Ma se manca l'irritazione cronica l'organo sfugge alla malattia.

In base a questi concetti la gastroscopia può essere di grande utilità essendo in grado di mettere in evidenza quegli esiti di gastrite cronica che hanno tendenza ad evolvere in atrofia. I soggetti portatori di tali lesioni sono i candidati al cancro dello stomaco e saranno quindi tenuti in osservazione in modo che sia possibile cogliere quei minimi sintomi sospetti ed affidare il malato al chirurgo in una fase veramente precoce della sua malattia.

CONCLUSIONI.

Fra i mezzi diagnostici a disposizione per la diagnosi di tumore dello stomaco occorre tener gran conto della gastroscopia che ci permette sovente di avere dei dati molto positivi non solo riguardo alla esistenza del tumore ma alla sede, all'estensione e alla sua operabilità.

RIASSUNTO.

L'A. che da vari anni si occupa di gastroscopia ha raccolto in questo lavoro i casi di cancro di stomaco capitati alla sua osservazione allo scopo di potere fissare dei criteri di diagnosi precoce e di terapia. In base alla sua esperienza l'esame endoscopico dello stomaco ha una enorme importanza rivelandosi talora molto più efficace degli altri esami (chimico - radiologico - clinico ecc.) per scoprire le più precoci alterazioni cancerose del viscere. Con l'esame gastroscopico è anche possibile rilevare quelle fini alterazioni della mucosa gastrica che non sono ancora il cancro ma che ad esso possono portare. In tal senso si deve intendere il termine di profilassi del tumore di stomaco.

BIBLIOGRAFIA.

P. ALESSANDRINI. *Vedute attuali in tema di gastrite cronica.* Policlinico, Sez. Pr., 1934.

A. CIMINATA. *La gastrite cronica primitiva.* Gazzetta Sanitaria, febbr. 1934.

G. OSELLADORE. *Contributo allo studio della linite plastica dello stomaco.*

L. FERRANINI. *Un caso di gastrite luetica ulcerata.* Policl., Sez. Pr., febbr. 1934.

A. CIMINATA. *Rapporti fra gastrite cronica e stenosi pilorica.* Min. Med., vol. I, 1933.

U. SABADINI. *Su le gastriti croniche e le loro diagnosi.* Arch. it. mal. app. dig., 1932.

ALLODI. Min. Med., 1928, 1934; Giorn. Med. Alto Adige, vol. II-III.

A. BONADIES. *Contributo alla diagnostica della gastrite cronica.* Policl., Sez. Prat., 1934.

ID. *L'endoscopia nella diagnostica delle mal. dell'app. digerente.*

ID. *Reperti endoscopici nella gastrite cronica.* Atti della R. Acc. Medica di Roma, 1934.

ID. *Reperto endoscopico nelle achilie.* Atti del I Congresso Società it. di Gastro-enterologia.

ID. *Sopra un caso di gastrite neoplasiforme del piloro.* Atti Acc. Lancisiana di Roma, 1934.

ID. *Su un caso di gastrite flemmonosa.* Atti Acc. Lancisiana di Roma, giugno 1934.

Atti del I Congresso internazionale di gastro-enterologia, Bruxelles, 1934; 64, rue de la Concorde.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI UDINE

Lobectomia polmonare per bronchiectasie (*).

Dott. GINO PIERI, chirurgo primario.

Ritengo valga la pena di segnalare un caso di resezione del lobo inferiore del polmone sinistro da me recentemente eseguita con successo, per varie ragioni: perchè questa operazione appare destinata a entrare nella pratica chirurgica corrente con sempre più larghe indicazioni, perchè le sue difficoltà di esecuzione mi risultarono minori di quello che si immaginerebbe *a priori*, perchè alla tecnica di essa ho apportato qualche variante che appare vantaggiosa, perchè i casi pubblicati in Italia sono pochissimi (Alessandri, Chiasserini, Brendolan).

La giovane che presento ha 26 anni, e all'età di 10 anni ammalò con broncopolmonite sinistra e pleurite; da allora non potè più liberarsi dalla tosse, insistente, con espettorato abbondante, che di tanto in tanto prendeva i caratteri di una vomica, e a questo stato si accompagnavano deperimento che a periodi si accentuava, febbricola, ecc. Clinicamente era rilevabile il quadro di una bronchite cronica prevalente alla base del polmone sinistro. Tutte le cure mediche esperite non avevano portato che miglioramenti temporanei.

Nel novembre 1934 era stata da me praticata la frenicoexeresi sinistra, ma anche questa volta il successo fu incompleto e temporaneo: si mantenne per alcuni mesi.

Il 29 novembre 1935 fu eseguita la radiografia del torace (prof. Chizzola) previa iniezione di lipiodol nell'albero bronchiale (fig. 1). Essa rilevò un disegno bronchiale molto evidente alla base di ambedue i polmoni, con presenza di piccole bronchiectasie sacciformi alla base del polmone sinistro; permise inoltre di constatare una riduzione della motilità della metà sinistra del diaframma.

Dato questo reperto radiografico, e visti gli insuccessi della cura medica e della frenicectomia, la paziente si decise a entrare in ospedale accettando la proposta di resezione del lobo inferiore malato del polmone sinistro.

Le condizioni di nutrizione e di sanguificazione della giovane apparivano scadenti. Nulla a carico dell'apparato linfatico. Muscolatura gracile. Apparato scheletrico normale. Tiroide lievemente ipertrofica. Cuore nei limiti normali, con toni regolari; polso 96, piccolo e regolare; pressione arteriosa massima al braccio sinistro (apparecchio Tycos) mm. 150.

All'esame dell'apparato respiratorio si nota lieve retrazione dell'emitorace sinistro (la emicirconferenza sinistra appare alla base del torace inferiore di un centimetro rispetto alla destra), con scarsa espansione durante i movimenti respiratori; lieve ipofonesi in tutto l'ambito polmonare sinistro, che diviene più evidente alla base; all'ascoltazione respiro aspro con ronchi e sibili; alla base rantoli consonanti.

Nulla di notevole a carico dei visceri addominali.

Si prepara la malata alla operazione con purgante, e poi riposo in letto con decubito senza cuscino e piedi del letto sollevati, per tre giorni, durante i quali fu praticata rettoclisi glucosata e somministrata digitalina *per os*.

Il giorno 9 dicembre, previa iniezione di dilaudid fu praticata la anestesia peridurale iniettando 25 cc. della soluzione di triplocaina.

La malata fu coricata sul letto operatorio sul fianco destro con tronco leggermente declive in basso. Incisione lungo la 8ª costola sinistra, che

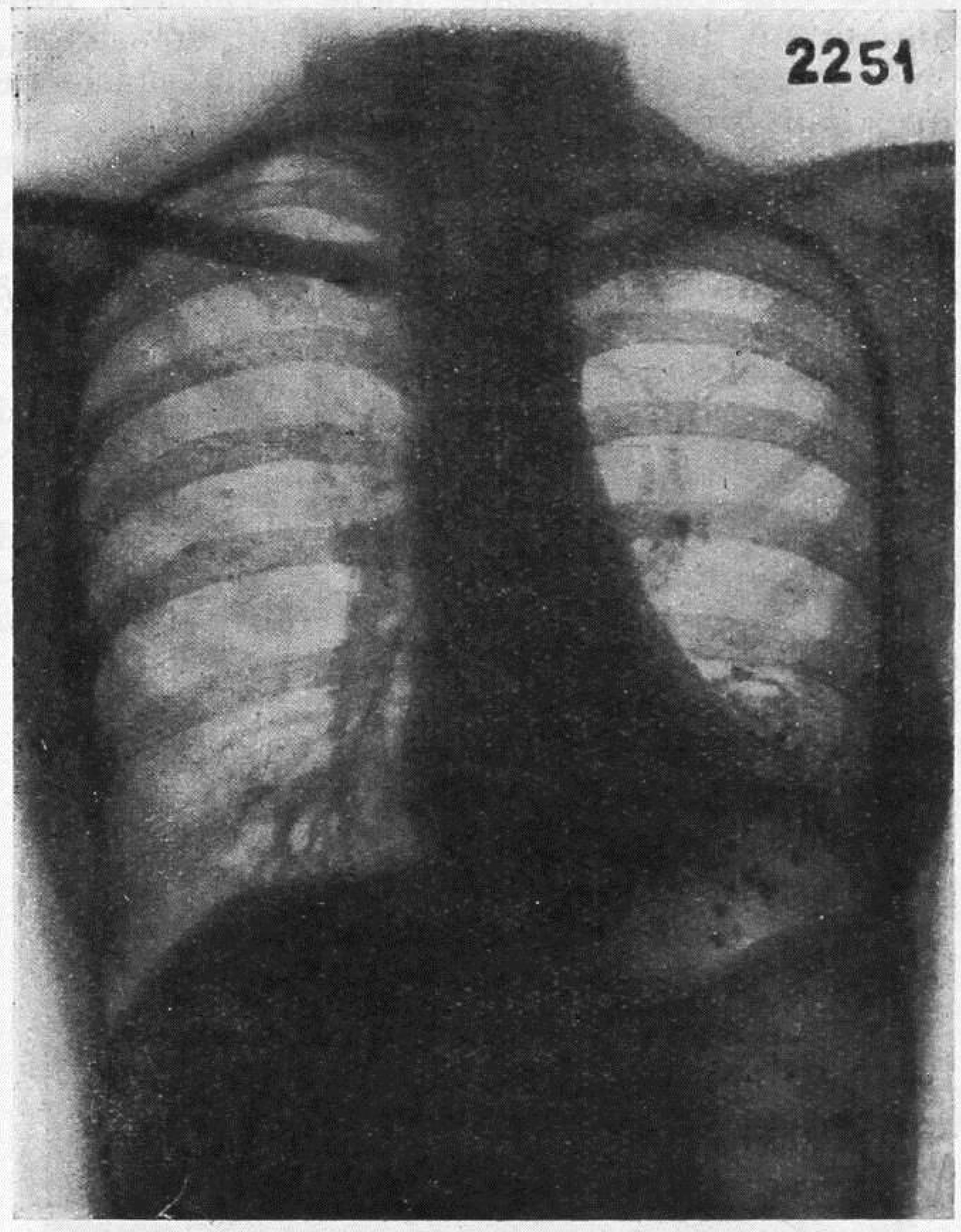


FIG. 1.

si inizia a 3 centimetri dalla linea mediana posteriore e giunge in avanti e in basso a 2 centimetri dall'articolazione condrocostale. Si deperiosta su questo tratto la costola e si reseca. Per la stessa estensione si incidono il periostio costale posteriore e la pleura. Si cade così sul polmone il quale in gran parte è aderente alla pleura parietale. Si distaccano cautamente le aderenze fino a isolare dalla parete toracica il lobo inferiore e in gran parte il lobo sovrastante; quindi si separano uno dall'altro i due lobi. Il lobo inferiore così isolato è di colore rosso vivo, retratto (grande quanto un cedro) aumentato di consistenza. Si passa intorno al peduncolo del lobo così isolato il laccio (una fettuccia vasellinata montata sullo strumento di Putti per il cerchiaggio delle ossa) e si stringe progressivamente. Quindi si seziona il peduncolo a 1-2 centimetri dal laccio, si asporta il lobo così isolato (e insieme una linfoghiandola

---

(*) Comunicazione alla Società Medica del Friuli, seduta del 30 gennaio 1936.

grossa poco più di un fagiuolo) e si sutura il moncone con catgut.

Poi sulla punta di un Klemmer introdotto attraverso la cavità pleurica e sospinto dall'interno contro la parete toracica si pratica una incisione attraverso il 10° spazio intercostale sulla linea ascellare media e con esso si attira entro la cavità l'estremità di un drenaggio di gomma fenestrato del diametro di 6 mm., che si fa penetrare entro la pleura per circa 3 centimetri; il tubo viene lasciato lungo, fissato alla pelle con due punti di seta, e chiuso rasente la pelle con una pinza di Kocher.

Si sutura con un sopraggitto in catgut l'incisione pleuroperiostale. Sutura a punti staccati dei muscoli e della pelle.

Quindi si pratica una trasfusione di 300 cc. di sangue.

Il lobo asportato, dalla superficie rugosa, poco elastico alla compressione, viene sezionato, constatando un aumento di consistenza per sclerosi, e presenza di numerose piccole bronchiectasie (le più grandi sono quanto un pisello) (fig. 2).

Ricondotta la malata in letto (senza cuscini e coi piedi del letto rialzati) si immerge la estremità del tubo di drenaggio fissato alla pleura in un recipiente contenente soluzione fenica al 5 %, e si toglie la Kocher, stabilendo così il drenaggio irreversibile.

Quindi si rimette in funzione la rettoclisi, e si praticano per alcuni giorni iniezioni di cardiocinetici.

Il decorso postoperatorio fu soddisfacente: il polso si mantenne per qualche tempo molto frequente, ma non comparve alcun altro fenomeno preoccupante a carico dell'apparato circolatorio.

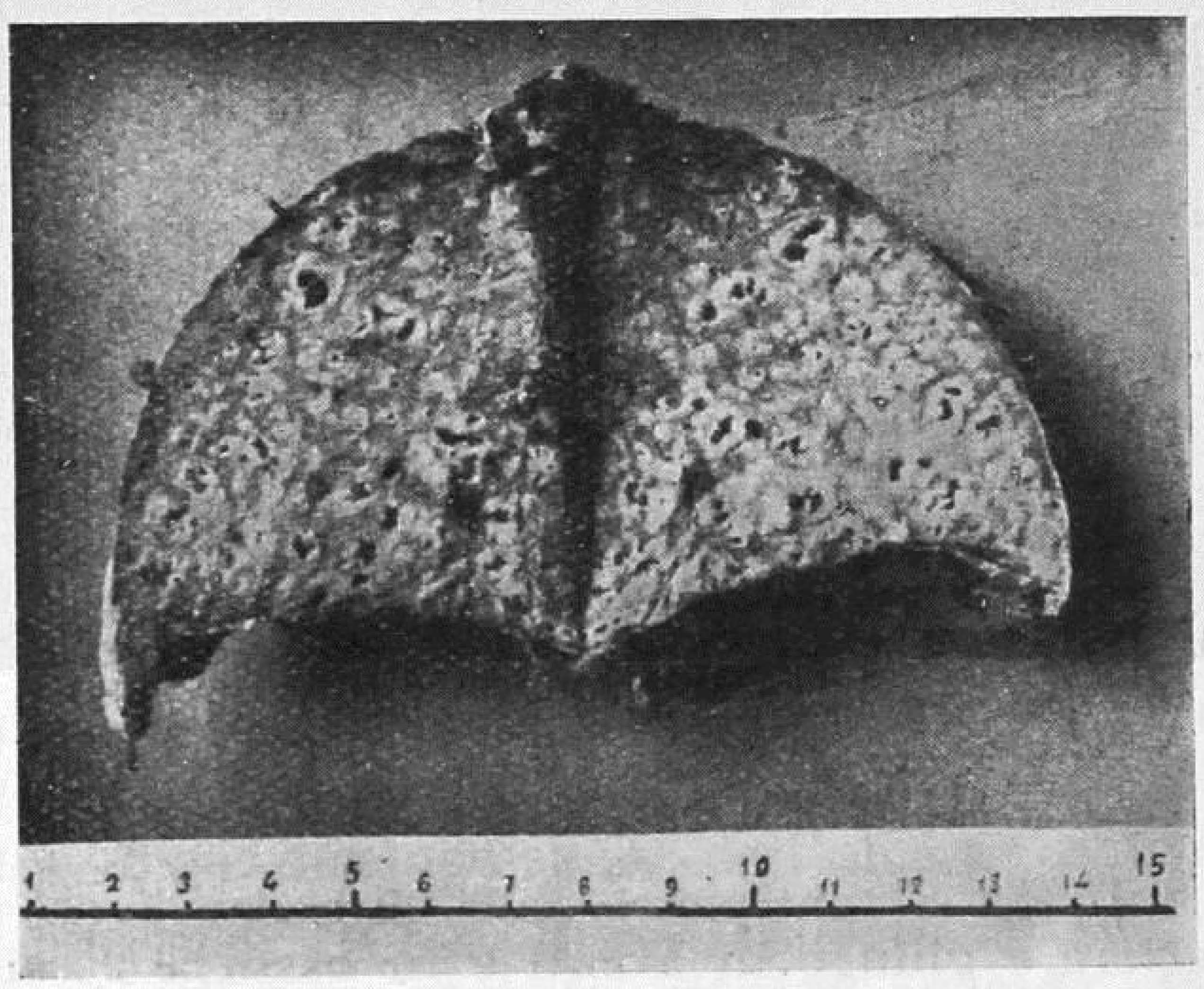


FIG. 2.

All'undicesimo giorno dalla operazione si tolsero i punti: guarigione *per primam*.

Il 20 dicembre si sostituì il drenaggio, che frattanto aveva finito col dar solo scarsa quantità di liquido sieroso, con uno più piccolo, e il 26 dicembre si rimosse il drenaggio, che non dava più alcuna secrezione.

Il 6 gennaio 1936 l'esame radioscopico dimostrò alla base dell'emitorace sinistro una velatura uniforme, e un sollevamento notevole dell'emidiaframma di sinistra, che giunge all'altezza della 5ª cartilagine costale ed è fisso (fig. 3).

Il 12 gennaio la paziente venne dimessa: le due ferite erano completamente cicatrizzate (fig. 4).

Attualmente essa si sente discretamente, ha scarsa tosse catarrale (l'ascoltazione dimostra una lieve bronchite cronica diffusa); non ha più febbre; le sue condizioni di nutrizione sono notevolmente migliorate; i dolori gravativi di cui all'uscita dall'ospedale si lamentava alla base dell'emitorace sinistro sono pressochè scomparsi: la paziente li avverte ora solo nel cambiamento di tempo.

Poche parole di commento a questa relazione di fatti.

Premetto che la tecnica da me usata per la lobectomia fu quella di Brunn, modificata da Shenstone e Archibald, e alla quale io mi sforzai di dare la massima possibile semplificazione.

Per quanto riguarda la preparazione alla operazione, la mia paziente fu tenuta nei tre giorni precedenti all'intervento in letto, senza cuscini, coi piedi del tutto sollevati in modo da

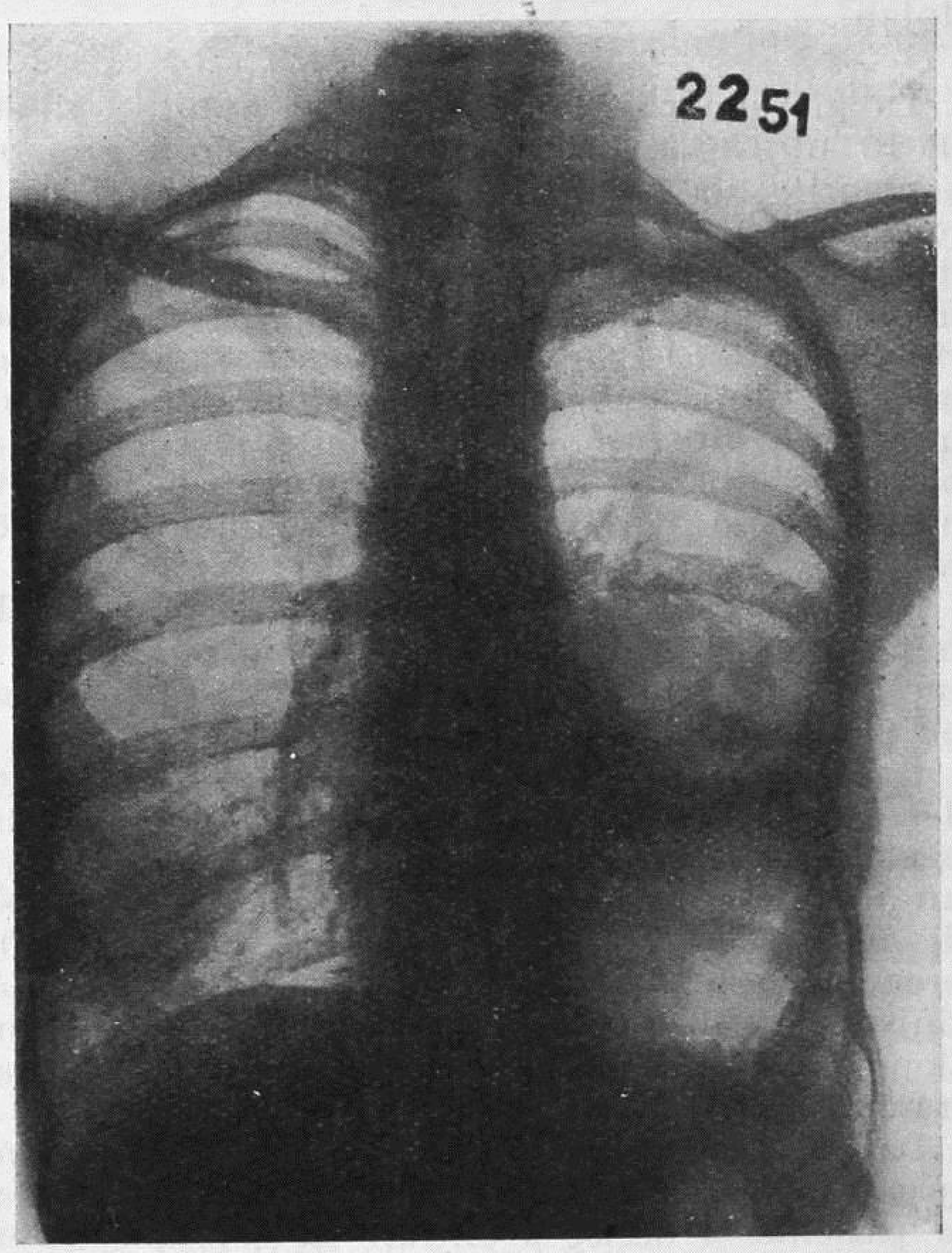


FIG. 3.

dare al corpo una posizione leggermente declive a testa bassa, allo scopo di favorire la evacuazione polmonare.

La cura del glucosio, proposta da Roberts *per os, per rectum* e *intra venas*, fu praticata mediante rettoclisi glucosata al 5 per cento a permanenza nei tre giorni di riposo in letto che precedettero l'operazione. Così, seguendo il consiglio di Lilienthal, alla malata furono somministrate 15 gocce di digitalina al giorno.

Ho già detto che alla paziente era stata pra-

ticata, circa un anno prima, la frenicectomia, e se questa non aveva dato che un miglioramento temporaneo, non apparve nuocere all'effetto della lobectomia, come temono Monod e Demirleau. che ritengono possa, paralizzando il diaframma, ostacolare l'espansione del lobo restante.

Non furono praticate nella mia malata sedute di broncoaspirazione, e ciò per la mancanza di strumentario e di esperienza in proposito; ed il buon esito ugualmente ottenuto dimostra che la broncoaspirazione, pur apparendo razionale e verosimilmente giovevole, può non essere indispensabile.

Nè ritenni necessario preparare la operanda con una trasfusione, che non pochi cultori della chirurgia polmonare praticano sistematicamente in questi casi.

Per quanto riguarda la anestesia, coloro che hanno praticato lobectomie hanno usato i più svariati metodi; nessuno ha usato la anestesia peridurale di Dogliotti, che io adottai nel caso in questione; questa mi corrispose in un modo che non esito a definire perfetto, e io ritengo che abbia certamente contribuito per parte sua al buon esito. Il non aver usato la narcosi con i gas, e il non avere per questo osservato inconvenienti, dimostra che si può fare a meno della narcosi con iperpressione.

Per la operazione non mi servii di strumenti speciali: non divaricatori nè ravvicinatori costali, non serranodo apposito per l'ilo polmonare; a questo scopo adattai lo strumento del Putti per il cerchiaggio delle ossa, sostituendo al nastro metallico una fettuccia vasellinata; mi fu possibile graduare così a volontà la costrizione del peduncolo bronchiale.

Aprii il torace resecando per quasi tutta la sua estensione l'ottava costola; ciò che ha un doppio vantaggio sulla incisione intercostale abitualmente praticata: evita la sezione dei vasi (e nervi) intercostali, la cui emostasi riesce molesta, e risparmia l'uso dello strumento speciale per ravvicinare le costole, al momento della chiusura della incisione toracica.

Aperto il torace trovai aderenze ove lasse, e scollabili col dito, ove più dure, che richiesero l'uso della forbice; il distacco fu laborioso, come è la regola, nella parte superoposteriore della scissura, dove dovetti usare continuamente il bisturi; la superficie sezionata sanguinava un poco: un tampone bagnato in soluzione fisiologica e lasciato a permanenza finì coll'aver ragione della emorragia.

Il lobo distaccato veniva tenuto in tensione dall'aiuto, afferrandolo con le mani rivestite di guanti di cotone, ed evitando in modo assoluto di tirare su di esso con strumenti metallici.

Passata la fettuccia intorno all'ilo bronchiale, fu stretta con lo strumento del Putti, e prima di procedere alla sezione del polmone si protesse il campo operatorio con pezze bagnate, senza vedere la necessità di usare, come si è fatto da altri, tamponi imbevuti di tripaflavina.

La sezione dell'ilo fu fatta colla lunga forbice curva, a distanza di 1-2 centimetri dal laccio; quindi si affrontarono i margini del moncone con una sutura a sopraggitto in catgut (n. 4) a tutto spessore, e collo stesso filo si praticò un secondo sopraggitto di ritorno; tolto il laccio emostatico, e visto che il moncone non sanguinava, si aggiunsero tre punti staccati in catgut, per il più esatto affrontamento dei margini.

Prima di chiudere la cavità toracica si passò attraverso una piccola incisione della parete un tubo di gomma da drenaggio, controllando dall'interno che esso uscisse dal punto più declive della cavità pleurica corrispondente alla linea ascellare media: l'incisione cadde a livello del 10° spazio intercostale.

La sutura continua in catgut a tutto spessore del doppio strato aderente costituito dalla pleura e dal periostio costale profondo risolse nel modo più semplice e felice il problema della chiusura del cavo toracico, senza bisogno di strumenti per il ravvicinamento delle costole.

Viene consigliato di eseguire, alla fine della operazione, la broncoaspirazione; ciò che io per le ragioni accennate non praticai nel caso in questione.

Prima di far uscire la malata dalla camera operatoria venne praticata una trasfusione di 300 cc. di sangue, non perchè se ne dimostrasse l'assoluta necessità per le condizioni della malata, ma a titolo precauzionale.

Ricondotta la malata in letto si tornò a metterla nella posizione declive a testa più bassa del tronco.

Il drenaggio irreversibile fu praticato immergendo a permanenza l'estremità del drenaggio toracico in un recipiente di vetro legato al letto (uno dei soliti pappagalli per la urina), sterilizzato e contenente una soluzione antisettica (fenolo al 5 %); in questo modo si impediva che penetrasse aria nella cavità residuale alla lobectomia, ed in questa, per il riassorbimento graduale dell'aria, si faceva il vuoto, colmato man mano dall'espansione del lobo polmonare sovrastante e dal risalimento del diaframma.

Viene consigliato di cambiare quotidianamente il tubo da drenaggio (Monod e Demirleau e altri); ciò a me pare un errore, venendo a frustrare la chiusura ermetica della cavità residuale: io rinnovai il tubo alla 11ª giornata sostituendolo con uno più sottile, che soppressi in 17ª giornata perchè la secrezione era cessata; ed ottenni una guarigione *per primam.*

Ciò contrasta singolarmente con quanto scrivono i vari autori sul fatale formarsi di una fistola bronchiale temporanea: « La fistola bronchiale è costante, si verifica verso il 10º giorno, rivelata dalla uscita di aria dal drenaggio.. » (Monod e Demirleau).

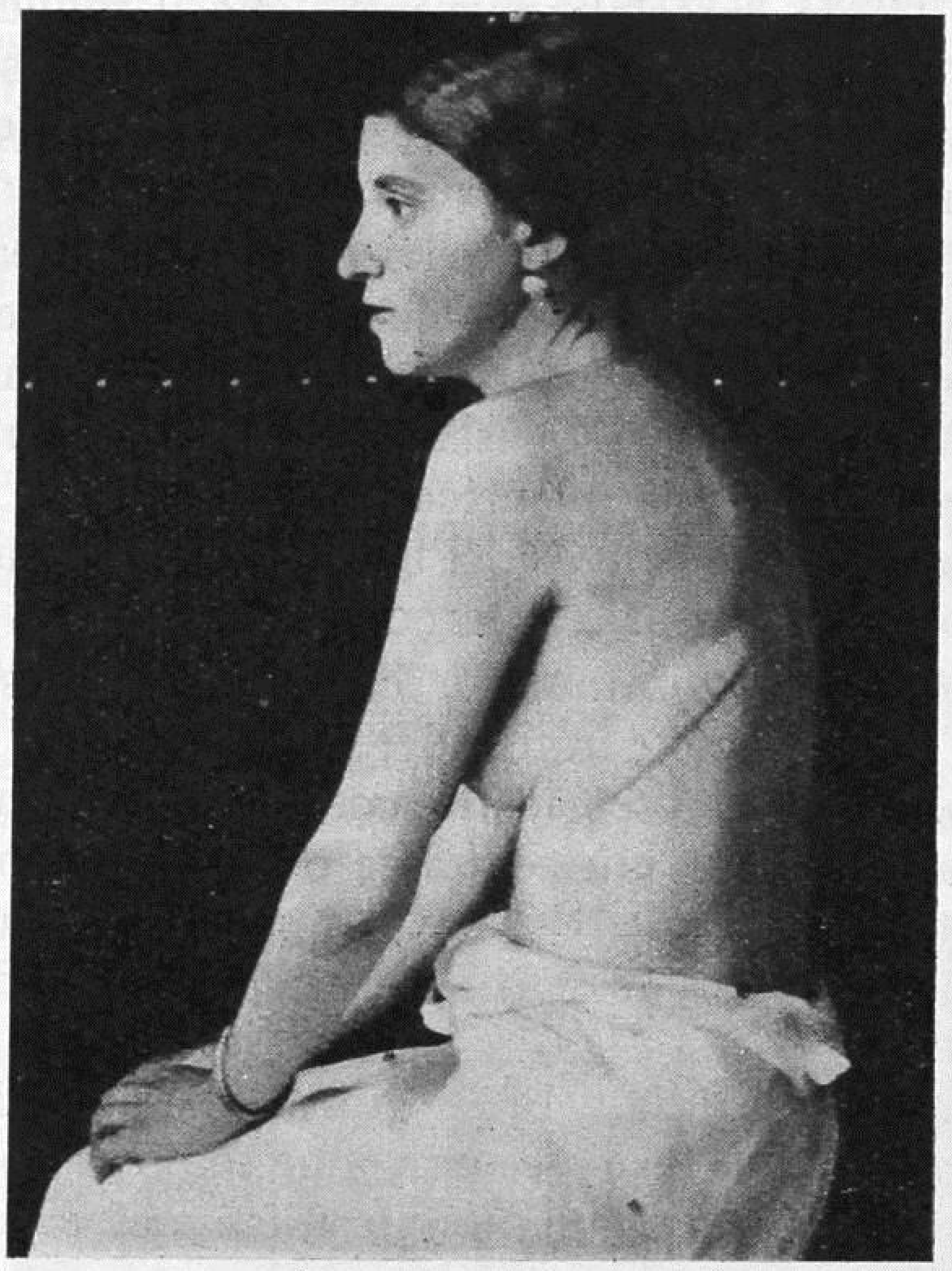


FIG. 4.

Mi scuso di essere stato così prolisso nei commenti alla esecuzione dell'intervento, ma mi pareva doveroso essere minuto ed esatto nei dettagli, visto che alla somma dei particolari e degli accorgimenti di tecnica usati si dovette il successo nel caso da me riferito.

P. S. La operata è stata riveduta nel giugno 1936, a sei mesi dall'intervento (fig. 4). Le sue condizioni si mantengono soddisfacenti: l'aspetto, lo stato di nutrizione sono discreti, il peso corporeo è aumentato di cinque chilogrammi; il vecchio processo bronchitico è pressochè estinto (qualche colpo di tosse in giornata con poco espettorato mucoso); è cessato completamente il fetore dell'alito.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce il caso di una giovane di 26 anni, nella quale egli resecò il lobo inferiore del polmone sinistro per bronchiectasie, con esito favorevole che si mantiene a distanza di 6 mesi. Egli si diffonde nella descrizione dei particolari tecnici del processo operatorio, al quale si sforzò di portare la massima possibile semplificazione.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
SERVIZIO SANITARIO.

Sui rapporti fra perimetro toracico e peso corporeo.

Dott. FERNANDO VICENTINI
Medico della Direzione Generale dell'I. N. A.

L'idea di scrivere la presente nota sui rapporti che intercorrono tra perimetro toracico e peso corporeo, mi è venuta leggendo un articolo del dott. Leon Perry dal titolo « Quale peso debbo avere? », pubblicato nella Rivista sudamericana « Viva cien años » del marzo 1936.

In detto articolo è contenuta la seguente tabella costruita dal dott. G. Grasso mediante i dati di molte migliaia di individui di ambo i sessi, di costituzione medio-normale.

Tabella per calcolare il perimetro toracico corrispondente al peso (secondo G. GRASSO):

Peso (kg.)	Perimetro toracico (cm.)	Peso (kg.)	Perimetro toracico (cm.)
45	76	69	92
46	77	70	93
47	77	71	94
48	77	72	95
49	78	73	96
50	79	74	96
51	80	75	97
52	80	76	98
53	81	77	98
54	81	78	98
55	82	79	99
56	82	80	100
57	83	81	100
58	84	82	101
59	84	83	101
60	84	84	101
61	85	85	101
62	86	86	102
63	87	87	102
64	88	88	103
65	89	89	103
66	89	90	103
67	90	91	103
68	91	92	104

L'Autore avverte che coloro i quali hanno un perimetro toracico di misura inferiore a quella indicata nella tabella a fianco della cifra corrispondente al peso, debbono essere considerati come dei longilinei, mentre quelli che hanno un perimetro toracico di misura maggiore debbono porsi tra i brevilinei.

Non è detto però nel commento che l'A. fa alla tabella del dott. Grasso, con quali criteri la detta tabella è stata costruita e perciò non possiamo avere elementi per giudicare gli altri dati somatici dei soggetti studiati.

Sono stato inoltre spinto ad occuparmi dell'argomento perchè finora, per quello che almeno è a mia conoscenza, i rapporti tra valori del perimetro toracico e peso somatico sono stati trascurati o quasi e dalla antropometria e dalla medicina dell'assicurazione vita essendo tenuti quasi esclusivamente in considerazione i rapporti tra peso somatico e statura.

In un gruppo di assicurati dell'I. N. A., di sesso maschile, in età tra i 20 ed i 50 anni, ho studiato come variano le cifre del perimetro toracico col variare di quelle del peso somatico. A questo primo saggio farò seguire, quanto prima, uno studio più completo dell'argomento.

I 1633 individui considerati appartengono tutti al «tipo normale» o *primo* dei tipi di costituzione stabiliti dal Romanelli (1); eccone i caratteri:

Tipo I: tipo normale in cui il peso è uguale al numero dei centimetri dell'altezza, detratto il metro, diminuito del 5 %, e non supera del 10 % il detto numero dell'altezza, detratto il metro; inoltre la circonferenza del collo oscilla tra i 37 ed i 38 cm.; la circonferenza toracica oscilla tra la cifra rappresentante la metà dell'altezza meno cm. 2 e la metà dell'altezza aumentata di cm. 5. La circonferenza addominale è inferiore alla toracica.

Nella seguente tabella ho riportato le cifre medie del perimetro toracico relative ai vari pesi corporei del gruppo degli assicurati:

Perimetro toracico corrispondente al peso
(cifre ricavate da 1633 assicurati maschi)

Peso (kg.)	Perimetro toracico (cm.)	Osservazioni (n.)
50	80	4
51	80	2
52	82	10
53	79	4
54	83	13
55	82	24
56	84	22
57	84	24
58	86	33
59	85	23
60	84	78
61	85	31
62	85	59
63	86	50
64	87	55
65	87	98
66	88	52
67	89	70
68	88	93
69	88	59
70	89	106
71	91	42
72	91	95
73	91	43
74	91	59
75	92	77
76	92	39
77	94	40
78	93	42
79	94	37
80	95	50
81	95	25
82	94	28
83	92	26
84	97	25
85	96	24
86	94	22
87	98	8
88	96	21
89	99	10
90	96	5
91	97	1
92	97	4

(1) I. ROMANELLI. *Saggio di mortalità per cancro tra gli assicurati*. Rivista Ospedaliera, 1921.

*

Per avere una idea più chiara dell'andamento del fenomeno (variazioni del perimetro toracico col variare del peso somatico) ho ampliato le classi dei pesi ed ho calcolato le cifre medie del perimetro toracico, corrispondenti ad ogni classe di essi.

Peso (kg.)	Perimetro toracico (cifre medie) (cm.)
50-54	80
55-59	84
60-64	85
65-69	88
70-74	91
75-79	93
80-84	95
85-89	97
90-92	97

Nello stesso tempo ho ragguagliato a queste nuove classi di pesi, i dati della tabella del Grasso, come segue:

Peso (kg.)	Perimetro toracico (cifre medie) (cm.)
50-54	80
55-59	83
60-64	86
65-69	90
70-74	95
75-79	98
80-84	101
85-89	102
90-92	103

Appare evidente dall'esame dei due prospetti che il perimetro toracico varia col variare del peso somatico, in ragione diretta, nel senso che a pesi maggiori corrispondono cifre maggiori del perimetro toracico.

*
* *

Ho cercato quindi un termine di confronto tra peso somatico e perimetro toracico, relativamente ai gruppi da me costruiti:

$$\frac{\text{peso}}{\text{per. tor.}}$$

Onde procedere correttamente alla valutazione di tale rapporto ho dovuto ridurre le misure dei pesi a misure lineari, estraendo da ogni valore del peso (in grammi), la radice cubica (Livi).

Ecco le cifre medie ottenute per ogni gruppo di pesi:

50-54	37,325
55-59	38,485
60-64	39,578
65-69	40,615
70-74	41,601
75-79	42,543
80-84	43,444
85-89	44,310
90-92	44,979

Con queste cifre ho calcolato per i gruppi di individui da me presi in considerazione, l'indice ponderale medio che viene a rappresentare il rapporto tra peso somatico e perimetro toracico, e del quale riporto la formula:

$$\frac{\sqrt[3]{P} \times 100}{\text{per. tor.}}$$

Nel seguente prospetto ho posto gli indici ponderali medi corrispondenti ai vari gruppi di individui:

Peso (kg.)	Perimetro toracico (cm.)	Indice: $\sqrt[3]{P} \times 100$ per. tor.
50-54	80	46,65
55-59	84	45,80
60-64	85	46,55
65-69	88	46,14
70-74	91	45,69
75-79	93	45,74
80-84	95	45,72
85-89	97	45,67
90-92	97	46,36

Dato il non molto grande numero di individui presi in esame non posso dare alcun valore assoluto alle cifre da me ottenute; solo mi limito ad osservare che, fatte le debite riserve, per l'ultima classe costituita da un esiguo numero di individui con l'aumentare del perimetro toracico, diminuisce l'indice ponderale o peso relativo, mentre invece a perimetri toracici più grandi corrispondono pesi assoluti maggiori. Questo fenomeno era già stato osservato dagli antropologi e dagli statistici, studiando i rapporti tra peso e statura: con l'aumentare della statura diminuisce il peso relativo, mentre invece aumenta il peso assoluto.

RIASSUNTO.

L'A. in 1633 assicurati maschi ha studiato le variazioni del perimetro toracico in rapporto al peso somatico e per gli stessi individui distribuiti per gruppi di pesi, ha calcolato un indice ponderale (peso medio relativo al perimetro toracico medio del gruppo). Si tratta di una nota preventiva, cui farà seguito un lavoro più completo.

RIVISTE

Sul trattamento delle ferite con larve di mosche.

Dott. LUIGI ZAGNI, lib. doc.
Direttore della Sezione Chirurgica degli Ospedali di Budrio e Comprimario degli Spedali di Bologna.

Il chirurgo americano W. G. Baer, già professore di Clinica-Chirurgica alla Scuola Medica « Johns Hopkins » di Baltimora, il 17 aprile 1930 ha pubblicato un lavoro in cui esaltava l'utilizzazione delle larve di mosche nel trattamento delle ferite. Il grande quotidiano *New-York Times* del 30 aprile 1930 annunciava « la scoperta di una chirurgia paragonabile con la medicazione antisettica di Lord Lister » e il professore Giordano commentando ironicamente la notizia scriveva che è « proprio vero che tutto rinasce, anche le porcherie ».

Nessuno però può ignorare che scienziati, come il Brumpt (1) stanno occupandosi attivamente della questione, benchè ognuno comprenda quanto sia ripugnante tale metodo per il trattamento delle ferite.

Le mosche, le più noiose nemiche dell'uomo e degli animali, sono i maggiori e i più frequenti veicoli di infezione: orbene gli studi moderni dimostrano che in certi casi le mosche, che vengono a deporre le loro uova sopra una ferita infetta, esercitano un'azione benefica.

Ambrogio Pareto aveva già visto che le piaghe « remplies de vers groulans et mouvans » nelle quali le mosche color verde-bottiglia avevano deposto le loro uova, guarivano con rapidità.

G. D. Larrey, chirurgo capo dell'esercito di Napoleone, aveva osservato durante la spedizione in Egitto, che la maggior parte dei feriti era molestata da dette mosche, ma che ciò nonostante solo l'esperienza potè convincere che lungi dal pregiudicare l'andamento delle ferite, tali insetti ne acceleravano la cicatrizzazione facilitando il compito della natura e provocando la caduta delle escare, che essi divoravano.

F. G. Millingen (1809), Schafer, Crile, Martin confermarono le osservazioni di Larrey negli Stati Uniti, così come W. W. Keen nella guerra di successione (1860).

Secondo Buchmann e Blair, un medico dell'esercito confederale, J. F. Zacarias di Cumberland, avrebbe pure utilizzato con successo le larve di mosche nelle ferite suppuranti.

Non pochi medici durante l'ultima grande guerra hanno del pari osservato che feriti con vaste piaghe, perfino con fratture esposte, rimasti sul campo di battaglia ore ed ore, riuscivano a guarire rapidamente talvolta senza febbre e senza sintomi di infezione, e ciò avveniva specialmente in quei soldati le cui ferite erano piene di vermi, allontanati i quali il fondo appariva roseo, ben granuleggiante, senza traccia di pus o di detriti cellulari.

Baer fu realmente il primo che attirò l'attenzione tanto che, come cita il Giordano stesso, egli afferma di avere, in grazia della voracità delle larve di mosca, ripulito il 98 % delle piaghe osteomielitiche: egli fu dunque in questo campo un audace innovatore.

Il Livingston, seguendolo in questo genere di studi e di idee, fornì dei dati interessanti vuoi sulla scelta delle mosche e vuoi sull'allevamento delle loro larve, esponendo i risultati ottenuti con queste ultime su 100 casi di osteomielite cronica.

Anche giornali medici diffusi commentarono questi fatti.

Brumpt ritiene che l'utilizzazione delle larve di certe mosche sarebbe stata introdotta prima nella pratica chirurgica, se i chirurgi fossero stati anche buoni naturalisti, conoscitori cioè di numerose specie di mosche presentanti un parassitismo facoltativo allo stato larvato, capace cioè di distruggere i tessuti viventi oppure di nutrirsi semplicemente di tessuti morti previa detersione delle ferite. Tali sono le esperienze di Buchmann e Blair.

La sola mosca utilizzata per le miasi chirurgiche è la *Lucilia sericata* (Wilson, Doan, Miller) ma, a Burgos, Vara Lopez e Thorbeck hanno usato di recente con successo anche le larve di *Calliphora erytrocephala* e Grantham Hill la *Wolhlfartia Nuba*.

La Lucilia sericata è una mosca cosmopolita ed il Brumpt fin dal 1910 l'ha adoperata in miasi sperimentali; non avendo però egli potuto trovare in Francia un buon stipite, l'ha portata dall'America: con detta specie egli sta tutt'ora facendo esperienze cliniche e sperimentali, sull'osteomielite cronica e quella acuta. Chi volesse avere un'ampia idea dell'insetto consulti il trattato di parassitologia di Brumpt. Non tutti i ceppi di questa mosca sono adatti: occorre adoperare larve scelte. Si possono usare le larve vere e proprie, allo stesso modo che se ne può fare l'applicazione dei principi attivi, tritandole allo stato vivente

(1) Ringrazio il Chiar.mo prof. Brumpt che mi ha fornito i particolari tecnici della presente nota.

con soluzione fisiologica e filtrandone il prodotto con filtri Berkefeld.

Nelle osteomieliti croniche e in certe fratture complicate le miasi sperimentali danno i migliori risultati, sopratutto negli adolescenti in cui la cicatrizzazione si è talvolta ottenuta nel 90 % dei casi.

Risultati parziali sono stati ottenuti nella osteomielite tubercolare. Nei casi di osteomielite cronica il chirurgo deve prima allontanare completamente gli eventuali sequestri ossei, che le larve non sono capaci di distruggere. Si deve cioè procedere così: dopo una prima medicazione si pongono sulla ferita ben detersa larve dell'età di 48 ore e se ne rifarà l'applicazione ogni 3 o 5 giorni, previo lavaggio della piaga con siero fisiologico o acqua tiepida sterile, continuando così fino a vedere la ferita coperta di un tessuto di granulazione.

Bisogna impedire l'attecchimento dei germi provenienti dai prodotti di putrefazione. Il numero delle larve di Lucilia da mettere sulla ferita varia, secondo le loro dimensioni, da 200 a 1000. La cifra delle larve secondo Brumpt è facilmente calcolabile con un poco di abitudine: la valutazione è volumetrica. Per raccogliere le larve si versa dell'acqua sterile nei tubi di cultura e il contenuto vien messo sulla ferita. Dopo tale deposito i margini della ferita sono fasciati con leucoplasto o con tela sterile permeabile all'aria (le larve sono avide di aria) e la ferita viene esposta alla luce artificiale, o meglio al sole, il che obbliga le larve — fotofobe — ad annidarsi nella ferita e nelle fistole, adattandovisi.

Dopo tale applicazione l'ammalato avverte dei pruriti in generale sopportabili: in caso contrario durante la notte bastano i comuni sedativi per farli cessare.

Qualche autore ha visto anche insorgere un accesso febbrile 24-48 ore dopo l'applicazione. Al momento in cui la ferita sta per cicatrizzarsi, le giovani larve sterili non vivono che qualche ora.

In generale dopo 3 o 4, talvolta 6 o 7, applicazioni la ferita divenuta inodora, a fondo roseo granuleggiante, si chiude progressivamente senza fistolizzazione, se i sequestri ossei sono stati preventivamente estratti.

Le ossa, all'esame radiografico, hanno un aspetto regolare contrastante con quanto si osserva abitualmente con gli altri metodi di trattamento e la loro calcificazione è uniforme e rapida (Pomeranz 1932). Wilson, Doan e Miller hanno ottenuto 22 guarigioni su 26 casi di osteomielite trattati con larve di mosca; essi citano anche un caso di osteomielite acuta in un bimbo di tre anni, che in 6 settimane guarì completamente.

Quando non si utilizzano le larve bastano gli estratti filtrati e sterili dei loro corpi: tali filtrati sono stati usati con successo in osteomieliti, in sinusiti, in suppurazioni dell'orecchio medio e furono specialmente associati ad autovaccini (Livingston).

È difficile spiegare il meccanismo della loro azione: si è pensato che le larve digeriscano i microbi e i tessuti necrotizzati, ma sembra che all'infuori di questa azione meccanica esse secernano un principio attivo, un fermento proteolitico, che distrugge le albumine in putrefazione, che rende le ferite alcaline e che in tal modo riduce il numero dei germi che vi si sviluppano.

Per quanto esistano i partigiani dell'uso degli estratti di larve, queste, in natura, cioè allo stato vivente, sono gli agenti più efficaci.

I fatti esposti sono interessanti e spiegano, in parte, le osservazioni paradossali di guarigioni rapide di ferite piene di vermi ed inoltre meritano di essere conosciuti specialmente dai chirurgi; senza dubbio si è ancora in un periodo di studi e il trattamento delle ferite con larve di mosche è ben lungi dall'essere adottato. Il Keufmann ha di recente comunicato, all'Accademia di Medicina di Parigi, un modo di trattamento della cancrena polmonare, presentando un paziente, affetto da cancrena polmonare acuta senza caverne, nel quale si era fatta dapprima una pneumotomia e poi il parenchima polmonare era stato deterso mediante applicazione di larve sterili di *Lucilia sericata*. Il malato è guarito in meno di cinquanta giorni. Però nonostante tutto, siamo costretti ad obbiettare che è ben difficile riabilitare le mosche e le loro larve, sì da farle passare come strumenti di guarigione. Se in condizioni ben determinate, alcune di esse, scelte con cura ed abilmente allevate con speciali metodi, possono rivelarsi utili, ciò non toglie che la maggior parte di esse — in libertà — sono dannose all'igiene e fonte di infezioni: un nemico domato non cessa di essere nemico anche se è obbligato a servirci!

Pur rispettando l'opinione di quei chirurgi, specie stranieri, che vorrebbero generalizzare un tal metodo di trattamento delle ferite, pur associandolo sempre a quello chirurgico e dichiarandolo superiore a tutti gli altri metodi fin qui adoperati, dobbiamo ancora attendere che nuove ricerche riescano davvero a dimostrare la bontà, oltre che la innocuità, del metodo e sopratutto ad illuminarcene il meccanismo di azione.

RIASSUNTO.

L'A. fa la sintesi critica del metodo di trattamento delle ferite con larve di mosche.

BIBLIOGRAFIA.

1. E. BRUMPT. *Utilisation des larves de certaines mouches pur le traitement de l'ostéomyélite et de diverses affections chirurgicales chroniques.* Tome XI, n. 5, Sept. 1933. Annales de Parasitologie.
2. D. GIORDANO. *Innesti illustrati con un caso di piaghe in arto pseudo-elefantiasico, ecc.* Rassegna clinico-scientifica, a. VIII, n. 11, nov. 1930, pag. 495.
3. KEUFMANN. Cit. da « La Med. Prat. », 31-XII-1934.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Il controllo nervoso sulla funzione ipofisaria.

(G. ROUSSY e M. MOSINGER. *Presse Médicale*, 30 settembre 1936).

L'ipofisi ha funzioni molteplici che si possono schematizzare così:

1) *Metaboliche*, che regolano in modo preponderante il ricambio dell'acqua, dei glucidi, dei lipidi e dei protidi;

2) *Eccito-secretorie*, che dirigono la funzione delle altre glandole endocrine (gonadi, tiroidi, paratiroidi, surrenali, pancreas insulare);

3) *Eccito-trofiche*, che regolano lo sviluppo ed il trofismo della maggioranza dei tessuti;

4) *Eccito-motorie*, che agiscono su tutta la musculatura liscia.

Queste funzioni si esercitano in modo diretto e indiretto.

L'azione diretta è costituita dall'influenza degli ormoni ipofisari versati in circolo sui tessuti periferici senza l'intervento del sistema nervoso. Così i principî gonatropi dell'ipofisi agiscono sull'ovaio anche privo di tutte le sue connessioni nervose.

L'azione indiretta si estrinseca mediante l'influenza degli ormoni ipofisari sulle formazioni nervose soprastanti, che raggiungono attraverso il peduncolo dell'ipofisi (neurocrinia).

Questa azione indiretta può esercitarsi su tre tipi di formazioni nervose: 1) sui centri neurovegetativi dell'ipotalamo (azione sul metabolismo, sulla funzione genitale, sulle funzioni simpatiche); 2) sulle formazioni motorie extrapiramidali della zona sottotalamica (azione sulle fibre muscolari liscie e striate); 3) sui centri eccitosecretori dell'ipofisi stessa provvedendo così alla propria regolarizzazione.

I centri regolatori della funzione ipofisaria sono l'*ipotalamo* ed il *ganglio cervicale superiore.*

L'*ipotalamo*, complesso neurovegetativo situato tra il talamo che lo ricopre, il pallidum ed il subtalamo extrapiramidale che lo limitano lateralmente ed in dietro, e la zona preottica (di natura olfattoregolativa), che la limita in avanti, può essere diviso in due segmenti: anteriore e posteriore.

L'ipotalamo anteriore contiene numerosi nuclei vegetativi, alcuni dei quali concorrono alla formazione di potenti fasci nervosi che attraversano il peduncolo pituitario e terminano nell'ipofisi.

Questo fascio ipotalamo-ipofisario si distribuisce al lobo intermediario, alla parte tuberale, ad una zona di transizione del lobo anteriore, ed agli isolotti glandulari del lobo posteriore. Spesso le fibre nervose terminano direttamente nelle cellule parenchimali della glandula.

L'ipotalamo quindi ha alla sua dipendenza le importanti funzioni che incombono alle dette parti dell'ipofisi: 1) antidiuretica; 2) ipertensiva, che insieme all'oligurica, dipende dal principio pressore o vasopressina; 3) ocitocica dipendente dalla pitocina; 4) melanoforica o pigmentaria dipendente dall'intermedina. È verisimile anche che gli ormoni intermedio- e postipofisario intervengano, come quelli anteipofisari, nel metabolismo dei glucidi e dei lipidi.

La funzione del lobo anteriore (metabolismo dei glucidi, sviluppo, funzione genitale, eccitazione di tutte le altre glandole endocrine) sembra influenzate da quelle fibre che raggiungono la zona di transizione dell'ipofisi, la quale contiene le cellule eosinofili che secernono l'ormone dello sviluppo ed iperglicemizzante, nonchè le cellule basofili che probabilmente secernono gli ormoni gonadotropi.

Il *ganglio cervicale superiore* è uno dei centri neurovegetativi periferici più importanti. Non solo ha sotto la sua dipendenza funzioni vasomotorie, ma interviene nella funzione di glandole endocrine importanti, quali la tiroide e le paratiroidi. Oltre a ciò regola in gran parte il giuoco funzionale dell'ipofisi e attraverso questo la funzione stessa dell'ipotalamo.

Le fibre nervose post-ganglionari raggiungono, seguendo i rami vasali ipofisopeti di origine carotidea, l'ipofisi e sopratutto il lobo anteriore. È quindi il ganglio cervicale superiore che interviene nella secrezione dell'ormone dello sviluppo e dei principi gonado-stimolanti, surrenalotropi, tireo-stimolanti, pancreaticotropi, iperglicemizzante ed ipolipemizzanti. Ma la sua azione va anche oltre, perchè il ganglio cervicale superiore regola la vasomotilità di tutta l'ipofisi.

Le numerose vie afferenti ai centri eccitosecretori dell'ipofisi indicano che il giuoco funzionale di questa glandula è dipendente da fattori nervosi diversissimi. Tutti gli impulsi

sensitivo-sensoriali (sensazioni generali, olfattive, ottiche, gustative, vestibolari) si ripercuotono sulla funzione ipofisaria, e si può ammettere l'esistenza di molteplici riflessi sensitivo- e sensorio-ipofisari (ottico-melanoforico, ottico-pressore, ottico-genitale, olfatto-genitale, ecc.). Le connessioni tra i centri extrapiramidali ed i centri eccito-secretori dell'ipofisi dimostrano le interferenze tra la funzione motoria extrapiramidale e l'ipofisi. I rapporti tra centri eccito-secretori dell'ipofisi, talamo e corteccia mostrano come lo psichismo possa influenzare le funzioni secretorie dell'ipofisi, e come sia possibile la formazione di riflessi condizionali a questo effetto endocrino.

D'altra parte i rapporti stessi dimostrano come l'ipofisi possa influenzare i centri che regolano la sua funzione, essa può eccitare o inibire i propri centri, ossia ha la capacità di autocontrollo della sua funzione. Insomma nel complesso ipotalamo-ipofisario esiste un ciclo ormone-neuro-ormonico che condiziona un processo non ancora conosciuto a livello di altri complessi glandulari: il processo d'autocontrollo endocrino.

Come tutti i tessuti glandolari, le glandole endocrine sono dotate di un automatismo molto pronunziato rispetto al sistema nervoso. Così la denervazione della tiroide diminuisce il suo potere secretorio solo di un quinto del suo valore normale. Non è dubbio, per altro, che certe lesioni neuro-vegetative determinano nelle glandole endocrine processi reattivi correlativi. Altrettanto avviene per l'ipofisi.

Così nell'idrocefalo di origine neoplastica l'ipofisi può presentare reazioni cellulari e particolarmente iperplasia eosinofila. Lo stesso avviene nei tumori che comprimono il peduncolo pituitario. È probabile che ciò avvenga a seguito d'irritazione del fascio ipotalamo-ipofisario o di formazioni sottoependimali con il meccanismo su accennato. Ciò conduce ad ammettere l'esistenza di vere iperplasie disfunzionali correlative di origine neuro-vegetativa.

L'importanza regolatrice del ganglio cervicale superiore è sottolineata dalle modificazioni istopatologiche consecutive alla sua estirpazione. Così nei cani sottoposti a questa operazione si hanno nei primi giorni fenomeni di ipersecrezione pronunziata.

Ma quel che sembra particolarmente interessante è che questa ipersecrezione è accompagnata da una abbondante escrezione del colloide ipofisario intra-ipotalamica e intra-ventricolare (iperneurocrinia sperimentale). I nuclei vegetativi dell'ipotalamo sono nettamente inondati di colloidi ed i neuroni sovraccarichi di prodotti ipofisari presentano fenomeni reattivi che vanno fino alla degenerazione.

Pertanto l'estirpazione del ganglio cervicale superiore provoca non solo fenomeni di ipersecrezione ipofisaria, ma anche, attraverso l'iperneurocrinia, modificazioni molto importanti nell'ipotalamo.

Si possono così intravedere numerose applicazioni terapeutiche della ganglionectomia cervicale superiore. Questo intervento, comunque, costituisce un procedimento capace di modificare il funzionamento dei centri neurovegetativi più importanti dell'organismo agendo sulla glandula endocrina gerarchicamente più elevata.

DR.

La terapia moderna del morbo di Addison.

(M. DEMOLE. *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 25 agosto 1936).

L'importanza essenziale della parte corticale della ghiandola surrenale messa in evidenza fin dal 1913 è stata confermata in questi ultimi anni da una lunga serie d'esperienze: la secrezione della corticale è indispensabile e sufficiente per la sopravvivenza degli animali privati delle capsule surrenali.

Le modificazioni delle costanti chimiche del sangue nel morbo di Addison e negli animali surrenaloprivi, hanno grande importanza per comprendere la patogenesi del periodo comatoso ed il meccanismo dei moderni metodi terapeutici. L'iperazotemia è certo di causa extrarenale: viene spiegata sia con i disturbi circolatori del glomerulo dovuti allo stato ipotensivo, sia con l'insufficienza della funzione eccito-renale delle surrenali. L'ipoglicemia è dovuta alla mancanza dell'ormone corticosurrenale; essa ha la caratteristica di essere instabile. Questa instabilità è dovuta alla mancanza di adrenalina. Si sa infatti che le due parti della ghiandola hanno due funzioni distinte nel metabolismo degli idrati di carbonio: la corteccia mantiene il tasso glicemico base; la midollare si oppone alle modificazioni brusche e casuali.

Sembra dai lavori recenti che il morbo di A. non sia in rapporto con una tubercolosi surrenalica che in un numero limitato di casi; esso può essere dovuto a lesioni atrofiche, non infettive e compromettenti talvolta soltanto la corticale.

L'ormone cortico-surrenale fu scoperto in America contemporaneamente da due gruppi di studiosi: Hartmann utilizza l'etere, Swingle e Pfiffner, il benzolo. L'estratto non deve contenere adrenalina (conditio sine qua non della sua attività), talchè la serie di manipolazioni chimiche dura una quindicina di giorni; questo fatto spiega la difficoltà di preparazione e in conseguenza il prezzo elevato del prodotto.

I metodi di apprezzamento delle proprietà dell'ormone cortico-surrenale sono essenzialmente biologici: il più esatto e specifico consiste nell'osservare l'attività del prodotto nel mantenere in vita e permettere lo sviluppo normale di animali surrenalectomizzati.

Kendall, della Mayo Clinic, è riuscito a preparare una corticalina cristallizzabile e ne ha scoperto recentemente la formula chimica cosicchè è lecito sperare che il prodotto potrà essere presto fabbricato sinteticamente in modo da renderlo meno costoso.

Il valore clinico dell'ormone è difficile da apprezzare dato il numero enorme di pubblicazioni spesso contraddittorie e la mancanza di statistiche paragonabili.

Sembra però che dopo i primi entusiasmi determinati dai risultati quasi miracolosi degli AA. americani si sia fatta marcia in dietro e si sia compreso che la corticalina non è una panacea nella cura del morbo di Addison e che il suo impiego corrisponde a delle indicazioni precise.

Viene attualmente riservata al periodo di crisi o di minaccia di crisi, momento nel quale la secrezione corticale viene a mancare bruscamente. In periodo precomatoso saranno eseguite parecchie volte al giorno delle iniezioni endovenose di 10-20 cc. degli estratti del commercio (1 cc. = 30-50 gr. di ghiandola fresca). Quando il malato avrà superato il periodo acuto si continuerà con 5 cc. per intramuscolare al giorno per 8 giorni di seguito.

A spiegare i casi di insuccesso viene invocata una corticalinoresistenza interpretata con la formazione di anticorpi per l'azione antigene d'impurità intimamente legata all'ormone.

Il sale da cucina era stato già impiegato con successo nel 1898 dall'italiano Soddu per prolungare la sopravvivenza di cani surrenalectomizzati.

Le basi fisiologiche di questo metodo di terapia ora largamente impiegato nel morbo di Addison sono rappresentate dall'iponatremia dimostrata dagli studi sul metabolismo del sodio sul quale l'ormone corticale avrebbe un'azione specifica. Ci si deve anche domandare se l'uremia degli addisoniani non sia in rapporto colla povertà dell'organismo in NaCl e non faccia parte della grande categoria delle iperazotemie cloropeniche. È d'altra parte dimostrato che il sale favorisce l'azione dell'ormone e permette di diminuirne di molto la dose.

La terapia con la vitamine C, basata su dati sperimentali e clinici, è ancora allo studio.

Ai medicamenti citati andranno associati quelli sintomatici: Il glucosio verrà impiegato per combattere l'ipoglicemia e l'acidosi e grandi quantità di acqua utili contro la disidratazione serviranno di veicolo ai medicamenti.

L'insufficiente surrenalico è un malato ipotermico ed a metabolismo ridotto; occorrerà quindi riscaldarlo, stimolare la sua circolazione periferica con la canfora ed elevare la sua pressione arteriosa con l'adrenalina a piccole dosi ripetute.

E. Carlinfanti.

MISCELLANEA.

Gli stati febbrili e subfebbrili prolungati.

(H. Pribram. *Medizinische Klinik*, 31 luglio 1936).

Gli stati febbrili e subfebbrili di lunga durata, più frequenti nei bambini che negli adulti, dipendono il più delle volte da focolai infettivi non sempre facilmente accertabili: pertanto essi offrono spesso notevoli difficoltà diagnostiche.

Matthes dà il seguente elenco delle affezioni che possono dare temperature subfebbrili: tubercolosi pulmonare incipiente; tubercolosi delle glandule ilari, del peritoneo, dell'intestino, dei reni, della vescica, della colonna vertebrale; ascessi freddi; tubercolosi miliare; morbo di Basedow; anemia perniciosa; ittero emolitico familiare; sepsi cronica di origine varia come l'endocardite lenta e le infezioni orali; sifilide del fegato; leucemia e pseudoleucemia; melitense; malaria; tumori maligni.

Lo stesso autore indica i sintomi che sogliono accompagnare la febbre cronica: malessere, senso di debolezza, facile stanchezza, aspetto sofferente, pallore, cefalea, inappetenza, dimagrimento, tachicardia, sudori, brividi, palpitazioni, senso di calore. Tuttavia vi sono casi nei quali manca ogni disturbo subiettivo e l'ipertermia viene rilevata solo casualmente.

L'influenza ha una notevole importanza come causa di stati febbrili prolungati che possono durare anche per mesi e mesi. Wolpe nella pandemia del 1919 su 300 casi notò 24 volte, ossia l'8 % ipertermie prolungate talvolta anche per sette mesi.

Bernheim rilevò che in alcune infezioni aumenti di temperatura persistono anche per anni dopo il decorso tipico della malattia.

Sta di fatto che parecchi autori hanno rilevato gli stati febbrili o subfebbrili in una gran quantità di condizioni che possono essere accertate solo mediante un esame accurato.

Lauda rileva che oltre che negli stati tossi-infettivi, reattivi-infiammatori e nelle affezioni e neoplasmi del cervello medio le ipertermie protratte possono verificarsi: 1) nelle malattie infettive senza reperti obiettivi; 2) negli individui con stigmate vegetative, sudori e tachicardia; 3) in soggetti apparentemente sani per lo più grassi.

Cohn e Steele osservarono in cardiopazienti, anche con lesioni non infettive, ipertermie che misero in conto di un disordine della termoregolazione dipendente in disturbi circolatori. Confrontando la temperatura ascellare con quella rettale vennero alla conclusione: nei sani al mattino la prima è minore e la seconda maggiore, e alla sera è viceversa; nei cardiopatici con febbre non dipendente da lesione infettiva si ebbe lo stesso comportamento ma con maggiore accentuazione della differenza tra le due temperature, mentre nei febbricitanti per cause infettive la differenza fra le due temperature era minore.

È interessante notare che gli stati subfebbrili possono preparare l'organismo per altre malattie. Così in un caso nel quale l'ipertermia sembrava dipendente da un foco dentario il reperto radiografico del torace che prima era del tutto normale col tempo dimostrò evidenti lesioni pulmonari.

Non è dubbio che vi sono individui i quali tollerano per lungo tempo gli stati febbrili o

subfebbrili senza risentire danni o solo danni leggeri nella loro salute, mentre ve ne sono altri che a lungo andare finiscono per presentare alterazioni più o meno profonde dello stato generale oppure lesioni di singoli organi. Al riguardo è interessante la possibilità che si stabiliscano modificazioni del sangue che possono andare fino alla anemia grave, letale ed anche alla leucemia. Da ciò la necessità di un esame sistematicamente ripetuto del sangue.

Sulla scorta di un abbondante materiale l'A. ha fatto uno studio degli stati febbrili e subfebbrili prolungati sopra tutto dal punto di vista delle diagnosi e della terapia.

Le affezioni alle quali bisogna pensare innanzi tutto sono i processi infiammatori cronici. Le infiammazioni di alcune cavità, come l'otite media ed il catarro dei seni, si registrano facilmente nei precedenti di tali pazienti. Molto spesso è in causa una tonsillite cronica, che non di rado è associata con granulomi dentari e sepsi orale. Talvolta dai denti estratti si isolano germi (in un caso lo streptococco viridans), la cui importanza patogena non è dubbia. In tali forme si può sperare qualche vantaggio solo dall'estrazione dei denti malati.

Ma la tonsillectomia e la estrazione di denti possono anche rimanere inefficaci, quando si sono prodotte alterazioni vicine come l'ingorgo dolente delle glandule linfatiche anteriori del collo dovute verisimilmente ad un processo linfangioitico. In tali casi le applicazioni di raggi Röntgen al collo o l'autovaccinoterapia possono aver ragione dell'ipertermia. È ovvio che il focolare primitivo deve essere rapidamente accertato ed aggredito, altrimenti possono formarsi focolai infettivi secondari in altre parti anche lontane, come nella cistifellea e nell'appendice.

La tubercolosi una volta ritenuta come la causa principale di febbri croniche nel materiale esaminato ha avuto un'importanza secondaria. Molti sofferenti di ipertermie prolungate precedentemente curati come tubercolotici non presentavano in effetti la minima alterazione pulmonare, nè avevano positiva la reazione alla tubercolina. Comunque è doveroso sempre pensare alla tubercolosi extrapulmonare, e specie a quella degli annessi, del cieco e del peritoneo, nonchè alla polisierosite che spesso non viene riconosciuta.

Sono inoltre da tener presenti le infiammazioni croniche dei bacinetti renali e delle vie biliari, la cui diagnosi offre spesso notevoli difficoltà.

Alle malattie degli annessi si deve pensare specialmente quando esistono disturbi mestruali e quando l'aumento della temperatura è in relazione con la mestruazione, tenendo però conto che ipertermie mestruali e premestruali si possono avere anche in altre malattie, come ad es. la tubercolosi.

L'appendicite cronica può dare ipertermie che aumentano dopo la palpazione della regione cecale. Talvolta la diagnosi è facilitata dal confronto tra la temperatura rettale e quella ascellare.

La persistenza della febbre dopo una malattia infettiva acuta deve far pensare alla riattivazione di un processo tubercolotico, come può accadere nel tifo, ma talvolta, come può accadere nella pulmonite, si tratta semplicemente di una risoluzione lenta.

L'endocardite lenta iniziale può facilmente sfuggire alla diagnosi. Al riguardo devono ritenersi sospetti i pazienti con vizi valvolari con ipertermie, tosse, tachicardia dopo movimenti del corpo e senza apprezzabile scompenso. L'esame microscopico e batteriologico del sangue, che deve però essere più volte ripetuto, può far trovare l'origine del male.

Un'altra causa di aumenti di temperatura è data dall'infiammazione cronica delle glandule linfatiche, specie nella linfogranulomatosi incipiente.

L'influenza dà un numero considerevole di casi di stati febbrili prolungati. Ma bisogna essere cauti nelle diagnosi. Bacmeister ritiene che non di rado le così dette influenze protratte non sono che tubercolosi, e talvolta sono dovute a necrosi o ascessi del pulmone postinfluenzali. Hegler a seguito dell'influenza vide sviluppare pulmoniti croniche, essudati saccati, mediastiniti. L'esame radiologico è indispensabile per la diagnosi. In un caso di supposta influenza cronica mise in evidenza una tubercolosi miliare.

Tra le affezioni rare va ricordato il morbo di Bang che può dare per lungo tempo ipertermie più o meno elevate malgrado persista un senso subiettivo di benessere.

La febbre glandulare è caratterizzata da ipertermia, tumefazione generalizzata dalle glandule linfatiche, decorso benigno, aumento dei corpuscoli bianchi specie dei linfociti. Nel periodo iniziale non può stabilirsi se si tratta di una malattia benigna o di una leucemia linfatica in fase di sviluppo.

Il morbo di Basedow può dare leggeri aumenti termici, ma di solito le tireotossicosi non sono accompagnate da febbre.

I processi cerebrali come l'apoplessia, i tumori cerebrali, l'encefalite possono dare forti aumenti di temperatura.

La così detta febbre nervosa, isterica è rara, ma certamente esistente. Molto più spesso si osserva che fattori psichici accentuino una ipertermia preesistente, come avviene nella tubercolosi.

Ma a parte tutto ciò vi sono casi di febbri croniche o intermittenti, di cui malgrado tutte le ricerche non si riesce a chiarire la causa. Parecchi di essi sono forse di natura costituzionale come farebbe pensare il loro carattere familiare, e probabilmente sono legati ad una labilità del centro termoregolatore.

Concludendo in ogni caso di stati febbrili o

subfebbrili si devono fare diligenti ricerche per accertarne la causa: 1) si deve praticare l'esame fisico del paziente con speciale riguardo ai denti, alle tonsille, alle cavità accessorie, ai pulmoni, al cuore, alle vie biliari, all'intestino, alla milza, alle glandule linfatiche; 2) si deve praticare l'esame dell'urina, quello morfologico, batteriologico e serologico, del sangue e quello del metabolismo basale; 3) si devono saggiare le modificazioni che subisce la temperatura sotto l'influenza di fattori diversi: la mestruazione, la defecazione, l'alimentazione, l'ingestione di determinati cibi, il moto, il clima, le emozioni, gli antipiretici e le sostanze proteiniche.

Per quel che riguarda la cura è ovvio che si deve rimuovere l'eventuale causa locale (tonsillectomia, estrazione di denti, ecc.) e successivamente praticare l'autovaccinoterapia. Si consiglieranno il riposo o il moto a seconda che se ne saranno constatati gli effetti sulla temperatura. Talvolta il sole di alta montagna o le iniezioni di sostanze proteiniche valgono a far diminuire e scomparire la febbre. Possono anche somministrarsi antipiretici a piccole dosi, che però danno solo effetti transitori. Occorre comunque tener presente i possibili danni derivanti dalle alte dosi di piramidone. DR.

Cambiamenti nel concetto di malattia in rapporto con il nuovo indirizzo individualistico della diagnosi e della terapia.

(S. BOLLAG. *Schweiz. med. Wochens.*, 1936, n. 8).

Nella medicina, come in ogni altra scienza, si rispecchia il carattere del tempo ed all'uomo di pensiero altro non rimane che di adattarsi alle vedute ed ai problemi del *suo* tempo, accettando l'imperativo di lavoro che la sua epoca gli fornisce. Vi furono periodi, come quelli del romanticismo e della filosofia naturale, in cui i medici si discostarono dai metodi esatti della scienza e, come medici-filosofi, tennero in poco conto il solito terreno della ricerca biologica realistica ed intesero di guarire « spiritualmente », basandosi soltanto su teorie speculative ed aprioristiche.

Vi sono degli sconsolanti ritorni a questa foggia di pensiero: la medicina antroposofica, la « Christian-Science » e molti altri occultismi, fanatismi, subbiettivismi, nazionalismi, di vecchia e nuova marca. Diversa l'origine, diversi i principî e le prove che intendono fornire, ma tutti contrassegnati dal carattere negativo della non scienza. E se anche talvolta i risultati pratici non sono inferiori a quelli della medicina scolastica (il che sarebbe da provare per ogni caso) a tali metodi si dovrebbe, dal punto di vista strettamente scientifico, negare il diritto all'esistenza come prodotti di un pensiero puramente metafisico e speculativo.

Nella seconda metà del secolo XIX, è venuta lentamente penetrando nella medicina una corrente di pensiero aliena da ogni carattere speculativo, severamente basata sulle scienze naturali e sui fatti sensibili. A questo metodo di ricerca obbiettivo noi dobbiamo i più grandi progressi della medicina, che è stata così considerata come una scienza naturale applicata, da cui veniva eliminata, per quanto più era possibile, ogni parte subbiettiva.

Per breve tempo, si ritenne di potere risolvere gli enigmi della vita; acciecati dal maraviglioso slancio delle scienze e della tecnica, si credeva di essere alle soglie del mistero e di potere spiegare la vita (e quindi anche la malattia) frazionandola in processi fisici e chimici e riducendo il concetto da qualitativo a quantitativo. In questo periodo di infatuazione materialistica, non si riteneva molto scientifico il dare grande importanza ai fattori psichici, trovando nella parola « anima », il sapore antiquato di una sorpassata metafisica. E psichiatri di grido ritenevano che, nella psichiatria, la psicologia fosse una superflua speculazione (Westphal) od intendevano « spiegare » le neurosi di guerra con uno scuotimento molecolare delle cellule nervose (Oppenheim).

Si comprende che non mancavano anche allora, specialmente nelle sfere non ufficiali, delle correnti a diverse tendenze che poi, nei periodi di transizione, ingrossandosi mentre la corrente materialistica diminuiva, hanno dato l'impressione di un insieme di correnti contrastanti di pensiero, per cui si è parlato di « crisi » o addirittura di « caos » della medicina.

Questo modo di considerare la malattia, unilateralmente materialistico, non è mai stato interamente adottato dal medico pratico il quale, nel quotidiano contatto col malato, non poteva trascurare i caratteri psichici, occorrendo un'enorme cecità psichica per negare l'influenza della psiche sui processi organici. Più trascinato verso le dottrine materialistiche era invece il clinico specializzato, in stretto contatto con l'anatomo-patologo ed il laboratorio ed incline a far poco conto della parte psichica, che non era suscettibile di essere pesata o misurata. E s'incorreva nel pericolo di trascurare il trattamento psichico, che è necessario poichè ogni malato nel corpo lo è anche nell'anima.

Si incominciava, fin d'allora, ad affermare che non vi sono malattie ma malati, ma si riteneva, con una precisa ricerca fisica di potersi risparmiare quella psichica, che portava via molto tempo. E, se anche ci si veniva gradatamente convincendo che l'essenza della malattia non è definita col solo reperto dell'organo malato e, dalle pure concezioni virchowiane, si passava alla dottrina delle costituzioni, alla fisio-patologia umorale ed alla moderna neuro-endocrinologia che mostra il connesso e l'alterno giuoco degli organi, le concezioni fon-

damentali rimanevano pur sempre unilaterali ed essenzialmente morfologiche.

LA MALATTIA COME PROCESSO DINAMICO

La malattia non va considerata come un concetto semplice e statico, ma bensì complesso e dinamico. Essa è un processo, un fatto di natura, a cui si può applicare quanto diceva Kant 170 anni or sono: « In verità, non esiste nessun oggetto naturale a noi noto per mezzo dei sensi, di cui si possa dire che noi possiamo conoscerlo completamente mediante l'osservazione o la ragione, si tratti di una goccia d'acqua o di un granello di sabbia o d'altra cosa ancor più semplice; ed è infinita la varietà delle cose che la natura, anche nelle sue minime parti, offre da risolvere ad un'intelligenza tanto limitata come è quella umana ».

Noi possiamo considerare la malattia come un disturbo dell' equilibrio fisico-psichico. L'organismo umano — questo microcosmo infinitamente complicato —, a causa della sua grande differenziazione psichico-fisica, è sempre in pericolo di perdere il suo stato di equilibrio, tanto labile. Fra le varie circostanze ed i diversi fattori, noi tendiamo ad indicare come causa quello che ci sembra la più importante, come p. es. il germe nella malattia infettiva. Il bisogno di trovare al più presto la causa della malattia spinge spesso ad adottare la comoda conclusione del *post hoc ergo propter hoc*, per cui i pazienti vanno a pensare alla prima che loro si presenta, il freddo od altro.

Considerata così la malattia come un processo dinamico, essa ci si presenta come un confuso intralciarsi di connessioni causali e di rapporti condizionali, per cui si può anche arrivare all'agnosticismo od allo scetticismo. Per ovviare a questo pericolo, noi ci serviamo di schemi a cui, una volta rilevati i sintomi, vediamo se corrisponde il caso in esame e lo facciamo senza por mente che, in tal modo, finiamo per trascurare i tratti individuali di natura obbiettiva e subbiettiva ed i particolari caratteristici del quadro morboso. Rigida schematizzazione, contraria ad una medicina intesa come scienza dell'individuo malato. Non si può, però, negare che essa risponda alle necessità di un'economia dello spirito e, pure con varie limitazioni, sia utile il mantenere i concetti tradizionali delle varie malattie.

Con l'applicazione dell'etichetta di una data malattia, però, il medico delimita arbitrariamente nella vita del malato un certo periodo, mentre questo era stato preceduto da uno stadio premorboso (talora riconoscibile all' anamnesi, come p. es., l'ipertonia precedente l'arteriosclerosi) ed è seguito da un altro, che può esser messo in luce dall'indagine *catamnestica*. Entrambi questi stati, pre- e post-morbosi debbono essere conosciuti per poter stabilire la *diagnosi individuale* che deve completare quella dell'organo, studiando l'individuo malato nel suo vero ambiente, in modo da conoscerne bene il carattere ed il temperamento, la posizione sociale, il grado d'intelligenza. Si viene parlando, in questi ultimi tempi, di una *diagnosi polidimensionale*, indicando con questo che non ci si deve limitare all'accertamento delle modificazioni anatomo-fisiologiche ma estendere la ricerca con lo stesso interesse ai caratteri psicologici, sociologici, ereditari e funzionali del paziente per una più efficace terapia.

Tale indirizzo di diagnosi individuale è la giusta reazione a quello precedente, ma non è certamente nuovo, poichè lo troviamo nello stesso Ippocrate. Gli enormi progressi della tecnica e l'eccessiva specializzazione nella medicina hanno portato a tendenze troppo unilaterali allontanandoci, in certo modo dall'uomo ed arrivando così alla semplificazione del concetto di malattia, dimenticando l'idea degli antichi greci che l'uomo è la misura di tutte le cose. La nuova tendenza limita ora il punto di vista materialistico che si è veduto essere troppo unilaterale, specialmente in seguito all'immissione di correnti d'idee derivanti dalla moderna psicologia, psichiatria e soprattutto psicoanalisi.

Noi riconosciamo nell'uomo un alterno giuoco complicato di azioni e reazioni fisiche e psichiche. Ogni stimolo psichico può determinare, con l'intermedio dell'apparato nervoso-endocrino, delle modificazioni funzionali o morfologiche di un organo o di un sistema; ne sono esempio il trattamento delle verruche con la suggestione, le modificazioni della glicemia mediante l'ipnosi, ecc. Viceversa, ogni modificazione fisica si fa sentire sulla psiche (lo dimostra, fra l'altro, il trattamento della demenza paralitica con la malaria). Il « fisico » e lo « psichico » costituiscono due serie di osservazioni che noi teniamo distinte a scopo di studio, ma che agiscono vicendevolmente l'una sull'altra, nell'unità costituita dall' individuo ed è fallace il volere « spiegare » i processi psichici con modificazioni fisiche; così, se anche riuscissimo a dimostrare nell'isterismo o nella schizofrenia delle alterazioni del liquor o delle cellule cerebrali, il fenomeno non verrebbe per questo « spiegato ».

La terapia individuale sulla base della diagnosi individuale costituisce il vero dominio del medico pratico, del medico di famiglia, che ha la migliore occasione di conoscere a fondo il suo paziente e di seguirlo per anni e decenni, anche negli stadi pre- e post-morbosi. Tale terapia si basa sull'adattamento della condotta del medico ai cambiamenti obbiettivi e subbiettivi della situazione del malato; essa comprende tutte le possibilità, dal puro consiglio alla scelta delle cure o degli interventi più importanti, sempre però con l'impronta di una psicoterapia selettiva. Del resto, come osserva Goldscheider, non è possibile una terapia esclusivamente scientifica in quanto che ci si deve accontentare nella maggior parte dei casi di una approssimazione asintotica alla scienza. Bisogna però riconoscere che.

malgrado la massima buona volontà di fare una terapia strettamente individuale e malgrado le buone doti d'intuizione e la matura esperienza, la capacità del medico in tal senso è limitata dalla individualità di una vita troppo breve e soggetta all'errore. Ma comunque, questa deve essere la nostra aspirazione, di rimanere sempre aderenti alla realtà, considerando essenzialmente l'individuo. *fil.*

DIVAGAZIONI

L'azione dei saponi sulla pelle.

La nota azione detergente del sapone è basata, secondo le vedute della chimica colloidale, sulla capacità del sapone stesso di formare delle emulsioni con il grasso della cute e le particelle di sudiciume in esso contenute. Queste vengono liberate dalla loro connessione di absorbimento con la pelle, sono circondate da un'involucro di sapone e portate quindi in sospensione. Ha grande importanza anche la formazione di schiuma; quanto è migliore questa tanto più buono è il sapone.

La soluzione acquosa del sapone è idrolizzata in guisa tale che l'idrolisi aumenta con la diluizione fino ad un certo limite, per decrescere con l'ulteriore aumento della diluizione. Lo studio del processo di idrolisi della cute (in altre parole del potere regolatore della cute verso il sapone) è stato fatto da P. Hansen (*Acta dermato-venereologica*, vol. 17, n. 5, settembre 1936) lavando per 2 minuti la pelle e vedendo dopo quanto tempo il pH della pelle ritorna ai valori precedenti. Con l'uso del blu di bromofenolo e del rosso metile (indicatori a pH fra 3 e 4,4) si è veduto che, in condizioni normali il pH ritorna ai valori primitivi dopo ore 3 e 1/2; invece se l'individuo lavora, basta 1/2 ora (azione neutralizzante del sudore).

Con altre ricerche, l'A. ha determinato il periodo dopo il quale si ha il punto di viraggio dell'indicatore (rosso metile con pH a 6,5) mescolato al sapone stesso ed applicato sulla cute. Il sapone venne applicato sulla cute attraverso una finestra in un pezzo di cerotto adesivo, ricoprendo poi con cellofan. Si è così veduto che il viraggio si ha: col sapone medicinale all'1/1000 dopo 5 minuti; al 10 % dopo 7 ore; con sapone medicinale sciolto in vaselina al 10 % dopo 6 ore ed al 50 % dopo 48.

Questa tecnica viene appunto usata per saggiare la sensibilità della cuta ai diversi agenti, che secondo alcuni autori si ha anche per i saponi. Le ricerche dell'A., invece, dimostrano che tale ipersensibilità non esiste; si dovrebbe parlare di allergia soltanto se l'albuminato di alcali che si forma determinasse la reazione, il che non concorda con le moderne ricerche.

La reazione cutanea manca con gli esteri sodici dell'acido stearico e palmitico, mentre con quelli dell'acido oleico si ha una lucentezza della cute analoga ad una lieve causticazione. Ciò è dovuto forse al fatto che l'acido oleico è un acido non saturo, ma forse anche per il suo stato colloidale, in quanto che l'oleato di sodio al 10 % è un *Sol*, mentre il palmitato e lo stearato sono *Gel* e, quindi, hanno un minore potere di diffusione. Ma è difficile il potere eliminare dai saponi l'oleato di sodio che possiede appunto il migliore potere emulsionante e detergente.

Importante è anche il potere di rigonfiamento della cheratina, che è molto elevato col sapone, mentre è minimo con l'acqua. Un forte rigonfiamento è importante per la diffusione, in quanto che con esso aumenta il contenuto della cheratina in acqua e crescono quindi le possibilità per l'assorbimento dell'allergene solubile in acqua.

Risulta quindi dalle accennate ricerche che l'azione dei saponi sulla cute si esplica con un abbassamento, maggiore o minore, più breve o più lungo, del potere di resistenza della pelle. La sensibilità della pelle al sapone è diversa secondo gli individui e dipende dal potere di regolazione (tampone) della pelle verso gli alcali. L'azione dannosa del sapone può, pertanto, essere ridotta al minimo mediante l'uso giudizioso di un buon sapone. *fil.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

L'attività della Fondazione Rockefeller nel 1935.

Dal resoconto annuale della « Fondazione », apprendiamo che nel 1935 sono stati spesi dollari 12.725.439, nella continuazione del suo benefico programma. I *problemi della salute pubblica* hanno importata una spesa di 2.200.000 dollari per studi sulla febbre gialla nel Brasile, per lavori sulla malaria in vari Stati (Albania, Grecia, Italia, Portogallo, Spagna, ecc.), sull'anchilostomiasi in Egitto; sulla tubercolosi in Austria, Giamaica, ecc.; sul problema del raffreddore (Università di Columbia), sulla difterite, la tifoide, la vaccinazione antivaiuolosa ecc.

Per le *scienze mediche*, la spesa di 2.733.050 dollari è stata devoluta in massima parte a studi per il progresso della psichiatria e scienze affini. Oltre ad agevolazioni per l'istruzione del personale, specialmente negli Istituti degli Stati Uniti, sono state fatte varie ricerche sui seguenti argomenti: La genetica umana in rapporto con le malattie mentali; La demenza precoce; Il comportamento dei riflessi; La fisiologia del sonno; La psicologia infantile; L'ottica fisiologica ecc.

Interessanti sono state le ricerche nel campo delle *scienze naturali*, per cui sono stati spesi doll. 2.426.125. Menzioniamo: Gli effetti biologici dell'idrogeno pesante; L'elettroencefalografia; I metodi spettroscopici applicati ai problemi medici e biologici: Gli effetti biologici del calore; Le proprietà fisico-chimiche delle proteine. Altri studi riguardano la genetica e l'endocrinologia.

Largo è stato il contributo alle *scienze sociali* (doll. 3.807.500), dato per ricerche sulla disoccupazione, sui problemi del ciclo degli affari, sulla sicurezza sociale, sui rapporti internazionali ecc.

Nè trascurata è stata l'*attività umanistica*, con doll. 1.169.440 per l'istruzione del personale dei musei, per le opere drammatiche, per il programma educativo della radio, gli scambi fra biblioteche, il metodo di insegnamento del cinese ecc.

Molto attivo è stato altresì il movimento educativo delle masse in Cina, con particolare riguardo per la ricostruzione rurale.

Da rilevarsi, è soprattutto il grande interesse portato ai problemi sociali, per quanto riguarda i rapporti internazionali, la sicurezza sociale e la pubblica amministrazione, a cui si è cercato di dare un indirizzo realistico, corrispondente ai fatti. Molto interessanti sono anche gli studi fatti nel campo del comportamento individuale e dello sviluppo delle razze, nonchè in quello dell'igiene mentale.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI

S. V. FAGO. *Potabilizzazione delle acque. Moderni metodi e mezzi.* Un vol., in 8° di pag. 216; 106 fig., 6 diagrammi. U. Hoepli, Milano, 1936.

La potabilizzazione delle acque costituisce uno dei problemi più vitali dell'igiene e lo sarà sempre più quando si andrà diffondendo il giusto concetto di fornire a basso prezzo un'abbondante quantità di acqua, correggendone gli eventuali difetti chimici e batteriologici.

Mancava in Italia un libro che trattasse — *ex professo* — tale questione (l'unico che conosco è quello del prof. Masserano, ormai introvabile) e molto opportunamente l'ing. Fago si è assunto questo incarico e lo ha assolto dandogli un adeguato svolgimento, fondato su una sicura competenza.

Il libro è diviso in tre parti. Espone nella prima i metodi seguiti per la correzione dei caratteri organolettici, chimici e batteriologici, occupandosi, nella seconda, dei vari apparecchi impiegati, con precise descrizioni tecniche illustrate da nitide figure e schemi. Da ultimo, descrive i più importanti impianti di potabilizzazione fra cui, per l'Italia, quello di Cagliari e del Pinguente. Riassume, poi, in una grande tabella, le principali caratteristiche dei più importanti impianti degli Stati Uniti e del Canadà, dove la potabilizzazione ha assunto un ampio sviluppo.

fil.

L. LA FACE. *Fauna anofelinica delle Colonie Italiane.* Un vol. in-8° gr. di pag. 120, con 39 tavole. Roma, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Malariologia, 1936. Prezzo L. 30.

La serietà con cui va procedendo la nostra opera di penetrazione nell'Impero trova una documentazione in questo lavoro, che raccoglie e riordina le nostre conoscenze relative alle zanzare vettrici di malaria nelle Colonie Italiane ed ha lo scopo di agevolare l'identificazione di esse e di rendere possibile la valutazione del còmpito epidemigeno che loro spetta.

Il lavoro è condotto da una studiosa di rara competenza, che fu allieva di Grassi e che da tempo è addetta al Laboratorio di Missiroli. Esso verrà molto apprezzato dagli studiosi specializzati. Costituisce un vanto per la nostra produzione scientifica.

L. V.

G. G. DUNCAN. *Diabetes mellitus and obesity.* Un vol. in-16°, di 215 pag., con fig., rilegato. Lea e Febiger, Philadelphia, 1935. Prezzo doll. 2,75.

Diabete ed obesità costituiscono, o due problemi medici spiccatamente moderni per l'aumento dei casi, che si viene verificando per entrambi. L'uno e l'altra non sempre vengono curati a dovere, anche perchè non si dà la necessaria importanza alla precisa regolarizzazione della dieta.

Soprattutto ai medici pratici riuscirà utile la lettura di questo breve manuale, in cui sono esposte le direttive per la cura di questi due disturbi del metabolismo, che l'A. ha riunito nella trattazione, sia perchè la cura e la prevenzione dell'obesità possono prevenire in parte il diabete, sia perchè il trattamento della prima è analogo a quello del diabete lieve.

Dopo alcuni capitoli introduttivi sugli alimenti in genere, l'A. espone i sintomi del diabete, la prevenzione ed il trattamento, le complicazioni e gli stati morbosi associati; un interessante capitolo tratta la organizzazione delle cliniche e degli ambulatori per diabetici.

Dell'obesità, vengono considerate separatamente quella esogena e quella endogena, dando alla prima più ampia trattazione e fornendo molti particolari sulla prevenzione ed il trattamento.

Molto utili tabelle (peso corporeo, composizione degli alimenti, ecc.) completano il volume essenzialmente pratico.

fil.

G. ALBERTI. *Per evitare l'obesità.* In-16°, di 66 pag. Sagas, S. Sepolcro.

Il piccolo libro, dallo stile vivace e brioso, espone con chiarezza il problema dell'obesità e fornisce utili consigli per evitare o diminuire la valanga di grasso, che non soltanto deforma la « linea » a cui la donna moderna tiene tanto, ma impaccia altresì i movimenti, affatica gli organi e diminuisce la resistenza alle malattie. Di utile consultazione sono le tabelle con la composizione dei varî alimenti e gli elenchi dei cibi adatti e quelli sconsigliati a chi ha tendenza all'obesità.

Il libro è edito dalla Ditta Buitoni, che fabbrica dei prodotti speciali per l'alimentazione dell'obeso.

fil.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

(Roma, 19-22 ottobre 1936-XIV).

L'inaugurazione.

L'inaugurazione del XLII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, unitamente a quella del XLIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, ha avuto luogo il giorno 19 ottobre nell'Aula prima della Facoltà di Giurisprudenza della Città Universitaria alla presenza di S. E. Solmi, Ministro di Grazia e Giustizia. Erano presenti tra i numerosi intervenuti i senatori: Giordano, Muscatello, Guaccero, Maragliano, Pende; gli onorevoli: Fioretti, Paolucci, Morelli; i proff.: Busi, Jemma, Sabatini, Caronia, Dominici, Schupfer, Giuffrè, Signorelli, Cerletti, Carpi, Ferrata, Donati, Uffreduzzi, Taddei, Razzaboni, Baggio, Torraca, il col. De Bernardinis per la Sanità Militare, il prof. Turano per la Società italiana di Radiologia medica. Tra gli stranieri sono presenti i proff.: v. E. Lexer di Monaco, Schmieden di Francoforte, Petit Dutaillis di Parigi ed altri.

Alla presidenza prendono parte l'on. SOLMI per il Capo del Governo, il prof. PEREZ per il Rettore Magnifico, il prof. ALESSANDRI presidente della Società italiana di Chirurgia, il sen. MARAGLIANO e il prof. FRUGONI per la Società italiana di Medicina interna.

Primo a parlare, in rappresentanza del Magnifico Rettore, è il prof. PEREZ il quale rivolge parole di saluto e di benvenuto a tutti i congressisti.

Il discorso inaugurale viene fatto dal prof. ALESSANDRI, clinico chirurgo di Roma, il quale ricorda come oggi grazie alla creazione della Città Universitaria, voluta dal Duce, gli insegnamenti universitari in generale e quelli clinici più particolarmente, dalle nuove sedi ricavano un vigoroso impulso ai loro studi e al progresso della scienza medica.

Le Società nazionali di Chirurgia e Medicina che contano fra i loro soci ottimi elementi della Nazione, vogliono anch'esse portare il loro contributo alla costruzione del nuovo Impero e con quella abnegazione e con quello spirito di dedizione che hanno dimostrato durante la guerra, prepareranno coi loro studi la sistemazione della organizzazione sanitaria e il perfezionamento dei mezzi a disposizione dei sanitari per la loro opera nelle particolari condizioni di ambiente e di clima offerte nell'Africa Orientale.

L'esperienza dei sanitari nella guerra deve valere a preparare provvidenze sanitarie più adatte e più complete in rapporto ai nuovi mezzi di offesa sia rispetto alla cura delle malattie infettive che alla organizzazione del trasporto e della cura ai feriti.

Il prof. Alessandri è vivamente applaudito.

Del rimanente svolgimento della cerimonia inaugurale demmo già notizia nel fascicolo scorso. Facciamo seguire il resoconto dei lavori.

XLII Congresso della Soc. Ital. di Medicina Interna.

Seduta pom. - Ore 15 - Presid.: Prof. C. FRUGONI.

La fisiopatologia dello scompenso cronico di circolo

Proff. D. CESA-BIANCHI e M. CALABRESI (Milano).

RIASSUNTO.

Le diverse concezioni dottrinali che sono state prospettate per interpretare la patogenesi dello scompenso di circolo, si possono considerare almeno in gran parte, come complementari fra loro; comunque esse non sono così contrastanti, come potrebbe risultare a tutta prima, in base all'espressione, spesso perentoria e troppo ristretta, che i diversi autori hanno dato alle loro idee.

I portatori di una cardiopatia, come è noto, possono, anche per lungo tempo, non presentare nessun segno obbiettivo o subbiettivo di sofferenza cardiaca e circolatoria e possono anche offrire un comportamento normale alle indagini più fini fisiologiche o biochimiche; in queste condizioni la lesione cardiaca è da essi sopportata senza alcun danno e l'equilibrio delle funzioni e delle esigenze non differisce in essi in modo apprezzabile da quello dei soggetti normali. Ma quando l'equilibrio non è più così perfetto, finiscono fatalmente col sopravvenire fenomeni cardiaci di insufficienza, interessanti tutte od alcune sezioni dell'organo.

Il concetto di insufficienza di cuore può essere definito, in base alle leggi della dinamica cardiaca, come quello stato nel quale il cuore non è più capace di mantenere una portata circolatoria sufficiente senza che la pressione diastolica aumenti in maniera proporzionata all'afflusso, o senza che aumenti il residuo sistolico, in maniera sproporzionata alle resistenze al deflusso del sangue.

L'insufficienza cardiaca può essere compensata o scompensata: è compensata quando il cuore aumenta il suo rendimento meccanico per effetto dei suoi stessi mezzi automatici di adattamento; è invece scompensata quando il cuore non è più in grado di farlo, senza che ne derivino alterazioni circolatorie.

Si istituisce in tal modo per causa cardiaca, l'*insufficienza di circolo*, che può pure alla sua volta essere compensata o scompensata: l'insufficienza di circolo è compensata quando gli adattamenti fra la irrorazione dei tessuti e le loro esigenze metaboliche determinano il mantenimento di uno stato di equilibrio, che non compromette i fenomeni essenziali del metabolismo, nè le strutture anatomiche dei tessuti. Ma questi adattamenti, che nell'insufficienza di circolo di origine cardiaca consistono nell'economia della circolazione e del ricambio dei tessuti, non sono però e non possono essere illimitati. Quando il sangue nel transito capillare va incontro a modificazioni quantitative o qualitative anormali con conseguente perturbamento del metabolismo tissurale, l'insufficienza circolatoria entra nello stadio di scompenso.

I fenomeni di *scompenso*, pur potendo regredire più o meno completamente, tendono a ripresentarsi, sempre più gravi e più ravvicinati, finchè lo stato di scompenso si stabilisce cronicamente, sia pure con alterne vicende di miglioramenti e di peggioramenti.

Questo stato diventa poi più grave in quanto il cuore insufficiente ha un consumo maggiore del suo rendimento meccanico (diminuita efficienza del cuore, considerato come macchina che utilizza energia chimica). È in questo modo, che tutti gli eventi della vita fisiologica o patologica, che possono essere occasione di sovraccarico o comunque di danno per il cuore, assumono un significato particolarmente grave nei cardiopatici e possono provocare l'istituirsi dello scompenso. Ricordiamo, tra le condizioni più importanti i lavori muscolari faticosi, le malattie febbrili, l'anemia di qualunque origine, alcune intossicazioni. Ma se nelle prime fasi di scompenso le cause pro-

vocatrici sono spesso chiaramente differenziate, nelle ulteriori, gli eventi determinanti sono abitualmente così modesti da divenire inapprezzabili.

Così pure, mentre nelle prime fasi dello scompenso i fenomeni fisio-patologici e il quadro clinico sono nei singoli casi, abbastanza caratteristici in rapporto con la cardiopatia iniziale, successivamente tutte le manifestazioni dello scompenso tendono a rendersi sempre più uniformi.

Le alterazioni dell'emodinamica nell'insufficienza scompensata sono in ogni caso fra loro correlate, sicchè diventa artificioso considerarle isolatamente e attribuire ad alcune di esse valore prevalente. I fenomeni caratteristici sono costituiti dal rallentamento del tempo di transito capillare e dell'accumulo di sangue per stasi retrograda, mentre l'origine prima di questi disturbi è data dall'insufficienza della contrattilità e dalle alterazioni del tono del cuore. La riduzione della portata circolatoria, in rapporto alle esigenze del metabolismo, che immediatamente ne deriva, come l'aumento della massa circolante, che già rappresenta una conseguenza dello scompenso, costituiscono i fattori del rallentamento della circolazione periferica. I dati numerici relativi a questo fenomeno sono però ancora incerti, per difficoltà di misura e ancora non sembrano superabili. L'aumento della massa circolante e l'ipertensione venosa condizionano anche profondi disturbi dei meccanismi vasoregolatori, che rendono meno economica la circolazione.

Queste alterazioni emodinamiche determinano poi alterazioni quantitative e qualitative negli scambi tra sangue e tessuti, che alla loro volta sono causa di deviazioni del metabolismo tissurale. La condizione fondamentale di queste anomalie metaboliche è costituita dall'ipossiemia tissurale, che risulta provata dalla diminuita tensione dell'ossigeno nel sangue venoso, dal debito di ossigeno a riposo ed anche da misure direttive. I fenomeni che ne derivano hanno in parte carattere di mezzi di compenso, come ad esempio, l'aumento della massa eritrocitaria; ma anche queste conseguenze possono divenire in definitiva sfavorevoli quando raggiungano gradi molti elevati.

Altre conseguenze sono poi sempre sfavorevoli, qualunque sia il grado col quale esse sono presenti; sopratutto è dannosa l'esaltazione del ricambio, che consegue all'accumulo di sostanze organiche incompletamente ossidate (prodotti intermedi del metabolismo tissurale), perchè essa viene ad aggravare il compito del cuore già insufficiente. Queste sostanze organiche incompletamente ossidate, che si accumulano in eccesso, appunto per la deficienza di ossigeno, sono solo in parte chimicamente note e tra esse prevale l'acido lattico; in parte sono ancora indeterminate, ma la loro presenza risulta dai dati chimici analitici — frazione indeterminata del carbonio e dell'azoto residuo — e dei bilanci delle molecole e degli ioni noti, confrontati con le caratteristiche fisiche del siero di sangue. Queste stesse sostanze si eliminano poi in parte con le urine, dove sono pure dimostrabili con mezzi corrispondenti, costituendo una perdita di materiali ancora provvisti di energia potenziale.

Il perturbamento delle costanti fisiche del sangue non dipende però soltanto da queste alterazioni chimiche; in questo senso la maggior importanza spetta anzi alla trasudazione di acqua e di sali nei tessuti; questo fenomeno, più che l'apporto di valenze acide prodotte del metabolismo — acido carbonico od altri acidi organici fissi — è la causa dell'acidosi compensata o scompensata dei cardiaci, che è solitamente limitata al sangue venoso. La filtrazione di acqua dal sangue ai tessuti e il conseguente accumulo di liquido di edema trovano la loro origine in fattori meccanici, sopratutto nell'aumento della pressione idraulica, per stasi retrograda; è questa la causa precipua dell'edema dei cardiopatici in scompenso, pur senza escludere la partecipazione di altri fattori, più o meno noti, proposti per interpretare la genesi dell'edema in generale.

Ma anche senza che il liquido d'edema arrivi ad accumularsi, si può avere filtrazione di acqua nel transito capillare, come è provato dal minor tasso idremico del sangue venoso in confronto all'arterioso. Il flusso linfatico è allora sufficiente al riassorbimento del liquido trasudato in eccesso; ciò non toglie però che anche quando esiste l'edema non si debba ammettere un flusso linfatico non trascurabile. Questo fatto può spiegare, insieme all'iperventilazione polmonare, il fenomeno dell'acidosi circolatoria; comunque la filtrazione di liquido ricco di valenze alcaline non determina una tesaurizzazione di radicali basici in confronto ai radicali acidi fissi, come risulta anche dallo studio degli elettroliti eliminati con le urine.

La stasi infine è causa di alterazioni funzionali ed in definitiva anche anatomiche dei diversi organi. Tra i fenomeni patologici presentati dai diversi organi e conseguenti alle alterazioni emodinamiche, ma che possono aggravarne gli effetti ed anche ostacolare il ripristino di condizioni normali, la maggiore importanza spetta alle alterazioni polmonari.

I polmoni del cardiopatico in scompenso sono abitualmente in posizione inspiratoria esagerata e perdono la loro elasticità per effetto dell'accumulo di sangue, così che si istituiscono le condizioni meccaniche della dispnea; ma anche le alterazioni emato-chimiche già ricordate e la diminuita permeabilità polmonare ai gas respiratori, cui consegue ipossiemia ed eventualmente anche acidosi arteriosa, possono diventare causa preminente di dispnea.

I tessuti periferici della cicolazione generale sono meno esposti ai danni della stasi retrograda, tanto per la maggiore ampiezza del letto vasale del grande circolo, quanto perchè la stasi cronica si istituisce più spesso e per prima nella rete vasale polmonare, in rapporto alla sede delle lesioni della cardiopatia fondamentale.

Tra gli organi extratoracici il più gravemente compromesso è solitamente il fegato, che può essere funzionalmente e anatomicamente alterato anche prima che si manifestino i segni dell'insufficienza circolatoria.

Nello stato di scompenso il tessuto muscolare presenta le alterazioni del ricambio più caratteristiche; ma queste dipendono dall'insufficiente apporto di sangue ossigenato (insufficienza anterograda), piuttosto che dall'accumulo di sangue per ipertensione venosa (insufficienza retrograda).

Questi fenomeni di insufficienza anterograda e retrograda, che si istituiscono tanto nel circolo generale quanto nel circolo polmonare, non ci consentono più di differenziare, nel complesso quadro dello scompenso cronico di circolo, quanto spetti all'insufficienza del cuore destro e quanto a quella del cuore sinistro. La dottrina delle

insufficienze parziali di cuore, difatti ha interesse sopratutto nell'insufficienza compensata, ma essa perde il suo valore nello scompenso conclamato.

Entro queste linee generali così schematicamente tracciate, riesce possibile interpretare la patogenesi dello scompenso cronico di circolo ed apprezzare il significato fisiopatologico delle diverse anomalie sopra accennate; ma nei particolari dei singoli fenomeni patologici molte lacune e molte incertezze ancora rimangono. Alcuni tra i problemi che possono essere affrontati con i mezzi di cui attualmente disponiamo, formano tuttora oggetto di ricerca da parte dei RR.; ma altri quesiti, che pure i RR. hanno via via indicato, potranno essere affrontati soltanto quando più perfezionati metodi d'indagine lo consentiranno.

Già fin d'ora però le nozioni che si sono andate via via acquistando seguendo questo indirizzo fisio-patologico nello studio dei cardiopatici in scompenso, hanno trovato una utile applicazione pratica, accanto alle più antiche conoscenze anatomiche e cliniche, nella formulazione del giudizio diagnostico, mentre esse costituiscono una base indispensabile per la valutazione prognostica e per una razionale terapia dei cardiopatici scompensati.

(*Continua*). A. POZZI.

XV Congresso della Società Italiana di Urologia.

(Trieste, 1-4 ottobre 1936-XIV).

Il XV Congresso della Società Italiana di Urologia si è inaugurato a Trieste il 1° ottobre u. s. alla presenza delle Autorità e di numerosissimi urologi italiani e stranieri con un discorso del presidente prof. RAVASINI, cui seguì la commemorazione di Giorgio Nicolich da parte del prof. LASIO. Prima dell'inizio dei lavori l'Assemblea procedette alla elezione del nuovo Comitato Permanente della Società che alla unanimità risultò così composto: presidente il prof. A. L. Bonanome di Roma; vice-presidenti i proff. C. Chiaudano di Torino e G. V. Tardo di Palermo; consiglieri i proff. G. Nicolich di Trieste e R. Sabatucci di Roma; segretario il dott. A. Oberholtzer di Roma; tesoriere il dott. G. Mazzotti di Roma; vice-segretario il dott. C. Taralli di Chieti. Dopo aver nominato numerosi nuovi soci corrispondenti ed ordinari, l'Assemblea scelse come sede del XVI Congresso (settembre 1937) Rodi, mentre i temi rimangono quelli fissati dal Congresso del 1935: « Resezione renale » e « Terapia medica e dietetica della litiasi delle vie urinarie ».

Come temi di relazione per il XVII Congresso sono stati fissati: « Trapianti dell'uretere » e « Cura endocrinologica dell'ipertrofia prostatica ».

Con dei telegrammi di omaggio al Re Imperatore, al Capo del Governo, al Segretario del Partito, al Ministro della Educazione Nazionale, il Congresso si è chiuso il 4 ottobre.

Tema di Relazione.

La diagnosi precoce della tubercolosi renale.

Dott. MARIO BONINO (Torino).

L'O. premette che nel suo lavoro tratterà solo della tubercolosi renale follicolare, di quella forma cioè caratterizzata dalla formazione di tubercoli o di infiltrazioni tubercolari.

Nulla di preciso si sa sul periodo che trascorre tra il momento in cui il bacillo di Koch si fissa sul rene e la comparsa delle prime manifestazioni cliniche: il termine quindi di « diagnosi precoce » non ha alcun speciale significato ed equivale a quello di diagnosi della malattia al primo comparire dei sintomi; è meglio parlare di diagnosi rapida a cui può giungersi con i varii mezzi a disposizione dell'urologo e cioè: esami clinici, esami endoscopici, esami radiologici, esami di laboratorio.

La prima parte della relazione è dedicata allo studio clinico e funzionale. I dati anamnestici generalmente indirizzano alla diagnosi; nel maggior numero dei casi si rileva l'esistenza di un progresso focolaio tubercolare in un altro organo; la lesione che per frequenza prevale su tutte le altre è la pleurite (29 %).

L'inizio della malattia è con turbe vescicali: nel 45 % dei casi, secondo l'O., si tratta di un disturbo cistitico acuto più o meno accentuato che sopravviene all'improvviso senza causa apparente e va progressivamente aggravandosi. Nel 5 % dei casi il primo sintomo è una ematuria totale, più di rado il dolore renale, sotto forma di colica o di vaga sofferenza, da ultimo l'incontinenza. La piuria senza alcun disturbo può essere accidentalmente scoperta solo dal medico; in nessun caso è stata osservata albuminuria come primo ed unico segno di tubercolosi renale.

La cistoscopia nel maggior numero di casi permette di fare la diagnosi di natura e di sede, solo nel 3,6 % dei casi osservati mancava qualsiasi lesione della vescica, ivi compresi gli orifici ureterici; le lesioni sono caratteristiche, solo in un numero limitato di casi non differiscono dalle lesioni infiammatorie banali.

La biopsia cistoscopica di una lesione sospetta del meato ureterale è un mezzo diagnostico che può servire solo in casi rari. Il valore funzionale dei due reni viene stabilito con la cromocistoscopia che permette così di localizzare la lesione. Sulle urine raccolte con il cateterismo, se possibile bilaterale, si eseguono tutte le ricerche di laboratorio, particolarmente la microcoltura che permette di formulare una diagnosi quando sia riuscita negativa la ricerca diretta del bacillo di Koch e permangano dubbi. Di nessun valore per la diagnosi precoce è lo studio della funzionalità renale globale.

Circa gli esami radiografici, la radiografia diretta può bastare da sola in un numero assai limitato di casi; il pneumo-rene e la pielografia ascendente hanno limitatissime indicazioni. Più importante di tutti è la pielografia da eliminazione, a patto che venga eseguita con precisa tecnica, stabilendo caso per caso il momento di assunzione dei radiogrammi; da questo esame si hanno dati relativi alla morfologia delle vie escretrici ed alla funzionalità renale, che, nei casi iniziali di tubercolosi, è diminuita dal lato malato, con il che può localizzarsi la lesione. I dati morfologici invece hanno poco valore nei casi iniziali; sono costanti ed evidenti in quelli avanzati. Si deve però tener presente che la pielografia da sola non basta nel maggior numero dei casi a stabilire con sicurezza la diagnosi di tubercolosi, dovendosi ritenere come una ricerca complementare. È molto utile nelle forme chiuse che non potrebbero essere svelate con altro mezzo.

La terza parte della relazione è dedicata agli esami di laboratorio: l'esame diretto ha dato all'O. una positività del 50 %. L'aggiunta di alcool a 50°

nella proporzione di un quarto del volume dell'urina favorisce la sedimentazione e permette di ottenere una più alta percentuale di risultati positivi, sino all'80 %. Il cosidetto bacillo dello smegma non costituisce per l'O. nella ricerca diretta quella causa di errore universalmente paventata, dato che per la loro scarsità, la forma ed i caratteri tintoriali, non espongono ad errori di diagnosi con il micobatterio della tubercolosi; il bacillo dello smegma non ha potere patogeno e non si sviluppa sui terreni di Loewenstein e di Petragnani.

Circa la batteriuria tubercolare l'O. in base alle proprie ricerche ammette, con gli altri autori, che esista, sebbene di rado, il passaggio di micobatteri del tubercolo attraverso il rene sano senza provocare lesioni; il fatto è spiegabile con la grande resistenza che presenterebbe questo organo alle infezioni in genere.

Le infezioni miste sono state riscontrate nel 52 % dei casi: vengono in ordine di frequenza colibacillo, stafilococco albo, streptococco, stafilococco aureo.

Tra i dati di laboratorio la piuria è un sintomo costante che può mancare soltanto nelle forme chiuse; l'alterazione leucocitaria descritta da Colombino è un sintomo frequente che ha valore di segno di orientamento. Nel sedimento, oltre i leucociti, esistono quasi sempre delle emazie; l'albuminuria è molto frequente anche nelle urine che sono quasi limpide.

Non esistono reazioni umorali capaci di stabilire l'esistenza di un focolaio di tubercolosi renale.

Per le inoculazioni nella cavia preferisce la via intracardiaca a quella sottocutanea.

Per gli esami colturali eseguisce un metodo personale di microcoltura che presenterebbe i seguenti vantaggi: 1) risultato positivo in tutti i casi, pur di attenersi ad una tecnica precisa; 2) il tempo necessario per ottenere una risposta positiva varia da otto a diciotto giorni; 3) grande sensibilità del metodo colturale che permette di ottenere un risultato positivo con pochi centimetri cubici di urina prelevati con il cateterismo ureterale.

In appendice alla relazione viene descritto un ceppo giallo atipico di bacillo tubercolare isolato dall'O. nel 1933, dotato di scarso potere patogeno, il che potrebbe spiegare il lunghissimo decorso di alcuni casi di tubercolosi renale.

L'O. così termina il suo lavoro: « in conclusione i progressi realizzati nella diagnosi precoce della tubercolosi renale risiedono anzitutto nel metodo delle microcolture, e secondariamente nell'esplorazione radiologica colla pielografia endovenosa ».

Dott. MARINO NOVAK (Trieste).

Nel primo capitolo della relazione, dopo aver riportato le statistiche dei varii autori sulla frequenza della tubercolosi renale, sia uni- che bilaterale, l'O. illustra i fattori predisponenti una localizzazione del germe nel rene. La via più frequente di infezione del rene sarebbe la ematogena. Se si verifica un reflusso vescico-renale di urine, come può aversi in svariate condizioni fisiche e patologiche, l'infezione può seguire la via ascendente. Altre vie di propagazione al rene è la linfatica, sia per via ascendente ureterale, che retrograda, dalle linfoglandole regionali.

Dopo aver passato in rivista le varie opinioni degli autori sulla batteriuria tubercolare a rene integro, ed aver riferito di tre casi osservati a Trieste, l'O. con la maggioranza ammette tale possibilità.

La diagnosi precoce ideale sarebbe quella fatta in quei casi in cui le alterazioni tubercolari del rene sono limitate a piccole zone, in modo che la funzione dell'organo non sia gravemente alterata. È il medico generico che nella grande maggioranza dei casi dovrebbe fare la diagnosi precoce, che verrebbe poi confermata dall'urologo in base a tutti gli esami speciali di competenza della branca urologica.

La sintomatologia iniziale della malattia consiste in senso di stanchezza, diminuita capacità e volontà al lavoro, dimagramento, rialzi termici con sudorazioni notturne, mancando invece sintomi apprezzabili da parte delle vie urinarie: esiste albuminuria e piuria microscopica che spesso, anche quando vengono constatate, non fanno sospettare al medico una tubercolosi renale. Altre volte il primo sintomo è una ematuria più o meno intensa, associata a dolori alle regioni lombari e pollachiuria, o isolata. La pollachiuria è uno dei sintomi più frequenti e più precoci della malattia. Altri disturbi vescicali iniziali sono: i dolori alla minzione, la ritenzione, gli spasmi della vescica; anche la poliuria è un sintomo frequente. Complessivamente nella statistica dell'O. i disturbi vescicali si sono verificati nel 75 % dei casi. In rari casi può osservarsi incontinenza di urina. La piuria asettica è una manifestazione sospetta di tubercolosi. Le infezioni miste sono frequenti nella tubercolosi renale. I dolori ureterali sono stati osservati nel 4,5 % dei casi.

Tra gli esami endoscopici la semplice cistoscopia è spesso sufficiente da sola a confermare la diagnosi di tubercolosi renale e ad indicare nei casi unilaterali quali sia il rene colpito. La biopsia cistoscopica può essere pericolosa per una disseminazione del processo. Il cateterismo degli ureteri è il mezzo più sicuro per stabilire la mono- o bilateralità della lesione. Di gran valore per la diagnosi di sede del processo è la cromocistoscopia: una buona eliminazione del colore garantisce di non trovare dopo la nefrectomia un rene adelfo insufficiente; un rene integro non dà mai una cattiva eliminazione; nella tubercolosi renale iniziale vi è sempre un ritardo dell'eliminazione del colore e sempre una diminuita intensità. Infine vengono trattate le ricerche sulle urine separate e le prove funzionali globali.

Tra gli esami radiografici il più importante è la pielografia discendente che è in grado di fornire indicazioni sulla sede ed estensione della lesione. Nei casi iniziali con minime alterazioni strutturali e funzionali i risultati della pielografia da eliminazione non forniscono dati apprezzabili.

La ricerca diretta del micobatterio nel sedimento, se condotta con pazienza, dà dei risultati ottimi; l'O. avrebbe raggiunto una percentuale di positività dell'85-90 %. Con l'inoculazione nella cavia ha registrato rari insuccessi raggiungendo una positività di risultati dell'84 %. Le esperienze personali con le ricerche microcolturali hanno dato con il terreno di Petragnani una positività del 93,33 %; fra i risultati positivi ve ne fu il 22,85 % in cui una attenta ricerca diretta dei micobatteri nelle urine sedimentate riuscì negativa. L'O. insiste sui vantaggi apportati dal metodo delle microcolonie che si è dimostrato superiore alla prova biologica. Dopo un protocollo di 75 casi

osservati l'O. osserva che i malati si sono presentati al medico in uno stadio avanzato della malattia; la maggior parte di essi presentava disturbi vescicali, 58,66 %, altri dolori, 8 %, in rari casi ematuria, 4 %.

Comunicazioni e discussioni sul tema di relazione.

R. ASCOLI (Milano). — *Clinica e laboratorio nella diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — Tralasciando le considerazioni di ordine generale, l'O. tratta alcuni particolari di tecnica sulla ricerca diretta e su quella microcolturale del bacillo di Koch; ritiene ottimo questo ultimo metodo perchè permette di formulare una precisa diagnosi, anche in un piccolo laboratorio non fornito di stabulario.

P. BLASUCCI (Roma). — *Sulla diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — Secondo esperimenti personali il peso specifico del bacillo di Koch sarebbe superiore a 1010; l'O. ritiene pertanto necessario precisare tale cifra per poter meglio eseguire le ricerche sulle urine. Fa rilevare da alcuni radiogrammi che espone come la pielografia comparativa dei due lati permetta di far riscontrare lesioni di un rene, anche quando tutte le altre ricerche siano state negative.

A. L. BONANOME (Roma). — *Su la diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — Considerato che i malati si presentano dall'urologo con una sintomatologia tale da cui deriva sempre il sospetto di una tubercolosi renale, l'O. propone di usare il termine di « diagnosi tempestiva », in quanto non esistono gravi lesioni vescicali ed uno dei reni deve ritenersi sano, limitando invece la denominazione di « diagnosi precoce » a quei casi rarissimi, nei quali con una sintomatologia vaga, coincide una lesione iniziale del rene parenchimatosa o papillare. Presenta una statistica personale di 236 casi di tubercolosi renale osservati in 11 anni: 191 monolaterali, 45 bilaterali; 91 di questi furono nefrectomizzati con una mortalità del 3 %.

C. CHIAUDANO (Torino). — *Sulla diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — Secondo l'O. la diagnosi precoce della tubercolosi renale sarebbe ostacolata dal fatto che la malattia ha la caratteristica di mascherarsi sotto la sintomatologia la più diversa, e che a segni clinici appena accennati e di recente comparsa possono corrispondere lesioni anatomiche già gravissime. Sospettata la malattia la diagnosi generica di certezza nella maggioranza dei casi (oltre il 90 %) si ha per la piuria e la presenza del bacillo del tubercolo nelle urine. La microcoltura riduce ancora il minimo numero dei casi nei quali il sospetto non trova la conferma nei comuni esami.

Nelle forme chiuse, in assenza di dimostrazione diretta o microcolturale del bacillo, la diagnosi nella quasi totalità dei casi verrà assicurata dagli esami clinici e cistoscopici; nelle forme di chiusura parziale, di chiusura secondaria cioè di un calice, la pielografia ascendente darà immagini molto probative. Se si tratta di forme inizialmente chiuse le difficoltà diagnostiche sono gravissime, la diagnosi di natura non può andare oltre il sospetto.

M. CILENTO (Napoli). — *Il riflesso reno-vescicale provocato nella diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — L'O. illustra alcuni casi di tubercolosi renale nei quali si determinò il riflesso reno-vescicale, con dolore puntorio in vescica, riportando il rene in alto con manovra bimanuale. Alla nefro-ureterectomia e successivi esami istologici di vari tratti dell'uretere non riscontrò, in questi casi, note di ureterite specifica, onde conclude che nei malati da lui riportati il sintomo sia da considerarsi un riflesso doloroso e non la conseguenza della distensione dell'uretere inelastico.

F. DE GIRONCOLI e M. BORTOLOZZI (Venezia). — *Le nostre esperienze con i metodi di coltura del bacillo tubercolare nella tubercolosi renale.* — Gli OO. hanno applicato il metodo culturale allo studio di 102 infermi affetti da malattie varie delle vie urinarie. Tali culture furono positive 27 volte su 31 pazienti certamente affetti da tubercolosi renale; nei quattro casi negativi trattavasi di forma chiusa. Da ciò traggono la conclusione che anche un reperto culturale negativo non esclude la tubercolosi renale.

DE SANCTIS MONALDI (Roma). — *Sulla diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — L'O. riferisce sui risultati dell'esperienza del Reparto Urologico del Policlinico di Roma, mettendo in particolare evidenza l'importanza delle ricerche batteriologiche per la diagnosi precoce della tubercolosi renale, ma anche la possibilità di coltivare dalle urine e dal sangue dei bacilli paratubercolari.

G. DODERO (Torino). — *La diagnosi radiologica della tubercolosi renale.* — In qualche caso l'O. ha osservato che la pielografia discendente non è sufficiente per porre la diagnosi di tubercolosi renale, mentre invece la pielografia ascendente permette di formularla.

P. LILLA (Livorno). — *Su la diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — Il concetto di diagnosi precoce della tubercolosi renale varia se si osserva dal punto di vista medico o da quello chirurgico.

I medici affermano la possibilità di guarigione della tubercolosi renale se la malattia è diagnosticata nel primo periodo, in quello cioè interstiziale o vascolare; la diagnosi però viene formulata su sintomi ai quali non si può dare molto credito: l'ematuria e la bacilluria, la prima è troppo vaga, la seconda discutibile. Allo stato attuale delle cose una diagnosi precoce è impossibile, ma ci si dovrà contentare di una diagnosi tempestiva, la quale permetta di iniziare tempestivamente la cura. Per merito della propaganda, fatta in specie tra i giovani medici, l'O. ha potuto avere dei risultati operatori brillantissimi intervenendo alle prime manifestazioni della malattia.

C. A. MALTESE LE ROY (Padova). — *Su di un caso di tubercolosi renale di diagnosi delicata.* — L'O. descrive un caso di tubercolosi renale ad inizio ematurico, nel quale cistoscopicamente si rilevavano lesioni nette dell'orificio ureterico sinistro, mentre il destro era indenne. Con la pielografia discendente il rene destro si mostrava aumentato di volume rispetto al sinistro: eliminazione bilaterale eguale. La cromocistoscopia permise un netto orientamento diagnostico e l'intervento confermò la diagnosi di sede a destra. Deduce dall'osservazione che la pielografia discendente talora non dà risultati probativi per una diagnosi di tubercolosi renale, che può farsi solo con il cateterismo dell'uretere. Attira l'attenzione sul fatto che lo sbocco ureterico del lato malato non presentava alcuna lesione specifica.

G. MARASPIN (Fiume). — *Su la diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — Eseguendo alcune cistoscopie l'O. ha potuto rilevare che talora si ha un ritardo di eliminazione del colore anche da un rene sano, mentre con la pielografia discendente si osservava una eliminazione eguale bilateralmente. Crede che tale ritardo di eliminazione dell'indaco sia dovuto ad uno choc nervoso riflesso provocato dal corpo estraneo, cistoscopio, in vescica ed invita i colleghi a controllare il fenomeno.

G. NISIO (Bari). — *Fattori che contrastano la diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — L'O. fa rilevare i tre fattori che contrastano la diagnosi precoce della tubercolosi renale: il malato, il medico, l'organo colpito: cioè il rene. Richiama l'attenzione sull'importanza della tubercolosi renale come problema sociale, auspicando che anche l'urologo figuri tra i varii specialisti dei dispensari antitubercolari.

M. PAVONE (Palermo). — *Su la diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — L'O. richiama l'attenzione sull'importanza dei bacilli nello smegma nella ricerca del bacillo del tubercolo, dato che è stato osservato come nell'inoculazione della cavia tali bacilli possano determinare negli animali da esperimento lesioni simili a quelle provocate dal bacillo di Koch.

G. RAVASINI (Padova). — *L'esperienza della Clinica Chirurgica di Padova in tema di diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — L'O. riferisce sui dati che riguardano 167 casi di tubercolosi renale osservati nella Clinica Chirurgica di Padova, soffermandosi in particolare ad illustrare l'esperienza della Clinica in tema di diagnosi batteriologica e radiografica (pielografia ascendente e discendente).

G. RAIMOLDI (Roma). — *Su la diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — L'O., dopo aver discusso su che cosa debba intendersi per diagnosi precoce, discute i sintomi iniziali della malattia, intrattenendosi specialmente sul valore della pollachiuria, piuria, albuminuria, ematuria, dolori renali. Discute l'importanza della ricerca diretta del micobatterio, delle microcolture, mettendo in guardia contro possibili errori nei quali può cadersi nell'interpetrazione delle microcolture. Discute il valore dell'indagine radiologica e conclude che per addivenire alla diagnosi occorre tener conto di tutti i dati ricavati dalla anamnesi, esame obbiettivo e ricerche di laboratorio.

S. ROLANDO (Genova). — *Su la diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — L'O. ricorda che nella tubercolosi renale anche avanzata non di rado l'uretere è indenne. Illustra un caso da lui operato nel quale l'esame macro- e microscopico in numerosi preparati non dimostrò lesioni tubercolari dell'uretere. È importante la conoscenza di questo fatto dal punto di vista diagnostico, sia per i dati radioscopici dell'urografia endovenosa, sia per i rilievi che si possono fare durante l'atto operatorio.

SASS (Budapest). — *Alterazioni dell'ostio ureterale. Monoinfezioni ed infezioni miste.* — Il prof. LICHTENBERG dimostra alcune significative tabelle ricavate dai lavori del dott. SASS della Clinica Urologica di Budapest, le quali dimostrano che la maggioranza dei casi vengono all'osservazione clinica in uno stadio tardivo: su 383 casi il 60 % presentava lesioni già avanzate e più del 60 % era affetto da infezioni miste. L'O. rileva la forte diminuzione della tubercolosi renale nei malati della Clinica Urologica di Berlino ed insiste sui vantaggi dell'urografia ascendente e da eliminazione.

M. SORRENTINO (Napoli). — *Tubercolosi renale di difficile diagnosi ed errori diagnostici.* — L'O. illustra alcuni casi di tubercolosi renale di diagnosi difficile; in uno si trattava di una forma ematurica, precoce e grave, senza pus nè bacilli nelle urine; in altri due la tubercolosi renale coesisteva con importanti lesioni degli organi genitali: annessite gonococcica ed appendicite in un caso; metro-annessite tubercolare in un altro.

G. V. TARDO (Palermo). — *Su la diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — La diagnosi precoce della tubercolosi renale deve farsi sottoponendo alla cistoscopia tutti gli infermi che presentino piuria, anche minima, ed eseguendo poi tutti gli esami di laboratorio. Se così facendo non si accerta la diagnosi, è bene eseguire il cateterismo ureterale con esame funzionale completo e la pielografia endovenosa. Data l'importanza della malattia dal punto di vista sociale, occorre volgarizzarne la conoscenza per far ricorrere gli infermi allo specialista ai primi segni e per misura profilattica.

M. VERARDI (Napoli). — *Sulla diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — L'O. dopo aver precisato il significato da darsi all'espressione « diagnosi precoce della tubercolosi renale » ne rileva l'importanza, osserva come non esistano sintomi speciali e differenti per ciascuno stadio della malattia, così che non è possibile conoscere in vivo le condizioni anatomiche del rene. Nota che la diagnosi è di esclusiva competenza dell'urologo per il quale può riuscire più o meno facile, ma solo eccezionalmente impossibile. Conclude che la quasi totalità delle diagnosi tardive ed errate sono dovute al fatto che l'infermo non ricorre ai primi disturbi o si dirige ad incompetenti.

WILDBOLZ (Berna). — *Sulla diagnosi precoce della tubercolosi renale.* — La diagnosi secondo l'O. può basarsi sulla triade: bacilluria, piuria, « functio laesa ». Palpatoriamente agli inizi non si riscontrano alterazioni degne di nota e nemmeno la pielografia dà segni sicuri; nelle urine si riscontrano traccie di albumina e talora bacilli. Si sofferma sulla questione della batteriuria tubercolare che ben raramente si riscontra senza tubercolosi renale. La batteriuria può essere segno di tubercolosi renale non caseosa ma infiltrativa, fibrosa o della cosidetta nefrite tubercolare. Segno diagnostisco molto importante è l'alterazione tubercolare della vescica. Un paziente che abbia presentato una volta batteriuria tubercolare deve essere sorvegliato perchè la bacilluria può ripresentarsi a distanza di anni, con lesioni tubercolari della vescica e rivelare così una tubercolosi renale a decorso silente.

Comunicazioni riguardanti il rene e la funzionalità renale.

P. BLASUCCI (Roma). — *La funzione renale studiata con l'azotemia, la clearance ed il rapporto ftaleinico.* — L'O. dall'esame di trenta urinari,

studiati con i suddetti metodi, ha potuto rilevare che l'azotemia nelle lesioni renali lievi ha variazioni leggere e tardive, mentre la clearence non ha oscillazioni sufficienti oltre le fisiologiche. Il rapporto ftaleinico invece è molto sensibile alle più lievi lesioni renali e subisce le più ampie oscillazioni con il progresso delle lesioni renali stesse.

G. BOXICH (Venezia). — *Sugli esiti prossimi e lontani della terapia chirurgica per tubercolosi renale.* — L'O. ha studiato a distanze variabili da uno a dodici anni dalla nefrectomia per tubercolosi 64 infermi con il metodo delle microcolture, in tutti ha riscontrato scomparsa del bacillo di Koch in un periodo di tempo variabile da uno a tre anni dall'intervento. Trae occasione per mettere in evidenza l'importanza delle cure post-operatorie e delle visite di controllo.

S. BIANCARDO (Monza). — *Considerazioni cliniche su 16 casi di tubercolosi del rene.* — L'O. riferisce su sedici casi di tubercolosi renale da lui osservati, e sui risultati clinici della nefrectomia.

D. CIDDIO (Roma). — *Trapianti nel rene di frammenti prelevati dalle vie escretrici urinarie.* — L'O. ha innestato nel parenchima renale e sotto la capsula di conigli dei frammenti prelevati a tutto spessore di pelvi, uretere e vescica dall'animale stesso, osservando la formazione di cisti sierose negli autotrapianti, assorbimento dell'innesto omo-plastico e dell'innesto di tessuto conservato; non ha invece mai osservato la formazione di tessuto osseo.

G. DI MAIO (Milano). — *La pielografia discendente nelle contusioni renali.* — L'O. dallo studio di 17 casi sino ad oggi pubblicati e di 4 osservazioni personali conclude che la pielografia discendente è inopportuna ed insufficiente nelle lesioni renali gravi; nelle contusioni lievi o negli esiti la diagnosi anatomica o funzionale che si ottiene dalla pielografia discendente è meno precisa di quella che può formularsi con la pielografia ascendente e con l'esame delle urine prelevate con il cateterismo ureterale.

F. GALLIZIA (Torino). — *Funzione renale negli epatici.* — L'O. riporta le sue conclusioni sui risultati degli esami funzionali renali eseguiti in epatici, aggiungendo una prova funzionale personale che consiste nello studiare l'eliminazione dell'acqua iniettata sottocute nella regione mammaria o per via endovenosa (cc. 250-500 di siero fisiologico o glucosato), cercando con questo metodo di saltare il circolo portale ed il « barrage » del fegato. Conclude che tutte le prove della funzionalità renale sono fallaci quando ci sia una lesione epatica e che l'importanza del fegato sopra la funzione renale deve essere ulteriormente e particolarmente studiata.

P. LILLA (Livorno). — *Interventi per anurie nefritiche.* — L'O. richiama l'attenzione sull'importanza dell'intervento chirurgico nelle anurie nefritiche, quando siano falliti tutti i metodi di terapia medica; riporta sei casi da lui operati negli ultimi anni con brillanti risultati.

C. A. MALTESE LE ROY (Padova). — *La cura della tubercolosi renale bilaterale.* — L'O. è del parere che nei casi di tubercolosi renale bilaterale in cui un rene è gravemente colpito e l'altro, pur essendo malato, è ancora funzionalmente buono, si debba praticare l'ectomia del rene più leso, e riferisce su tre casi da lui operati.

C. A. MALTESE LE ROY (Padova). — *Pielonefriti da germi banali in pazienti già nefrectomizzati per tubercolosi.* — Partendo da un caso da lui osservato, l'O. mette in evidenza come non sempre i disturbi vescicali sopravvenuti dopo nefrectomia per tubercolosi siano l'espressione di una nuova localizzazione del processo, e come nessun valore di specificità debba attribuirsi alla piuria amicrobica con urine acide.

A. MARSELLA (Sora). — *Il sistema reticolo-muscolare del rene.* — L'O. descrive un sistema contrattile del rene che chiama « sistema elastico muscolare del rene » la cui funzione pare sia in rapporto con la funzione escretiva e secretiva dell'organo.

A. MARSELLA (Sora). — *Sulla rigidità renale.* — Partendo dall'osservazione di un infermo l'O. descrive una « rigidità renale » dovuta alla sospensione dei movimenti della capsula propria del parenchima, dei calici e del bacinetto per paresi del sitema elastico muscolare di natura neurotossica o meccanico-flogistica.

F. MAZZINI e M. A. CAVALLI (Padova). — *Sulla partecipazione della rete arteriosa nell'ipertrofia compensatoria renale.* — Gli OO. hanno studiato il comportamento della rete arteriosa nella ipertrofia compensatoria renale in un gruppo di 17 cani, a mezzo della arteriografia, documentando chiaramente nel corso del processo della ipertrofia vicaria un aumento del calibro di tutte le diramazioni arteriose principali ed una maggiore e più uniforme iniezione dei ramuscoli terminali della corticale. Tali modificazioni, una volta completata l'ipertrofia del rene residuo, si conservano per lungo tempo.

M. PAVONE (Palermo). — *La nefrostomia è realmente utile nelle pionefrosi cosidette inoperabili in primo tempo?* — In base all'esperienza personale l'O. crede poter affermare che nella maggioranza dei casi la nefrostomia non dà i benefici effetti sperati. Preferisce tentare la nefrectomia in un solo tempo, svuotando eventualmente prima le sacche pionefrotiche. Secondo la sua statistica la percentuale delle guarigioni è maggiore nella nefrectomia primitiva.

G. PISANI (Milano). — *Considerazioni su un caso di rene policistico a sintomatologia atipica.* — L'O. descrive un caso di rene policistico con ematurie a tipo neoplastico e funzionalità globale e separata buona, nel quale eseguì una nefrectomia seguita da guarigione. Prende l'occasione per discutere alcuni concetti diagnostici e terapeutici riguardanti tale affezione.

G. V. TARDO (Palermo). — *Su di un caso di tubercolosi renale.* — L'O. descrive un caso di tubercolosi renale manifestatasi clinicamente con coliche a tipo calcoloso. Alla nefrectomia in corrispondenza dell'ilo del rene si riscontrò una bozza grossa quanto una noce costituita di tipico granuloma tubercolare. Ritiene che in questo caso in cui l'uretere non presentava lesioni apprezzabili la sintomatologia dolorosa fosse data dai rapporti che la tumefazione aveva coll'ilo del rene.

D. TORRE (Genova). — *Pielonefrite apostematosa in rene a ferro di cavallo.* — Riferisce su una pielonefrite apostematosa monolaterale in rene a ferro di cavallo con occlusione ureterale da calcolo. Operato di eminefrectomia si ebbe la gua-

rigione. Rileva la rarità della natura della lesione e descrive la tecnica operatoria.

I. WUGMEISTER (Milano). — *Un caso di glomerulo-nefrite acuta unilaterale con ematomi sottocapsulari, consecutiva a pielite cronica riacutizzata. Nefrectomia e guarigione.* — Prendendo occasione da una operazione per congestione renale acutissima unilaterale di natura ascendente (pielite cronica riacutizzata), l'O. descrive il reperto anatomo-patologico: focolai emorragici in tutta la parte corticale e midollare del rene, e grossi ematomi sottocapsulari.

Comunicazioni su argomenti riguardanti gli ureteri.

D. CIDDIO e S. ERROI (Roma). — *L'anastomosi uretero-ureterale nel cane e la funzionalità del rene. Ricerche sperimentali.* — Eseguita l'anastomosi uretero-ureterale in animali a vie urinarie non infette, con sutura circolare, gli OO. hanno ottenuto buoni risultati sia per ciò che riguarda il ristabilimento della canalizzazione, sia per il mantenimento della funzionalità renale.

R. RIZZI (Milano). — *Dilatazioni uretero-pieliche da calcolosi ureterale e loro possibilità di guarigione.* — L'O. illustra quattro casi da lui osservati di calcolosi ureterale complicati da grave dilatazione dell'uretere e della pelvi e fatti settici, nei quali, dopo l'emissione del calcolo, si ebbe una rapida guarigione di tutti i disturbi.

F. ZITO (Palermo). — *Le vie di accesso nei calcoli dell'uretere pelvico.* — L'O. a proposito delle vie di accesso extraperitoneali addomino-laterale e mediana-latero-vescicale, nei calcoli ureterali bassi, avendo eseguito diverse volte tali metodi, ne fa risaltare la bontà dal punto di vista tecnico operatorio. È dell'idea di non generalizzare tali sistemi, ma di limitarli solo ai casi asettici, essendo spesso causa di noiose complicazioni post-operatorie per la evidente difficoltà di drenaggio.

Comunicazioni su argomenti riguardanti la vescica.

A. BARELLA (Torino). — *La calcolosi urinaria nei tranvieri.* — L'O. avendo osservato come la calcolosi urinaria colpisca con una certa frequenza i tranvieri, riporta dei dati statistici, e cerca di spiegarne le cause.

D. CIDDIO (Roma). — *L'anastomosi uretero-vescicale con pochi punti staccati.* — L'O. ha eseguito parecchie anastomosi uretero-vescicali con pochi punti staccati osservando che l'insuccesso immediato è notevole; negli animali sopravvissuti, quantunque manchino fatti di stenosi a carico del nuovo sbocco, pure si verificano lesioni evidenti del sovrastante parenchima renale, le quali sono da riferire a cause meccanico-dinamiche.

G. DI MAIO (Milano). — *Tumori della vescica da amine, detti da anilina. Primo contributo clinico italiano.* — Per primo in Italia l'O. ha osservato 11 tumori della vescica su 54 operai esaminati occupati in fabbriche di sostanze coloranti; in 7 casi si trattava di tumore benigno, in 4 di tumore maligno. In altri 20 operai dello stesso gruppo ha osservato lesioni precancerose: teleangectasie, congestione a grappolo ecc. Sostiene quindi la necessità di un sistematico esame cistoscopico negli operai delle fabbriche di amine o nitroderivati, per la diagnosi precoce e la cura tempestiva.

S. FROSSASCO e L. MIGLIARDI (Torino). — *Sulla cura della cistite incrostata.* — In un caso di cistite incrostata gli OO. hanno ottenuto la completa guarigione con le sole cure mediche: lavande vescicali di nitrato di argento e somministrazione orale di un potente acidificante: l'acido nitrocloridrico. Ritengono che questo trattamento, ed in modo speciale la energica acidificazione, siano spesso sufficienti a guarire la cistite incrostata, senza bisogno di trattamento chirurgico.

M. PAVONE (Palermo). — *Sulla calcolosi vescicale multipla.* — Su più di un migliaio di casi osservati l'O. ha constatato la calcolosi multipla nel 31 % dei casi stessi: e cioè nel 25 % da 2 a 5 calcoli; nel 2 % da 5 a 10-12; nel 4 % a più di 12 calcoli sino a un numero notevolissimo, spesso da 50 a 200, naturalmente di volume piccolo. La natura di queste calcolosi è uratica, come ha potuto dimostrarlo l'esame dei calcoli stessi.

S. SCANDURRA (Roma). — *Qualche osservazione sulla cistite incrostata.* — Partendo da due casi da lui osservati l'O. passa in rivista la letteratura sull'argomento. Come cura nei suoi pazienti ha dovuto associare al trattamento locale chimico endoscopico la cura chirurgica.

Comunicazioni su argomenti riguardanti la prostata.

G. BAGNATI (Palermo). — *Clorurazione della loggia prostatica dopo prostatectomia.* — L'O. riferisce su alcuni casi della Clinica Urologica di Palermo trattati dopo l'asportazione dell'adenoma imbibendo il tampone che si applicava nella loggia con soluzione ipertonica, e lavando successivamente la loggia stessa con soluzione clorurata. Tale procedimento è stato adottato allo scopo di ovviare alla eccessiva distruzione dei cloruri in corrispondenza della zona cruentata con consecutiva ipocloremia ed iperazotemia.

H. DE BENEDETTI (Torino). — *Il « test » prostatico.* — L'O. indirizza le ricerche su prostate primitivamente focali, cioè senza alcun precedente nesso eziologico infiammatorio colle tonsille o altri organi vicini o lontani; riferisce su 42 casi e classifica le curve ematologiche così ottenute in quattro tipi.

V. GIONGO (Brescia). — *Diverticulosi prostatica associata ad altre anomalie, messa in evidenza con la urografia.* — L'O. presenta un caso di degenerazione diverticolare della prostata, in un individuo di 17 anni portatore anche di asimmetria facciale, anisocoria, piede cavo unilaterale, ipoestesia termica al pene ed allo scroto, rachischisi sacrale e mancata chiusura dell'uraco. Ritiene che la forma debba considerarsi congenita.

E. PELLECCHIA (Napoli). — *Metastasi rara ossea in un caso di cancro prostato-vescicale.* — L'O. descrive una metastasi delle prime vertebre cervicali in un individuo portatore di un cancro della prostata con diffusione alla vescica ed alla vescichetta seminale di sinistra.

(*Continua*). Dott. ALBERTO OBERHOLTZER.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La stenosi destroventricolare.

E. E. Podestà (*Cuore e circolazione*, giugno 1936) traccia un quadro ampio e completo di questa malattia che va sotto il nome di Bernheim che per primo vi ha richiamata l'attenzione. Essa è provocata dalla stenosi del ventricolo destro, da deviazione del setto interventricolare. La sua conoscenza non ha soltanto valore scientifico, ma anche pratico.

Nel primo periodo, l'unico segno clinico è dato dalla stasi venosa e dall'assenza della stasi polmonare; la prima, però, è poco evidente e va messa in rilievo con accorgimenti speciali che determinano cianosi e turgore delle giugulari.

Nel secondo periodo (pseudoasistolia destra) vi è stasi generalizzata con interessamento del fegato; è ancor più evidente il contrasto con l'assenza della stasi polmonare.

Nel terzo periodo, si ha l'insufficienza globale con ripercussione anche sul cuore destro.

La terapia può dirsi negativa. *fil.*

La fisioterapia nelle affezioni acute ginecologiche.

G. Meldolesi (*La Clinica Ostetrica*, agosto 1936) riporta una statistica personale di 272 casi di affezioni acute ginecologiche, da gonococco, da germi comuni e da infezione mista (annessiti, parametriti, pelviperitoniti) trattate inizialmente con raggi X e quindi con raggi infrarossi sull'addome, per via endovaginale ed infine con diatermia.

I risultati sono stati ottimi nei casi acutissimi, curati fin dall'inizio con il metodo di Freidenhain, a cui l'A. accenna; buoni, ma ad effetto più lento nelle forme subacute o riacutizzate; in queste ultime, è necessario ricorrere a numerose applicazioni con raggi infrarossi e diatermia, quando si voglia evitare la röntgencastrazione anche temporanea. *fil.*

L'aneurisma dell'aorta toracica discendente

L. Pace (*Cuore e circolazione*, luglio 1936) riferisce ampiamente su cinque casi da lui studiati, mettendo anzitutto in rilievo il corso silenzioso, subdolo e la lunga durata delle nevralgie che tali aneurismi determinano. Si tratta di dolori durati da oltre dodici anni sicchè l'A. ritiene che abbia maggior valore questo carattere clinico delle algie toraciche fisse, che non i segni obbiettivi della pulsazione espansiva ai lati della colonna vertebrale.

I dolori possono irradiarsi a tipo di radicolite dorso-lombare ed hanno dato luogo in vari casi della letteratura a confusione con ulcera gastrica, con tumore del midollo spinale, procedendosi anche ad interventi operatori.

La sede di questi aneurismi è generalmente a sinistra, ma nei casi dell'A. si è anche rilevata a destra della colonna vertebrale, con usura dei corpi di questa.

Per quanto riguarda le ricerche elettrocardiografiche, l'A. osserva che queste possono essere utili per la diagnosi di sede della sacca aneurismatica, ma non per quella di origine da questo o quel segmento.

Dal punto di vista radiografico, sono da rilevare: i rapporti dell'aorta con il tratto esofageo, l'usura dei corpi vertebrali e la forma plurilobata delle sacche aneurismatiche. Carattere importante per la differenziazione da tumori mediastinici paraaortici e paracardiaci è la speciale disposizione dello strato calcareo della sacca aneurismatica. *fil.*

Il trattamento dell'osteomielite acuta degli adolescenti.

Le forme setticemiche (stato generale grave, adinamia, delirio e fatti ossei appena abbozzati) e quelle settico-piemiche (con altri focolai suppurativi) sono di prognosi assolutamente infausta e, come tali nessun trattamento è possibile.

Nell'osteomielite localizzata ad un solo osso, J. Leveuf (*Gazette des hôpitaux*, 6 maggio 1936) consiglia l'immobilizzazione rigorosa dell'arto in un apparecchio gessato, che può essere bivalve, oppure fenestrato in modo da permettere l'osservazione, specialmente dell'artrite di vicinanza.

Fra i trattamenti medici, vi sono quelli specifici (siero-, vaccino-, batterio-terapia, anatossina stafilococcica, ecc.) e quelli non specifici, cioè la chemioterapia endovenosa (urotropina, mercurocromo, ecc.). L'A. dà la preferenza alla sieroterapia antistafilococcica e, più tardi, ai vaccini ed all'anatossina.

Il chirurgo non interverrà che quando l'ascesso è ben maturo (la trapanazione ossea precoce dà una mortalità doppia che il non far nulla!); si interverrà quando la febbre è caduta (verso l'8°-15° giorno), procedendo alla evacuazione sottoperiostea.

Sorvegliare alla radiografia l'evoluzione; se si forma il sequestro, levarlo dopo parecchie settimane; se la necrosi è molto estesa, resezione della diafisi. Se avviene la complicazione dell'artrite di vicinanza che proceda verso la suppurazione, resezione immediata della diafisi fino alla cartilagine di coniugazione; l'amputazione va riserbata a circostanze eccezionali. *fil.*

Nelle morsicature di vipera.

K. Werwarth (*Med. Klin.* e *Schweiz. med. Wochens.*, 4 luglio 1936) è contrario alle pratiche finora consigliate. La lavatura della ferita, l'applicazione di disinfettanti è dannosa; il veleno non può più essere allontanato mentre il liquido può trascinare nella piccola ferita il veleno eventualmente rimasto sulla pelle. Così pure, bisogna guardarsi dal porre dei lacci al disopra della ferita (che non impediscono affatto l'assorbimento del veleno) e dal

praticare cauterizzazione, incisioni o succhiamento della ferita stessa. È pure sconsigliabile la somministrazione di forti quantità di alcool, che sono del tutto inefficaci.

Unica cura da farsi è quella chirurgica, anzitutto e soprattutto l'iniezione di siero (10 cmc. endomuscolari nelle immediate vicinanze della ferita stessa). Nei casi in cui non si interviene subito e quando si abbiano gravi fenomeni tossici, si inietteranno quantità più elevate, anche 40-50, eventualmente endovena.

fil.

Falsa applicazione dell'acido tannico nelle ustioni.

La soluzione di acido tannico al 5 % è stata proposta, come è noto, per le ustioni gravi in cui la tannificazione rapida delle cellule ormai morte è utile. Man mano, però, si è venuta usando tale soluzione anche nelle ustioni meno gravi, di secondo grado il che, come osserva F. Taylor (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 4 aprile 1936) è un errore. Di fatto, l'azione dell'acido tannico non si limita alle cellule morte e, nei casi di lesioni lievi, tannifica anche quelle che potrebbero prender parte al processo di riparazione, che viene in tal modo ritardato.

Il trattamento coagulante delle ustioni va pertanto riserbato ai casi gravi, mentre in quelli lievi (secondo grado) si useranno le blande medicazioni umide e gli unguenti. *fil.*

SEMEIOTICA

La bradicardia nelle otomastoiditi.

Nel decorso delle otomastoiditi, può osservarsi in alcuni casi la bradicardia, la quale può far sorgere il sospetto di qualche complicazione endocranica di cui costituisce un segno importante se non costante. S. Traina (*Il Valsalva*, giugno 1936), sulla base anche di osservazioni proprie, rileva che la presenza di tale sintoma in questi casi non indica necessariamente le accennate complicazioni, ma può aversi anche al di fuori di esse nelle seguenti condizioni: 1) Nelle petrositi con compartecipazione dell'apice, molto rara e forse non dipendente da irritazione gasseriana come si ritiene da qualcuno; 2) nella sintomatologia vestibolare, pure raramente; 3) quando non esistano le due condizioni sopra accennate. Per questi casi, l'A. invoca l'invasione degli spazi subaracnoidei da parte delle sostanze tossiche partite dal focolaio infettivo e conseguenti modificazioni del liquor. L'ependima ventricolare, che è considerata come una superficie sensitiva, così sottoposta ad eccitazioni abnormi, darebbe degli stimoli che, arrivando ai centri bulbari, determinano degli squilibrii vegetativi, che possono tradursi con la bradicardia.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI

Determinazione del pH. Al dott. P. D. da L. (Abb. N. 8127).

La determinazione del pH (è preferibile questa notazione a quella di Ph, anche perchè alcuni scrivono in tal modo il simbolo del fosforo) può farsi in due modi:

1) *Elettrometrico*, con i così detti potenziometri, strumenti che sono ora di uso abbastanza semplice, ma che costano cari.

2) *Colorimetrico*, mediante soluzioni di sostanze coloranti (indicatori) che cambiano colore secondo il pH. Vi sono indicatori monocromatici (metodo di Michaelis), quali i diversi dinitrofenoli (para-, orto-, ecc.) che dànno gialli di diversa intensità a diversi pH (da 2,2 a 8,4). Il colore ottenuto con l'aggiunta di 1 cmc. a 5 cmc. del liquido in esame si paragona a quello di una serie di tubi con soluzione di determinato pH, oppure si usa il comparatore di Hellige, in cui le varie gradazioni di colore si trovano su dischi di vetro, che si fanno passare nel comparatore, fino a trovare quella che corrisponde al colore del liquido in esame preparato con l'indicatore.

Gli indicatori bicolori sono diversi e possono utilizzarsi per determinare una serie di pH che va da 1,2 a 12,1. Fra quelli più usati in biologia, è da menzionare il rosso fenolo, o fenolsulfonftaleina (pH 6,8-8,4), che si usa in soluzione alcoolica al 0,02 %, di cui si aggiungono 2-3 gocce a 10 cmc., paragonando poi il colore ottenuto a quello di tubi in cui si mettono determinate quantità di varie sostanze (fosfato disodico, glicocolla, HCl) e la stessa quantità di indicatore. Vi sono anche delle tabelle con varie gamme di colori corrispondenti ai diversi pH, secondo l'indicatore usato.

Il metodo degli indicatori monocromatici ha il vantaggio che la serie di tubi con le soluzioni corrispondenti ai diversi pH può conservarsi indefinitamente, mentre con gli indicatori bicolori, la determinazione si fa per tentativi, usando le sostanze di cui sopra, che si mescolano al momento dell'uso.

Per maggiori particolari, veda: L. Michaelis: Manuel de Techniques de Physico-Chimie. Masson et C.ie, Paris.

fil.

VARIA

Alcoolismo ed eugenica.

Risulta dalle ricerche di C. Brugger (*Schweiz. med. Wochens.*, 18 aprile 1936) che l'alcoolismo cronico non esercita un'influenza dannosa sul plasma germinativo, a giudicare dalla prole di alcoolisti gravi e bisognosi di ricovero in istituti speciali. Però, in conseguenza delle gravi tare familiari degli alcoolisti con psicosi svariate, si deve dedurre che la loro discendenza (ivi compresi anche i nipoti figli di collaterali) presenta delle abnormità in numero superiore alla media.

Questo deve essere tenuto presente dal punto di vista eugenico e, se non può indurre ad una sterilizzazione coattiva (l'A. è svizzero ed è noto che essa esiste in alcuni cantoni) deve consigliare una adatta propaganda per fare conoscere le reali conseguenze di tale intossicazione cronica. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Quistioni vecchie circa le preferenze per invalidità di guerra.

La Giurisprudenza ha ormai fissato certe regole chiare e definitive, che dovrebbero guidare senza difficoltà l'applicazione pratica delle precedenze stabilite dalla legge 21 agosto 1921 n. 1312 a favore dei mutilati ed invalidi di guerra. Ma, recentemente, sono ritornati in discussione; il Consiglio di Stato ha avuto così occasione di eliminare incertezze e dubbi sopravvenuti. Si deduceva, anzitutto, che, non essendo titolo di precedenza, a norma dell'art. 2 della legge 1921, le invalidità comprese nella 9ª e 10ª categoria delle pensioni di guerra di cui al D. L. 1917 n. 876, e a queste categorie corrispondendo la 7ª e l'8ª del D. L. del 1923, il mutilato o l'invalido, compreso in una di queste ultime non abbia titolo alla preferenza assoluta. Ma non c'è corrispondenza fra le categorie 9ª e 10ª del decreto del 1917 e 7ª e 8ª del decreto del 1923 e, per altro, non tutti gli invalidi delle categorie 9ª e 10ª erano esclusi dalla protezione nei concorsi, ma ne erano eccettuati soltanto alcuni nn. 1 a 3 e 11 a 16 della cat. 9ª e 1, 2, 8 e 10 della 10ª.

Si soggiungeva che il concorrente, nominato per titolo di preferenza, non era disoccupato ma esercitava con successo la professione anche in una casa di salute privata. Qui il Consiglio di Stato, con la decisione 27 agosto 1936, ric. D'Agostino, conferendo precedenti risoluzioni, ha precisato con grande chiarezza i limiti della condizione di disoccupazione, la quale *non è prevista dalla legge*, ma è stata considerata dalla giurisprudenza, entro però determinati confini. Osserva correttamente la decisione. « La legge del 1921 per il collocamento degli invalidi di guerra non contiene punto la condizione del loro stato di disoccupazione e solo in via di temperamento la costante giurisprudenza di questo Collegio ha affermato il principio che la precedenza non può essere invocata da colui che già occupi in atto un posto della natura di quello cui aspira, e cioè un posto stabile avente uguali garanzie presso un ente della stessa natura (pubblico) e corrispondente sia pure in guisa relativa, sia dal punto di vista economico che da quello morale (V Sezione, 13 settembre 1928; IV Sezione, 12 novembre 1927; Sezione Interni, 5 luglio 1928 e 28 marzo 1933; Ad. Gen. 15 gennaio 1931 ecc.). Solo in questa ipotesi può ritenersi che l'applicazione della legge sarebbe ultronea e non corrispondente al suo spirito, oltre che ai precedenti parlamentari. Ma quando l'invalido abbia una occupazione privata e precaria, anche se relativamente redditizia, una tale occupazione non può essere di ostacolo alla applicazione della legge del 1921, senza di che dovrebbe giungersi alla conseguenza, antieconomica ed antisociale, che gli invalidi avrebbero dovuto o dovrebbero rifiutare qualsiasi anche modestissima occupazione, e rimanere in ozio, sino al momento in cui fosse loro stato possibile di profittare dei benefici della legge 1921 il che è manifestamente assurdo.

D'altro canto risponde a criteri di evidente giustizia che gli invalidi di guerra possono non soltanto avere una qualsiasi occupazione ed un magrissimo compenso, ma anche un posto stabile, e corrispondente alla loro capacità ed a dar loro titoli di studio.

Anche la titolarità di una condotta non è di ostacolo alla efficacia della preferenza se la circoscrizione sia disagiata e onerosa, specialmente in rapporto alla minorazione fisica e il mutilato o l'invalido concorra ad altra condotta meno disagiata.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Visite e cure coercitive nella lotta contro la tubercolosi.

La lotta contro la tubercolosi va prendendo sempre più ampio sviluppo, con tendenze varie a seconda dei vari paesi. In Germania, si propone ora di addivenire alla visita obbligatoria anche dei sani ed all'obbligatorietà della cura. Lo desumiamo dai temi trattati alla riunione annuale della Commissione per la tubercolosi, di cui troviamo un resoconto in *Zeitschrift f. Tuberkulose* dell'agosto 1936.

Griesbach osserva che finora nessun paese ha una legge soddisfacente contro la tubercolosi. I risultati ottenuti in decenni di ricerche da parte dei Dispensari, nonchè quelli dell'esame radiologico di singoli gruppi dimostrano la necessità di introdurre l'obbligatorietà della visita per i sani. Un'inchiesta fatta da 40 Dispensari di città tedesche con oltre 100 mila abitanti ha dimostrato che vi è un certo numero di individui che si rifiuta di farsi visitare dagli addetti al Dispensario, mentre nessuna legge può per ora costringerli, come sarebbe necessario.

L'obbligo della visita, continua l'O., non dovrebbe limitarsi al malato, ai contatti ed a determinati gruppi di persone, ma tutti *senza eccezione* dovrebbero esservi costretti per legge. Ciò non significa che tutta la gente debba essere radiografata, ma che l'Ufficio d'Igiene locale debba avere il diritto di sottoporre a visita — anche costrittivamente — le persone per cui la ritiene necessaria. Nella visita sono da comprendersi le prove alla tubercolina e la sedimentazione delle emazie.

Nel piano predisposto dall'A., l'obbligo della visita non si intende per la popolazione, ma per l'Ufficio d'igiene (Sezione dispensariale) che dovrebbe sottoporre annualmente all'esame radiologico almeno il 90 % dei contatti dei casi di tubercolosi aperta e, complessivamente il 5 % di tutta la popolazione.

Date queste premesse, si comprende che si addivenga alla cura obbligatoria. È chiaro dice Dorn allo stesso Congresso, che ognuno può disporre del proprio corpo soltanto quando questo non rappresenta un pericolo per gli altri. Parecchi casi possono essere resi innocui con la cura sanatoriale, in modo da togliere il focolaio d'infezione. Si deve cercare di persuadere i malati a lasciarsi fare le cure necessarie, fra cui si deve ascrivere quella sanatoriale come pure la toracoplastica.

Non si può, però, egli aggiunge, costringere il paziente all'atto operativo; se lo rifiuta, lo si internerà senz'altro in sanatorio, dove rimarrà fino a che sia reso abacillifero od abbia messo giudizio.

Le spese saranno sostenute dal malato stesso o dai pubblici poteri; il trattamento deve essere buono. L'O. invoca pertanto delle disposizioni di legge in questo senso.

Nella discussione, Hartwich ribadisce il concetto della cura obbligatoria, osservando che molti malati interrompono troppo presto la cura (circa il 37 % dei casi aperti); la cura obbligatoria s'impone inoltre per gli elementi asociali e per quei casi aperti che non possono seguire nella propria casa un trattamento adatto. Della stessa opinione è Kayser-Petersen, il quale rileva l'alta importanza che ha la visita dei contatti; e quanto più riluttanti sono questi a farsi visitare, tanto più è da ritenersi probabile che siano veramente malati. In questi casi, senza una costrizione legale non si approda a nulla.

La questione è stata anche trattata al Congresso tedesco della tubercolosi tenutosi a Bad Kreuznach, nel 1935. Risulta che un'organizzazione del genere già funziona in Turingia dal 1931, autorizzando la polizia al ricovero coattivo degli infermi di malattia contagiante, che non possono essere convenientemente curati a domicilio. Nel sanatorio coatto di Stadtroda, furono finora ricoverati 72 malati, per vari motivi (comportamento antisociale od antiigienico, indisciplina in altri sanatori, ecc.); 5 riuscirono a scappare, ma 3 vennero ripresi dalla polizia e nuovamente ricoverati. Ivi, la disciplina è severa ed ogni malato deve, al suo ingresso, prendere cognizione dei 14 « punti », che gli ingiungono quello che deve e che non deve fare. Alcuni dei ricoverati erano degli psicopatici, altri lo sono divenuti per effetto della tubercolosi.

Anche nella Saar, esistono ricoveri del genere che, a detta di H. Dietlem, si rendono necessari nella proporzione di 2-3 su 60-70 tubercolosi.

Ho riportato senza commenti le opinioni esposte dai diversi oratori e le realizzazioni finora ottenute. L'argomento, evidentemente, si presta a vivaci discussioni, ma questa attitudine è lo sviluppo logico e l'applicazione sempre più ampia dei sovrani diritti della comunità in confronto del singolo; del resto, per arrischiate che ci possano oggi sembrare queste proposte, esse non differiscono da quanto già si fa per altre malattie. Resta a vedere se e quale effetto avrà la cura fatta contro la volontà dei pazienti in una malattia come la tubercolosi, in cui la psiche ha tanta parte.

fil.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Adria (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — A ore 19 del 30 nov., assistente chirurgo; tassa L. 50; stip. L 3240 lorde; vitto; stanza di abitaz. con obbligo assoluto di pernottarvi; nomina biennale con facoltà di partecipare a successivi concorsi fino all'età di anni 35; assunzione servizio entro 10 giorni dalla nomina. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria.

Imola. *Congregaz. di Carità.* — Direttore sanitario e assistente sanitaria del Brefotrofio; stipendi L. 10.000 e L. 6000; serv. att. rispett. L. 3500 e L. 400; c.-v.; aumenti periodici; obbligo di residenza pel direttore nel Comune e per la assistente nell'Istituto (alloggio personale gratuito). Scad. ore 17 del 20 genn. 1937-XV. Età lim. 40 a. e 35 a.; tasse di concorso L. 50,20 e L. 25,20. Chiedere annunzio.

Pescara. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Primario direttore sanitario nell'Ospedale sanatoriale « Tito Acerbo » in Loreto Aprutino; stip. L. 12.000, serv. att. L. 6000, indennità alloggio L. 6000 (finchè non sia dato l'uso gratuito di alloggio nell'Ospedale); titoli ed esami. Scad. ore 12 del 16 dicembre. Età limite 40 a. al 15 ott. Tassa L. 50,20. Chiedere copia bando di concorso.

Terni. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 30 nov.; direttore del Dispensario antituberc. di Orvieto; titoli ed esami; L. 12.000 oltre indenn. serv. att. L. 2500; 5 quadrienni di L. 1200; compartecipaz. 30 % e indenn. di trasferta; età limite 40 anni all'1 ottobre; tassa L. 25,20. Rivolgersi alla Segreteria.

Terni. *Ufficio Provinciale fascista di collegamento e gestione delle Casse Mutue di malattia dell'industria* — Concorso indetto al posto di Capo del Servizio Sanitario. Stip. annuo L. 24.000, lorde. Età limite al 7 ottobre, anni 40. Tassa L. 30. Impegno di non esercitare la libera professione. Le mansioni del Sanitario sono di indole medico-chirurgica presso l'ambulatorio centrale delle Mutue e fiscali in tutto il territorio della Provincia nei confronti degli ammalati a carico delle mutue. Al Capo del Servizio è pure affidata la sovraintendenza del Servizio statistico sanitario dell'Ufficio. Ulteriori chiarimenti, domanda e documenti all'Ufficio. Scadenza 15 novembre.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Giovanni Fuccio, capitano medico, che ha partecipato in A. O. alle azioni della colonna Starace, è stato nominato cav. uff. dell'Ordine della Stella d'Italia al Merito Coloniale. Il Luogotenente Generale Starace gli ha inviato un autografo, in cui esprime il suo « rinnovato compiacimento per i brillanti servizi resi ».

Al collega valoroso, attuale residente politico della regione amharica, i nostri rallegramenti cordiali.

Il prof. Loreto Mazzetti è promosso tenente generale medico e incaricato delle funzioni di direttore generale della Sanità militare nel Ministero della Guerra.

Sono stati trasferiti all'Università di Napoli i proff. Luigi Auricchio, Salvatore Cappellani e on. Francesco Pentimalli per gl'insegnamenti di clinica pediatrica, clinica ostetrico-ginecologica e patologia generale; succedono ai proff. Jemma, Miranda e Scaffidi.

È stato trasferito all'Università di Palermo il prof. Mario Mazzeo, per l'insegnamento dell'igiene; succede al prof. Manfredi.

Il prof. Vittorio Vanni è incaricato dell'insegnamento di parassitologia all'Università di Roma.

Il dott. J. M. McNee è nominato titolare della cattedra reale di medicina (clinica medica) dell'Università di Glascow.

La Società Argentina di Chirurgia Ortopedica ha nominato presidente il dott. Luis A. Tamini.

NOTIZIE DIVERSE

Anno XV.

L'anno fascista che ora si chiude è tra i più fausti nella storia d'Italia. È l'anno del nuovo Impero. Esso ha posto fine ad umiliazioni lungamente subite.

L'Italia ha affrontato e superato, con uno sforzo che ha del sovrumano, la coalizione delle resistenze organizzate contro di essa da insaziabili imperialismi. Ha combattuto ed ha vinto. La famiglia sanitaria si gloria di aver avuto parte in questo grandioso epilogo.

L'intrapresa condotta non ci ha prostrati, ma ci ha rafforzati, così nel campo economico, come in quello militare, come in quello culturale. Il dinamismo della rivoluzione rinnovatrice non si arresta, ma s'intensifica: ne fanno fede le migliaia di opere pubbliche che s'inaugurano all'alba dell'anno XV, il potenziamento militare, le celebrazioni delle opere del genio italico, gli sviluppi delle nostre attività culturali. Tutto ciò avvalora la portata sociale del Regime, il quale, in un breve ciclo di anni, ha risollevato il nostro Paese e lo ha messo in grado di fronteggiare i nuovi formidabili problemi che si affacciano nell'agone internazionale, ove il nostro desiderio di pace trova garanzia nella nostra forza.

Deliberazioni del Consiglio dei Ministri.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato, tra altri provvedimenti:

uno schema di Decreto-Legge recante norme per disciplinare il ricovero, in luoghi idonei di cura, degli affetti da encefalite letargica. In analogia alle norme vigenti sui manicomi e gli alienati, le spese di spedalità per gli encefalitici poveri vengono poste a carico della Provincia cui appartiene il Comune di domicilio di soccorso dell'assistito;

uno schema di Decreto-Legge con cui si approva la convenzione stipulata fra il Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma e la locale Regia Università per il nuovo ordinamento del « Policlinico Umberto I ». Il provvedimento è inteso ad assicurare il migliore e più efficace coordinamento delle attività ospedaliere e scientifiche rispettivamente svolte dai due Enti contraenti;

uno schema di Decreto-Legge relativo all'ordinamento delle scuole di ostetricia, alla disciplina giuridica della professione di levatrice e al trattamento economico delle levatrici dipendenti

dai Comuni, Consorzi ed Enti pubblici, elevando così la professione di levatrice ad un rango corrispondente all'importanza cui è assurta la relativa funzione, in rapporto alle esigenze di ordine etico-sociale create dal Fascismo.

12° Congresso nazionale di medicina del lavoro.

È stato inaugurato a Napoli il 24 ottobre nell'Aula Magna della Università, presenti il ministro on. Lantini in rappresentanza del Governo, il sen. Gatti in rappresentanza del Partito, il sen. Maragliano, l'on. Morelli, il prof. Petragnani, il gen. Falco e altre autorità.

Hanno pronunciato applauditissimi discorsi il Rettore Magnifico, il Vice Podestà, il prof. Ferrannini in nome della Società italiana di medicina del lavoro, il rappresentante del Segretario del P. N. F., che ne ha recato il saluto ai convenuti, ed il Ministro delle Corporazioni, il quale, dopo avere espresso all'on. Castellino l'elogio ed il compiacimento del Governo per la organizzazione del Congresso, ha rilevato l'importanza delle relazioni che vi saranno discusse, auspicando che i lavori del Congresso siano fecondi per la maggior sanità della razza italiana, che il Regime fascista ha innalzato ad un primato spirituale dinanzi a tutto il mondo. Il Ministro ha infine dichiarato solennemente aperti i lavori del Congresso in nome del Re ed Imperatore e per incarico del Duce. I congressisti, dopo aver reso il saluto al Re e al Duce, si sono recati a deporre una corona di alloro al Sacrario dei Caduti per la Rivoluzione.

Nel pomeriggio, i partecipanti al congresso hanno assistito alla inaugurazione dell'ambulatorio per diabetici annesso al R. Istituto di medicina del lavoro.

I lavori si svolgono — mentre questo numero va in macchina — nei locali della Clinica del lavoro.

Congresso della Società Italiana di chirurgia riparatrice ed estetica.

Si è inaugurato al Policlinico di Roma il 22 ottobre. Facevano gli onori di casa ai molti illustri ospiti, anche stranieri, il presidente prof. Manna, il vice presidente prof. Gallassi, il prof. Galeazzi, il dott. Angelini della Segreteria, il dott. Di Filippo. Fra i presenti erano il generale Mazzetti, direttore generale della Sanità militare e i proff. Donati e Alessandri.

Il prof. Manna, dopo aver dato il saluto ai congressisti, ha tenuto il discorso inaugurale, parlando sull'importanza sociale della chirurgia plastica: argomento illustrato con convincenti e numerose proiezioni in cui è consacrata la vittoria della scienza su certe deformazioni specialmente del viso femminile. Con un abbondante statistica l'oratore ha enumerato casi di ricostruzioni facciali, che hanno cambiato fisionomie da caricaturali in graziosi profili. Naturalmente l'importanza di questo ramo di studi nuovissimi e di fecondi ritrovati, si afferma specialmente negli atti operatori, come numerose relazioni hanno illustrato nelle sedute del Congresso. Ai lavori hanno preso parte alcuni stranieri, come Wallet di Parigi e H. Eckstein di Berlino.

Una casa di cura per encefalitici a Milano.

Ad iniziativa degli Enti locali di Milano si è costituito, sotto la presidenza del federale, un comitato per concretare un omaggio ai nostri Sovrani in occasione del 40° anniversario del loro matrimonio.

Il Comitato, con il cordiale appoggio dell'Opera Pia Prato, ha potuto assicurarsi la proprietà della Casa di cura di Asso, nella quale verranno raccolti ed assistiti gli encefalitici che, come si sa, hanno bisogno di una particolare terapia anche dopo la cura ospitaliera.

Il Comitato ha informato l'Augusta Sovrana della realizzazione della propria opera con il seguente telegramma:

« Comitato provinciale di Milano, nel fausto giorno del quarantesimo compleanno delle nozze degli amati Sovrani, è lieto di rendere noto a S. M. Reale e Imperiale Elena di Savoia che, per acquisto deliberato dalla Provincia, dal Comune e dalla Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde, è a disposizione, per la cura degli encefalitici, la Casa di cura di Asso onde sia luogo di soggiorno degli infelici, ai quali la graziosa Sovrana con cuore di madre già da tempo si è dedicata con la ammirazione commossa del popolo ».

Le Casse mutue malattia per i lavoratori agricoli.

Con « Foglio di disposizioni » l'on. Starace stabilisce fra l'altro quanto segue:

In relazione all'accordo stipulato il 4 settembre 1936-XIV fra le due Confederazioni dell'agricoltura, relativamente alla estensione delle Casse mutue malattia per gli avventizi, gli obbligati, i salariati, i compartecipanti e le maestranze specializzate in tutte le provincie, invito i Segretari federali a dare la loro collaborazione per la sollecita e integrale applicazione di tale accordo

Le Casse mutue di nuova costituzione avranno sede nelle seguenti provincie: Ancona, Aosta, Aquila, Arezzo, Ascoli Piceno, Belluno, Bolzano, Chieti, Como, Firenze, Fiume, Frosinone, Genova, Gorizia, Imperia, Livorno, Lucca, Macerata, Massa Carrara, Perugia, Pesaro, Urbino, Pescara, Pisa, Pistoia, Pola, Savona, Siena, Sondrio, La Spezia, Teramo, Terni, Trento, Treviso, Trieste, Udine, Varese e Zara.

L'assistenza medica agii impiegati dell'industria.

Sono in corso le trattative tra la Federazione delle Casse Mutue di malattia dell'industria ed il Sindacato Nazionale dei Medici per l'assistenza medica agli impiegati dell'industria. Nel frattempo il Sindacato dei Medici, accogliendo la richiesta fatta dalla Federazione stessa, ha trasmesso disposizioni ai Sindacati provinciali dipendenti perchè le prestazioni dei medici a favore degli impiegati vengano senz'altro date, con l'intesa che i compensi relativi saranno liquidati sulla base delle tariffe che verranno concordate.

Corsi di perfezionamento e d'integrazione.

Nella R. Università di Pisa, presso la Scuola di Perfezionamento in Pediatria, diretta dal prof. G. Fiore, il corso per l'anno accademico 1936-37 avrà inizio nella prima quindicina di novembre. Esso ha la durata di due anni. I laureati che dimostrino, con documenti e titoli di studio, di possedere già una sufficiente preparazione nel campo della specialità, potranno dalla Facoltà essere esonerati da un anno di corso. Agli aiuti e assistenti retribuiti gli anni di servizio prestati nella Clinica Pediatrica sono calcolati e considerati

come anni di frequenza alla Scuola di perfezionamento.

Per iscriversi presentare alla Segreteria universitaria, non oltre il 15 novembre, domanda in carta legale, indirizzata al Rettore e corredata del certificato di laurea e di quello di nascita debitamente legalizzato, nonchè delle quietanze delle tasse e contributi (che raggiungono complessivamente L. 2270). Chiedere copia dell'annunzio.

Alla Clinica medica propedeutica dell'Ospedale Broussais di Parigi si terrà dal 9 al 14 novembre un corso di revisione sugli acquisti medici pratici durante l'annata, in patologia interna, sotto la direzione del prof. Emile Sergent. Tassa fr. 250. Iscrizioni alla Facoltà di medicina (Segreteria, oppure sala Béclard).

L'Associazione d'insegnamento medico degli Ospedali di Parigi annunzia un corso di perfezionamento sulle malattie organiche del cuore, dell'aorta e dell'arteria polmonare, nell'Ospedale Ténon, dal 16 al 26 novembre, sotto la direzione del prof. Camille Lian. Tassa fr. 250. Iscrizioni alla Facoltà di Medicina (sala Béclard), oppure presso il Dr. J. Jacquet, Hôpital Ténon, rue de la Chine 4, Paris.

Prossimo provvedimento per le ostetriche condotte.

È noto come le ostetriche condotte, specialmente quelle dei comuni rurali, si trovino in particolari condizioni di disagio per gli assegni mensili talvolta inadeguati all'opera svolta. È in corso un provvedimento legislativo diretto ad adeguare la professione in parola alle nuove esigenze di ordine etico-sociale create dal Fascismo. Nel provvedimento è fra l'altro previsto che, entro un termine prefisso, i Comuni, i Consorzi e gli Enti pubblici debbano dar corso alla revisione degli ordinamenti organici, allo scopo di elevare lo stipendio minimo iniziale delle ostetriche a lire quattromila. Tenuto conto peraltro che la situazione economica attuale della gran maggioranza di esse non consente ulteriore indugio e che al riguardo è stata richiamata l'attenzione del Capo del Governo, invocando un pronto rimedio, in attesa del provvedimento suddetto le amministrazioni comunali e consorziali sono state invitate ad adeguare gradualmente alla misura sopraindicata il trattamento economico della categoria in relazione anche alle esigenze locali del costo della vita.

Il provvedimento legislativo, oltre a migliorare il trattamento economico, conterrà anche disposizioni in materia di assistenza e previdenza sociale e di categoria.

L'opera della Croce Rossa per lo scambio degli ostaggi in Spagna.

Secondo informazioni ufficiali ricevute dai circoli ufficiali di Londra il 23 ottobre, 10.000 prigionieri ed ostaggi, fra cui 1500 donne, si trovavano a Madrid.

Il dott. Junod della Croce Rossa Internazionale, si occupa attivamente dello scambio degli ostaggi. Fra il giorno 11 ed il 17 ottobre 114 donne sono state trasportate da Burgos a Saint Jean de Luz. In seguito 41 ragazzi e 5 donne sono state trasportate da San Sebastiano a Burgos, ed infine lo stesso dott. Junod ha lasciato Bilbao accompagnato da un centinaio di rifugiati.

Un po' dovunque.

La Società italiana di medicina interna e quella di chirurgia terranno i congressi del 1937 — con l'approvazione delle superiori Gerarchie — nella città di Torino.

Il 3° Congresso dei medici elettro-radiologi di lingua francese si è riunito nella Facoltà medica di Parigi, sotto la presidenza del prof. Réchou di Bordeaux; la seduta inaugurale, l'8 ottobre, venne presenziata dal ministro della sanità pubblica, Henri Sellier.

Il 9° Congresso francese di stomatologia si è tenuto in Parigi, alla Sorbona, dal 5 al 10 ottobre, sotto la presidenza del dott. Pont di Lione.

La Federazione della Società di scienze mediche dell'Africa del Nord francese terrà il prossimo Congresso annuale ad Algeri dal 22 al 24 marzo, sotto la presidenza del prof. Gillot. Nell'occasione si adunerà ad Algeri anche la Lega francese contro il reumatismo.

Segretari: prof. Senevet, Faculté de Médecine, Alger; Dr. Sarrony, rue d'Isly 47-bis, Alger.

La Federazione nazionale francese dei medici del fronte ha celebrato la « cerimonia della Fiamma » il 22 ottobre; la fiamma è stata riaccesa dal presidente d'onore dott. Landrin.

La Società tedesca sulla tubercolosi si adunerà, insieme alla Società tedesca di medicina interna, il 19 e il 20 marzo 1937 a Wiesbaden per discutere il tema in comune: « Quale significato ha l'infezione tubercolare generale per l'organismo umano? ».

Con « motu proprio » pontificio verrà ricostituita su nuove basi la Pontificia Accademia delle scienze.

La Direzione dell'Istituto di Patologia medica e Metodologia clinica del Policlinico Umberto I di Roma ha stabilito che i diabetici non abbienti visitati nell'ambulatorio annesso all'Istituto avranno gratuitamente le iniezioni di insulina.

Si è inaugurato a Londra un ambulatorio per bambini diabetici; ha sede nel « King's College Hospital ».

In Ucrania sono stati organizzati 746 nidi ambulanti per bambini; si compongono di un furgone, comodo e grazioso, poggiante su molli e che contiene da 10 a 15 bambini, biancheria, una farmacia, giocattoli ecc.; sono assistiti da una governante; vengono portati nei campi ove lavorano le madri.

Si è organizzata una stazione terapeutica balneare per i pescatori della costa occidentale del Camciatca; utilizza delle sorgenti termali solforose ed è specialmente destinata al trattamento del reumatismo e della tubercolosi osteo-articolare.

La ricostruzione dell'Università tedesca di Praga è stata assicurata da uno stanziamento di 35 milioni di corone ceche.

Si è iniziata a Roma la pubblicazione della « Critica Medico-Sociale », rivista mensile di medicina e sociologia, diretta e fondata dal dott. Filippo

Macrì; il primo numero, in bella veste tipografica, reca articoli di A. Solmi, G. Tropeano, A. Tilgher, N. Pende e altri. Direzione e redazione: via Ludovico di Savoia 10; amministratore: prof. G. Finocchiaro, via Cairoli 8. L'abbonamento importa L. 35 per l'Italia, L. 70 per l'Estero; sostenitore L. 100. Augurî sentiti.

Il N. 3 (settembre) del « Bull. Trimestriel de l'Organ. d'Hygiene » della S. d. N., è destinato interamente all'alimentazione.

La signora Irene Joliot Curie, sottosegretaria di Stato per le ricerche scientifiche, ha rassegnato le dimissioni; è stata sostituita dal prof. Jean Perrin, premio Nobel.

È morta in età di 112 anni la dott.a Carlotta Demolière-Dampierra, nata in Russia, stabilitasi negli Stati Uniti. Ebbe tre mariti. Tratto caratteristico: fumava molte sigarette.

È stata proiettata in Francia una cinematografia che rappresenta le tappe della d'Arsonvalizzazione. Il grande fisico e medico d'Arsonval ha consentito, malgrado i suoi 85 anni, di figurare nella cinematografia, ove lo si vede far funzionare gli apparecchi da lui stesso costruiti circa cinquant'anni or sono (le sue prime applicazioni dell'alta frequenza risalgono al 1888); lo si ode spiegarne lo scopo e il funzionamento.

È stato arrestato a Livorno un professionista del lesionismo: egli produceva, a richiesta di assicurati, fratture delle dita, guaribili oltre il quarantesimo giorno; poi divideva l'indennizzo. Ha eseguito settanta operazioni del genere, in operai che dovranno ora rispondere di autolesionismo.

Un trucco cui si ricorreva per ottenere dalla Chiesa l'annullamento di matrimonio « non consumato » era la sostituzione della donna sottoposta all'esame del medico, che rilasciava in tutta coscienza il certificato di verginità; la Congregazione dei Sacramenti, che ha scoperto il fatto, ha preso severi provvedimenti perchè non abbia più a ripetersi.

Il medico dentista Alessandro Farkady di Debreczen (Ungheria), dovendo procedere ad un'operazione di una certa gravità, stava narcotizzando un paziente, allorchè questi lo colpì con un formidabile pugno che gli fratturò una costa. Il medico continuò l'intervento fino ad espletarlo, malgrado la minorazione e l'intenso dolore; solo dopo si sottopose, a sua volta, a trattamento.

È stato inaugurato un busto in bronzo di Emilio Roux, offerto dall'Accademia di Medicina di Parigi — in nome della Fondazione Roux — alla città di Angoulême.

Nella provincia argentina di Tucumán si è manifestata una grave epidemia di peste pneumonica e bubbonica. Il focolaio principale è in località Mache. Si è provveduto all'invio di materiale sanitario e di medici per mezzo di aeroplani.

In un villaggio giapponese, Scianizu, a ovest di Tokio, si sono prodotti cento casi di avvelenamento da cibi guasti, tra i partecipanti a un banchetto nuziale.

In Inghilterra si è determinata una epizoozia di gatti: solo a Londra in pochi giorni ne sarebbero morti alcune decine di migliaia. Gli animali stramazzano al suolo e, tra convulsioni, cessano rapidamente di vivere.

Registriamo con profondo rammarico la perdita del grande antropologo GIUSEPPE SERGI.

È morto tragicamente il dott. ROBERTO CHARLET, unitamente al figlio Michele, per un incidente di volo, a Châteaudun. Era stato un pioniere nel promuovere le avio-ambulanze; era segretario generale del Comitato permanente dei congressi internazionali per l'aviazione sanitarie e segretario generale della Società « Amici dell'Aviazione Sanitaria ».

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 9 Novembre 1936 - XV Num. 45

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

DISSERTAZIONI

La mentalità mediterranea nella nuova medicina dell'Italia Imperiale.

Prof. Sen. NICOLA PENDE

Direttore dell'Istituto di Patologia Medica e Metodologia clinica della R. Università di Roma.

In tutte le Nazioni, da parecchi anni, si proclama la crisi della medicina, crisi che, come ho già altrove illustrato, è di triplice ordine: crisi del pensiero medico, crisi dell'insegnamento medico, crisi della professione medica, le tre crisi essendo naturalmente coordinate una all'altra.

Il pensiero medico moderno, così come il pensiero politico e sociologico e filosofico, ha perduto la strada maestra della sintesi e della concezione unitaria dell'organismo umano. Gli eccessi dell'analisi scientifica che si può dire essere stata portata ai limiti estremi dagli studiosi d'oltre Alpe e sopratutto della dotta Germania, e gli eccessi della tecnica di laboratorio applicata allo studio dell'uomo malato ed infine il vertiginoso progresso sollecitato sempre più dal vantaggio economico delle cosidette specialità della medicina e della chirurgia, hanno a poco a poco formato una *forma mentis* del medico per la quale egli vede e studia e cura l'organo singolo o la particella del corpo dimenticando il tutto. Il principio meraviglioso ippocratico del *consensus partium* nel dinamismo vitale dell'uomo sano come del malato, questo principio che in linguaggio politico il Duce del Fascismo ha chiamato ed applicato come corporativismo funzionale e produttivo, questo principio per cui nessuna parte del corpo, nessuna categoria cellulare produttiva dell'organismo individuale come di quello nazionale può funzionare senza dare e prendere qualcosa dalle altre parti vicine o lontane, dalle altre categorie cellulari, in una parola il principio unitario correlazioristico dell'organismo umano, è stato così a poco a poco messo da parte da anatomici, fisiologi, patologi, psicologi.

E sopratutto è stata dimenticata in medicina

come in psicologia e politica sociale l'unità inscindibile della materia corporea e dello spirito, unità già bene proclamata ed applicata dalla filosofia tomistica, e dalla medicina ippocratica, e poi da tutti dimenticata dopo che Cartesio ebbe distinto l'anima dal corpo come due entità diverse sebbene tra loro interdipendenti.

Si può dire che da questo è derivato tutto il materialismo sociologico così come è il cosidetto positivismo filosofico e scientifico che è sembrato l'unico metodo razionale ed obbiettivo nel campo della medicina, come se l'organismo umano potesse essere compreso nelle sue manifestazioni vitali fisiologiche o morbose se non quale unità del corpo e dello spirito.

È tempo che la medicina ritorni a questo concetto unitario dell'organismo vivente, sopratutto nell'Italia Fascista ed Imperiale che per merito del suo Duce ha già riformato completamente il pensiero politico da analitico in sintetico, da dissociato o classistico che dir si voglia in unitario e correlazionistico. Come altrove ho dimostrato, tanto il pensiero politico mussoliniano quanto il pensiero medico che noi difendiamo e vogliamo mettere a base della nuova medicina italica, è essenzialmente pensiero mediterraneo, che discende dalla immortale scuola italica delle rive del mare Ionio, e vuol dire armonia ed equilibrio: potenza fondata sul numero e sull'ordine, là dove tanto il pensiero politico quanto quello filosofico religioso e medico delle razze nordiche, non impregnate di civiltà latina e mediterranea, sono caratterizzati dalla disarmonia, dal disordine, dalla dissociazione del corpo e dello spirito, dello stomaco e dei muscoli dal cuore e di questo dal cervello.

Ed ecco come la nuova medicina italica unitaria non può che fondarsi sulla mentalità sintetica, propria delle razze circummediterranee, per lo studio dell'uomo normale come del malato. Soltanto con una forma mentis sintetica che dispone della potente arma dell'intuizione e della divinazione, senza disprezzare il soccorso dell'analisi e della logica, è possibile abbracciare tutto il complesso di fenomeni vitali, che caratterizzano la personalità umana individuale, personalità individuale che deve essere al centro di ogni scienza la quale si occupi dell'uomo per studiarne le attitudini dinamiche e sociologiche, i bisogni organici e spirituali, le reazioni fisiche o psichiche normali o morbose. Si sa che la medicina pratica è essenzialmente medicina individuale, ed anche tutta l'igiene e la prevenzione delle malattie, che fino ad ora erano igiene e profilassi collettiva, oggi non possono non partire dalla conoscenza dei bisogni organici individuali, e delle predisposizioni morbose individuali.

Principio dell'unità vitale somatica psichica realizzata in forma diversa nelle varie individualità umane, conoscenza di queste varie individualità nella vita normale come nella vita patologica al fine di provvedere al benessere fisico e spirituale ed al ricupero della salute dell'uomo: ecco la vera missione del medico moderno, così come la meta che deve proporsi di raggiungere per i suoi cittadini ogni Stato bene organizzato dal punto di vista della politica della bonifica umana, per il maggiore rendimento del capitale umano della nazione.

Ma per raggiungere tale meta, occorre una radicale riforma dell'insegnamento e della pratica della medicina. Innanzi tutto questa non deve essere più considerata soltanto come la scienza del riconoscimento e della cura delle malattie, ma anche e fondamentalmente come la scienza che studia e controlla le individualità umane cosidette normali, sia nell'interesse dell'individuo che in quello della Nazione, cioè col fine di svelare così le attitudini funzionali e lavorative fisiche e spirituali di ciascun individuo, affinchè ogni individuo dia il massimo rendimento e sia al suo giusto posto nella macchina sociale e nello stato unitario nazionale; sia per accertare tutta quella infinita serie di anomalie della fabbrica umana e del motore umano che costituiscono ragioni di mediocrità e di scarsa validità fisica o psichica o di predisposizione a malattie, al fine di prevenire e migliorare la personalità individuale.

Per realizzare questo grandioso compito umano e sociale, il medico moderno deve essere preparato, non solo in Istituti dove si studiano i malati, ma in Istituti dove si studiano i sani: necessità quindi che l'Italia Imperiale disponga di Centri di bonifica umana e di ortogenesi, dove siano periodicamente controllati, migliorati e revisionati soggetti adulti, o in via di sviluppo, nelle loro qualità fisiche e psichiche, sopratutto con i grandi mezzi naturali d'irrobustimento e di bonifica della costituzione, cioè col naturismo igienico e terapeutico, con l'uso razionale degli alimenti, del sole, dell'aria, dell'acqua, del moto, adatti ad ogni individuo, studiato secondo le sue particolari esigenze.

In secondo luogo la nuova medicina dell'Italia Fascista e Imperiale deve completamente riformare l'insegnamento universitario e post-universitario, in modo da realizzare il principio ippocratico e mediterraneo, che abbiamo sopra illustrato, cioè la visione costante della correlazione ed unità funzionale e morbosa di tutte le parti del corpo, e l'unità del corpo e dello spirito.

Oggi l'anatomia umana è insegnata totalmente su cadaveri, su organi morti e staccati dal corpo, senza tenere conto nè delle modificazioni continue di forma, di volume, di situazione reciproca che questi organi presentano nell'uomo vivo, nè delle correlazioni che uniscono gli organi stessi. Occorre quindi che l'anatomia diventi nell'insegnamento anatomia viva e correlazionistica: l'anatomico non deve più limitarsi allo studio dell'organo separato e morto, ma studiare forma, situazione e struttura dell'organo vivente: e quindi disporre di una sezione di soggetti di varia età e sesso, normali, sui quali possa dimostrare ai futuri medici, col mezzo della radiografia e della biopsia, lo stato reale dei vari organi e dei loro rapporti nell'organismo vivente.

Analogamente il fisiologo che oggi studia ed insegna la fisiologia umana su gli organi separati e sopratutto su organi di animali di laboratorio, e non insegna le correlazioni funzionali degli organi, quali avvengono nell'uomo concreto, e nè insegna le variazioni funzionali nei vari tipi umani individuali, deve d'ora innanzi cambiare totalmente metodo: rivolgere tutte le sue cure all'uomo cosidetto normale ed alle varietà tipologiche di questo uomo normale: deve servirsi degli animali di laboratorio solo come mezzi d'indagine scientifica pura, e di controllo e di paragone con l'uomo: deve disporre di reparti ove siano possibili ricerche fisiologiche e dimostrazioni di funzioni sull'uomo: oggi che la radiologia associata alla riproduzione cinematografica rende possibile lo studio e la dimostrazione delle funzioni nell'uomo vivente.

Nessuno potrà mai identificare la funzionalità di quella complessa fabbrica unitaria armonica, fisica e psichica, che è l'uomo, con le sue particolarità fisiologiche e psicologiche diverse da individuo ad individuo, da razza a razza, da sesso a sesso, da età ad età, con il funzionamento del corpo di un cane, di un coniglio o di una rana, in cui è impossibile lo studio delle manifestazioni correlazionistiche delle varie parti, e del corpo con lo spirito.

Nel nuovo insegnamento perciò il fisiologo deve da un lato collegarsi intimamente con l'anatomico in modo che questi dimostri i rapporti della forma e della struttura dell'organo con la rispettiva funzione, dall'altra col patologo e col clinico, per la dimostrazione allo studente del funzionamento degli organi nell'uomo concreto e nelle varie individualità umane.

La terza disciplina fondamentale della scienza medica, la Farmacologia e Farmacoterapia, deve pure, d'ora innanzi, modificare il suo metodo di studio e d'insegnamento rivolgendosi all'uomo, e facendo passare in seconda linea l'esperimento sugli animali.

Come possiamo noi seriamente trasportare all'uomo, soltanto in base al calcolo delle differenze di peso tra uomo ed animale, il dosaggio dei vari medicamenti, per esempio, il dosaggio dei rimedi del cuore fatto sul cuore di rana, e poi trasportato, col calcolo anzidetto, al cuore umano malato, con le sue speciali capacità reattive, così diverse dal cuore umano normale, ma sopratutto dal cuore normale di una rana? Come possiamo seriamente applicare alla donna colpita da disturbi di funzionalità utero-ovarica, i preparati di ormoni ovarici, la cui attività ed il cui dosaggio è stato fissato sulle tope o sulle coniglie? E che cosa diremo della impossibilità per il farmacologo sperimentale, di studiare, per poi trasportare sull'uomo, l'azione biologica e curativa dei grandi mezzi naturali di salute, gli alimenti, il sole, l'aria, l'acqua dolce o marina, il movimento, la psicoterapia? Solo l'uomo in condizioni di apparente sanità od in condizioni morbose può essere il reattivo e l'obbietto di saggio e di studio scientifico di questo naturismo igienico e terapeutico, e di quasi tutto il complesso di rimedi fisiochimici e biologici. Anche qui dunque, bisogna uscire più che è possibile dallo sperimentalismo di laboratorio, ed accostarsi alla realtà umana vivente.

Ed infine arriviamo alla riforma radicale dell'insegnamento della patologia e della clinica, nonchè della pratica della medicina e della chirurgia.

Fino ad ora tale insegnamento è fatto in modo analitico e sistematico, cioè si studiano affezioni morbose localizzate ad un organo o tutto al più ad un gruppo di organi, si diagnostica e si cura con questo falso indirizzo localistico e divisionistico, che ha toccato la vetta della irrazionalità nelle numerose specializzazioni della medicina e della chirurgia. Il medico diagnostica un'ulcera del duodeno, e cura con o senza il chirurgo tale affezione: e presto o tardi l'uno e l'altro si accorgono che accanto alla malattia del duodeno vi è pure una malattia dell'appendice o della vescichetta biliare o dello stomaco o della milza o delle glandole soprarenali o del simpatico addominale o di una parte del cervello direttrice della vita vegetativa o di tutte queste parti insieme. E mille esempi potrei riportare di continui errori e disinganni del medico e del chirurgo, orientati come essi ancora oggi sono, dallo studio analitico e localistico e dalla cura locale dei morbi.

Insegnamento e terapia devono diventare sintetici e correlazionistici: occorre raggruppare più che è possibile le affezioni orga-

niche, accertandone con l'esame sempre più profondo del malato le correlazioni morbose tra le varie parti del corpo senza mai dimenticare le correlazioni tra materia e spirito. E da questo punto di vista formare una proposta che io vorrei vedere realizzata come norma legislativa della pratica medico-chirurgica: e cioè che d'ora innanzi ogni intervento chirurgico, anche il più piccolo, nel campo delle specialità, come la specialità ostetrico-ginecologica, otorinolaringoiatrica, oculistica, urologica, ecc., sia sempre deciso ed attuato (s'intende non dal lato tecnico esecutivo, ma dal lato assistenziale), con una effettiva e completa collaborazione del chirurgo e del medico internista. Questo ultimo deve assumere insieme col chirurgo la responsabilità della indicazione operatoria, della resistenza generale del paziente all'operazione, del decorso post-operatorio: il chirurgo sarà la mano sapiente e tecnica diretta da due cervelli, poichè non è oggi presumibile, salvo eccezioni rare, che il chirurgo possa essere preparato, come deve esserlo il clinico-medico ed il medico internista in generale, ad abbracciare con mentalità sintetica tutta la costituzione del soggetto e lo stato di resistenza o di sofferenza di tutti gli organi, oltre quello sul quale il chirurgo deve portare la sua mano demolitrice o riparatrice.

Così soltanto si potrà evitare d'ora innanzi, nella pratica, il danno, non solo teorico ma concreto, che le specializzazioni crescenti della medicina e chirurgia portano al progresso della nostra arte, e non di rado alla vita ed alla borsa del malato. Così soltanto sarà evitato che l'asportazione di un dente infetto o di una tonsilla infetta possa uccidere il malato per una sepsi, a causa della negligenza, da parte dello specialista, di uno stato di sepsi latente o di diminuita resistenza antiinfettiva nel paziente; e potranno evitarsi tante operazioni demolitrici nell'apparato genitale femminile, inutili e talvolta più dannose della malattia stessa esistente: e non ci dilunghiamo in altri esempi dolorosi, dovuti alla mancanza o superficialità dell'esame generale del malato, che cade sotto il coltello chirurgico.

I chirurgi, anche i più grandi, non potranno che essere lieti dell'aiuto che può loro venire dal medico internista quale rappresentante della grande madre comune di tutte le specializzazioni della medicina, la clinica medica generale.

Ecco su quali fondamenti io mi auguro che sorga la nuova medicina latina-mediterranea, nella quale, come nel campo politico e sociologico, l'Italia Fascista ed Imperiale deve costruire la strada maestra.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA E TERAPIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO

Ancora sulla cura della infezione malarica

per il Prof. MAURIZIO ASCOLI, direttore.

L'importante studio del prof. Jerace nel n. 35 di questo periodico apre nuove prospettive al trattamneto della infezione malarica anche nei bambini ed assicura un guadagno netto e cospicuo in questo campo. I risultati appaiono anche più notevoli di quelli già ottenuti nell'adulto; fatto d'altronde — può dirsi ora — prevedibile, e spiegabile con la maggior facilità e capacità di riparazione dell'organismo infantile. L'interesse suscitato dal problema e le molte domande di chiarimento pervenuteci ci induce a precisare alcuni punti del procedimento usato.

I. — Lo schema della cura — che va poi adattato ai singoli casi — è quello di iniezioni venose quotidiane a concentrazione giornalmente crescente, da 1/100.000, 1/90.000, 1/80.000... a 1/20.000, 1/10.000; l'utima dose, il ventimillesimo (o il decimillesimo) va in generale ripetuta una ventina di volte. L'organismo va via via assuefacendosi a tollerare senza inconvenienti le cennate quantità crescenti e nella grandissima maggioranza dei casi la cura può espletarsi senza il minimo inconveniente. Si incontrano però casi nei quali l'assuefazione avviene più lentamente; allora, ove a un certo punto si rilevi qualche disturbo, anzichè salire nella concentrazione, si ripete l'ultima o penultima dose una o più volte, finchè venga sopportata bene. Regolandosi a questo modo è evitato qualsiasi inconveniente. E del resto va tenuto presente che lo scopo del trattamento non è già quello di raggiungere ad ogni costo la concentrazione massima di adrenalina ma quello di ottenere volta per volta una buona splenocontrazione.

Si danno poi casi eccezionali di intolleranza anche più pronunziata e con difficile assuefazione a diluizioni anche forti (1/30.000, 1/60.000). Tali interessanti osservazioni meritano di essere illustrate a parte: ma tali casi possono essere ugualmente trattati con successo con gli accorgimenti cennati arrestandosi alle dosi sopportate, quali che esse siano.

Non mi pare invece che rappresenti difficoltà l'introduzione per via venosa, ormai d'uso banale. Quando le vene non sono accessibili, la somministrazione per via sottocutanea non rappresenta che un succedaneo imperfetto, perchè, ad ottenere ugual effetto splenocontrattile si richiederebbero dosi capaci di dare

luogo a disturbi generali non indifferenti ed a complicazioni locali spiacevoli.

Va ricordato che parallelamente alla riduzione del volume splenico si assiste al *pronto rifiorire* dell'organismo defedato e *al rapido ripristino della crasi sanguigna;* sicchè il trattamento in parola rappresenta la *cura più efficace ed energica dell'anemia e della cachessia malarica.*

II. — Condizione prima ed assoluta di successo è che il farmaco impiegato (l'adrenalina) sia di qualità impeccabile: tale necessità risulta evidente ove si considerino le forti diluizioni usate (dal centomillesimo al venti o decimillesimo): se quindi in soluzione relativamente concentrata come quella al millesimo in uso per le iniezioni sottocutanee, un prodotto anche scadente potrà risultare di qualche efficacia, questa si perde col crescere delle diluizioni.

Una difficoltà pratica nell'uso corrente di questa cura era rappresentata dalla necessità di allestire volta per volta le diluizioni dal cento al decimillesimo, necessità richiesta dalla facile e rapida alterazione alla quale vanno incontro le soluzioni molto allungate di adrenalina. In proposito esprimevo la speranza che si riuscisse, mercè accorgimenti tecnici, a stabilizzare le soluzioni di adrenalina.

Il problema è stato decisamente affrontato e con fortuna risolto dall'Istituto Serono che è riuscito a preparare le varie diluizioni — di surrenasi deproteinizzata e stabilizzata — in forma stabile, in fialette pronte per l'uso, per modo che il precipuo ostacolo alla diffusione e volgarizzazione della cura può considerarsi superato.

III. — L'esperienza ed i risultati attuali si riferiscono per la maggior parte a tumori splenici fino all'indice 3 (cioè non sorpassante la spina iliaca).

Sarà ora interessante sperimentare su milze dell'indice 4, nelle quali la milza scende nella fossa iliaca: sarebbe da presumere che esse offrano maggior numero di casi refrattari, o di risultati parziali. Ma il problema è più complesso perchè oltre all'entità della splenomegalia entrano in giuoco altri due elementi: il tempo dal quale esso dura e l'età del soggetto. Le osservazioni di Jerace e lo spoglio di quelle finora pubblicate dal Riolo sembrano parlare per l'importanza di quest'ultimo fattore.

Comunque nei riguardi pratici cioè del problema del risanamento degli splenomegalici il fatto non à importanza poichè disponendo ora di un mezzo curativo per vincere le splenomegalie si avrà ricorso ad esso e si *ricupereranno i malati prima che il tumore diventi tanto voluminoso.*

IV. — Finora la letteratura dà conto soltanto di risultati immediati. Il dott. Riolo per mio incarico ha recentemente sottoposto a revisione, a Pachino, i casi da lui trattati in passato (uno o due anni fa) e riferisce di aver constatato che la *riduzione del volume splenico persiste immutata e che i pazienti nell'intervallo non hanno presentato ricadute a differenza di altri non trattati.* I dati e le misure relative sono stati controllati anche dal dott. Fortuna, direttore della Stazione Antimalarica di Pachino.

Stando a queste osservazioni sulle quali il dott. Riolo riferirà per esteso anche i risultati a distanza sarebbero favorevoli: si raggiungerebbe cioè nè più nè meno della *bonifica umana.*

V. — Il campo di elezione del nuovo trattamento è senza dubbio rappresentato dalla infezione malarica (1); ma esso sembra poter dare qualche risultato anche nelle diatesi emorragiche (Riolo) e nelle splenomegalie emolitiche (Serio). Il valoroso collega Timpano mi comunica poi di aver provato la cura in questione come adiuvante del tartaro stibiato nel kala-azar infantile ottenendo risultati imprevisti, in quanto ha potuto ridurre notevolmente le dosi antimoniali e il periodo di cura. Il metodo potrà forse applicarsi anche ad altre forme protozoarie.

ISTITUTO DIAGNOSTICO DI REGGIO CALABRIA

Il metodo di M. Ascoli nella cura della splenomegalia da malaria e da kala-azar

per il dott. P. TIMPANO.

Riassumo le osservazioni cliniche.

Splenomegalia malarica.

CASO I. — O. Filippo, di anni 31, da Perlupo (Reggio Calabria). Da circa un anno e mezzo è affetto da splenomegalia di origine malarica. L'esame del sangue praticato 11 mesi fa dimostrò la presenza di rare semilune. Fu sottoposto per parecchio tempo a cure chininiche e arsenicali e ultimamente prese anche la plasmochina. Da tre mesi non ha più febbre, ma la milza deborda ancora tre dita circa dall'arco costale e il fegato è palpabile. Il paziente è pallido, svogliato e si stanca facilmente.

Esame delle urine: tracce di albumina e urobilina e qualche cilindro jalino.

Esame del sangue: assenza di parassiti.

Si sottopone alla cura adrenalinica, col metodo M. Ascoli: iniezioni di surrenasi Serono deproteinizzata e stabilizzata in dosi crescenti (dalla soluzione 1:100 di mmgr. a 1:10). Dopo le prime

(1) In particolare — oltrechè nelle forme acute in genere — il metodo andrebbe provato ancora nelle perniciose (associato al chinino) nell'intento di liberare i territori capillari viscerali dell'accumulo parassitario.

due iniezioni si ebbero accessi febbrili: 39,5-38, per poche ore, e la ricomparsa di semilune nel sangue.

La milza, dopo la prima iniezione, si è ridotta di un dito. Si somministra di nuovo la plasmochina per 5 giorni e si continuano le iniezioni di surrenasi. La febbre cade definitivamente al 3° giorno. Dopo 21 iniezioni di surrenasi la milza si palpa solo nelle profonde inspirazioni. Fegato nei limiti. Condizioni generali migliorate moltissimo.

CASO II. — A. Sarica, di anni 26, da Lazzaro. Da 8 mesi soffre di febbri malariche a decorso irregolare e presenta una notevole splenomegalia. Sull'emiclaveare la milza s porge per circa 4 dita. Le cure chininiche intense hanno fatto ribassare la febbre fino a 37°,2-37°,4, ma lo stato della milza è rimasto pressochè stazionario e le condizioni generali si sono modificate di poco.

Iniezioni di surrenasi col solito metodo. La milza si retrae sensibilmente dopo la prima iniezione, ma il giorno dopo ritorna al punto di prima. Si ha un accesso febbrile, con reperto di alcune semilune nel sangue. Si continuano le iniezioni di surrenasi e si pratica, tre ore prima, una iniezione di chinina da un gr. per 5 giorni consecutivi e si danno contemporaneamente due compresse di plasmochina. La febbre finalmente cade e non ritorna. La milza, dopo 33 iniezioni di surrenasi, gradualmente si riduce. Molto soddisfacenti le condizioni generali.

CASO III. — D. Leone, di anni 40, da Catanzaro. Contrasse la malaria un anno fa, per cui fu sottoposto a lunghe cure chininiche e arsenicali. Da 4 mesi la febbre è cessata, ma le condizioni generali continuano ad essere scadenti. Ogni 4-5 giorni avverte dei brividi senza elevazioni di temperatura e la milza deborda per circa due dita dall'arco costale. Si palpa anche il fegato.

Esame delle urine: tracce di albumina.

Esame del sangue: nessuna forma parassitaria.

Dopo 30 iniezioni di surrenasi sono scomparsi il tumore della milza e del fegato e la nutrizione e la sanguificazione si presentano migliorate di molto. Si passa ad una cura arsenico-ferrugginosa.

CASO IV. — L. Francesco, di anni 15, di Reggio Calabria. 7 mesi fa ebbe febbri a tipo terzanario. Nel sangue furono riscontrati parassiti della terzana primaverile. Cure chininiche per iniezioni e per os. Da tre mesi non ha più febbre, ma la milza sporge quasi 3 dita dall'arco costale. Inappetenza, stanchezza, pallore. Nel sangue non si osservano attualmente parassiti.

Dopo 20 iniezioni di surrenasi (metà della dose adoperata per gli adulti) la milza si è completamente ridotta e le condizioni generali sono ottime.

Splenomegalia di kala-azar.

CASO I. — F. Rosa, di anni 26, da Valanidi. Da 14 mesi soffre di febbri irregolari, di stanchezza e inappetenza. All'esame obbiettivo presenta: pallore, temperatura 38°, milza debordante 4 dita dall'arco costale, fegato palpabile. L'esame del sangue periferico non dimostra parassiti della malaria. Le cure chininiche precedentemente fatte non diedero, del resto, alcun risultato. L'esame del succo splenico dimostra la presenza di numerose leishmanie endocellulari e libere.

Iniezioni endovenose di tartaro stibiato (da 2 cc. della soluzione al 2 % fino a 5 cc. della soluz. al 4 %). Alla decima iniezione la febbre cessa. Dopo 17 iniezioni il volume della milza diminuisce di qualche dito. Vengono prescritte delle cure ricostituenti. L'inferma migliora nello stato generale, ma la temperatura di tanto in tanto presenta delle piccole ondate. Una nuova puntura splenica permette di constatare l'esistenza di rare leishmanie. Altre 8 iniezioni endomuscolari di neostibosan. Condizioni invariate. Penso allora di sperimentare il metodo M. Ascoli. Iniezioni di surrenasi alternate con le iniezioni di stibional. Dopo aver praticato 10 di queste ultime, si continuano quelle di surrenasi quotidianamente: 29 iniezioni di surrenasi in tutto. Alla prima iniezione di surrenasi si è notato un accesso febbrile (38 1/2) per la durata di quasi 24 ore, poi la febbre è caduta e la milza, gradatamente, si è ridotta fin quasi al normale. È scomparsa pure l'epatomegalia e sono migliorate rapidamente le condizioni generali. La lieve albuminuria notata dopo la cura di tartaro stibiato è pure scomparsa.

CASO II. — F. Francesco, di anni 10, da Reggio Calabria. Da 9 mesi ha febbre, oliguria e disturbi gastro-intestinali. Quattro mesi fa è stato praticato l'esame del sangue della milza con reperto positivo per la leishmania. Le iniezioni di stibional (24 in tutto) han fatto cessare la febbre, ma il ragazzo è ancora pallido, svogliato, senza appetito, e la milza deborda 3 dita dall'arco costale. Il fegato non si palpa.

Nelle urine: tracce di albumina e d'indacano; nel sangue periferico: nessuna forma parassitaria; nel sangue della milza: assenza di leishmanie.

Iniezioni di surrenasi (metà dose adoperata per gli adulti). Dopo 36 ore della prima dose si è potuto notare una notevole riduzione del volume della milza e un discreto aumento della temperatura per la durata di poche ore. Dopo la 3ª iniezione la riduzione è stata più evidente. L'esame del succo splenico non ha fatto rilevare alcun parassita. Dopo 17 iniezioni di surrenasi la riduzione è completa e le condizioni generali sono abbastanza migliorate. L'albumina è pure scomparsa.

CASO III. — G. Antonio, di anni 11, nativo di Caltanissetta. Raccontano i genitori che per varî mesi è stato curato per malaria, ma la febbre, pur presentando delle notevoli attenuazioni, non è mai caduta, e le condizioni generali (pallore, denutrizione, stanchezza), non si sono granchè modificate. Milza debordante 4 dita dall'arco costale. Fegato palpabile.

Wassermann: negativa.

Esame del sangue periferico: nessun parassita della malaria.

Esame delle urine: tracce di albumina e qualche cilindro granuloso.

Esame del succo splenico: parecchie leishmanie.

Iniezioni di stibional. Dopo 5 mesi di cura la febbre non è scomparsa completamente: ogni 4-5 giorni si notano piccoli rialzi termici, la milza è sempre ingrandita come prima e le condizioni generali permangono scadenti.

Nuova puntura splenica: non si osservano leishmanie.

Si praticano 8 iniezioni di neostibosan, due volte la settimana, e negli altri giorni iniezioni di surrenasi. La prima iniezione di neostibosan viene fatta 12 ore dopo la prima iniezione di surrenasi, che ha determinato cefalea, malessere, e febbre a 38 1/2. Un altro esame del succo splenico ha fatto rilevare in questo momento rare

leishmanie libere. In seguito la febbre è caduta, la milza, dopo la 4ª iniezione di surrenasi, si è ridotta di 2 dita. Alla 20ª iniezione di surrenasi si palpa appena, mentre il fegato è nei limiti normali. Niente albumina nelle urine, condizioni generali soddisfacenti.

Due parole di commento. L'importanza del metodo M. Ascoli nella cura delle splenomegalie malariche è già nota. Converrà estenderlo nella cura della malaria acuta, allo scopo di snidare tutti i parassiti e farli distruggere dalla cura specifica. L'applicazione dello stesso metodo nella cura delle splenomegalie da kala-azar sembra, da questi tre casi, promettere anche bene. L'esperimento tuttavia, va esteso. E se si riuscirà in ogni caso stibioresistente o stibio-intollerante a vincere la malattia, sarà una grande realizzazione terapeutica, che eviterà di ricorrere alla splenectomia. Negli altri casi la spleno-contrazione potrà rendere più efficace la cura specifica e abbreviare di molto il decorso dell'infezione. Il metodo ha pure un notevole valore diagnostico, perchè la spleno-contrazione, mobilizzando i parassiti, consentirà più facilmente la loro scoperta nel sangue.

RIASSUNTO.

L'A. ha sperimentato il metodo M. Ascoli in 4 casi di splenomegalia da malaria e in 3 casi di splenomegalia di kala-azar con risultati ottimi sia dal punto di vista terapeutico generale e locale (splenomegalia) sia da quello diagnostico.

RIVISTE

Alcuni dati antichi e moderni sui "neoplasmi infettivi,,

La trasmissibilità dei neoplasmi, non solo per mezzo dell'innesto cellulare, ma anche mediante inoculazione del filtrato del tessuto blastomatoso, è stata sperimentalmente provata e accertata da quando nel 1910 Rous descriveva il sarcoma infettivo dei polli; successivamente è stato visto che anche in altri uccelli v'era la possibilità di trasmissione di alcuni tumori mediante i filtrati. Ricerche vecchie e nuove dimostrano tale possibilità anche per alcuni mammiferi; tanto più sono degne di nota, inquanto che ci permettono di intravvedere i rapporti fra i neoplasmi « infettivi » e quelli da irritazione chimico-meccanica.

Orientamenti preziosi e deduzioni interessanti sono sorti dallo studio di alcune forme neoplastiche nel coniglio. In questo campo la prima e più fondamentale osservazione è dovuta a Sanarelli; essa risale al 1898 e riguarda il cosidetto « mixoma infettivo » del coniglio: un quadro morboso nel quale ad una sindrome di tipo infettivo acuto si associa la produzione di tessuto tumorale; le caratteristiche « neoplastiche » di questo processo sono state illustrate ancora ulteriormente, e recentemente, per merito di Shope, ne veniva dimostrata la parentela con il cosidetto « fibroma infettivo ».

Il mixoma infettivo del coniglio osservato da Sanarelli sotto forma di epidemia a insorgenza apparentemente spontanea è caratterizzato al suo inizio da comparsa di una blefaro-congiuntivite cui segue tumefazione ed edema delle palpebre, secrezione catarrale e purulenta; dopo 24-48 ore dall'inizio della malattia compaiono nelle varie regioni del corpo (con predilezione verso la base delle orecchie e degli arti) numerosi tumori sottocutanei di grandezza diversa; attorno agli orifizi naturali (naso, organi genito-urinari, ano) i tessuti si edematizzano e si ispessiscono tanto da cambiare in modo mostruoso l'aspetto dell'animale: la morte sopravviene nello spazio di pochi giorni.

L'autopsia e l'esame istologico dimostrano che i tessuti superficiali iperplastici, accanto ai testicoli, i gangli linfatici e la milza, notevolmente aumentati di volume, sono in gran parte costituiti da formazioni mixomatose; nel seno di una sostanza amorfa e trasparente percorsa da numerosi capillari, si trovano in grande quantità cellule poligonali o stellate, anastomizzantisi tra di loro.

Malgrado la spiccata contagiosità della malattia, tutti i tentativi (eseguiti da Sanarelli stesso e da numerosi altri AA.) di coltivarne il virus sono rimasti infruttuosi. L'affezione si trasmette mediante le secrezioni patologiche, il sangue, i frammenti del tessuto neoformato e dei visceri; essa è stata riprodotta sperimentalmente per via congiuntivale, per via enterica,

con l'inoculazione sottocutanea (cui segue comparsa in loco del tumore caratteristico e successivamente la generalizzazione) e per via endovenosa (a decorso più rapido).

Lo stesso Sanarelli, mediante passaggi successivi in animali, è riuscito ad aumentare la virulenza dell'agente della malattia, fino a provocare la morte degli animali in cinque giorni, con sintomatologia scarsa, limitata al rossore delle congiuntive e del bordo palpebrale. Il virus conserva la sua attività patogenetica per molti giorni a temperatura ambiente, resiste in modo notevole ai disinfettanti chimici, viene invece distrutto dal calore anche modesto (55°).

Salvo rare eccezioni, la malattia del coniglio domestico ha esito mortale; gli altri animali saggiati vi sono refrattari; anche nei rari casi di guarigione dei conigli, il siero di questi animali e degli altri dotati di immunità naturale è privo assolutamente di proprietà profilattiche o curative rispetto al virus del mixoma infettivo.

Le successive ricerche di numerosi AA. (le quali insieme con le osservazioni di Sanarelli e quelle recenti di Shope vengono riportate da A. Béclère nella *Presse Médicale* del 15 luglio 1936) non hanno aggiunto che scarsi dati sostanziali alle osservazioni di Sanarelli: ricordiamo solo come è stato visto che il virus del mixoma infettivo è filtrabile attraverso le candele di Berkefeld.

Singolare importanza spetta però alle ricerche di Shope, relative al fibroma infettivo del coniglio e ai rapporti immunitari esistenti fra questo e il mixoma infettivo.

Il fibroma infettivo, che è stato osservato sotto forma di piccoli tumori cutanei nel coniglio selvatico (*cottontail*), presenta il quadro istologico del fibroma a cellule fusiformi leggermente atipico per l'esistenza di cellule rotonde attorno ai vasi, la base infiltrata di leucociti e le modificazioni della cute soprastante analoghe a quelle del mollusco contagioso umano. Esso si trasmette mediante inoculazione sottocutanea o intratesticolare dei frammenti del tumore stesso o del filtrato attraverso candele di Berkefeld della relativa sospensione cellulare. Nel coniglio domestico tale inoculazione è seguita da sviluppo di tumori che regrediscono dopo 15-35 giorni; nel coniglio selvatico essi possono persistere anche indefinitamente. Non vi sono fenomeni generali; e, ciò che più importa, durante e dopo la regressione del fibroma, il coniglio domestico si presenta refrattario a successive inoculazioni e il siero di esso distrugge il presunto virus del fibroma infettivo.

Ma se anche i quadri morbosi rispettivi dei due « tumori infettivi » differiscono profondamente uno dall'altro, la parentela dei due virus è dimostrata dall'immunità crociata provocata da essi. Così i conigli domestici guariti dal fibroma infettivo presentano una immunità parziale o completa verso il mixoma; l'inoculazione di questo provoca per lo più una malattia a decorso attenuato o non è seguita affatto da fenomeni generali (il virus persiste però virulento nel punto dell'inoculazione per circa dieci giorni). Il siero di conigli che hanno subìto l'inoculazione col fibroma neutralizza solo il rispettivo virus; solo dopo l'infezione mixomatosa esso acquista il potere neutralizzante verso i virus di ambedue le affezioni.

Nei conigli selvatici invece l'inoculazione del mixoma infettivo (possibile solo per via intratesticolare: provoca malattia locale) è seguita da immunità umorale verso ambedue i virus: difatti questi vengono neutralizzati dal siero di sangue di coniglio selvatico inoculato col virus mixomatoso; in tale coniglio altresì non è possibile riprodurre localmente il fibroma infettivo; però rimane sempre virulento per qualche giorno il virus mixomatoso e l'affezione può essere ulteriormente trasmessa prelevando il materiale dal testicolo inoculato.

Si tratterebbe quindi, secondo Shope, di due virus diversi imparentati però dal punto di vista immunologico e forse anche genetico. Ricordiamo ancora a proposito la recente osservazione di Berry e collaboratori i quali hanno visto che il virus mixomatoso apparentemente « ucciso » dal calore, riacquista la sua primitiva virulenza aggiungendovi il virus del fibroma infettivo.

Le caratteristiche « infettive » delle due affezioni menzionate oscurano forse in parte il carattere « neoplastico » di esse; non così per il terzo neoplasma infettivo del coniglio, il cosidetto papilloma infettivo, descritto dallo stesso Shope nel 1933; il virus filtrabile di tale affezione che sarebbe analoga a quella già nota in altri animali e nell'uomo, risalta per il suo notevole potere patogeno; esso conserva le sue proprietà anche dopo un anno di permanenza in glicerina; inoculato nel coniglio (unico animale recettivo) selvatico o domestico esso agisce sulle cellule dell'epidermide con consecutiva formazione di papillomi; nello stesso tempo il siero dell'animale inoculato acquista proprietà neutralizzanti verso il virus e anche le inoculazioni successive danno esito negativo; malgrado ciò, le cellule del papilloma continuano a proliferare; spesso avviene la trasformazione cancerosa dello stesso papilloma cutaneo sia lasciato a sè, sia innestato negli organi profondi.

I successivi studi su quest'ultima forma neoplastica, nella quale mancano rapporti immunologici colle due precedenti, ma di cui l'infettività è indubbia, hanno messo in evidenza alcune interdipendenze fra il virus di essa e lo sviluppo di tumori da irritazione chimica.

È noto che la catramizzazione dell'orecchio del coniglio porta allo sviluppo del tumore carcinomatoso (non costantemente) solo a condizione di essere effettuata a lungo, in media un anno; la catramizzazione di 2-3 mesi non provoca che alterazioni transitorie che regredisco-

no non appena essa viene sospesa. Ora, in una recente comunicazione Rous e Kidd (*Science*, 1936, cit. in *Lancet*, 20 giugno 1936) hanno notificato che l'inoculazione endovenosa del filtrato di papilloma infettivo, eseguita in conigli catramizzati da poco, modifica essenzialmente il decorso delle lesioni da irritazione chimica; già entro pochi giorni si verifica un accrescimento infiltrativo, la biopsia del quale dimostra la presenza di cellule cancerigne anaplastiche (in un caso il carcinoma si è sviluppato dopo 22 giorni); l'ulteriore progresso è rapido; si potrebbe parlare di una « carcinosi fulminante », finora mai osservata in condizioni sperimentali.

Il fenomeno è tanto più significativo in quanto i precedenti tentativi di accelerare lo sviluppo dei tumori da catrame mediante altri agenti carcinogeni hanno dato risultati negativi. D'altra parte anche la trasformazione spontanea del papilloma infettivo in carcinoma richiede di solito dei mesi (può essere però abbreviata da infezioni batteriche intercorrenti, Rous e Beard).

Ecco quindi un altro anello della catena che dovrebbe unire i tumori infettivi, tumori da virus a quelli (per alcuni aspetti più simili ai neoplasmi umani) da irritazione chimica. Ricordiamo a proposito che già nel 1933 McIntosh dimostrava negli uccelli la possibilità di trasmissione di tumori da catramizzazione mediante i filtrati della massa neoplastica.

Ma vi sono dei dati immunologici molto suggestivi anche per i tumori « non filtrabili ». Recenti esperienze di Andrews hanno dimostrato che nel siero di fagiani affetti da tumori chimici (da dibenzantracene) « non filtrabili » esiste un anticorpo che neutralizza il virus del sarcoma dei polli. Guy e Foulds (cit. dalla riv. *Lancet*, 8 ag. 1936) hanno visto che l'inoculazione endovenosa del filtrato dei tumori da dibenzantracene (filtrato privo di proprietà carcinogene) provoca nei conigli la formazione di anticorpi neutralizzanti i virus filtrabili dei tumori aviari.

I molteplici fenomeni da noi sommariamente ricordati servono a dimostrare un'intima correlazione tra tumori (anche non filtrabili) da irritazione chimica e quelli cosidetti infettivi; non sappiamo però per ora delucidare la natura di tale correlazione; non si potrebbe escludere senz'altro che in alcuni casi si tratta semplicemente di virus preesistenti nell'organismo e che si insediano con predilezione nel tessuto tumorale (Rivers); tale ipotesi spiegherebbe appunto i fenomeni immunologici da inoculazione di filtrati non cancerigeni. D'altra parte anche i tumori a filtrati cancerigeni presentano delle fasi durante le quali i filtrati di essi sono inattivi; si tratterebbe allora di variabilità di stati funzionali del relativo virus?

Non mancano quindi punti interrogativi nell'affascinante problema dell'azione dei virus nell'eziologia dei neoplasmi, problema che è stato discusso all'ultimo congresso di Microbiologia con considerazione di alcuni dei dati da noi riferiti. Siamo ancora nella fase di osservazione, della raccolta del materiale, dell'analisi dei singoli dati; la sintesi interpretativa dovrà costituire il compito dell'avvenire più o meno prossimo o lontano.

S. MINZ.

SUNTI E RASSEGNE

EMATOLOGIA.

Anemia cronica emolitica con emoglobinuria parossistica notturna.

(L. HAMBURGER, A. BERNSTEIN, *Am. Journ. Med. Sc.*, sett. 1936).

Le sindromi cliniche emoglobinuriche sono dagli AA. distinte a seconda della etiologia in quelle esogene ed endogene. Fra le prime vengono annoverate quelle infettive e tossiche (da veleni emolitici); accanto alle sindromi esogene note da tempo, gli AA. richiamano l'attenzione sulla cosidetta « malattia di Haff » (Haffkrankheit) descritta da poco dagli AA. tedeschi; si tratta di una malattia strettamente locale che si riscontra nelle vicinanze di Königsberg; sembra che ne sia la causa l'ingestione indiretta di alcuni acidi resinosi, prodotti di rifiuto di elaborazione della cellulosa; smaltiti nelle acque vicine, vengono ingeriti dai pesci; ora, al consumo di questi seguono le manifestazioni morbose caratterizzate da dolori muscolari parossistici accompagnantisi ad emoglobinuria; all'autopsia di qualche caso è stata constatata degenerazione di muscoli striati con aspetto a « carne di pesce ».

Un'altra sindrome emoglobinurica, relativamente frequente in Italia meridionale, è rappresentata dal favismo, nel quale l'emoglobinuria si manifesta insieme a prostrazione, febbre, anemia e ittero. Accanto al fattore esogeno, rappresentato probabilmente dalle proteine vegetali, vi parteciperebbe un fattore di ipersensibilità di natura allergica o anafilattica.

Nel gruppo delle emoglobinurie di natura endogena, che sono anche emoglobinurie parossistiche venivano fino a poco tempo fa elencate l'emoglobinuria da freddo, da marcia (o in genere da fatica muscolare) e la cosidetta emoglobinuria paralitica. In tutte queste la maggior importanza spetta al fattore predisponente — terreno individuale; per quel che riguarda l'emoglobinuria da marcia, sembra che vi debba essere invocato un fattore renale, poichè l'emoglobinemia da marcia è relativamente frequente, mentre all'emoglobinuria si giunge solo in rari casi.

L'emoglobinuria paralitica (relativamente frequente nei cavalli) si accompagna a dolori

e debolezza dei muscoli, che diventano anche atrofici; vi avvengono esacerbazioni e remissioni spontanee; dei quattro casi descritti nella letteratura due sono giunti all'autopsia ed in questi analogamente a ciò che è stato osservato nella « malattia di **Haff** », l'aspetto dei muscoli era quello da « carne di pesce ». Gli AA. fanno notare come, sia nel caso di emoglobinuria da marcia, come in quella paralitica, si tratterebbe di emissione colle urine non di emoglobina bensì prevalentemente di un'altra sostanza di origine muscolare; tanto che sarebbe più giusto parlare di « mioglobinuria »; il pallore accentuato dei muscoli e la mancanza di anemia confermerebbero tale modo di vedere.

Menzionate le tre principali forme di emoglobinuria parossistica endogena, gli AA. si soffermano sulla quarta forma di questa, che essi propongono di definire quale « anemia cronica emolitica con emoglobinuria parossistica notturna ». L'individualizzazione di tale sindrome è dovuta in gran parte agli AA. italiani; fra i primi casi descritti va ricordato quello di Marchiafava e Nazari sotto il nome di « anemia emolitica con emosiderinuria perpetua »; nel 1931 Micheli ne riuniva tredici casi; successivamente ne venivano osservati altri sette casi; ora gli AA. ne aggiungono altri due di osservazione propria.

Passando in rassegna i casi della letteratura e quelli propri gli AA. tracciano il quadro clinico completo della malattia (la quale secondo Rosenthal dovrebbe essere classificata quale anemia emolitica tipo Marchiafava-Micheli).

L'affezione colpisce prevalentemente, ma non esclusivamente, gli uomini di giovane e media età (15-47 a.). Non sembra che sia ereditaria nè famigliare. L'inizio è subdolo e caratterizzato di solito da pallore, lieve ittero, dolori addominali. Salvo qualche eccezione, l'emoglobinuria si manifesta solo in secondo tempo, talvolta dopo anni dai primi segni di anemia.

La sindrome, manifestatasi una volta è soggetta ad esacerbazioni e remissioni spontanee; gli accessi della malattia sono parossistici, di durata di qualche giorno, talora di qualche settimana; durante questi l'anemia diventa più intensa, si accentua il colorito itterico della cute e delle congiuntive, il paziente diventa astenico; spesso concomita febbre, dolori addominali e lombari. L'emoglobinuria può essere di varia intensità e durata; gli AA. insistono sul fatto che essa si presenta o per lo meno è molto più notevole nelle ore notturne (indipendentemente dalla quantità e dalle ore di ingestione di liquidi); lo stesso rilievo è stato fatto anche da altri AA. (Enneking, Hitzenberger). A carico degli organi interni si nota talvolta aumento del volume splenico ed epatico, del resto non costante nello stesso paziente.

Gli esami di laboratorio mettono in evidenza anzitutto l'anemia, talora spiccatissima (fino a 1 milione di emazie, con 15 % di emoglobina). Il volume dei globuli rossi è di solito normale e corrisponde al diametro, quindi non vi sono gli eritrociti « a palla » caratteristici per l'ittero emolitico. La reticolocitosi si riscontra quasi sempre e si accentua nelle crisi emolitiche; durante queste vi può essere anche neutropenia con linfocitosi relativa. Le piastrine sono diminuite di poco. L'emoglobinemia è costante; la bilirubinemia aumentata nelle crisi.

La presenza dell'emoglobina nelle urine è evidente alla semplice ispezione, specie nelle urine della notte; esiste contemporaneamente albuminuria ed urobilinuria. La considerevole quantità di emosiderina nel sedimento urinario è stata segnalata già da Marchiafava; accanto ad essa vi si notano elementi cellulari, cilindri e detriti amorfi colorati in giallo-brunastro da pigmento contenente ferro.

Per quel che riguarda la diagnosi differenziale, questa anzitutto si impone per l'ittero emolitico congenito od acquisito, ed è tanto più importante inquanto che la splenectomia è inutile, se non dannosa (4 morti su 8 splenectomizzati) nell'emoglobinuria parossistica notturna. Quali criteri differenziali servirà anzitutto l'emoglobinuria stessa (eccezionale nell'ittero emolitico), la resistenza normale delle emazie, l'assenza di precedenti famigliari, il normale volume della milza, la mancanza di emazie sferiche. La distinzione colle altre emoglobinurie sarà facilitata dalla ricerca della causa occasionale, quasi sempre evidente in queste ultime.

L'eziopatogenesi dell'anemia emolitica con emoglobinuria parossistica notturna non appare per ora bene stabilita. V'è chi invoca una infezione sinusale cronica (Schally) le tossine della quale agendo sul midollo osseo vi farebbero produrre delle emazie « minorate ». In qualche caso sono state osservate nel siero auto ed isoemolisine, fenomeno del resto non costante. Anche l'origine dell'emoglobinuria notturna appare poco chiara. Schally, avendo osservato la mancanza di catalasi nelle urine contenenti emoglobina, vede la causa nella deficienza o nell'inattivazione della catalasi ematica, la quale normalmente esercita una funzione protettiva verso gli eritrociti. Alcuni credono che l'emoglobinuria notturna dipenda dalla assenza di alcuni raggi dello spettro: Hitzenberger avrebbe ottenuto qualche vantaggio sottoponendo i pazienti ad irradiazione continua con la lampada a quarzo. Salen avrebbe osservato la scomparsa del ritmo notturno in seguito ad iniezione di vaccino o di latte; però mancano altri dati atti a dimostrare una componente anafilattica della malattia o una speciale ipersensibilità nei pazienti da essa affetti.

Neppure lo studio anatomo-patologico (7 casi) è stato capace di illustrare l'essenza pato-

genetica della malattia: la milza se anche ingrossata non presenta la polpa ricca di gl. rossi, come avviene nell'ittero emolitico; non v'è emosiderosi nè del fegato, nè della milza; la bile è alquanto più densa, però la calcolosi è rara. Nell'epitelio tubulare dei reni si riscontra pigmento giallo brunastro contenente ferro. Il midollo osseo è iperplastico.

La malattia non comporta prognosi infausta, poichè è compatibile con vita anche lunga; in un caso, a distanza di quattro anni dalla morte, gli attacchi emoglobinurici sono cessati definitivamente. La morte avviene di solito per malattie intercorrenti; solo in un caso essa fu dovuta a trombosi mesenterica (da ricordare la frequenza delle trombosi nelle sindromi anemizzanti). È degno di nota come in una discreta percentuale dei casi la morte fu provocata direttamente o indirettamente dall'atto operatorio (splenectomia, colecistectomia, nefrotomia) conseguente ad un errore di diagnosi. Di quà l'importanza della precisa conoscenza del quadro nosologico dell'anemia emolitica cronica con emoglobinuria parossistica, malattia rara, ma che sin d'ora può dirsi ben definita nei suoi aspetti clinici.

S. MINZ.

Il sistema linfatico dal punto di vista clinico-ematologico.

(W. GLOOR-MEYER. *Schweiz. med. Wochens.*, 9 agosto 1936).

Lo studio del sistema sanguigno si basa essenzialmente sulla precisa citologia della cellula sanguigna. Nel quadro sanguigno, si riflettono le modificazioni di questo tessuto, per cui esso può informarci sulla citologia normale del sangue e sulle sue oscillazioni fisiologiche, nonchè sull'analisi del meccanismo che regola la composizione del sangue.

Parlando del sistema linfatico, c'interessano soprattutto i linfociti, che formano il 15-30 % del numero totale dei leucociti (circa 700-3000 per mmc. di sangue). Hanno un diametro analogo a quello delle emazie (salvo i grossi linfociti), con un nucleo fortemente basofilo a struttura grossolana, generalmente rotondo, talora un po' inciso. Quando il nucleo è giovane, la struttura è meno compatta e, nei giovanissimi, vi si possono riconoscere dei nucleoli; in tal caso, si ha grande somiglianza con i giovani elementi mieloidi.

Il protoplasma è leggermente basofilo, agranulato e forma un piccolo orlo attorno al nucleo; qualche volta, vi si vedono alcuni granuli rossi, più spesso nei grossi linfociti. La basofilia del protoplasma è molto variabile, maggiore nelle forme giovani e più lieve nelle mature.

In condizioni patologiche, si hanno varie *forme abnormi*, in parte, irritative: grosse cellule con protoplasma basofilo e nucleo a struttura lassa, non rotondo, ma frastagliato e persino lobato. Nelle cellule più giovani, i *linfoblasti*, si trovano dei nucleoli nel nucleo; sono molto simili ai mieloblasti da cui si differenziano difficilmente.

È da considerarsi patologico anche il *linfocita nudo*, in cui il nucleo riempie tutta la cellula; queste cellule giovani si trovano nella leucemia linfatica.

Le cellule plasmatiche (*Plasmazellen*) hanno un nucleo piccolo eccentrico, a raggi di ruota ed un protoplasma grossolano, fortemente basofilo e talora vacuolizzato; non è sicuro che la loro origine sia sempre linfatica. Una forma irritativa linfatica è invece la *cellula linfatica linfoblastica*, simile per il nucleo ai linfoblasti e, per il protoplasma alla *Plasmazelle*.

Nelle forme di passaggio è soprattutto importante il rapporto fra il nucleo ed il protoplasma, nel senso di prevalenza dell'uno o dell'altro.

Gli autori americani danno grande importanza alla numerazione delle singole specie di linfociti; il rapporto tra forme giovani, mature e vecchie è normalmente come: 4:48:48. Uno spostamento verso sinistra indica la comparsa di forme giovani.

IL MECCANISMO REGOLATORE DELL'EMOPOIESI.

Non può sussistere dubbio sul dualismo funzionale fra sistema mieloide e linfatico; per quanto vi siano anche unicisti e trialisti, si ammette concordemente che, nell'apparato di difesa leucocitario, un antagonismo finemente regolato fra sistema mieloide e linfatico domina la dinamica dell'attività dei leucociti.

La tendenza mieloide, con leucocitosi relativa e spostamento verso sinistra, per lo più con caduta dell'eosinofilia, decorre con gli stati irritativi del simpatico (aumento di calcio ed acidosi, elevamento del ricambio basale e della glicemia). *La tendenza linfatica*, invece, con linfocitosi relativa ed aumento degli eosinofili, decorre con stati irritativi del parasimpatico (aumento di potassio, alcalosi, abbassamento del ricambio basale e della glicemia).

Entrambe le tendenze sono accoppiate e bilanciate per mezzo di processi compensatori. Così, nelle malattie infettive acute dalla posizione I, con irritazione del simpatico e tendenza mieloide, si passa nella convalescenza, alla posizione II, con tendenza linfatica. Si tratta, però, di funzioni complesse, in cui agiscono vari fattori, per cui non si deve concludere, da un determinato quadro sanguigno che si abbia a che fare con una data reazione vegetativa. I rapporti sono molto complicati e s'intrecciano vicendevolmente; così, nella tendenza linfatica del Basedow, non influiscono soltanto dei momenti endocrini o lo stato della reazione linfatica, ma anche dei momenti tossici.

LE LEUCEMIE LINFATICHE.

Base della malattia è la proliferazione illimitata, iperplastica delle rispettive cellule (mieloidi o linfatiche), sicchè ne vengono versate nel torrente sanguigno in grande quantità le forme giovani. Nelle forme aleucemiche, però, pur con la proliferazione, non si ha il passaggio delle forme giovani nella corrente sanguigna.

Nella *forma linfatica cronica*, si ha iperplasia ed aumento del tessuto linfatico; si gonfiano i nodi linfatici, quasi sempre si ha splenomegalia e la proliferazione del tessuto linfatico nel midollo osseo. Si inizia subdolamente, senza febbre, nè dolori, con ingrossamento delle ghiandole; talvolta, le escrescenze gengivali portano il malato dal dentista, ma le cure locali non hanno effetto. Tendenza alle emorragie, ma scarsa anemia.

La diagnosi si basa sul *quadro sanguigno*. Forte aumento dei linfociti (che nelle forme aleucemiche appare soltanto relativo); quelli a piccolo nucleo formano il 95-99 %; si hanno forme atipiche (linfociti giganti e nuclei polimorfi). Importante è la presenza dei linfociti nudi, il cui nucleo occupa la cellula, assenza di Plasmazellen.

La leucemia acuta linfatica non si osserva negli adulti ed i casi riportati vanno forse ascritti alla forma mieloide acuta.

L'essenza e la patogenesi delle leucemie sono ancora *sub judice*.

Nella forma aleucemica della linfoadenosi, manca il caratteristico quadro sanguigno; però la linfocitosi relativa e la presenza di linfociti nudi indica che si tratta di leucemia, sospetto che verrà confermato con l'esame del midollo osseo.

Fra le *reazioni linfatiche*, è anzitutto da menzionare la

FEBBRE GHIANDOLARE.

Caratterizzata dal decorso infettivo, con temperatura, ingorgo generalizzato delle ghiandole linfatiche e quadro sanguigno caratteristico. Se ne distinguono vari tipi: anginoso (pseudomembrane), faringeo (raffreddore secco, ingorgo delle ghiandole retroauricolari ed occipitali), toracico (bronchiti, tosse, dolori retrosternali), addominale (malattia intestinale acuta, coliche, talora ittero).

La malattia si inizia con cefalea, dolori agli arti, febbre poco caratteristica, a 39° e più; può durare a lungo con oscillazioni. L'ingorgo ghiandolare si ha dapprima nella regione dell'infezione primaria, per lo più quelle del collo a sinistra. I nodi, più o meno grossi, sono talvolta duri, tal'altra elastici.

Particolare importanza ha la forma anginosa, per il carattere difteroide, con flora svariata, spesso con associazione fuso-spirillare.

Poco o punto mutato il quadro sanguigno rosso. Il numero totale dei leucociti va da 10 mila a 25.000, in qualche caso a 50.000. L'aumento è dovuto essenzialmente agli elementi linfocitari, che mostrano una serie di forme irritative e specialmente atipiche, immature. Nucleo molto ingrossato, con tendenza a lobarsi; protoplasma che forma un grosso orlo, fortemente basofilo. Si trovano anche linfoblasti e cellule plasmatiche.

La differenziazione dalla leucemia linfatica si fa per il rapporto del protoplasma al nucleo, la basofilia del protoplasma, il polimorfismo delle cellule, mentre nella leucemia linfatica si hanno i linfociti nudi.

La febbre ghiandolare è una malattia infettiva, a virus ignoto linfotropo, contagiosa, con periodo d'incubazione di 5-8 giorni.

La prognosi generalmente buona.

REAZIONE LINFATICA AD ALTRE NOXE LINFOTROPE.

Sono anzitutto da menzionarsi la rosolia e la pertosse, che decorrono con reazione linfatica (linfocitosi con molte cellule plasmatiche nella prima e con poche nella seconda).

Un gruppo speciale di malattie con compartecipazione dell'apparato linfatico è dato dalle forme granulomatose di infezioni (tifoide, Bang, tubercolosi, lues, linfogranulomatosi). La reazione linfocitaria dipende dal tipo della noxa; la tifoide ed il Bang portano sempre a linfocitosi, mentre più raramente la tubercolosi e la lues: quest'ultima tende alla monocitosi, la tubercolosi generalizzata alla linfopenia. Il quadro ematico della linfogranulomatosi non è caratteristico: neutrofilia e, negli stadî avanzati, leucopenia, con tendenza alla linfopenia.

Se dalle ricerche cliniche, si vuol risalire alla conoscenza della funzione del sistema linfatico, si deve riconoscere che l'ufficio del linfocita non risulta ben chiaro. Esso non fagocita, non contiene fermenti specifici, seppure si ammette da taluno che esso abbia un'azione specifica contro la tossina.

In complesso, però, l'apparato linfatico va considerato come un apparato di difesa, se anche noi non conosciamo delle particolarità di questo suo lavoro. Dal punto clinico, è molto significativo il fatto che una forte reazione linfatica nel corso di un'infezione ha buon significato pronostico.

Secondo Schilling, si devono distinguere 3 fasi nell'infezione; la lotta leucocitaria, la fase di superamento monocitario e la fase di guarigione linfocitaria. Dalle più recenti ricerche i vari stimoli agirebbero in modo diverso sul sistema leucocitario: le parti zuccherine dei batteri aumenterebbero i granulociti, quelle lipoidi i monociti e le albumine i linfociti.

Ora, se anche le fasi di Schilling non sono in tutto e per tutto accettabili, si deve rico-

noscere che la fase linfocitaria è una fase di guarigione; essa è, pronosticamente, favorevole ed, ematologicamente, l'espressione di una affezione superata.

Accanto a questa linfocitosi reattiva postinfettiva, vi è la reazione linfatica vera e propria, condizionata da una noxa linfotropa, che non determina sempre una proliferazione; se funziona l'apparato di difesa, la prognosi è buona. In contrapposto, troviamo la leucemia linfatica, in cui il sistema è fondamentalmente deviato; i linfociti patologici sono lesi ed incapaci di funzionare; il disturbo è irreparabile e la prognosi è infausta.

Nella concezione ematologica di questi tipi di reazione è fondato il valore speciale per la diagnosi, prognosi e terapia. *fil.*

MISCELLANEA.

I fattori psicologici nell'asma.

(R. D. GILLESPIE. *British Medical Journal*, 27 giugno 1936).

I fattori psicologici non possono per sè soli essere causa sufficiente ed esclusiva dell'asma, ma non è dubbio che questa, nei suoi attacchi caratteristici, costituisce un particolare modo di reazione di certi individui a stimoli molteplici che possono essere di natura fisica o psichica.

In un gran numero di casi l'asma si verifica in individui con disordini psiconeurotici o in individui che hanno negli ascendenti o nei collaterali individui sofferenti di disordini stessi: asma e costituzione psiconeurotica sono strettamente associate.

D'altra parte la funzione respiratoria risente fortemente le influenze emotive. È noto come il dolore e la paura sospendano il respiro, come la tristezza faccia sospirare, come la gioia l'acceleri e lo renda più profondo, come l'angoscia lo strozzi. Numerosi studi sperimentali hanno obiettivato le strette relazioni tra stimoli emotivi o stati sentimentali e la funzione respiratoria.

Va infine ricordato che l'asma come i fatti emotivi sono l'espressione di uno squilibrio vagosimpatico.

I fattori psicologici sotto forma di stimoli emotivi o di idee non solo possono produrre un attacco di asma, ma agendo ripetutamente possono produrre uno stato di tensione che presto o tardi può esplodere sotto forma di parossismo asmatico. È stato osservato che in un individuo l'accesso d'asma può essere provocato non solo dall'iniezione del vaccino specifico, ma anche dall'iniezione di un liquido indifferente: al fattore fisico si sostituisce l'idea.

I complessi sintomatici psiconeurotici che possono estrinsecarsi sotto forma di asma sono:

1. Conflitti mentali o stati depressivi: in tali casi la scelta del sintoma « asma » dipende dalla costituzione o da fatti occasionali come la paura di affezioni pulmonari o l'alterazione del respiro determinata dallo stato affettivo e dalle emozioni.

2) Espressione simbolica della natura del conflitto: il senso di soffocazione è un sintoma psiconeurotico e rappresenta il ricordo di un incidente dell'infanzia, di un mancato soffocamento.

3. Espressione teleologica di sfuggire a qualche cosa contrastante con la personalità o di raggiungere qualche altra favorevole.

4. Espressione di riflesso condizionale nel quale lo stimolo condizionato è chiaramente di natura psichica o pur essendo di natura fisica dipende effettivamente da associazioni psichiche.

A parte il peculiare carattere simbolico che può avere in ciascun caso, la scelta dell'asma come modo di espressione dello stato mentale dipende: 1) dalla costituzione; 2) dall'accidente determinante; 3) dalla preesistente paura di malattie pulmonari; 4) dalla effettiva esistenza di affezioni pulmonari, che ha due effetti psicologici (richiamare l'attenzione sull'organo leso o producendo un senso d'inferiorità organica nel senso di Adler); 5) dall'idea di mancanza di respiro come quando un soggetto si trova sotto l'azione di una forte emozione per trovarsi in un ambiente chiuso o in un'atmosfera viziata; 6) dall'imitazione di un attacco asmatico di cui il paziente è stato testimone.

La casistica dell'A. dimostra che l'asma: 1) si stabilisce in una personalità psiconeurotica come espressione dell'accumulo di stati ansiosi; 2) è scatenato da stimoli psichici che sono equipollenti con quelli fisici; 3) costituisce una reazione condizionata a stimoli con associazioni psicologiche; 4) sostituisce sintomi ansiosi; 5) sostituisce fasi di eccitamento o di depressione nella psicosi maniaco-depressiva o della schizofrenia; 6) è l'espressione di un conflitto mentale, ad esempio un conflitto tra impulsi incoscienti e la coscienza; 7) costituisce una protesta contro una condizione sfavorevole; 8) è mezzo per sottrarsi ad una situazione pericolosa; 9) migliora o guarisce con la suggestione in istato di veglia o durante l'ipnosi.

L'asma è una delle poche condizioni nelle quali il fattore psicologico può determinare alterazioni organiche ed anche condurre alla morte. Si deve al riguardo ricordare l'anoressia isterica che può riuscire letale per lo stato d'inanizione che provoca. Gli accessi asmatici a furia di ripetersi provocano uno stato enfisematoso ed altre alterazioni pulmonari nonchè del sistema cardiovasale. Senza dire che, per quanto raro, si può avere lo stato asmatico che termina con la morte.

Per eliminare queste possibilità che possono condurre alla invalidità più o meno grave e anche all'esito letale conviene influire te-

rapeuticamente sulla condizione fin dal primo momento.

Purtroppo la diagnosi stessa di asma ha effetti psicologici dannosi e per suggestione può confermare l'abitudine al ripetersi degli accessi. Questa suggestione è inevitabilmente rafforzata dall'uso di metodi di cura, spesso complessi quanto inefficaci. È per questa considerazione che appena posta la diagnosi bisogna pensare ai fattori psicologici e cercare d'individuarli.

La suggestione è la psicoterapia più efficace. È ovvio che il suo successo dipende innanzitutto dall'abilità del medico e sopratutto dalla fiducia che ha saputo inspirare nel paziente. Il medico nella pratica della suggestione deve saper trarre profitto dalle indagini intese a precisare la eventuale causa organica del male e dai rimedi comunemente adoperati per combatterlo.

Romer in un caso di asma che durava da sedici anni, ottenne con la psicoterapia non solo la cessazione degli accessi ma anche il miglioramento dell'enfisema e la riduzione dell'eosinofilia. In un altro caso, curato con tutti i mezzi (ioduri, asmolisina, afenil, morfina, operazioni nasali, radioterapia ecc.) ottenne dopo una settimana la cessazione degli accessi.

Moos in sedici casi trattati con la psicoterapia ottenne la scomparsa dell'asma, la scomparsa dei segni bronchitici, il miglioramento dell'enfisema, la riduzione dell'eosinofilia, la scomparsa nello sputo dei cristalli di Charcot-Leyden e delle spirali di Curschmann. Alla fine della cura i soggetti furono tutti sottoposti all'azione della sostanza ritenuta allergica senza che si ripetessero gli attacchi.

Naber ottenne con la psicoterapia una percentuale di successi pari a quella che egli otteneva precedentemente con la cura allergica.

Wittkower e Petow constatarono che le reazioni cutanee allergiche rimanevano inalterate nei pazienti guariti con la psicoterapia.

Nel reparto di medicina psicologica di Guy furono curati ventitrè ragazzi sofferenti di asma o del complesso eczema-asma-prurigo, i quali non avevano accessi fino a che rimanevano lontani da casa, ma ne erano colpiti subito dopo che vi ritornavano. A seguito del trattamento, che durò da poche settimane ad un anno, dieci di essi guarirono completamente, quattro migliorarono molto, quattro migliorarono alquanto e cinque non ebbero alcun vantaggio. Il trattamento consisteva nell'educare il contegno dei genitori verso i ragazzi ed il contegno dei ragazzi stessi. In diciassette casi fu notato un eccesso di premura da parte dei genitori verso i figli, determinato da due opposte ragioni: o dal fatto che si trattava di figlio unico o di un figlio maschio che si era molto atteso, oppure che si trattava di un figlio non desiderato, il che determinava un conflitto con la coscienza materna che si estrinsecava con uno stato ansioso e di apprensione per la salute del ragazzo. Oltre a ciò i piccoli pazienti avevano particolari tratti del temperamento e del carattere: intelligenza sviluppata, stato ansioso, mancanza di fiducia in sè stesso, aggressività, egocentrismo.

È probabile che come per l'asma i fattori psicologici abbiano una parte importante anche in altre condizioni, come l'eczema, il prurigo, l'epilessia, l'emicrania e le neurosi viscerali.

DR.

Contributo alla patogenesi della m. di Gaucher e della malattia di Niemann-Pick.

(CASPAR TROPP. *Klin. Woch.*, 18 aprile 1936).

L'A. riassume le più recenti ricerche — di cui alcune personali — sul metabolismo dei lipoidi, in rapporto con la patogenesi delle due lipoidosi (m. di Gaucher e di N.-Pick). Secondo l'A. sono fondamentali le ricerche che pongono i ceramidi al centro del gruppo dei lipoidi. Dai ceramidi per eterificazione con galattosio originano i cerebrosidi; per esterificazione con l'acido colinfosforico la sfingomielina. Tra i ceramidi sarebbe il più interessante la lignocerilsfingosina, isoiata dalla milza e dai polmoni di vitello. Essa avrebbe stretti rapporti con l'attività funzionale del reticoloendotelio. Per quanto riguarda le malattie di Gaucher e N.-Pick è chiaro che per la loro conoscenza è indispensabile anzitutto l'analisi quali e quantitativa del contenuto in lipoidi di tutti i singoli organi. Orbene ciò non è ancor stato fatto, i dati sicuri sono molto incompleti. Nel morbo di Gaucher il contenuto in cerosina della milza è molto aumentato (del 300-10 %). Il m. di G. assume due aspetti diversi nel lattante e nell'adulto: nel primo è acuto, con epatosplenomegalia e gravi sintomi neurologici (decadimento psichico, segni pseudobulbari, disturbi vegetativi e paramidali, alterata mobilità oculare, atrofia corticale). Nell'adulto è invece tipicamente cronico, e dà epatosplenomegalia, tumefazione delle ghiandole linfatiche, lesioni ossee ed emocromatosi, ma non chiari segni nervosi. Ora il carattere essenziale del m. di Gaucher è un accumulo di cerasina nelle sedi di deposito. Normalmente la cerasina costruita alla periferia viene poi trasportata al cervello. Ora oltre all'accumulo del lipoide vi è probabilmente anche un aumento della sua produzione. Si può così comprendere il perchè dei due quadri del G. sopra ricordati. Il cervello postembrionale nel 1° e 2° anno di vita non può compiere la sua evoluzione se mancano i lipoidi poichè altrove fissati ed immagazzinati, donde i gravi disturbi nervosi e l'atrofia corticale che mancano nell'adulto, il cui cervello, già fornito di lipoidi, sopporta meglio la lesione metabolica periferica che trattiene i lipoidi nella sede della loro sintesi.

Per quanto riguarda il m. di Niemann-Pick

l'A. ricorda come lo si consideri in rapporto ad alterato metabolismo dei fosfatidi. Recenti ricerche mettono in evidenza accanto alla lecitina anche un fosfatide alcoolsolubile, etereinsolubile. Klenk ritiene che il fosfatide soprattutto presente nel N.-P. sia la sfingomielina, che anche l'A. ha trovato nel fegato e la milza di un caso da lui studiato.

Le ricerche di Klenk sono molto interessanti, perchè gettano ponti di analogie tra il m. di N.-P. e il gruppo delle idiozie amaurotiche tipo Tay-Sachs. Per comprendere la patogenesi dei singoli sintomi bisogna allargare il campo delle nostre conoscenze sulle proprietà fisiologiche della sfingomielina: di questa sono note l'azione stimolatrice sul sist. nervoso e il ruolo importante nel ricambio intermedio dei grassi. È anche degna di nota l'importanza essenziale dei fosfatidi, quali sostanze idrofile, per la permeabilità delle membrane cellulari. L'A. non crede di andare troppo lontano considerando i fosfatidi come il vero ed essenziale mediatore degli scambi nutritivi cellulari. Nelle malattie di G. e N.-P. il disturbo del metabolismo è prima di tutto cellulare. C'è un'iperfunzione dei fermenti lipoido-assimilatori, donde accumulo nelle cellule di molto materiale in più di quello che può esservi bruciato. M. COPPO.

DIVAGAZIONI

Vita latente, letargia e letargo invernale.

L'interessante argomento è stato trattato in una conferenza tenuta alla Società di Biologia di Vienna, dal prof. O. Polimanti, che di esso si è lungamente occupato con ricerche originali. Diamo un breve riassunto della conferenza, che è stata pubblicata nella *Wiener klin. Wochens.*, del 24 luglio 1936.

La complessità ed i vari aspetti del fenomeno si rilevano soprattutto studiandolo nell'insieme del mondo biologico. Vediamo così che tra i vegetali abbiamo la vita latente dei semi, la quale si può paragonare a quella dei rotiferi che rimangono a lungo inerti in stato di disseccamento e che, esposti all'umidità, riprendono i loro vivaci movimenti. È questo il così detto stato di *anabiosi*, in cui vi sono probabilmente delle modificazioni chimico-fisiche sicchè l'essere si trova, secondo un pittoresco paragone dell'A., in una condizione simile a quella dello stato critico di una soluzione.

Pure ad un tipo di vita latente appartengono i fenomeni che vanno sotto il nome di letargia e di letargo invernale, che si manifestano sia negli animali poichilotermi sia in alcuni di quelli omeotermi.

Condizioni ben differenti si determinano negli uni e negli altri. Negli animali a temperatura variabile (poichilotermi) di fatto, essi sono determinati essenzialmente dai due fattori della temperatura e dell'umidità. Fenomeni di letargia si osservano in crostacei di mare o di acqua dolce che per sfuggire, sia ad un eccessivo raffreddamento (letargo invernale) sia al disseccamento (letargo estivo) si appiattano rimanendo immobili, per riprendere poi movimento e vita quando si trovino in condizioni favorevoli.

Trattasi di un fenomeno a carattere periodico essenzialmente determinato dalla temperatura la quale, in altri animali (uccelli) che a causa della loro organizzazione (ricambio intensivo, mancanza di organi speciali) non possono cadere in letargo, determina invece il fenomeno periodico delle migrazioni primaverili ed invernali.

Sono noti i fatti di letargia dei rettili che, nei nostri climi si manifestano d'inverno, per sfuggire al raffreddamento ed ai tropici, invece, d'estate per sfuggire ad un eccessivo calore. Anche le rane, da noi, rimangono affondate nel fango delle paludi durante l'inverno, per evitare il freddo, mentre ai tropici si nascondono durante la stagione secca, per ricomparire a nuova vita all'inizio del periodo delle pioggie.

La letargia costituisce così un mezzo di difesa contro condizioni esterne sfavorevoli e non è affatto simile al sonno, come si è voluto sostenere da qualcuno. Il sonno non esiste nei bassi gradi della scala zoologica e lo si trova soltanto negli uccelli e nei mammiferi, mentre la letargia è caratteristica degli animali inferiori. In alcuni mammiferi, però, si ha pure un letargo periodico, come ritorno atavico di profonde modificazioni subìte dagli organismi per adattarsi al periodo glaciale, dopo quello notevolmente caldo del pliocene.

Fra questi mammiferi letargici, vanno annoverate le marmotte, come pure la nitela, il moscardino, i pipistrelli, che tutti posseggono le caratteristiche ghiandole del letargo invernale, che non esistono invece in altri animali, come l'orso bruno, il riccio, il tasso, che non vanno soggetti ad un vero letargo, ma soltanto a periodi di immobilità.

Anche nei mammiferi letargici, il sonno non va confuso con il letargo, trattandosi di due fenomeni ciclici differenti, che possono paragonarsi rispettivamente al periodo giornaliero ed a quello annuale delle piante.

Caratteristica per i mammiferi letargici è la notevole riserva di grasso, accumulata durante il periodo di veglia in cui essi mangiano molto e dormono poco.

Per quanto riguarda le cause e le condizioni di questo letargo, si deve anzitutto rilevare che la temperatura non ne costituisce la causa e così neppure la scarsezza del nutrimento. Condizione necessaria è la tranquillità della tana, che però può trovarsi in località differenti secondo gli animali; in alta montagna per le marmotte, nei boschi per i ghiri, a pochi metri sul mare per lo spermofilo; trattasi però sempre di animali che vivono in località silen-

ziose e che, vivendo associati, hanno tendenza all'immobilità, alla concentrazione, all'ipnosi e, quindi, alla letargia.

Caratteristiche di questi animali sono anzitutto una spiccata ritmicità delle loro funzioni vitali e la presenza di molto CO_2 nel sangue, che dà la tendenza alla sonnolenza ed all'ipotermia, specialmente se si abbassa la temperatura esterna. Il pH del sangue viene poi modificandosi durante lo stato letargico e quando arriva a 7,9 (aumento degli OHjoni) si manifesta il risveglio.

Un'altra caratteristica di questi animali nel periodo letargico è la scarsezza d'acqua di tutti i tessuti, analogamente a quanto si osserva per gli esseri unicellulari in stato di vita latente.

La letargia è un fenomeno assolutamente fisiologico, in cui sono rispettate tutte le leggi fisiologiche. Le ricerche dell'A. hanno dimostrato che nel sistema nervoso centrale e periferico, nei muscoli lisci e striati si hanno intime correlazioni per quanto riguarda il quantum di eccitabilità, che egli ha potuto esprimere in formule matematiche analoghe a quelle che indicano la perdita di peso delle marmotte durante il letargo e che seguono le leggi della curva iperbolica.

Ma anche negli uomini non mancano fatti singoli di vita latente e di letargia. Sono note le pratiche dei fachiri, che si fanno sotterrare per 4-6 settimane, aspirando alla mistica unione con la divinità e ritornano poi alla vita normale. Uomini di razze abituate alla vita contemplativa ed alla mancanza di cibo che, per i riti della dottrina dello Yoga si sottopongono prima del seppellimento, da vivi a pratiche molto simili a quelle degli animali che si preparano al letargo a cui ne aggiungono altre di indole psichica, come: la meditazione, la ripetizione continuata di una data parola, il mantenersi a lungo in una data posizione (catalessia) pratiche ipnotiche (fissare la punta del naso), ecc. Risulta utile anche un'adatta ginnastica respiratoria, oltre al taglio del frenulo della lingua, per cui questa è più mobile e può andare ad occludere la glottide.

Un altro esempio di vita latente è dato dal letargo invernale dei russi e degli eschimesi. Si tratta generalmente di individui grossi e grassi con circolo e respiro rallentati, in cui basta poco per indurre il sonno. Prima che tutte le riserve alimentari siano terminate, il contadino con la famiglia si sdraia in un posto tranquillo, oscuro e possibilmente caldo e vi trascorre così i 4-5 mesi invernali.

La vita latente si può così osservare in tutta la scala zoologica e rappresenta una funzione di mantenimento dell'individuo nella specie. Mediante essa, l'organismo animale riduce al minimo le sue funzioni vitali per riprenderle poi in pieno quando siano ritornate le condizioni favorevoli.

fil.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. ZAPPALÀ. *Le artropatie croniche (escluse quelle da germi conosciuti).* Collaborazione del prof. G. LAZZARO. Prefazione del prof. CESARE ANTONUCCI. Vol. di pagg. XII-240. Editore L. Pozzi - Roma. Prezzo L. 25.

Riportiamo la prefazione che il chiarissimo Prof. Antonucci si è compiaciuto scrivere per questa pubblicazione:

Quando Zappalà mi manifestò il suo proposito di trattare in una maniera riassuntiva, ma il più possibile completa, lo stato attuale delle nostre conoscenze sulle artropatie croniche, escludendo quelle da germi conosciuti, non potei che approvarlo e incoraggiarlo.

Ho sempre ritenuto che in Italia siano troppo pochi i lavori di tipo monografico sugli argomenti di maggiore attualità.

Purtroppo gran parte della nostra coltura scientifica è d'importazione e di colore straniero. E, peggio ancora, data la facilità della comprensione della lingua, è sopratutto la coltura francese che penetra nei nostri giovani fin dai primi anni degli studi universitari.

Negli esponenti più alti della coltura scientifica e professionale, il più spesso, al primitivo stato francesizzante si sovrappone lo stato tedeschizzante o, secondo la corrente più recente, quello anglicizzante o, ancor più, americanizzante.

E tutto questo porta a uno svalutamento inconscio di quel tanto che può essere il contributo italiano; in quanto noi stessi, dal nessun conto in cui vediamo tenuti i nostri lavori dagli autori stranieri, siamo incoscientemente, ma potentemente, indotti a deprezzarli e a sottovalutarli.

Negli stessi trattati italiani ultimamente apparsi alla luce e degni peraltro tutti di altissima considerazione, appaiono chiaramente a un occhio attento secondo i vari compilatori le varie preferenze culturali rispetto alle scuole estere.

Ora questo non accadrebbe più se una più diffusa esercitazione degli scrittori di scienza nella compilazione o meglio nella elaborazione dei volumi monografici riuscisse a mano a mano a italianizzare, a ripensare italianamente tutto il vasto, enorme anzi, bisogna ben riconoscerlo, contributo straniero, e nello stesso tempo a mettere in valore (come non sarà mai fatto dagli stranieri) il contributo, notevolissimo ormai, dei ricercatori e degli studiosi italiani.

I trattati si preparano sulle monografie, non sugli articoli.

Perciò ho sempre pensato che sia stato in questo senso un danno l'avere abolite le antiche tesi di libera docenza.

Questi lavori monografici rappresentavano un anno o due o talvolta più di ricerca paziente, di elaborazione e di ordinamento della mate-

ria, e non escludevano la possibilità di un apporto originale, che risultava appunto ben basato sulla completa, documentata conoscenza dell'argomento in tutta la sua ampiezza.

L'argomento prescelto da Zappalà, è uno dei più vasti e dei più complessi tra quelli che si impongono attualmente alla nostra attenzione. È sopratutto sentito un bisogno di ordinamento di tutta la materia, in mezzo alla estrema varietà e disparità dei concetti e delle classificazioni.

Non deve sembrare strano che questo volume esca da un ambiente chirurgico.

Lo studio e la conoscenza delle malattie articolari interessano, direi, egualmente il medico e il chirurgo. Noi chirurgi siamo un poco calunniati dai nostri colleghi medici.

È ormai un luogo comune, troppo ripetuto, l'asserzione che la chirurgia altro non sia in fondo che terapia, e che il chirurgo sia soltanto preoccupato e orgoglioso della sua tecnica, e dimentico o incurante dello studio della patogenesi.

Se ancora esistono chirurgi siffatti, io credo che la maggioranza sia ormai ben diversa.

I chirurgi moderni vogliono essere dei *medici che sanno fare della terapia chirurgica.*

Perciò il carattere principale del lavoro di Zappalà è quello di aver voluto ordinare il dottrinale moderno esistente sulle Artropatie croniche in un quadro il più possibile chiaro, senza trascurare nessuna delle nuove acquisizioni, provengano esse da medici o da patologi, oppure da chirurgi o da radiologi.

Zappalà si è associato in questa sua fatica a Lazzaro il quale ha svolto i due capitoli sulle artropatie infettive e sulla cura medica.

La diligenza posta dai due AA. nell'assolvere il loro compito mi pare manifesta.

La dottrina dell'infezione focale ha avuto il giusto sviluppo: egualmente le ricerche originali di Munk e quelle anatomo-patologiche di Klinge e Grzymek. Così pure le osteoartrosi endocrine e la malattia di Kashin e Bech sono portate agilmente a conoscenza di un più vasto pubblico medico.

E, ancora, accuratamente svolti sono i capitoli della cura medica e chirurgica.

Quello che fa, a mio avviso, più vivo ed attuale questo volumetto e lo distingue da una impersonale compilazione, è il fatto che la materia è presentata in completo periodo evolutivo, e in maniera tale da dare la sensazione netta di questo stadio particolare dell'argomento.

Molte particolarità sono date più come spunto a ricerche e a discussioni nuove, che non come acquisizioni definitive e certe.

Di notevole interesse mi è parsa la cauta, e certo non assoluta, assimilazione, o, se vogliamo dire forse più esattamente, il confronto tra il concetto dell'infezione focale e quello della infiammazione collaterale.

E questo è uno degli esempi che si potrebbero trarre da questo volumetto a dimostrare la utilità dello studio completo di un argomento. Così sorgono idee e concetti nuovi, che possono essere punti di partenza fecondi per nuovi esperimenti e nuove teorizzazioni.

Credo che questa densa monografia possa essere utile a molti, chirurgi o medici, che non abbiano l'opportunità di seguire nelle riviste gli svolgimenti particolari.

CESARE ANTONUCCI.
Chirurgo Primario negli Ospedali Riuniti di Roma.

**

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

B. CASSINELLI. *Storia della pazzia.* Edizioni Corbaccio. Prezzo, L. 20.

La « Storia della pazzia » che ora viene pubblicata è un'opera di scienza e di arte.

Bruno Cassinelli è un valente giurista, ma è sopra tutto un grande oratore, è quindi un artista. Non gli si fa nessun torto se si afferma che le pagine migliori del suo libro sono quelle sulla psicopatologia dell'arte e sui rapporti tra pazzia e delitto.

La storia della pazzia non fa onore all'umanità. È con cupa tristezza e raccapriccio che si apprende con quanta ferocia gli uomini sani, specie quelli che avrebbero dovuto essere più pietosi, si siano accaniti contro gli uomini folli.

Con la storia della psichiatria si passa in più spirabili aere. L'umanità si redime di così grave peccato.

A questi capitoli densi di notizie illustrate da una vivace critica filosofica, seguono quelli sulla psicopatologia dell'arte intesa come analisi della personalità fisiopsichica dell'artista e delle sue creature. Tutte le opere della poesia, della drammatica, della pittura, della musica sono passate in rassegna clinica.

Tutti i più noti artisti, dai tragici greci a Shakespeare, a Pirandello, da Dante a D'Annunzio, da Manzoni a Zola, a Dostoiewski, da Chopin a Verdi, le loro opere, i loro personaggi più significativi sono sottoposti all'indagine psicofisiologica.

È questa, come abbiam detto, la parte che ci sembra più brillante e più avvincente.

L'idea dominante del libro è che il pensiero e la condotta dell'uomo sono la risultante di fatti insiti alla costituzione organica. Ogni aberrazione non può essere che l'espressione di condizioni somato-psichiche abnormi.

Queste illazioni si concretizzano specificamente nei capitoli sui rapporti tra la follìa e la legge.

Il delitto, come la pazzia, non si sottrae alla legge universale della causalità ed è affatto illusoria l'idea che esso sia effetto della nostra libera volontà.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Bruno Cassinelli porta così un notevole contributo alla valorizzazione della dottrina di Lombroso, nella sua parte più accettabile, e alla scuola penale positiva: una valorizzazione più che mai oggi necessaria di fronte al risorgere di tendenze ultraspiritualistiche dominate da principi aprioristici e da malintese considerazioni di ordine pratico nella valutazione del delitto e della pena. DR.

M. LEIBL. *Grafologia psicologica*. Editore U. Hoepli, Milano, Prezzo Lire 12.

In questi ultimi tempi si sono intensificati gli studi grafologici. Il metodo e il rigore scientifico hanno preso il posto dell'empirismo o della ciarlataneria.

Il presente volume porta un notevole contributo alla grafologia materiato di fatti e illustrato di considerazioni e interpretazioni che attestano il severo abito all'osservazione ed all'indagine ed il fine intuito psicologico dell'autrice.

Dopo avere accennato alla storia della grafologia, ne espone la tecnica moderna. Studia quindi la scrittura nelle varie fasi dello sviluppo delle personalità, nei vari temperamenti, nelle varie condizioni e contingenze della vita ed infine nell'uomo malato.

È un libro che si legge con vivo interesse.

DR.

A. SOUQUES. *Etapes de la neurologie dans l'antiquité grècque*. Editore Masson, Parigi. Prezzo F. 45.

La medicina greca comincia con Omero e si esaurisce con la caduta dell'impero romano. Durante questo lungo periodo, quindici secoli all'incirca, il genio ellenico trovò modo, come in tutti i campi del pensiero e della cultura umana, di lasciare traccie incancellabili nella storia delle conoscenze sull'uomo, sulla sua struttura, sulle sue funzioni, sulle sue malattie.

E la neurologia non fu trascurata.

Malgrado la deficienza dei mezzi d'indagine le conoscenze degli antichi greci erano estese e profonde sopra tutto nel campo della clinica.

Lo studio fatto dal Souques veramente minuto, esauriente desta il più vivo interesse.

DR.

E. PICHON. *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Editore Masson, Parigi, marzo. Fr. 45.

Dopo avere fatto una rassegna critica di tutti i metodi e testi suggeriti per lo studio della mentalità del ragazzo e dell'adolescente, l'A. espone le fasi di sviluppo psichico, l'evoluzione normale del linguaggio, degli istinti, della moralità, dell'intelligenza del ragazzo.

Passa quindi a trattare i vari disturbi dello sviluppo psichico, le sindromi psichiatriche organiche e funzionali, nonchè quelle di origine oscura.

Da queste nozioni semeiologiche e cliniche trae le deduzioni pratiche nel campo dell'educazione e della terapia.

È un volume molto utile per gli studiosi di pedagogia, di neuropsichiatria infantile, e per tutti coloro interessati all'educazione di ragazzi normali e anormali. DR.

A. ALTARELLI. *Codice del Medico del lavoro*. Un vol. in-16° di 400 pag., rilegato (Manuali Hoepli). U. Hoepli, Milano, 1936. Prezzo L. 18.

Molte sono le disposizioni legislative riguardanti il lavoro, contenute in leggi diverse, che non è sempre agevole avere sotto mano, sicchè i medici, sempre più numerosi, che sono interessati nella loro applicazione, non possono averle tutte presenti. Un'opera meritoria ha pertanto compiuta il dott. Altarelli, compilando questa raccolta di disposizioni legislative, bene ordinate e classificate, in modo che ad ogni questione che si presenta si possa prontamente trovare la risposta.

I vari capitoli riguardano: locali di lavoro ed annessi; infermiere di fabbrica; visite mediche; certificati medici; assistenza sanitaria; esperti, periti e collegi medici; doveri ed attribuzioni del medico del lavoro.

Nell'appendice, sono poi riportati integralmente il Regolamento generale per l'igiene del lavoro ed il T. U. delle leggi sanitarie.

fil.

M. GIAQUINTO MIRA. *La malaria en Guatemala*. Op. di pag. 54 con 4 fig. e 2 graf., Roma. Edizioni « (Rivista di Malariologia », 1936.

Il prof. Giaquinto Mira, incaricato dal Governo del Guatemala di accertare l'incidenza della malaria e di organizzare la lotta contro questa malattia in quella Nazione, ha compiuto in quattro anni un'azione intensa, efficace e avveduta, il cui sviluppo è consegnato in quest'ampio rapporto, che è un'affermazione di italianità. Egli ha messo in valore i metodi italiani di studio e di lotta; in particolare ha lumeggiato la nozione e l'attuazione della « bonifica integrale ». Durante la sua dimora ha compiuto vari studi pregevoli, tra cui l'individuazione di una nuova specie di anofeli vettori di malaria (*Anopheles hectoris*). A. P.

POSTA AMMINISTRATIVA:

Modificazioni sulla fascetta di spedizione:

Dovendosi quanto prima approntare il rifornimento delle fascette per la spedizione dei fascicoli del " Policlinico „ agli abbonati, l'amministrazione prega coloro che desiderano apportarvi correzioni, aggiunte, ecc. di volerne dare sollecita comunicazione, mediante cartolina postale affrancata con 30 centesimi, applicandovi possibilmente copia della fascetta con le varianti desiderate.

L'editore L. POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Continuazione, vedi num. precedente).

Presidenza: Prof. C. Frugoni.

Seduta antimeridiana - 20 ottobre 1936.

Discussione della Relazione:

La fisiopatologia dello scompenso cronico di circolo.

R. De Nunno (Siena). — Illustra l'importanza che può assumere la determinazione dell'aria espirata (T.A.E.) nella insufficienza circolatoria in genere, ma specie per svelare la fase inizialissima dello scompenso acuto, quando cioè non vi sono sintomi clinici capaci di svelarlo. In tale fase la T.A.E. è aumentata. Questa determinazione non è però entrata tuttora nell'uso corrente in clinica, sopratutto a causa dei dati contradittori che forniscono le pinze termo-elettriche attualmente adoperate.

L'O. presenta un recentissimo dispositivo da lui studiato, di cui dimostra il funzionamento e con il quale la determinazione della T.A.E. diviene facile.

R. Silvestrini (Perugia). — A proposito di quanto rilevato dal prof. Cesa-Bianchi, ricorda casi di vizi cardiaci in donne che ebbero accessi di edema polmonare in periodo di menopausa e così pure ricorda la frequenza di disturbi cardiaci in individui d'ambo i sessi nel periodo del tramonto genitale.

Si dichiara scettico, al pari del Relatore, sulle possibilità delle morti cardiache improvvise, tanto più che sono noti casi in cui, dopo aver esaminato tanti distretti cardiaci, fu trovata una piccola zona di degenerazione del fascio di His. Ammette tuttavia l'esistenza di arresti cardiaci da causa nervosa, p. es. in via riflessa da calcolosi epatica. Tratta infine dell'epatomegalia degli aortici, che a volte può rappresentare il primo ed unico segno d'insufficienza miocardica e che ritiene spiegabile con la speciale irrorazione di quell'organo.

F. Schiassi (Bologna). — L'O. si sofferma a ricordare una particolare forma di insufficienza circolatoria, il cui meccanismo è tutto periferico ed è legata a processi pleurici adesivi, a pleurite adesiva d. ed esclusivamente della pleura d.

Le forme più gravi (un caso fu pubblicato da un suo assistente) sono quelle da pleurite adesiva totale con forte retrazione dell'emitorace destro, con immobilità dell'emidiaframma destro, con respiro crociato parziale: buona mobilità ed espansione dell'emitorace sinistro. Alla necroscopia non risulta ostacolo meccanico permanente nella cava.

Gli infermi sono condannati all'immobilità, sono tachicardici e ipotesi.

L'unica interpretazione possibile di questa insufficienza circolatoria cronica è uno strozzamento delle sovraepatiche e della cava inferiore che si verifica ad ogni atto respiratorio per l'attività dell'emidiaframma sinistro che tira verso sinistra l'emidiaframma destro e respinge così il foro diaframmatico della cava.

Tenuto conto di questo concetto, l'O. ha fatto studiare nel suo Istituto la gettata sistolica e la portata circolatoria ed ha potuto notare che entrambi sono notevolmente diminuite. Ritiene quindi che esista una forma di insufficienza circolatoria cronica da pleurite adesiva destra per diminuito carico che si effettua col meccanismo accennato.

L'O. desidera poi richiamare l'attenzione sui meccanismi di adattamento del cuore in condizioni normali e patologiche, in quanto tale problema è strettamente congiunto con quello della insufficienza cronica di circolo perchè l'insufficienza si stabilisce se viene meno il suddetto adattamento.

La legge del cuore, di Maestrini-Starling, ha gettato uno sprazzo di luce sul meccanismo di questo adattamento e da essa ne è derivata la nozione che l'*optimum* di adattamento a una maggiore richiesta di lavoro viene raggiunta con un aumento del volume diastolico, non con aumento di frequenza; solo quando le forze di riserva non bastano per la maggiore attività richiesta, allora il cuore risponde con un aumento di frequenza.

Da molti è ritenuto che l'aumento di frequenza sia un cattivo meccanismo di adattamento perchè accorcia la diastole, diminuisce l'allungamento diastolico che è la condizione fondamentale nella legge di Maestrini-Starling per un aumento di lavoro.

Difatti secondo questa legge perchè un miocardio sano adatti la sua contrazione ai bisogni diversi dell'organismo deve aversi un aumento delle fibre muscolari, ma come può intervenire questo meccanismo quando in condizioni normali per uno sforzo anche lieve il ritmo cardiaco può salire a 120-130 sia pure per pochi minuti?

Se il ritmo si raddoppia la diastole si riduce a metà e quindi la gettata sistolica si riduce a metà e non è dimostrato che per la frequenza il lavoro del cuore aumenti, tanto è vero che entro certi limiti i cuori tachicardici non sempre si ipertrofizzano: si ipertrofizzano i cuori bradicardici.

Gli è che secondo un vecchio concetto di Murri l'aumento di afflusso quale si verifica fin dall'inizio dello sforzo come fenomeno di alterato regime diastolico, determina tachicardia. Murri credeva che questo concetto valesse solo per il cuore patologico, ma questo avviene anche nel sano nello sforzo muscolare che cagiona aumento di afflusso di sangue al cuore, il quale, per la tachicardia, con conseguente diminuzione del carico, è protetto dalla dilatazione e dalla ipertrofia da maggior lavoro.

Concludendo la legge del cuore di Maestrini e Starling va integrata con il principio di Murri, al quale entro certi limiti di acceleramento, non sfuggono nemmeno cuori normali, altrimenti l'O. non saprebbe spiegarsi come la reazione generale allo sforzo dei cuori sani non alterati sia innanzi tutto la tachicardia, la quale in condizioni normali con il meccanismo del diminuito carico protegge dalla dilatazione.

E di ciò è prova il fatto che i cuori normali tachicardici sono cuori piccoli e anche cuori patologici tachicardici possono mantenersi piccoli fino alla morte come l'O. ha potuto vedere in una fibrillazione auricolare tachicardica.

Occorre dunque porre una limitazione alla opinione corrente che l'aumento di frequenza in seguito a sforzo non sia un meccanismo adeguato di adattamento e l'O. è lieto di aver richiamato a

questo proposito in onore una nozione derivante dalla limpida concezione di Murri sui rapporti fra regime diastolico e frequenza del ritmo.

Per quanto riguarda la terapia chirurgica di certe forme di scompenso cronico di circolo mediante tiroidectomia totale, l'O. sebbene in una casistica limitata, ha avuto risultati incoraggianti.

Infine l'O. si compiace con quanto detto dai RR. circa la frequenza dei reperti istopatologici positivi del cuore in casi di scompenso cronico di circolo, essendo ciò contrario a quanto dichiarava pochi anni or sono, un illustre anatomo-patologo, il Fahr, e cioè che si osservano dilatazioni miogene e fenomeni gravi di stasi con reperti istologici del cuore pressochè negativi.

G. M. CATALDI (Napoli). — L'O. ha esaminato i nervi ed i gangli cardiaci intramurali ed extramurali di 15 casi venuti all'autopsia per scompenso cardio-circolatorio. Da esami istologici molto accurati, l'O. ha potuto trarre utili osservazioni ed enunciare ipotesi attendibili, avendo riscontrato alterazioni non sempre proporzionali a quelle che si riscontrano nel miocardio. L'O. ritiene quindi che in tutte le persone che vengono a morte per scompenso cardiaco e nelle quali il miocardio si presenta istologicamente integro o quasi, occorre rivolgere particolare attenzione al sistema specifico atrio-ventricolare ed al sistema nervoso cardiaco in tutte le sue parti.

Per quanto riguarda le insufficienze parziali di cuore, in base a ricerche sperimentali, l'O. ritiene di poter concludere che il cuore è un tutto armonioso, in cui la lesione di una delle sue parti basta a turbare la funzione delle altre rimaste integre.

Infine per quanto si riferisce all'edema polmonare, l'O. dopo aver ricordato le ricerche di alcuni autori portoghesi in polemica con alcune ricerche personali, ritiene di dover dare ai dati sperimentali un valore relativo non essendo possibile trasportare in patologia umana quanto si verifica negli animali.

P. SISTO (Modena). — L'O. ritiene che fra le varie tecniche, ricordate dai RR. nella loro magistrale relazione, per la determinazione della patogenesi dello scompenso cardiaco, si debba dare un notevole valore alla determinazione della velocità di circolazione, le cui cifre sono abbastanza costanti e quindi utilizzabili.

In particolare nella sua Clinica l'O. ha studiato il metodo di Godel e Chehale che abbina i due metodi già in uso del decholin e dell'etere, iniettati endovena e per cui il paziente dopo pochi secondi segnala in bocca il particolare del decholin. Il tempo decorso dal momento dell'iniezione al momento in cui il p. avverte il sapore amaro è il tempo di circolazione e sottraendo da esso il tempo trascorso per l'iniezione e il soffio dell'etere si ha il tempo di circolo dal cuore sin. alla periferia. Non ha udito trattare dai Relatori come metodo di ricerca della funzione miocardica, l'elettrocardiografia, mentre è noto che esistono una quantità di segni elettrocardiografici che tradiscono la sofferenza del miocardio, come il basso voltaggio, l'allargamento della base del complesso ventricolare iniziale, la presenza di punte sopranumerarie, la punta di Pardee e così via. L'O. che ha seguìto per molti anni il comportamento di queste alterazioni, mettendole in rapporto col decorso clinico e con i reperti anatomo-istologici, ha potuto vedere tuttavia che non sembra esista concordanza tra i segni clinici e le lesioni anatomiche. Propone infine che il Consiglio Direttivo ponga come tema di Relazione per uno dei prossimi Congressi la terapia della insufficienza cronica di cuore.

L. FERRANNINI (Bari). — Ammira l'esposizione completa e serena della teoria del compenso e dello scompenso, la distinzione netta tra cause ed effetti (fattori e sintomi) dello scompenso, la valutazione delle varie cause, l'importanza fondamentale delle condizioni della fibrino-cellula cardiaca; e cita l'esempio del decorso dei vizi traumatici e teratologici del cuore di fronte a quelli di natura infiammatoria. Dimostra l'insostenibilità o la limitazione del concetto delle insufficienze parziali di cuore; e riconosce l'importanza della distinzione tra insufficienza compensata e scompensata dimostrata dalle ricerche sui depositi di sangue fatte nella sua Clinica. Per la terapia fa notare che la digitale nulla previene e che i risultati della tiroidectomia egli più innocuamente li ha ottenuti con la terapia ipotiroidea.

L. CONDORELLI (Bari). — Le insufficienze parziali del cuore sono una entità clinica e fisiopatologica di reale e grande importanza. La lesione cardiaca determina alcune particolari turbe emodinamiche a seconda del tipo e della sede della lesione: tali modificazioni hanno valore compensativo e costituiscono la condizione essenziale per il mantenimento di buone condizioni generali di circolo. Ma le nuove condizioni emodinamiche sono anche esse causa di turbe funzionali, prive di effetti utili e che incidono profondamente nel determinismo dei quadri clinici degli scompensi parziali.

Nel determinismo della insufficienza cardiaca e più precisamente della insufficienza di determinati distretti miocardici, assumono notevole importanza le turbe della circolazione coronarica che si istituiscono come conseguenza diretta della lesione cardiaca primordiale. L'O. ritiene che in tali casi va valutata non la sproporzione tra il diametro delle coronarie e la massa di miocardio ipertrofico da nutrire, ma bensì il momento funzionale della turba della irrorazione sistolica e diastolica dei diversi distretti miocardici che la lesione cardiaca produce. Da ricerche dell'O. risulta che le regioni miocardiche più danneggiate nella nutrizione sono proprio le regioni che in conseguenza del vizio si ipertrofizzano. L'O. tratta poi della patogenesi degli edemi, sostenendo che la loro formazione non dipenda dall'aumento della pressione venosa, ma bensì dalle profonde modificazioni fisico-chimiche che inducе la stasi cronica ed il rallentamento di circolo nei capillari e nei tessuti. E nel determinismo degli edemi incide profondamente la turba generale del metabolismo dell'acqua, dovuto alle lesioni da stasi di organi che regolano il metabolismo idricosalino.

P. BENEDETTI (Bologna). — L'O. si intrattiene brevemente sul problema della valutazione clinica dei risultati che si ottengono con la determinazione della Portata circolatoria (Pc). Egli rileva come le ricerche sul malato siano ancora scarse e come gli AA. sogliono valutare la Pc individuale in rapporto alla superficie corporea, calcolata secondo le usuali tabelle, ottenendo così quello che abitualmente si indica come « indice cardiaco » ossia il quoziente portata circolatoria : superficie corporea (Pc : Sc). Tale procedimento trasportato in Clinica dalla fisiologia, presenta gravi inconvenienti non solo a causa di errori non trascurabili calcolando

la superficie nel modo suaccennato, ma anche e sopratutto perchè il peso corporeo con le sue importanti valutazioni individuali in più od in meno, dovute agli edemi, ecc. non può rappresentare che un termine di riferimento quanto mai infido. Secondo l'O. invece è molto meglio prendere come base di valutazione individuale della Pc la grandezza complessiva (tridimensionale) del cuore, determinata secondo il metodo di Benedetti e Bollini.

L'O. perciò consiglia la determinazione nei singoli casi del rapporto tra grandezza complessiva del cuore (valore cardiaco, Vc), e portata circolatoria (quoziente Vc:Pc).

L'O. passa quindi ad illustrare brevemente il significato clinico di questo nuovo indice, che egli ritiene di avere studiato per primo (a quanto gli consti) e riferisce a questo riguardo i principali risultati ottenuti nella Clinica di Bologna sia su individui sani che malati di cardiopatie organiche.

Oltre al rapporto (Vc:Pc) l'O. ha studiato anche il rapporto (Vc:Gs), ossia il quoziente fra valore cardiaco e gittata sistolica, ma rimanda ad una prossima pubblicazione per una più approfondita analisi dei dati raccolti.

N. Pende (Roma). — L'O. concorda col relatore nel fissare il concetto basale che nello scompenso circolatorio cronico occorre non perdere di vista le correlazioni delle varie porzioni dell'apparato circolatorio e di questo col resto dell'organismo. Ma appunto per questa ragione non si può facilmente distinguere nè patogenicamente nè clinicamente scompenso circolatorio e scompenso cardiaco, come fa il Cesa-Bianchi, perchè in ogni scompenso cardiaco v'è necessariamente uno scompenso circolatorio ed in ogni scompenso circolatorio l'ultima ratio, come il Cesa-Bianchi stesso riconosce, è l'insufficienza cardiaca.

L'O. crede poi che non si può parlare dal lato patogenetico o fisiopatologico di *un solo scompenso circolatorio*, perchè la clinica dimostra che ci sono vari tipi patogenetici e clinici di scompenso circolatorio a seconda che è l'uno o l'altro fattore essenziale nel campo delle correlazioni morbose che domina e decide dello scompenso. Così v'è una insufficienza circolatoria pallida, con ischemia dei tessuti periferici ed una cianotica con stati di sangue nella periferia; v'è una insufficienza circolatoria con scompenso arteriolo-capillare ed una con scompenso venulare; una insufficienza con cuore iperattivo, come Starey Wilson ha dimostrato, cioè con miocardio che lavora di più, ma male, con aumentata eccitabilità, contrattilità, conducibilità, prima che si arrivi all'esaurimento; ed una insufficienza con cuore ipodinamico, come avviene per es. in molte miocarditi croniche e miocardosi e miocardie; v'è una insufficienza circolatoria con ipereccitabilità del simpatico ed una con ipereccitabilità del vago; una con metabolismo basale elevato ed una con metabolismo normale. In tutti questi vari tipi, diverso è il meccanismo dello scompenso, diversa è la causa.

L'O. richiama l'attenzione, per es., sulla grande importanza che nello scompenso assume l'atteggiamento diverso del sistema nervoso vegetativo, e della tiroide e del surrene.

Da quest'ultimo punto di vista ricorda che alcune ricerche istochimiche sui morti con insufficienza circolatoria dimostrano l'importanza della povertà del muscolo cardiaco nei lipoidi, corrispondente ad una povertà in lipoidi della corteccia surrenale. Occorre dunque nei cardiopazienti scompensati considerare anche il metabolismo lipoideo oltre quello del glicogeno nel muscolo cardiaco, che si comporta, in ciò, come i muscoli scheletrici nello sforzo e nella fatica.

E. Peserico (Padova). — Osserva che la relazione accenna molto prudentemente all'importante rapporto fra tono del cuore e scompenso. Comunque si voglia definire il concetto di tono del cuore è certo che questa proprietà del miocardio presuppone la possibilità che cuori a volumi diastolici diversi possano, già in condizioni fisiologiche, fornire quantità diversa di lavoro esterno; che, in altre parole, il rapporto fra volume diastolico del cuore e lavoro esterno non sia costante ma variabile in funzione di fattori da determinarsi. Effettivamente l'esperienza dimostra che tale possibilità esiste e che molti fattori emodinamici, umorali, venosi possono influire. In questa direzione è probabile si possano mettere in luce elementi di notevole importanza per il problema dello scompenso.

Giordano (Torino). — L'O. è d'accordo con i RR. nel ritenere che il valore della portata cardiaca non può considerarsi un'esatta espressione dell'alterazione dell'emodinamica. Crede invece dare più importanza al tempo medio di circolazione che si ottiene dal rapporto fra la massa del sangue circolante e la portata cardiaca.

Per quanto riguarda il quesito se i sintomi dello scompenso dipendono da diminuzione della quantità di sangue che viene spostata nell'unità di tempo oppure dalla stasi a monte del cuore, l'O. ritiene che quest'ultima dipenda sempre dalla prima condizione, ossia essa si manifesta quando incomincerà il vero scompenso di circolo, dal punto di vista emodinamico, ossia quando il cuore non è più in grado di espellere tutto il sangue che ad esso proviene dal circolo venoso.

P. Perona (Padova). — L'O. desidera portare il contributo della Röntgenchimografia nello studio dello scompenso cardiaco ed a tale scopo richiamare l'attenzione su una forma particolare e distrettuale di miocardite da trombosi miocardica. Tale forma o è un quadro a sè o rappresenta l'ultima tappa cui si giunge attraverso piccoli infarti. In questo secondo caso la lesione si istituisce lentamente per lo più in individui anziani, spesso soggetti a crisi di angor; si giunge così attraverso alla organizzazione di piccoli infarti alla miocardite fibrosa o fibroplastica.

Si viene in tal modo a determinare una progressiva abolizione della capacità contrattile, il che conduce ad una modificazione del quadro chimografico, come ha potuto osservare Schilling e lo stesso O. in alcuni casi studiati. Si osserva cioè che nella metà inferiore del ventricolo sinistro la marginale si presenta lievemente sinuosa e tale da essere interpretata come la espressione probabile più di movimenti trasmessi che di movimenti alternati.

Nella stasi circolatoria della base è solo da ricordare le difficoltà spesso insuperabili per distinguerla con la forma infiltrativa ove chimograficamente è dimostrabile nettamente alla base destra che le ombre sospette sono pulsanti e che quindi sono di origine vasale.

L. Giuffrè (Palermo). — L'O. si domanda perchè si continui ancora, nei casi di insufficienza cardiaca ed in quelli di insufficienza circolatoria, così esattamente distinto dai RR., a parlare di scompenso. Dato infatti che tale parola significa rottura di compenso, quale significato può avere nei casi di insufficienza circolatoria? Evidentemente nessuno. Nei casi di insufficienza cardiaca,

in cui vi sia ipertrofia compensatoria, potrebbe forse qui parlarsi di scompenso, ma poichè l'insufficienza cardiaca si può avere anche senza ipertrofia del miocardio, è da domandarsi anche in tali casi quale significato possa avere la parola scompenso.

In tanto fervore di rinnovamento, anche nel campo della patologia, l'O. si domanda se non sia il caso di sostituire al concetto di compenso, quello di adattamento, concetto già proposto dall'O. da molti anni.

M. LANDOLFI (Napoli). — Mentre i malati cronici di cuore vivono relativamente a lungo, sono per contro aumentate le morti improvvise, le facili insufficienze acute del cuore, per le quali invoca fattori dinamici, crisi meteoropatiche, lo sviluppo rapido della civiltà che non ha trovato nei popoli meno allenati adeguato adattamento del proprio cuore. Necessità quindi con metodi precoci l'esame potenziale del cuore, che è appunto lo studio delle riserve del miocardio, sopra tutto con l'indagine dei riflessi sul cuore.

G. DE FLORA (Genova). — L'O. richiama l'attenzione su alcune forme di iposistolia caratterizzate da una imponente epatomegalia quale unico sintoma dello scompenso circolatorio. Si tratta di individui per lo più affetti da vizii mitralici e che risultano nello stesso tempo alcoolisti o luetici; questa forma di iposistolia fu chiamata da Hanot asistolia epatica; evidentemente la lue e l'alcoolismo agiscono da cause predisponenti locali che si sommano a quelle anatomiche (ampiezza patologica delle vene sopra-epatiche) per determinare questa sindrome che importa far rilevare perchè facilmente confondibile con un'affezione primitiva del fegato.

M. RIGONI (Bologna). — L'O. ha compiuto alcune ricerche allo scopo di controllare e di studiare il fenomeno puramente clinico, rilevato dal sen. Viola per cui un cardiaco in stato di compenso circolatorio, che esegue un esercizio fisico per lui gravoso, può facilmente cadere in stato di scompenso, allorchè l'esercizio venga eseguito con gli arti superiori, mentre può sopportare impunemente un lavoro anche molto più considerevole, quando eserciti gli arti inferiori.

L'O. ha potuto vedere che in seguito all'esercizio con gli arti superiori si verifica un sovraconsumo di O_2 molto superiore di quello che si verifica in seguito al lavoro eseguito con gli arti inferiori. Ciò va attribuito essenzialmente alle disposizioni anatomiche e funzionali caratterizzanti le muscolature che partecipano ai movimenti, nonchè alle inserzioni di queste sulle parti ossee degli arti e sui cingoli rispettivi (scapolare e pelvico).

L. PATERNI (Roma). — L'O. espone alcune considerazioni fisiopatologiche e cliniche su cinque casi di cardiaci scompensati trattati con tiroidectomia. In tutti e cinque nessun miglioramento era più sperabile dalle cure mediche ripetutamente e intensamente eseguite.

Tre decedettero; in uno trattavasi di aortite luetica, insufficienza aortica crisi anginose a ripetizione, si ottenne la scomparsa delle crisi, dopo venti giorni si ebbe il decesso per edema polmonare, alla autopsia fu rinvenuto anche aneurisma della aorta ascendente; in un secondo malato trattavasi di insufficenza aortica e mitralica di origine reumatica con crisi anginose a ripetizione e mediocri segni di scompenso ventricolare destro, si ottenne cessazione delle crisi anginose; avvenne il decesso dopo alcune settimane per ricorrenza endocarditica, all'autopsia l'asportazione della tiroide risultò incompleta; in un terzo caso trattavasi di insufficenza mitralica con grande scompenso ventricolare destro, decesso dopo pochi giorni per broncopolmonite. Degli altri due casi, in uno con vizio composto mitralico si ebbe insperato miglioramento che persiste a cinque mesi dall'operazione, in un altro pure con vizio composto mitralico si ebbe scomparsa dell'aritmia completa e ripristino delle condizioni anteriori allo scompenso, così che la paziente potè riprendere in pieno le sue occupazioni di donna di casa, tale miglioramento persiste a venti mesi dall'intervento. L'O. muove considerazioni sulle indicazioni dell'intervento, sulla quasi perfetta tolleranza dell'ablazione tiroidea da parte di questi malati, sulla azione dell'intervento sui vari sintomi dello scompenso compresa la pressione venosa e velocità di corrente, e richiama l'attenzione sui probabili effetti della tiroidectomia non solo sul metabolismo generale ma anche come egli ritiene, sul sistema nervoso vegetativo specialmente simpatico.

F. MARCOLONGO (Torino). — L'O. si sofferma a parlare delle alterazioni della cloremia e della funzione renale nello scompenso cronico di circolo, dichiarando di essere d'accordo con i RR. sui dati riferiti per la cloremia del siero. Tuttavia le cose si fanno più complesse se invece della cloremia del siero si determinano sistematicamente tutte le altre frazioni cloriche del sangue, ma l'O. è costretto a rinunciare ad entrare nelle discussioni patogenetiche delle alterazioni in questo senso da lui provate.

Per quanto riguarda le modificazioni della funzione renale nello scompenso cardiaco l'O. ricorda che oltre ai quadri più comuni della insufficienza renale, si riscontrano quadri meno marcati e che anzi possono sfuggire se non vengono attentamente indagati, come un'ipostenuria più o meno spiccata con aumento più o meno notevole dell'N residuo nel sangue e spesso anche con altre alterazioni ematochimiche. D'altra parte l'O. ricorda come da sue ricerche sistematiche siano risultate frequentemente nei cardiaci scompensati alterazioni della « urea clearance » indice del comportamento del potere di concentrazione del rene, alterazioni che debbono essere riferite senza dubbio a modificazioni circolatorie del rene.

D. MAESTRINI (Arezzo). — L'O. ringrazia i relatori e gli oratori per aver ricordato la « *legge del lavoro del cuore* », che egli scoprì nel 1915 in biologia e che poi portò in patologia ed in clinica.

Sempre a proposito della « *legge del cuore* » egli dice che fu per l'appunto lui a parlare di « *tensione* » e non già altri; e ne parlò nel lavoro del 1915, perchè la legge poggia sul ricambio, che aumenta con la tensione della fibra.

Per ultimo dice che bisogna considerare il cuore in scompenso, come in *regime isometrico*, perchè il cuore in scompenso ha molti punti di contatto nel suo ricambio materiale, con il ricambio del muscolo scheletrico, quando appunto lavora in *regime isometrico*.

T. SESSA (Napoli). — L'O. ha studiato la velocità della corrente del sangue attraverso la determinazione del « tempo di circolazione » braccio-lingua sia nell'adulto che nel bambino, normali ed in varie condizioni morbose e dalle sue ricerche ritiene che tale indagine possa ai fini della pratica medica corrente essere introdotta in clinica, essendo la tecnica (metodo di Leschke) facile, rapida, innocua.

(*Continua*). A. POZZI.

XLIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

19 ottobre, ore 15.

Presidenza: prof. R. ALESSANDRI.

Proff. M. DONATI e M. LAPIDARI (Milano), relatori.

Fratture della colonna vertebrale.

(*Riassunto*).

Le fratture della colonna hanno assunto una importanza rilevante nel campo della traumatologia ed i problemi inerenti alla loro patogenesi, allo studio clinico ed alla loro terapia sono fra i più appassionati e preoccupanti per il chirurgo. Tali questioni sono così diventate di speciale attualità, tanto da figurare con particolare frequenza all'ordine del giorno di vari Congressi di chirurghi, traumatologi ed infortunisti.

Questo stesso argomento, scelto come tema di relazione per il XLIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, è stato affidato ai RR. per la parte che interessa le lesioni osteo-articolari: nella trattazione hanno quindi trascurato, fin dove è stato possibile, le questioni inerenti alle lesioni nervose, che fanno parte del tema riservato al Correlatore.

Le fratture della colonna sembrano essere in questi ultimi tempi più frequenti: ciò è dovuto, più che all'aumento delle cause e delle occasioni vulneranti, al fatto che i mezzi diagnostici e specialmente radiodiagnostici più raffinati ci permettono di fare una diagnosi di frattura anche là, dove, per la lieve entità dei sintomi clinici, non si sarebbe potuto sospettare una lesione ossea.

Poichè l'ignoranza della lesione ossea può portare ad un trattamento erroneo ed insufficiente, che a distanza può determinare delle alterazioni anatomiche e funzionali più o meno gravi, il chirurgo deve sempre controllare *radiograficamente* ogni più tenue sospetto di lesione rachidea.

L'esame radiografico deve essere almeno eseguito nelle due proiezioni ortogonali e, se necessario, nelle posizioni speciali o con speciali accorgimenti per la messa in evidenza di certe parti vertebrali o di talune vertebre.

Le fratture vertebrali riconoscono generalmente una causa indiretta soprattutto quando la frattura è totale; delle fratture parziali possono anche dipendere da un meccanismo diretto quelle che interessano le apofisi spinose, le apofisi trasverse e qualche volta gli archi.

Dei meccanismi di frattura da causa indiretta il più frequente è quello da *compressione per iperflessione* della colonna.

Altri meccanismi che possono volta a volta dar luogo a fratture sono la *compressione per iperestensione*, lo *schiacciamento*, lo *strappamento* e la *torsione*.

Una speciale considerazione meritano le lesioni a carico dei corpi vertebrali dovute a contratture muscolari nel tetano: indubbiamente entrano in gioco in questo caso anche alterazioni strutturali della spongiosa dei corpi vertebrali.

La sintomatologia generale, prescindendo da eventuali complicazioni di carattere nervoso, è data dai sintomi soliti a tutte le fratture: dolore, contrattura muscolare, deformità dovuta a deviazioni dell'asse rachideo o a ematomi, impotenza funzionale.

Le fratture dell'atlante hanno in genere una prognosi benigna, quando non coesiste spostamento dei frammenti che possano ledere il cordone midollare. In generale con una semplice immobilizzazione per circa due mesi con collare gessato a minerva si ottiene una guarigione completa; una complicazione può essere la lesione del nervo sottooccipitale di Arnold, immediata per opera dei frammenti o postuma per opera di un callo esuberante.

La lussazione pura completa anteriore dell'atlante è invece un raro tipo di lesione che quasi sempre determina la morte del paziente per compressione del midollo fra l'arco posteriore e l'odontoide: più benigna è la sintomatologia delle sublussazioni o delle lussazioni per rotazione. La prognosi deve essere sempre riservata per le possibili complicazioni secondarie.

La frattura del *dens epistrophei* è una lesione pure notevolmente grave, quando si accompagna a lussazione in avanti dell'atlante. Questa evenienza, se non si determina immediatamente al momento del trauma, può verificarsi anche a distanza di anni per la notevole tendenza della frattura del dente a non consolidarsi. Per questo, nel trattamento, l'abbandono di tutte le forme di immobilizzazione deve essere condizionato alla constatazione dell'avvenuto saldamento osseo, sul controllo radiografico.

La lesione rilevata radiograficamente non è sempre in rapporto con la lesione dal punto di vista clinico: infatti i più gravi spostamenti possono aversi senza complicazioni bulbo-midollari, mentre le più gravi sindromi midollari possono anche non avere alcun riscontro sul documento radiografico.

Delle altre vertebre cervicali (dalla III alla VII) quella che si frattura con maggiore frequenza è la V; il meccanismo di frattura riconosce quasi sempre una causa indiretta ed a questo proposito ricordiamo la frequenza della lesione nei nuotatori che si tuffano a capofitto nell'acqua troppo bassa. Anche per queste fratture la gravità della sintomatologia non è sempre in rapporto con la gravità della lesione.

Per il trattamento in genere, di queste lesioni, i RR. sono propensi alla riduzione per trazione continuata a letto, ripudiando quelle manovre violente di riduzione immediata che non sono sempre prive di pericolo. Così pure l'esperienza dei RR. non è molto favorevole all'intervento chirurgico decompressivo quando esistono segni midollari (laminectomia), poichè questi, ove si tratti di fenomeni dovuti ad ematomielia, edema midollare, ecc. si risolvono da soli anche senza alcun intervento cruento; mentre là ove si sono stabilite lesioni del nevrasse, l'intervento non potrà più portare alcun beneficio, ma aggraverà invece le condizioni del paziente. Fatti semplici di compressione dovuti a dislocazione di frammenti si risolveranno invece con la riduzione incruenta della frattura.

Le fratture del tratto dorso-lombare interessano di preferenza la XII dorsale e la I lombare. Ciò i RR. hanno riscontrato anche nella loro casistica.

Anche per queste fratture il meccanismo più frequente è quello da causa indiretta e per compressione. Alla frattura dei corpi per lacerazione dei legamenti inter- e sopraspinosi, interarticolari e gialli, o per frattura degli archi e dei processi articolari, si può aggiungere la dislocazione o la lussazione della colonna sovrastante alla frattura, con lesione più o meno grave del midollo, specialmente quando si ha contemporaneamente lesione del legamento longitudinale posteriore.

I dischi intervertebrali possono presentare lesioni proprie che talvolta si mostrano isolatamen-

te, all'infuori di ogni lesione ossea dimostrabile radiograficamente.

Qualche volta si ha una proiezione della sostanza polposa nel canale rachideo, con fatti compressivi a carico del midollo; oppure attraverso incrinature della placca cartilaginea dei corpi vertebrali si insinua parte del nucleo polposo, formando degli inclusi in mezzo alla spongiosa, causa ulteriore di disturbi a carico del rachide (*noduli cartilaginei di* Schmorl). Questi inclusi potrebbero essere la causa prima di quelle alterazioni del corpo vertebrale che determinano a distanza da un trauma insignificante la tanto discussa sindrome di Kümmell; i RR. credono pertanto più probabile che questa affezione non rappresenti che l'esito a distanza di una frattura ignorata o trascurata.

La questione della cura di queste lesioni ha sollevato in questi ultimi tempi un acceso dibattito fra i vari autori.

Per la cura delle lesioni dorso-lombari i RR. condividono in genere il parere di Böhler per la riduzione immediata e immobilizzazione della frattura; tuttavia, anche allo scopo di poter utilizzare l'anestesia generale, più efficace e meno pericolosa di quella locale alla Schneck, i RR. usano una amaca di sospensione che determina l'iperestensione della colonna a paziente in posizione supina (posizione di Dandridge).

La fissazione cruenta mediante innesto osseo alla Albée sembra ai RR. inutile e inadatta nella cura delle fratture recenti: efficace e necessaria nella cura dei postumi di fratture trascurate (calli dolorosi, sindrome di Kümmell).

Egualmente i RR. non ritengono opportuna l'asportazione per via cruenta delle apofisi spinose e delle apofisi trasverse fratturate; i loro casi sono guariti senza reliquati con la semplice degenza a letto, completata con la fisioterapia e massaggi.

Per le fratture delle apofisi articolari è necessario procedere alla riduzione in iperestensione ed alla immobilizzazione in apparecchio gessato, cui deve seguire un trattamento funzionale adeguato.

La frattura della porzione interarticolare, specialmente a carico della V lombare, può determinare ulteriormente, quando venga trascurata o comunque non si abbia il consolidamento, lo scivolamento del corpo vertebrale in avanti (*spondilolistesi*). In questi casi, ad evitare l'aggravamento del processo, si potrà praticare la fissazione della colonna al di sopra ed al disotto della vertebra interessata, mediante un innesto osseo alla Albée.

Per le fratture degli archi (lamine e peduncoli) il trattamento sarà prevalentemente ortopedico (riduzione immediata ed immobilizzazione in corsetto gessato).

L'importanza di diverse affezioni, sia come causa predisponente alla frattura del rachide, sia come possibile complicazione della frattura stessa, deve essere a volta a volta presa in considerazione agli effetti prognostici, terapeutici ed infortunistici.

Fra queste affezioni i RR. ricordano la tubercolosi, la sifilide, le affezioni del sangue e del ricambio, i tumori primitivi, ecc.

Una speciale attenzione meritano poi le affezioni del sangue e del ricambio, i tumori primitivi, ecc.

Una speciale attenzione meritano poi le affezioni croniche del rachide, sia eredetarie che acquisite, come le varie spondilosi, l'artritismo apofisario o malattia di Putti, la cifosi eredo-traumatica di Bechterew e le varie forme osteomalaciche da cause endocrine, da gravidanza o da vecchiaia.

Prof. C. ANTONUCCI (Roma), relatore.

Lesioni del midollo e delle radici spinali nei traumi della colonna vertebrale.

(*Riassunto*).

Il R., partendo dal concetto che la sintomatologia neurologica non differisce sostanzialmente nei traumi chiusi della colonna e in quelli aperti, cioè, nella grandissima maggioranza dei casi, da arma da fuoco, ha fatto in questa relazione una trattazione d'insieme. Lo studio neurologico di questi lesionati si è approfondito, se non completato, sulla base dell'esperienza di guerra, e cioè per la più gran parte su pazienti colpiti da proiettili d'arma da fuoco. Di questo fatto occorreva tener conto.

Le differenze tra le varie categorie di traumi risultano nell'anatomia patologica, nelle complicazioni, nella prognosi e nella cura; e qui naturalmente le distinzioni sono mantenute e gli argomenti svolti separatamente.

In tal modo il R. ha potuto utilizzare tutto il materiale neurologico accumulatosi durante e dopo la guerra, materiale che finora non aveva trovato il suo ordinamento e la sua sistemazione in nessuna monografia italiana e in nessun trattato. Evidentemente il fatto che l'argomento è in una zona limite fra neurologia e chirurgia ha impedito finora che un solo autore trattasse nello stesso lavoro i suoi due aspetti.

Dopo un riassunto dell'anatomia del midollo, della sua citoarchitettonica e della sistematizzazione dei fasci, il R. ha studiato alcuni punti della fisiopatologia dell'apparato medullo-radicolare, estendendosi principalmente sulle alterazioni dei riflessi con speciale riguardo a quelli di automatismo, e sulle alterazioni a carico del sistema vegetativo.

Un diffuso paragrafo considera le acquisizioni nuove sul parasimpatico spinale secondo Ken Kurè e la sua Scuola, argomento interessante, non ancora passato dall'àmbito fisiologico all'àmbito clinico.

Dopo aver distinto i traumi medullo-radicolari in chiusi ed aperti, e aver considerato la frequenza relativa di essi in rapporto con il numero delle lesioni scheletriche, passa alla descrizione delle sindromi cliniche e delle relative alterazioni anatomopatologiche: commozione midollare, ematomielia, ematorachide, contusione e sezioni parziali o totali dell'asse midollare.

Le lesioni radicolari sono svolte con notevole ampiezza; e così le complicazioni, argomento di grande interesse specialmente dal punto di vista patogenetico e da quello curativo.

Le compressioni medullo-radicolari metatraumatiche sono svolte in un paragrafo speciale in cui il R. cerca di delimitare esattamente il concetto di compressione, riportandosi al significato ben definito che i neurologi danno a questa parola, a differenza dei chirurgi, che hanno ampliato al di là dei giusti confini il concetto di compressione nei traumi medullo-radicolari.

D'interesse più strettamente chirurgico sono i due capitoli riguardanti la cura ortopedica od operatoria di queste lesioni.

Il R. distingue la cura delle lesioni medullo-radicolari in *indiretta*, quando l'azione terapeutica si rivolge soltanto alla emendazione delle lesioni scheletriche allo scopo di agire indirettamente sulle lesioni nervose, e *diretta*, quando l'azione chirurgica si rivolge prevalentemente alla terapia delle lesioni apportate dal trauma nell'asse nervoso, pur

senza trascurare il trattamento del focolaio di lesione ossea.

La prima, che può essere incruenta o cruenta, si rivolge ai traumi chiusi; la seconda può rivolgersi ai traumi chiusi come agli aperti

Riportiamo le conclusioni che al R. sembra di poter trarre allo stato attuale della discussione:

1) Nelle lesioni midollari da traumi chiusi la cura deve essere nella maggioranza dei casi ortopedica, associata con sistematiche punture lombari e cisternali allo scopo di abolire l'eventuale blocco spinale.

Solo se un indispensabile tentativo correttamente praticato in questo senso si è dimostrato insufficiente, e solo se l'esame neurologico, e l'esame radiologico corredati dal rilievo positivo dei sintomi di blocco, hanno accertato la esistenza e persistenza di un coefficiente di compressione nella produzione, nel mantenimento o nell'aggravamento della sindrome nervosa, solo allora è indicato l'intervento cruento allo scopo di liberare il midollo e le radici. Questa eventualità deve essere considerata come rara, se non addirittura eccezionale.

2) Nelle lesioni midollari aperte, cioè in definitiva da arma da fuoco, le direttive debbono essere rivolte allo intervento più che nelle lesioni chiuse.

La cura chirurgica deve consistere: *a*) nella toletta immediata, accurata e completa, del focolaio fino alla colonna, quando ciò è reso necessario dalla natura della ferita; *b*) nella laminectomia, appena passato il periodo di choc, nei casi adatti, cioè escluse le sezioni totali, esclusi i casi con escare gravemente infette, con complicazioni respiratorie e con infezioni urinarie gravi; asportazione di proiettili e di schegge ossee, toletta del focolaio midollare, prossibilmente sutura ermetica dei muscoli e della cute.

3) La sutura midollare, comunque praticata, è operazione da ripudiare.

4) I tentativi di cura delle sezioni trasverse complete del midollo lombo-sacrale mediante anastomosi interradicolari o intercostoradicolari meritano di essere tenuti in seria considerazione e vanno studiati sperimentalmente negli animali e ripetuti nell'uomo, corredando le osservazioni con minuziose e accurate precisazioni sintomatologiche e anatomiche.

5) Le meningo-radiculopatie traumatiche, recenti o antiche, debbono essere curate con la laminectomia e il trattamento adeguato delle lesioni meningo-radicolari. L'utilità e l'efficacia di una sutura delle radici interrotte è messa in dubbio da qualcuno. La maggioranza dei chirurgi è però per la sutura accurata di esse, capo a capo o per impianto laterale.

Comunicazioni inerenti al tema.

T. Merler (Trento). — *L'anestesia epidurale alla Dogliotti nella riduzione di fratture della colonna vertebrale.* — Ha usato questo tipo di anestesia con ottimo risultato e ritiene che essa rappresenti oggi il metodo migliore per la riduzione di tali fratture.

A. Rallo (Taranto). — *Fratture da tuffo delle vertebre cervicali.*

T. Anardi (Parma). — *Atrofia renale da frattura della colonna vertebrale.*

A. Foà (Torino). — *Note di tecnica radiografica della colonna vertebrale.* — L'O. mette in rilievo le difficoltà tecniche della presa radiografica dei vari segmenti della colonna e le difficoltà interpretative dei radiogrammi ottenuti. Per la colonna cervicale propone un metodo personale di presa radiografica con pellicola flessibile.

Ricorda le proiezioni indispensabili per la radiografia e conseguente corretta lettura della colonna lombosacrale.

Espone alcuni dati sulla stratigrafia; raccomanda la più stretta collaborazione clinico-radiologica al fine di permettere al radiologo una indagine adatta per ogni tipo di lesione della colonna.

A. Ciminata (Monza). — *Fratture della colonna vertebrale in un decennio nell'Ospedale di Monza. 46 casi.* — Ha usato la semplice estensione; dopo 6 settimane apparecchio gessato e deambulazione.

D. Calzavara (Treviso). — *Fratture del dente dell'epistrofeo con lussazione del gruppo dente-atlante.* — L'O. illustra due casi di frattura del dente dell'epistrofeo di cui uno con lussazione anteriore, l'altro con lussazione posteriore del gruppo dente-atlante non accompagnati da lesioni nervose. Nel primo, nel quale la lesione prodottasi durante il brusco sollevamento di una pesante cassa era ormai inveterata, la trazione continua col collare di Glisson e relativa controtrazione, non diede alcun risultato. Nel secondo, nel quale la lesione era recentissima e consecutiva ad una caduta a capofitto, si ottenne invece con lo stesso metodo una riduzione quasi perfetta.

F. Rabboni (Palermo). — *Sulle fratture dei processi trasversi delle vertebre cervicali e lombari.* — Riferisce su un caso di frattura del processo trasverso della 7ª vertebra cervicale e su uno di frattura del processo trasverso sin. della prima lombare. Messa in evidenza la rarità eccezionale del 1° caso che è il quarto della letteratura, cerca di spiegare il meccanismo patogenetico di queste fratture che ritiene in entrambi i casi debba ricondursi ad una azione indiretta o precisamente alla brusca contrazione per movimento di difesa dei fasci muscolari che nelle suddette apofisi prendono inserzione.

In entrambi i casi le fratture sono andate a guarigione, però nel primo caso fu complicato da una paralisi traumatica del plesso brachiale D. da imputare probabilmente a fenomeni di compressione del focolaio di frattura dell'apofisi trasversa dati gli intimi rapporti che questa presenta con i rami del plesso brachiale.

G. Pieri (Udine). — *Contributo al trattamento operatorio delle fratture del rachide.* — L'O. è intervenuto in 25 su 87 casi di fratture vertebrali osservate negli ultimi 14 anni. Si astiene nei casi recenti di frattura con paraplegia simmetrica e retto e cistoplegia (in un caso del genere tentò senza effetto il trapianto radicolare); crede si debba intervenire con la laminectomia se i sintomi di lesione nervosa non sieno troppo gravi: in 4 casi del genere ottenne notevoli miglioramenti.

Nelle fratture del corpo delle ultime vertebre dorsali e delle vertebre lombari pratica il trapianto osseo alla Albée: 14 casi operati con 13 risultati ottimi.

Nelle fratture inveterate in cui si sia stabilita la spondilite traumatica (malattia di Kümmel-Verneuil) è consigliabile intervenire col trapianto osseo: in un caso del genere operato il buono risultato si mantiene da 11 anni. Nelle fratture inveterate con reliquati nervosi (di cui l'O. ha operati 5 casi) conviene intervenire se la lesione non sia troppo antica. L'O. ha infine operato due casi di spondilolistesi con trapianto osseo alla Al-

bée, con guarigione che si mantiene in un caso da quasi due anni e nell'altro da 15 mesi.

C. Cavina (Bologna). — *Contributo alla casistica operatoria dei fratturati della colonna vertebrale.* — Riferisce su 4 casi di frattura della colonna vertebrale: due in sede lombare (il paziente era cifoscoliotico), due in sede dorsale (il paziente era cifoscoliotico); l'età fra i 23 e i 28 anni, sesso maschile; il meccanimo nei primi tre casi avvenne per caduta verticale sulle mani; nell'ultimo caso per trauma diretto sul dorso. L'intervento fu indicato dalla sindrome da compressione determinante il quadro della lesione trasversa del midollo; consistente nella asportazione di frammenti di lamine fratturate (ed in laminectomia) e di coaguli sanguigni a sede extradurale rinvenuti in tutti i casi; fu praticato nelle prime 48 ore dal trauma. La regressione dei sintomi si manifestò nei primi dieci giorni; dopo 60 giorni tutti e 4 i pazienti erano già dimessi dall'Ospedale ed entro un anno riprendevano l'abituale lavoro. Conclude dicendo che il contegno di chi ha avuto modo di controllare personalmente la veridicità degli asserti favorevoli all'intervento precoce non potrà essere certo indeciso davanti a sindromi come quelle dei casi riferiti.

M. Paltrinieri (Bologna). — *Osservazioni clinico-statistiche sulle fratture di colonna vertebrale osservate nell'Istituto Rizzoli dal* 1889 *al* 1936. — I casi osservati sommano a 368. Nota una forte prevalenza del sesso maschile e del terzo e quarto decennio d'età. Il meccanismo più comune è il trauma indiretto e fra questo le cadute dall'alto. La frattura del rachide occupa il nono posto fra tutte quelle osservate e sta in proporzione del 4,64 % rispetto a quelle degli altri segmenti rachidei. 216 i casi di frattura isolati di una sola vertebra, 80 quelli a 2, 1 a 3, e 10 a più focolai di frattura; 30 le fratture dell'apofisi. Le fratture vertebrali sono più frequenti al segmento lombare, quindi in ordine decrescente al dorsale e al cervicale. La prima lombare è la più frequentemente colpita seguìta dalla 12ª dorsale. I segmenti che maggiormente risentono gli effetti lesivi sono i più mobili e precisamente il dorso lombare ed il cervicale inferiore. Il segmento cervicale ed il dorsale danno circa il 60 % di complicazioni nervose concomitanti, il lombare il 45 %. La fenomenologia nervosa raramente regredisce ed oltre che complicanza frequente è anche assai grave: prognosticamente aumenta la gravità quanto più sono craniali. Il sintoma deformità è stato raccolto nel 57 % dei casi.

D. Scaglietti (Bologna). — *Osservazioni anatomiche sulle fratture della colonna vertebrale.* — Ha illustrato le osservazioni anatomiche raccolte dall'esame di 17 casi di fratture vertebrali del Museo dell'Istituto Rizzoli. Dopo aver descritto per esteso le lesioni del sistema anteriore (corpi) del sistema legamentoso, del sistema posteriore (peduncoli, archi apofisi articolari, apofisi trasverse e spinose) e del sistema nervoso (meningi, midollo spinale e radici) conclude con alcune considerazioni di ordine pratico sulle indicazioni alla laminectomia decompressiva.

V. Putti (Bologna). — *Sulla cura delle fratture vertebrali.* — La frattura della colonna vertebrale per essere bene curata deve essere, come tutte le fratture, ridotta ed immobilizzata, il più precocemente possibile. Nella tecnica della riduzione delle fratture più comuni si è oggi generalizzato il metodo della lordosizzazione sia prona che supina. L'O. espone i principii meccanici e le ragioni pratiche che lo inducono a ritenere tale metodo poco raccomandabile. Ad esso è peferibile l'estensione sull'asse longitudinale con presa sul capo e sulle estremità inferiori nella posizione che meglio si confà allo stato anatomico della frattura. Per correggere non si deve angolare ma estendere. Quanto alla cura post-riduttiva è contrario alle esagerazioni della terapia fisica intensiva ed atletica. Non crede nei danni del corsetto gessato e tanto meno alla psicosi da busto.

La cosidetta malattia di Kümmell non è che la banale conseguenza di ogni frattura non o male immobilizzata e cioè malattia, deformità, dolore.

Nella cura delle fratture mieliche la riduzione precoce è altrettanto imperativa. La riduzione ha maggiore probabilità di giovare alla lesione midollare che non la laminectomia. Ritiene tuttavia che questa in alcune condizioni (fratture dell'arco, blocco del liquor, lussazioni) sia nettamente indicata.

La profilassi dei decubiti è connessa alla assistenza del malato.

Ritiene più temibile la ritenzione che l'incontinenza d'urina. Per tale ragione si potrebbe provare a provocarla.

Una prolungata terapia fisica ed ortopedica può sottrarre il paraplegico alla sofferenza della completa inerzia.

A. Bonola (Bologna). — *La rieducazione funzionale delle paraplegie per fratture vertebrali.* — L'O. presenta un film in cui si dimostra il trattamento ortopedico eseguito in 38 casi di paraplegie da fratture vertebrali. Una notevole percentuale di questi casi riuscirono a riprendere una deambulazione con piramidi e bastoni.

D. Maragliano (Genova). — *Sulle paralisi tardive dopo fratture della colonna vertebrale.*

E. Ettorre (Milano). — *Cura delle fratture della colonna vertebrale.* — Premessa l'importanza di semplificare le classificazioni, l'O. rivendica la priorità sin dal 1931 dell'aver richiamata l'attenzione sull'importanza della funzione muscolare nel processo di guarigione e fa una breve cronistoria dell'evoluzione successiva dei metodi di cura.

Nel trattamento distingue i casi con disturbi nervosi nei quali ritiene preferibile la riduzione in anestesia locale e l'applicazione di un corsetto seguito da esercizi quotidiani da quelli semplici nel quale il trattamento astensionista facile e breve gli ha dato ottimi risultati anche funzionali. Conferma la razionalità di tali principi direttivi di cura già riferiti nella sua relazione al Congresso di Palermo nel 1933 facendo seguire la dimostrazione comparativa dei casi trattati nell'ultimo biennio.

R. Chiarolanza (Napoli). — *A proposito di fratture della colonna vertebrale.* — Premessa una accurata radiografia tratta con l'astensione le fratture senza lesioni nervose; queste invece vengono ridotte. I tentativi di riduzione sono giustificati anche a distanza di tempo. Il trattamento cruento va riservato a casi particolari; in tutti è molto utile il trattamento atto a prevenire le atrofie muscolari.

L. Imperati (Napoli). — *Alcuni aspetti del liquido cefalo-rachidiano nei traumi cranio-vertebrali.* — Ha potuto constatare un aumento della

pressione e del contenuto cellulare, del contenuto proteico ed enzimatico. Le modificazioni osservate vengono interpretate come reazioni prodotte dal trauma sulla sostanza nervosa più propriamente sul suo metabolismo, sulla permeabilità meningea, ecc.

G. D'AGATA (Messina). — *A proposito di fratture della colonna vertebrale.* — L'O. porta una statistica di 50 casi di frattura della colonna vertebrale osservati nella Clinica di Messina. Dice di aver preferito il trattamento ortopedico; riduzione in conveniente posizione, busto gessato e successivi esercizi fisici, dando (nelle lesioni del tratto dorso-lombare) una certa importanza a questi ultimi per il ripristino funzionale.

(*Continua*). P. VALDONI.

XV Congresso della Società Italiana di Urologia.

(Trieste, 1-4 ottobre 1936-XIV).

(*Continuazione e fine; vedi num. prec.*).

Comunicazioni su argomenti riguardanti l'uretra e gli organi genitali.

F. GALLIZIA (Torino). — *Cura incruenta dell'idrocele con iniezioni di chinino-uretano.* — L'O. riferisce sui risultati di questo metodo applicato a 15 infermi. Il metodo è raccomandabile perchè risolve l'affezione in modo radicale, senza dare reazioni spiacevoli e senza costringere il malato al letto. Attira l'attenzione sull'insuccesso che può verificarsi in casi di vaginalite suppurata; quando il liquido è torbido e la Rivalta positiva può aversi riacutizzazione del processo suppurativo. Il metodo è da consigliarsi quindi solo nell'idrocele essenziale.

FINOCCHIARO DE MEO (Catania). — *Ricanalizzazione spermatica in orchiepididimiti tubercolari, curate con le iniezioni iodiche parenchimatose alla Durante.* — In 4 pazienti di orchiepididimite tubercolare curati con iniezioni alla Durante l'O. ha osservato una ricanalizzazione spermatica normale. Richiama gli esperimenti in merito da lui eseguiti su animali e ritiene che il detto metodo sia il migliore per la cura dell'orchiepididimite tubercolare, perchè, usato all'inizio, circoscrive il processo e riesce, salvo rari casi, a dare una guarigione clinica e funzionale.

G. RUSCICA (Siracusa). — *Sarcoma fusocellulare primitivo del testicolo.* — L'O. riferisce sugli esami istopatologici delle sezioni di un sarcoma fusocellulare del testicolo del peso di circa 600 grammi che aveva avuto un rapidissimo accrescimento (tre mesi circa), in un p. di 76 anni.

G. REBAUDI (Torino). — *Grosso polipo in diverticolo dell'uretra.* — L'O. descrive un grosso polipo della grandezza di una noce contenuto in un diverticolo superiore dell'uretra di una donna.

S. SCANDURRA (Roma). — *Formazioni diverticolari dell'uretra posteriore e della prostata: importanza che assumono i varii metodi di uretro-prostatografia.* — A proposito delle formazioni diverticolari dell'uretra prostatica l'O. rileva la grande importanza dell'associazione dei mezzi di esplorazione uretroscopico ed uretrografico. Rileva l'interesse dei vari metodi di uretrografia ascendente e minzionale. Per la terapia preferisce le cure con l'alta frequenza.

S. SCANDURRA (Roma). — *Un caso grave di setticemia dovuta a diverticolo uretrale con calcolosi infetta.* — L'O. illustra una setticemia da stafilococco nella quale in primo tempo non si era identificato il focolaio di partenza. Scoperta e curata con mezzi endoscopici una calcolosi di un diverticolo uretrale si ebbe in breve la guarigione.

Comunicazioni su argomenti varii.

A. BARELLA (Torino). — *L'emocoltura nella tubercolosi urinaria.* — L'O. ha praticato l'emocoltura in 42 infermi di tubercolosi renale, in 26 casi prelevò il sangue dalla vena del braccio, in 16 dalla vena renale durante l'operazione; ebbe 1 esito positivo nel primo gruppo e 2 nel secondo. Conclude ritenendo il reperto positivo del bacillo tubercolare una evenienza rara, anche nei casi nei quali esista un impedimento o lesione degli organi emuntori.

L. CHIAVACCI (Vienna). — *Contributo alla terapia dei disturbi funzionali sessuali.* — L'O. tratta i diversi metodi di cura medica e chirurgica dei disturbi funzionali dell'apparato sessuale illustrandone i pregi.

S. FROSSASCO e L. MIGLIARDI (Torino). — *Prime esperienze con un nuovo acidificante.* — Gli OO. hanno sperimentato per il trattamento delle infezioni delle vie urinarie un potente acidificante: l'acido nitrocloridrico, ottenendo risultati assai incoraggianti e tali da indurli ad estendere su più vasta scala le loro esperienze.

G. RIVA GRUGNOLA (Milano). — *Ricerche sperimentali sulla variazione della concentrazione degli ioni H provocate in vitro da diversi ceppi di germi patogeni.* — L'O. ha iniziato ed in parte condotto a termine delle esperienze sulla facoltà di numerosi tipi di germi patogeni a produrre variazioni del pH urinario in vitro; accenna ai primi risultati ottenuti e rimanda le conclusioni ad esperienze ultimate.

G. RUSCICA (Siracusa). — *Sul calore della prova biologica per la diagnosi delle affezioni urinarie da virus tubercolari atipici.* — L'O. in base ad esperienze personali fa notare l'importanza della inoculazione nelle cavie per la ricerca del bacillo tubercolare, perchè possono esisterne alcuni a virulenza talmente scarsa e tanto modificati nella loro biologia, da non dare manifestazioni morbose negli animali se non dopo ripetuti passaggi in serie. Ricorda la necessità di una ricerca sistematica dei bacilli, nelle linfoglandole delle cavie inoculate.

M. VERARDI (Napoli). — *Ricerca del bacillo di Koch nelle urine.* — Secondo l'O. si raccolgono gran quantità di urine, quelle delle 24 ore ad esempio, si aggiunge albumina, si agita e poi precipita con acido tricloracetico. Il coagulo viene sciolto con soda che distrugge tutti gli altri elementi organici lasciando intatti i soli bacilli tubercolari riuniti in pochissimo liquido.

M. VERARDI (Napoli). — *Un errore della determinazione della urea col metodo dell'ipobromito e modo di evitarlo.* — L'ipobromito unendosi ad altro liquido darebbe secondo l'O. un raffreddamento della risultante miscela, il che porterebbe un errore di valutazione. Si ovvia portando il liquido in esame alla stessa concentrazione di soda dell'ipobromito.

Dott. ALBERTO OBERHOLTZER.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'osteoma del seno mascellare.

G. Guazzieri (*Gli Incurabili* n. 11, 1935) espone un caso di osteoma del seno mascellare, capitato alla sua osservazione e da lui operato con successo. Passando in rassegna i lavori pubblicati sull'argomento, parla della etiologia, del quadro anatomo patologico e clinico e della cura di questa assai rara forma morbosa.

A proposito della quale dice che essa è essenzialmente chirurgica e consiste nella estirpazione del tumore. A seconda che esso sia ancora contenuto nel seno, oppure ne abbia già varcato i limiti, l'intervento varia e diverse ne saranno anche l'entità e l'importanza. Esso va dalla semplice apertura dell'antro, attraverso la fossa canina, con l'asportazione del tumore, alla resezione del mascellare superiore quando non è possibile estirpare in altro modo l'osteoma.

Queste differenze di intervento si rifletteranno, com'è facile capire, non solo sui pericoli immediati di esso, ma anche sui risultati estetici definitivi.

Dalla statistica di Boeninghaus si rileva che la mortalità operatoria, considerata complessivamente, senza fare alcuna distinzione, per quanto riguarda lo sviluppo del tumore, era negli osteomi, fino al 1888, abbastanza elevata, raggiungendo infatti il 16 % e la morte avveniva il più spesso per complicanze intracraniche. Da allora, secondo lo stesso A., essa è scesa al 3 %.

Il Guazzieri raccoglie i casi operati con successo, tra i quali il suo. In molti di essi, per effetto del tempo trascorso, le operazioni parziali non sono più possibili e si deve ricorrere alla estirpazione del mascellare superiore.

Quando è possibile, si deve conservare la mucosa della volta palatina. Al posto del mascellare asportato si applica una protesi provvisoria, da sostituire poi con la definitiva.

Il più delle volte l'asportazione del tumore è relativamente facile ed i risultati ottimi sia per la vita, che per la cosmesi dell'infermo.

T. F.

La terapia istidinica nelle malattie accompagnate da formazione di ulcere, specie nelle coliti ulcerose e nelle bronchiettasie.

Dopo l'introduzione dell'istidina nella terapia interna dell'ulcera gastrica e duodenale, molti autori hanno riferito sui risultati favorevoli di questo trattamento, specie nei casi recenti.

H. Kabler e H. Duregger (*Med. Klin.*, 24 luglio 1936) confermano l'azione favorevole dell'istidina nell'ulcera gastrica e duodenale: si ha un rapido miglioramento delle manifestazioni subiettive ed obiettive della malattia e verso la fine della cura (18-25 iniezioni intramuscolari di 5 cmc.) quasi costante scomparsa dei segni obiettivi, con miglioramento anche del reperto Röntgenologico. I risultati a distanza non sono sempre così buoni, perchè si possono avere delle recidive.

Partendo dalla convinzione che l'istidina agisce localmente sui tessuti, accrescendone i poteri di difesa contro gli stimoli che conducono alla formazione dell'ulcera, gli AA. hanno voluto sperimentare questa terapia in altre malattie che si accompagnano a formazione di ulceri.

Nella colite ulcerosa hanno osservato nella maggior parte dei casi dopo le iniezioni di istidina un rapido miglioramento, che si può seguire mediante la rettoscopia.

Nei grandi ascessi polmonari l'efficacia del trattamento istidinico è nulla. Nei piccoli ascessi polmonari invece si manifesta un rapido miglioramento, il cui significato però è incerto. In molti casi di bronchiectasie si hanno buoni risultati, nel senso di un'azione sintomatica: quasi costantemente si manifesta una diminuzione della quantità dell'espettorato ed una scomparsa del cattivo odore di esso.

Il fatto che l'istidina si dimostra attiva in processi ulcerosi di svariati organi fa pensare ad un'influenza diretta dell'istidina sul chimismo dei tessuti ammalati.

M. NUNBERG.

Le inalazioni di adrenalina nell'asma.

N. A. Nelsen (*Lancet*, 10 ottobre 1936) ha trovato utile l'inalazione della seguente miscela:

Adrenalina	g.	1
Clorbutol	g.	0,09
Acido cloridrico	cmc.	2,8
Bisolfito di sodio	g.	0,01
Acq. dist. sterile q. b. per	cmc.	10

Le inalazioni si fanno mediante nebulizzatori (di cui l'A. consiglia quelli del tipo Triplex o asthmintal) nella bocca; avendo cura che la soluzione nebulizzata venga inspirata dal paziente. A tale scopo, questi deve premere la palla di gomma del nebulizzatore all'inizio di ogni inspirazione e deve respirare profondamente con la bocca aperta.

Ad ogni compressione della palla, la quantità di adrenalina inspirata varia da 1/12 a 1/18 di mg. secondo il tipo di nebulizzatore usato. La quantità totale varia da 1/6 ad 1 mg., in media 1/2 a 3/4 di mg.

In 40 casi di asma, si sono avuti rapidi ed eccellenti effetti, senza osservare mai palpitazioni nè tremori, nemmeno in un individuo che ebbe ad inalare per 12 volte, ad intervalli di un'ora, 1 mg. di adrenalina.

La durata degli effetti è varia; però, anche nello stato asmatico, in cui l'effetto ha più breve durata, continua per circa un'ora.

fil.

La radioterapia dell'asma bronchiale.

Da molti anni si vanno ripetendo i tentativi di cura dell'asma per mezzo dei raggi Röntgen.

In questi ultimi tempi, anzi, la cura è stata estesa anche alle forme di natura allergica prevalente.

I migliori resultati si otterrebbero irradiando contemporaneamente il torace e la milza.

R. Pohl (*Med. Klin.*, n. 36, 4 sett. 1936), il quale l'ha usata in 45 casi, ne espone la tecnica nei suoi particolari, mettendo in guardia contro le dosi iniziali troppo forti nelle forme più gravi e con attacchi ripetuti.

Nel 15:100 dei suoi casi non ottenne successo, mentre nel 60:100 questo fu assai soddisfacente, ed ottimo nel 25:100.

Il meccanismo d'azione non è ancora ben chiaro.

Probabilmente si ha da un lato un riassorbimento dei prodotti di distruzione cellulare della milza e delle ghiandole linfatiche, con conseguente modificazione del terreno umorale, e dall'altro lato un influsso egualmente modificatore sul sistema nervoso vegetativo.

M. FABERI.

Nei primi stadi del raffreddore.

T. v. Bajkay (*Zeit. d. ärztl. Fortbild.*, maggio 1936) consiglia anzitutto la proibizione di ogni liquido per 24 ore. Agisce in senso favorevole il bagno di luce. Lo jodio può essere prescritto come segue:

Jodio puro . . .	cg.	30
Joduro di potassio .	g.	3
Acq. distillata . . .	g.	30

S. 5-10 gocce al giorno ed anche più in latte od acqua.

Nei poppanti, si può facilitare il succhiamento, mediante instillazioni di olio al mentolo (Mentolo cg. 30 in 100 g. di paraffina liquida) o di adrenalina (soluzione di 0,5/1000).

fil.

TECNICA MEDICA.

La trasfusione di sangue frazionato.

La trasfusione del sangue intero introduce nel torrente circolatorio del ricevitore, oltre alle sostanze che gli sono utili, delle altre che sono inutili e possono provocare disturbi e reazioni secondarie.

Per tale ragione, A. Fonin (*Schweiz. med. Wochens.*, 4 apr. 1936) ha pensato a separare il sangue nelle sue varie parti costituenti e cioè: 1) le emazie che, in emulsione spessa, si conservano bene per 6-7 giorni; 2) le piastrine che, private delle formazioni ad accumuli, mantengono bene la loro funzione relativa alla coagulazione per 5 giorni; 3) il plasma, con o senza fibrina.

Si può per tal modo ottemperare esattamente alle condizioni richieste nel caso singolo e cioè: all'anemia perniciosa e secondaria mediante le emazie, alla trombopenia, tromboplastia ed emofilia mediante le piastrine ed alla proteinoterapia od altro mediante il plasma.

L'A. descrive la tecnica e ritiene che ulteriori esperienze cliniche dimostreranno se la trasfusione, p. es., delle emazie possa considerarsi del tutto equivalente a quella del sangue intero.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

Le modificazioni istologiche del fegato dopo la legatura del coledoco.

Le osservazioni sperimentali di T. Oka (*Klin. Wochenschr.*, 13 ag. 1936), eseguite su cani, si riferiscono alle alterazioni che seguono precocemente, cioè nello spazio di 27-48 ore alla legatura del coledoco. (Va notato che in lavori relativi allo stesso argomento venivano finora per lo più studiate le alterazioni tardive). Oltre all'osservazione istologica del fegato l'A. procedeva anche alla determinazione della bilirubina nel sangue dell'animale sacrificato e ha potuto notare che le alterazioni patologiche erano evidenti solo negli animali che presentavano una discreta bilirubinemia; anzi, erano quasi proporzionali ad essa.

Mentre la componente parenchimatosa del fegato non ha presentato modificazioni degne di nota e a carico dei vasi sanguigni si notava solo un lieve grado di stasi, modificazioni interessanti sono state osservate nei capillari biliari; essi erano dilatati specie nei segmenti confluenti e contenevano ammassi giallo-verdastri e oblunghi di pigmenti biliari (trombi biliari di Eppinger o cilindri biliari di Ogata). Tali alterazioni erano evidenti sopratutto nel centro del lobulo, mentre i capillari periferici apparivano spesso privi di contenuto biliare.

Nei capillari intercellulari accanto all'allungamento ed alla dilatazione è stata frequentemente osservata anche la rottura delle pareti con penetrazione della bile negli spazi linfatici perivascolari; trombi biliari che si riscontravano in essi e assumevano le forme più diverse: a T, a triangolo, a falce, dei quali un punto o lato aderiva ancora alla zona di rottura del capillare biliare; talvolta tutta una parete della cellula epatica (fino alla superficie vasale) appariva coperta dalla bile.

Alterazioni molto meno rilevanti sono state notate a carico dei dotti biliari; le cellule epiteliali apparivano talvolta più nettamente marcate nei contorni delimitanti; il lume spesso era dilatato per l'appiattimento di tali cellule.

Le cellule di Kupffer si presentavano spesso rigonfie e contenenti bile, specie quelle situate nel centro del lobulo epatico.

Nel complesso, data la mancanza o quasi di alterazioni parenchimatose, di modificazioni di architettura del lobulo, della capsula di Glisson ecc. il quadro isto-patologico si poteva riassumere essenzialmente nella dilatazione dei capillari biliari, nella formazione dei trombi, nella « evasione della bile », verso gli spazi linfatici. Tali alterazioni, proporzionate nella loro intensità al reperto della bilirubina nel sangue, illustrano, per lo meno in parte, la patogenesi dell'ittero meccanico sperimentale.

S. M.

VARIA

Il ritmo stagionale delle malattie infettive.

E. Küster (*Medizin. Welt*, 8 agosto 1936) in un lavoro sui rapporti fra le condizioni meteorologiche e le malattie riporta le osservazioni statistiche danesi, fatte dal 1890 al 1927, da cui risulta quanto segue.

La scarlattina, la difterite e l'angina tonsillare presentano il massimo dei casi nel novembre ed il minimo in luglio. La meningite epidemica, massimo in aprile-maggio, minimo negli ultimi mesi dell'anno. Poliomielite: diffusione improvvisa nell'estate avanzata, con massimo in settembre, e scomparsa subitanea. Colerina: massimo in agosto. Tifoide: massimo in settembre. Morbillo e pertosse non mostrano una netta interdipendenza con le stagioni (spesso minimo del morbillo in settembre), ma piuttosto, comparsa a periodi con intervalli di 2-3 anni per il morbillo e di 3-5 per la pertosse.

La regolarità del decorso stagionale dell'angina tonsillare è dimostrata dalla coincidenza delle curve per ogni anno; condizioni analoghe si hanno anche per altri paesi.

Il turno stagionale è determinato da cambiamenti stagionali a cui va soggetto l'organismo (modificazioni della costituzione del sangue, della frequenza e profondità della respirazione, del peso corporeo, ecc. dipendenti, a loro volta, da altre condizioni, quali la varia illuminazione ed il diverso contenuto in vitamine dei cibi secondo le stagioni).

Per quanto riguarda la difterite, non vi sono prove che dimostrino una variazione nella virulenza del bacillo, mentre appare probabile la variazione della sensibilità dell'uomo verso la tossina.

fil.

L'urtica urens e le sue azioni.

L'*Urtica urens* è una pianta annuale che, con le specie congeneri (*dioica*, *membranacea*, ecc.) è molto comune e divide con esse la proprietà di determinare i noti fenomeni cutanei dovuti alla rottura dei peli urticanti ed alla penetrazione del liquido caustico nella piccola ferita. E. De Nito (*Rass. di ter. e pat. clin.*, giugno 1936) ne descrive i caratteri botanici e ne studia le proprietà farmacologiche.

Risulta che essa ha una certa azione favorente la coagulazione del sangue; *in vitro*, diminuisce, di fatto, il tempo di coagulazione. Essa, inoltre agisce sulle pulsazioni, sia del cuore isolato, sia nell'animale, provocando una notevole rarefazione nel numero ed un notevole abbassamento della pressione sanguigna, dovuto ad un'azione vagale.

Nessun effetto tossico è stato rilevato, sia negli animali a sangue freddo, che nei mammiferi.

Le prove sono state fatte con decotto di ortica al 10 %.

fil.

Lo stato di salute degli studenti universitari.

E. Neuber (*Wiener klin. Wochens.*, 17 luglio 1936) ha esaminato sistematicamente lo stato di salute di 265 matricolini dell'Università di Debrecen (Ungheria), trovando quanto segue.

Nel 0,37 % tubercolosi attiva; nel 6,03 % inattiva.

Lesioni cardiache riconoscibili all'esame fisico, nel 10,9 %, all'esame radiologico nel 16,9 %; soltanto l'1,9 % soffriva di malattie organiche.

È utile completare le ricerche cliniche con esami di laboratorio, p. es., dell'urina, che si trovò anormale nel 5,1 %.

Nel 30,9 %, vi era piede piatto; nel 5,7 % incurvamenti della colonna vertebrale, nel 6,8 % varicocele.

In 1/3 vi erano anormalità della vista; i 3/4 di queste erano date da vizi di refrazione.

Nel 51,2 %, vi erano alterazioni otorinolaringologiche; l'orecchio era interessato nel 13,6 % (specialmente per tappi di cerume), il naso nel 25,6 % (per lo più deviazione del setto), la gola nel 23 % (faringite cronica).

Lo stato della dentatura era perfetto soltanto nell'8,6 %; negli altri, si aveva il 74,4 % con denti cariati, gangrenosi, ecc. ed il 59 % con stato di masticazione difettoso.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. VISCHIA. *Sulla emoradiazione del sangue di donna nel periodo mestruale ed intermestruale.* — Tip. Campi, Foligno, 1935.

A. TIZZANO. *Su la profilassi della difterite.* — Tip. Studium, Napoli, 1936.

FIAMBERTI A. M. *La base organica in alcune psicosi ossessive.* — Rivista Sperim. Freniatria, 1935.

AMBROSIO A. *Il problema sociale delle cardiopatie croniche.* — Tip. Studium, Napoli, 1935.

P. CIFUENTES. *La litiasis reno-ureteral bilaterale.* — Grafica Universal, Madrid, 1935.

A. SALMON. *Sul meccanismo delle crisi emicraniche.* — Poligrafica Reggiana, Reggio Emilia, 1935.

N. PARISE. *Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali sulla nosocardiasi.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Somministrazioni omeopatiche.

Il dott. Dandolo Mattoli fu imputato di contravvenzione per aver somministrato ai propri clienti medicinali a forma di medicamento, riservati per la vendita ai farmacisti e senza che dalla etichetta risultasse la esatta denominazione dei componenti e della dose. Il Pretore di Firenze lo prosciolse anche dalla imputazione di somministrazione abusiva di medicinali, ritenendo che non sia riservata ai farmacisti la vendita delle c. d. medicine omeopatiche. Il Procuratore del Re fece ricorso alla Corte di Cassazione, la quale, con sentenza 20 marzo 1936, difforme dalle conclusioni del P. G., ha confermato la sentenza del Pretore. Il dibattito è stato assai interessante, dal punto di vista generale. E la risoluzione ha molta importanza, anche pratica, agli effetti dell'esercizio della medicina omeopatica.

La Corte di Cassazione ha ragionato così: « Attesochè, per decidere sul fondamento della dedotta censura, unica ed essenziale indagine è di stabilire se le sostanze che i medici omeopatici direttamente somministrano ai pazienti, hanno qualità di sostanze medicinali a forma o dose di medicamento, la cui somministrazione sia riservata esclusivamente al farmacista, al fine di garantire l'esattezza della prescrizione e manipolazione.

È sufficiente al riguardo rilevare che la terapia omeopatica non si attua mediante somministrazione di rimedi a forma o dose di medicamento, bensì mercè riduzione del medicinale in dosi minime, in misura tale da divenire del tutto imponderabile, che viene frammista a sostanze di natura completamente inerte. A tale sistema curativo va congiunta una igiene e una dieta rigorosissime, cui devesi probabilmente attribuire la maggioranza dei risultati favorevoli. La sostanza medicinale, mescolata con quella inerte, ha di già perduto per la sua impercettibilità ed imponderabilità l'efficacia curativa che dal sistema alloterapico si attribuisce al medicinale somministrato in forma e dose di medicamento; onde consegue che la somministrazione delle prescrizioni sanitarie fatta dal medico omeopatico, siccome non preparata in forma e dose medicamentosa, non è riservata al farmacista, a norma dell'art. 18 della legge sopracitata ».

Prescindendo dai c. d. medicinali omeopatici e riferendoci alle cose che, per la vendita al pubblico sono riservate al farmacista, si devono identificare quelle *che dalla legge sono considerate* medicinali e non le sostanze semplici o composte che, per loro natura o per i loro effetti, *siano* definiti medicinali, da altri punti di vista. Insomma, la specificazione è giuridica e risulta dal coordinamento della disposizione dell'art. 122 del T. U. 1934, n. 1265 con la tariffa dei medicinali, che è pubblicata dal Ministero dell'Interno. La legge riserva al farmacista per la vendita al pubblico certe sostanze medicinali, generalmente tossiche, aventi dose o forma di medicamento, chimicamente o fisicamente controllabili, dosabili, ponderabili, quantitativamente valutabili. Se una sostanza non medicinale (acqua, zucchero) serve, o si ritiene che serva di veicolo per la immissione di una energia nel corso umano, si deve escludere che la sostanza stessa, isolatamente considerata, e la energia *imponderabile* possano essere considerati medicinali a dose o forma di medicamento. Accogliendo questo concetto, la Corte di Cassazione ha negato che le preparazioni omeopatiche, risultanti dal noto processo di diluizioni o triturazioni, che giungono tavolta alla millesima potenza, nella quale la sostanza tossica (per es. l'oppio) è rappresentata dal numeratore 1 e denominatore 1, seguito da 2000 zeri, possa essere considerate medicinali *nel senso — si noti — dell'art.* 122 *del T. U. delle leggi sanitarie*, cioè in senso giuridico e per gli effetti della vendita e somministrazione al pubblico.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

PROBLEMI SOCIALI

Le Centrali del latte.

Da vario tempo, la questione delle « Centrali del latte » è oggetto di dibattiti tanto più vivaci in quanto che esse ledono gli interessi di alcune categorie, che non si dimostrano a corto di argomenti per sostenere la propria tesi. In realtà, si ha l'impressione che talora in questi dibattiti, non si tenga abbastanza conto di un fatto di capitale importanza, che cioè il latte non va considerato alla stregua di un qualsiasi prodotto industriale, ma come un alimento di un'altissima importanza igienica, sia per la sua delicatezza e — quindi — facilità di alterazioni ed adulterazioni, sia perchè esso costituisce il nutrimento principale di bambini ed ammalati.

Nelle attuali condizioni di crescente urbanesimo, l'unica soluzione che si presenta per il problema del latte alimentare è quello della istituzione delle « Centrali », che tolgano tale alimento all'ingorda speculazione dei singoli, male controllabili anche perchè troppo dispersi. Beninteso, l'impianto ed il funzionamento delle « Centrali » devono rispondere a tutti i requisiti tecnici ed igienici, su cui non è qui il luogo d'insistere. Essi costituiscono un punto di grande importanza, ma non unico, nel più vasto e complesso problema della organizzazione razionale dell'approvvigionamento del latte per le grandi collettività. L'impianto va quindi subordinato e connesso con i perfezionamenti a tutti gli altri punti del problema, a cominciare dall'allevamento del bestiame, dallo stato delle stalle, dalla viabilità che assicuri un rapido trasporto, ecc. Se non si tiene conto di tutto questo e si vogliono impiantare delle « Centrali » *ex abrupto*, in località inadatte e con mezzi inadeguati, vi è il caso di veder fallire l'impresa. Ma sulla necessità generica di esse non può sorgere alcun dubbio e giustamente N. Polese (*Annali d'Igiene*, apr. 1936) in uno studio in cui patrocina la causa delle « Centrali », osserva che non vi può essere seria sorveglianza igienica sul latte senza « Centrali », le quali rappresentano quello che è il macello pubblico per la carne, alimento assai più sicuro e meno passibile di frodi.

Come opportunamente rileva però in un recente articolo il prof. G. Angelici, che della questione del latte ha profonda competenza (1) essendo stato direttore di una delle più importanti « Centrali », quella di Roma, un *quesito di fondamentale importanza* a tale proposito è *quello della scelta e dei requisiti del direttore*.

(1) Ne trattò a fondo nelle sue lezioni, raccolte in volume: « Il latte alimentare ». Stab. Tip. Centr., Roma, Via della Mercede, 1934.

È ovvio che la direzione non può che essere affidata ad un tecnico-igienista specializzato nella questione del latte. Come è stato anche recentemente stabilito, le « Centrali » sono stabilimenti od istituzioni di carattere puramente igienico, senza scopi di speculazione ed è quindi logico che le dirigano degli igienisti specializzati.

Per quanto riguarda le categorie professionali fra cui scegliere il direttore, la competenza maggiore sarebbe quella del laureato in veterinaria, il quale può meglio conoscere tutti i problemi relativi alla produzione. Ma ciò non toglie che anche un medico od un chimico possano pure adirvi, purchè tutti abbiano una forma mentis, una preparazione spirituale da igienista. Ed è anche necessario che la persona munita di una delle lauree di cui sopra segua dapprima un corso di specializzazione (è stato tenuto recentemente a Milano un corso superiore di igiene e tecnica del latte) o dimostri in altro modo la sua speciale capacità in materia.

Altro punto importante su cui insiste l'Angelici è quello della posizione del direttore, che deve essere indipendente dai privati o dalle singole categorie interessate nella gestione della Centrale. Egli deve sentirsi, come un funzionario, al disopra dei singoli interessati, per poter sempre giudicare e disporre con serena obbiettività nell'interesse generale dell'Azienda, non mai disgiunto dal doveroso ossequio alle leggi ed alle supreme finalità di varia indole (sanitaria ed economico-sociale). Il che non toglie che, alle volte (l'A. cita il proprio esempio) il direttore si trovi in contrasto con esigenze fuori luogo di altri funzionari ed è allora che lo soccorrerà la speciale competenza, che gli permette di sostenere la propria opinione.

Questi requisiti sono necessari non soltanto per il buon andamento sanitario della « Centrale », ma anche per una sua maggiore efficienza e, di riflesso, per un migliore rendimento economico. *fil.*

CONCORSI.

Posti vacanti.

Imola. *Congregaz. di Carità.* — Direttore sanitario e assistente sanitaria del Brefotrofio; stipendi L. 10.000 e L. 6000; serv. att. rispett. L. 3500 e L. 400; c.-v.; aumenti periodici; obbligo di residenza pel direttore nel Comune e per la assistente nell'Istituto (alloggio personale gratuito). Scad. ore 17 del 20 genn. 1937-XV. Età lim. 40 a. e 35 a.; tasse di concorso L. 50,20 e L. 25,20. Chiedere annunzio.

Pescara. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Primario direttore sanitario nell'Ospedale sanatoriale « Tito Acerbo » in Loreto Aprutino; stip. L. 12.000,

serv. att. L. 6000, indennità alloggio L. 6000 (finchè non sia dato l'uso gratuito di alloggio nell'Ospedale): titoli ed esami. Scad. ore 12 del 16 dicembre. Età limite 40 a. al 15 ott. Tassa L. 50,20. Chiedere copia bando di concorso.

UDINE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami, posto di Direttore del Consorzio-Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Udine. Stipendio annuo L. 18.000; indennità servizio attivo L. 5000. Età anni 40. Nomina quinquennale. Aumenti periodici di un decimo dopo il primo quinquennio, fino ad un massimo di sei aumenti. Scadenza 31 dicembre 1936, ore 12. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Scad. 25 gennaio 1937, ore 17; aiuto presso l'Ospedale Umberto I di Venezia (Divisione Pediatrica staccata degli Ospedali); età limite 36 anni al 16 ottobre; 6 anni di laurea e 3 in Ospedali, Cliniche universitarie o Condotte; nomina triennale, eventuale conferma per un anno; tassa L. 50; titoli ed esami; assegno annuo L. 4800. Chiedere l'annunzio alla Segreteria.

CONCORSI A PREMI.

La Ditta Ferrania, di Savona, indice due concorsi a premi: uno di L. 10.000, per un lavoro di radio-diagnostica, ed uno di L. 2000, per una pubblicazione o un ritrovato sulla tecnica del materiale sensibile radiografico. Ai concorsi possono partecipare i soci ordinari o aggregati della Soc. It. di Radiologia Med., di nazionalità italiana. Scadenza per il primo premio: 31 dicembre 1937; per il secondo: 31 agosto 1938.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio Nobel per la medicina è stato conferito a sir Henry Dale, direttore dell'Istituto nazionale di ricerche mediche di Londra, e al dott. Otto Loewi, professore di farmacologia all'Università di Graz (Austria).

Al capitano medico prof. Gerardo Mennonna è stata concessa la medaglia d'argento sul campo, con la seguente motivazione: « Ufficiale medico di alto valore professionale, si è dedicato al servizio senza limiti di sacrificio. Durante l'intera campagna Italo-Abissina si è dedicato incessantemente, con fede di apostolo, per l'assolvimento del suo dovere, sprezzando ogni pericolo. Fulgido esempio di valore personale e di dedizione al dovere ».

Il prof. Arturo Manna, noto per la sua attività in favore della chirurgia plastica è stato, col recente « Bollettino Militare » dei 28 ottobre, promosso tenente-colonnello medico di complemento per meriti eccezionali, in riconoscimento dei lunghi e disinteressati servizi prestati presso la Milizia. Congratulazioni.

Il prof. Alberto Marrassini, titolare della cattedra di patologia generale a Parma, è nominato rettore magnifico di quell'Ateneo.

Il prof. Carlo Riquier, di clinica neuropatologica a Padova, è trasferito a Pavia, ove succede al compianto on. prof. Ottorino Rossi.

Il prof. V. M. Palmieri, di medicina legale a Sassari, è trasferito a Bari.

NOTIZIE DIVERSE

Il nuovo anno degli Enti di cultura.

Il XV anno di attività degli Enti fascisti di cultura ha avuto l'alto onore d'essere inaugurato dal Duce. La cerimonia si è svolta l'1 novembre a Milano, nel Castello Sforzesco, entro la storica sala del Mantegna; essa ha fatto adunare una folla eccezionale di scienziati, scrittori e artisti, convenuti per salutare il Duce e riconfermargli la perfetta aderenza delle forze spirituali con il popolo. Il prof. C. E. Ferri, segretario della Federazione Fascista degli Enti culturali, ha recato al Duce il saluto di questi Enti ed ha formulato la proposta — che provocò l'assenso del Capo — di organizzare in Milano una Mostra la quale esalti il genio multiforme di Leonardo.

Il Duce così si espresse:

« Camerati, la mia presenza in questa vostra solenne adunata vi dimostra con quale interesse io segua la vostra attività. Anche, e vorrei dire soprattutto, nel campo della cultura bisogna andare al popolo. Bisogna andarvi — questa è la mia consegna — in estensione e soprattutto in profondità ».

La cerimonia si è svolta rapidamente, tra manifestazioni di straordinario entusiasmo.

Consiglio Direttivo della Croce Rossa Italiana.

Si è riunito presso la sede del Comitato centrale della Croce Rossa Italiana il Consiglio direttivo dell'Associazione, presieduto dal sen. Cremonesi, presidente generale della Croce Rossa Italiana.

Il sen. Cremonesi ha riferito ampiamente all'adunanza su tutta l'opera della Croce Rossa Italiana negli ultimi sei mesi, mettendo in particolare rilievo le benemerenze acquisite dall'Ente sia nel campo della sua attività istituzionale che in quello diplomatico estrinsecatosi durante il trascorso periodo del conflitto italo-abissino. Ha illustrato inoltre il programma già tracciato per l'immediato futuro e che comprende, tra l'altro, una più accentuata e decisa azione preventoriale dell'Istituzione, ed ha presentato, in conformità delle disposizioni statutarie, il bilancio preventivo del 1937.

6ª Sessione dell'ufficio internazionale di documentazione di medicina militare.

Si è tenuta a Ginevra dal 12 al 14 ottobre; l'Italia vi era rappresentata dal prof. V. De Bernardinis.

La riunione ha approvato ad unanimità una mozione, la quale dice che i partecipanti, « penetrati della gravità della questione e delle garanzie conferite dalla Convenzione di Ginevra ai servizi di sanità militare, e coscienti della insufficienza attuale di esse di fronte allo sviluppo dei mezzi di distruzione, richiamano in modo serissimo l'attenzione dei governi e degli organismi internazionali qualificati sull'urgenza di rivedere le convenzioni internazionali esistenti, per completarle e rafforzarle, come pure sull'opportunità impellente di proseguire, in tutti i campi, la ricostruzione delle leggi di guerra; prendono atto dei risultati già ottenuti dal proprio comitato ».

Il nuovo ospedale civile in San Remo.

Il nuovo ospedale civile di San Remo, inaugurato solennemente il 28 ottobre, è una nuova su-

perba affermazione del Regime ed una magnifica costruzione di tecnica moderna.

Per recente concessione di S. M. il Re ed Imperatore, assumerà il nome di ospedale civile Vittorio Emanuele III.

Progettista è stato l'ing. Sibilla.

L'ospedale, sorge sulla così detta Punta di Francia, a 85 m. sul mare; comprende un gruppo di quattro fabbricati collegati da una unica galleria vetrata centrale.

Un primo padiglione di ingresso accoglie tutti i servizi di entrata dell'ospedale; portineria, accettazione, ambulatori, farmacia, pronto soccorso, servizio religioso, direzione, guardia medica, locali di rappresentanza ecc.

Un unico grande padiglione di degenza comprende tutti gli ammalati di medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia e altre specialità, razionalmente suddivisi e separati non solo per genere di malattie, ma anche per sesso. Gli ammalati non sono riuniti in grandi corsie, ma ripartiti in camere ad uno o due letti ed in infermerie di sei letti, il che permette un grande frazionamento dei malati per tipo e stadio della malattia, per gravità del male, i vecchi dai giovani, i disturbatori dai tranquilli ecc.

Nel piano semisotterraneo del padiglione è sistemata una ampia e completa cucina.

Annessi al padiglione ed in relazione ai vari generi di malattie esistenti nei vari piani sono installati completi impianti di cure: al piano terreno un impianto di cure fisiche, elettriche, idroterapiche, massaggi, bagni di vapore; al primo piano un reparto radiologico; al secondo piano un reparto operatorio che è certamente il più bello e completo di tutta la Liguria.

Nella parte più a monte dell'ospedale sorgono altri quattro fabbricati più piccoli destinati ai reparti di isolamento ed ai servizi generali di riscaldamento, produzione e distribuzione acqua calda, vapore, lavanderia, disinfezione, deposito mortuario, laboratori di ricerche cliniche e scientifiche ecc. ecc.

Colpisce veramente il visitatore del nuovo ospedale la grande cura che è stata posta in ogni più minuto particolare e nell'esecuzione di tutti i numerosi impianti.

Il parco ed i giardini annessi sono stati impiantati con larghezza di mezzi e con gusto quali si conveniva ad un istituto sorto nella città dei fiori.

Onoranze al prof. Belfanti.

Si compiono 50 anni di laurea del sen. prof. S. Belfanti. In tale ricorrenza verranno fatti all'illustre Uomo festeggiamenti degni della operosità vasta e profonda che egli ha esplicato per il progresso degli studi di microbiologia ed immunologia e delle pratiche applicazioni di queste scienze alla terapia.

Un gruppo di amici, estimatori, colleghi ed allievi si è trovato concorde nel ritenere che, per esprimere all'insigne festeggiato il proprio affettuoso omaggio ed augurio, la forma preferibile, più consona ai tempi e certamente più gradita all'animo del prof. S. Belfanti — schivo, come egli è, di ogni forma risonante di onori — sia quella di istituire una borsa di studio per giovani laureati desiderosi di specializzarsi in Microbiologia ed Immunologia.

Essi hanno pertanto deciso di aprire una sottoscrizione per la raccolta dei mezzi necessari alla istituzione di una Fondazione che sarà intitolata al nome di « Serafino Belfanti ».

Mostra internazionale degli ospedali.

Una Mostra internazionale degli ospedali, che riuscirà certamente grandiosa, sarà attuata in occasione della prossima Fiera di Milano 1937-XV.

Già nella Fiera svoltasi quest'anno è riuscita di particolare interesse, a lato della Mostra Sanitaria, quella Ospedaliera, che era però soltanto nazionale.

La Presidenza dell'Ente Autonomo Fiera di Milano, che fa capo al sen. Puricelli, ha deciso di estendere agli Ospedali di tutte le Nazioni la possibilità di parteciparvi, in particolare tenendo presenti gli Ospedali italiani che si trovano nelle Americhe e in tutti i Continenti.

Così concepita, a carattere universale, la Mostra Ospedaliera del 1937-XV corrisponde al piano di nuova vita imperiale che il Duce ha creato per l'Italia.

La Presidenza della Fiera ha chiamato a collaborare alla organizzazione della Mostra il gr. uff. prof. P. Piccinini, direttore dell'Ufficio « Italicus », il comm. avv. Castelli, segretario generale degli Istituti Ospedalieri di Milano ed il cav. Angelo Portaluppi, che già si rese benemerito per la precedente Mostra Nazionale.

Un po' dovunque.

Il Duce ha visitato a Milano, l'1 novembre, l'Istituto neurologico, ove è stato ricevuto dal sen. Puricelli e dal direttore prof. Besta; è passato per tutti i reparti e i gabinetti scientifici; si è trattenuto con alcuni malati, tra cui la figlia del sen. Baldo.

Il 2 novembre, presente S. A. R. il Duca d'Aosta in rappresentanza di S. M. il Re e Imperatore e del Maresciallo Badoglio, si è inaugurata solennemente a Tripoli, nel teatro Miramare, gremitissimo, la 25ª Riunione della Società italiana per il progresso delle scienze.

Il 23° Congresso francese d'igiene si è inaugurato il 19 ottobre nell'Istituto Pasteur di Parigi, alla presenza della sig.ra Lecore, sotto-segretaria di Stato alla protezione dell'infanzia, e con la presidenza del prof. Leclainche. I lavori hanno occupato più sedute.

In occasione del congresso si è anche riunito il Sindacato dei medici igienisti.

Un'assemblea generale della medicina francese si terrà il 10 gennaio, nell'Hôtel-Dieu di Parigi, con la presidenza del prof. F. Besançon. Tema: « Primo-infezione tubercolare ».

Il Sottosegretario di Stato alla Grazia e Giustizia, delegato dal Duce a rappresentare il Governo, ha inaugurato il 29 ottobre ad Ascoli Piceno l'ospedale sanatoriale dell'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale. Assistevano tutte le autorità della provincia.

Un'ampia sintesi, storica e di attualità, di quanto è stato fatto in Italia per la Medicina coloniale trovasi in fascicolo I, 1936-XIV di « Acta Medica Italica », per intero dedicato a tale argomento.

Nell'Istituto di chirurgia sperimentale della Facoltà di Scienze mediche di Buenos Aires sono stati inaugurati tre busti, ai dottori Manuel Augusto Montes de Oca, Ignacio Pirovano e Alejandro Posadas, grandi maestri della chirurgia argentina. Nello stesso Istituto si è creato un Museo storico di chirurgia, in cui figurano strumenti antichi di chirurgi argentini.

La « Società Americana di Medicina Tropicale » ha stabilito una medaglia in bronzo intitolata a Walter Reed, la quale sarà conferita a persone o ad enti che compiano lavori stimati meritorî nel campo della medicina tropicale, senza limitazioni di età, di razza o di nazionalità; è però statuita una preferenza per persone di età inferiore a 40 anni. I premi si conferiranno a distanze di 2 anni, per lavori compiuti, ogni volta, durante gli ultimi 10 anni.

La Società Oftalmologica di Chicago ha stabilito una Fondazione William Hamlin Wilder, destinata ad onorare la memoria dell'insigne oftalmologo, principalmente con l'organizzazione di una Conferenza riguardante l'oftalmologia o un campo affine.

In quest'anno si è compiuto uno scambio di studenti in medicina e di medici tra la Cecoslovacchia, la Polonia, la Jugoslavia da un lato e la Francia dall'altro.

Sono state rese cordiali onoranze al dott. Achille Haibe, direttore dell'Istituto batteriologico di Namur (Belgio), presenti il ministro Bovesse e il prof. Bordet.

Il dott. S. P. James ha lasciato, col 31 agosto, la carica di consulente al Ministero di Sanità dell'Inghilterra per le malattie tropicali, carica da lui tenuta a partire dal 1918.

In occasione del Congresso sul cancro adunatosi a Bruxelles, la Compagnia del Catanga pel radium ha conferito agli inglesi Kenneway e Cosk due premi destinati agli autori dei migliori lavori sul cancro; i premi consistono in 50 mg. di radium e in un contributo in denaro.

Il prof. Achard, segretario generale dell'Accademia di Medicina di Parigi, è incaricato di una missione di studî nell'Africa Occidentale Francese.

Si è spento il 22 ottobre, a 75 anni, il dott. ENRIQUE PASCHEN, che fu a lungo direttore dell'Istituto vaccinogeno di Amburgo e il cui nome è legato ai « corpuscoli » del pus vaioloso e vaccinico. Negli ultimi anni fu ospite dell'Istituto per le malattie navali e tropicali di Amburgo.

Del sen. prof. GIOVANNI PASCALE — spentosi il 28 ottobre, dopo essere stato colpito da improvviso malore mentre operava una malata — diremo in un prossimo numero.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 21 settembre al 27 settembre 1936: Morbillo 105 (345); Scarlattina 146 (292); Pertosse 120 (325); Varicella 52 (69); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 491 (498); Infezioni paratifiche 115 (153); Febbre ondulante 25 (27); Dissenteria 27 (32); Difterite e croup 289 (520); Meningite cerebro-spinale epidemica 11 (11); Poliomielite anteriore acuta 41 (48); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 9 (9); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 51 (66), dichiarata — (—); Pustola maligna 28 (29); Parotite epidemica 44 (59); Leishmaniosi 3 (3); Febbre puerperale 32 (34).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Pathologica, 15 giu. — E. MORELLI. Classificazioni dei tumori dell'encefalo. — L. CIRIO. Costituzione ereditaria e reazione agli stimoli omogeni.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 giu. — Neurologia.

Jorn. dos Clin., 15 mag. A. L. JORGE. L'extrasistole.

Deut. Med. Woch., 3 lug. — Numero sulle frutta nella nutrizione.

Klin. Woch., 4 lug. — S. GRÄFF. Compito dell'epifaringe nella patologia umana. — G. LAZZARO. La terapia digitalica nella tachicardia parossistica.

Münch. Med. Woch., 3 lug. — H. VOGT. Frenite nell'infanzia. — MORKOW. Esofagite corrosiva.

Rass. di Ter. e Patol. Clin., mar. — L. TOCCO. Cura bulgara. — Apr. - L. LEVI e G. FRANCHI. Proteinemia da carico alimentare nel sano e nel diabetico.

Arch. It. di Chir., giu. — A. CHINAGLIA. Neurofibromatosi cutanea e lesioni ossee. — P. FRUGONI. Supposta allergia da catgut.

Riv. di Mal., 3. — A. CORRADETTI. Immunità acquisite nella terzana benigna in relaz. al trattamento. — F. DE CAMELIS. Polinevrite malarica.

Lancet, 4 lug. — S. ZUCKERMANN. Inibizione e provocazione delle emorragie uter. mediante l'estrone. — P. WOOD. Insufficienza ventricolare destra e sinistra.

Paris Méd., 7 lug. — Malattie della nutriz.

Forze San., 15 giu. — G. LUGLI. L'O.-R.-L. in rapporto alla medicina gener.

Riv. di Pat. nerv. e ment., mag.-giu. — G. RIZZO. Paralitico ottantenne malarizzato a settant'anni. — P. OTTONELLO. Affezioni infundibulari in decorso di tumori frontali. — E. BROGGI e E. COSTANTI. Ricerca colturale del bac. tbc. nella demenza precoce.

Minerva Med., 7 lug. — G. FERRO-LUZZI. Glomerulonefrite cronica con sindrome uremica ipertossica senza ritenzione azotata. — N. FUCCI. Iperplasie del sistema reticolo-istiocitario.

Arch. dell'Ist. Bioch. It., giu. — P. MASCHERPA. Revulsivi cutanei. — L. G. TRAVERSO. Ciclo puerperale dell'ematocrito.

Folia Med., 30 giu. — F. CONTI. Sindromi iposurrenaliche. — M. MATTIOLI. Tubercolina sottoposta all'azione del radio.

Giorn. di Cl. Med., 30 giu. — A. MARRASSINI. Presunta iperglobulia da salasso. — F. PRATESI. Lesioni vertebrali da brucellosi.

Presse Méd., 4 lug. — G. POIX e M. NAUVELAERTS. Ripresa del pnt. in caso di ricaduta della tbc. — E. AUJELEU e A. JUDE. Piccola epidemia di psittacosi.

Wien. Klin. Woch., 10 lug. — JARISCH. Terapia digitalica. — MÜHLMANN. Trofismo nervoso.

Prensa Méd. Arg., 17 giu. — C. BONORINO UDAONDO e L. V. SANGUINETTI. Gastropatia allergica.

Arch. Roum. de Path expér. ecc., giu. — A. SLATINEANO e al. Isto-patologia del coma malarico.

Bull. Ac. de Méd., 30 giu. — E. SERGENT e al. Terapia chirurgica della tbc. polm.

Riv. San. Sicil., 1 lug. — L. MARTINETTI e L. PAOLAZZI. Azione delle soluzioni glucosate ipertoniche sulla pressione endocranica.

Riforma Med., 4 lug. — S. MAUGERI. Porfirinuria familiare e idiopatica.

Sang, lug. — P. MERKLEN e al. Malattia di Gaucher nell'adulto. — N. FEODOROD e al. Come agisce la trasfusione di s.

Revue de Chir., giu. — J. BOTTIN. Complicazioni polmonari post-operatorie.

Lancet, 11 lug. — S. SILVERMAN, N. G. HIBERT. Anemia e carcinoma gastrico.

Med. Klinik, 10 lug. — W. BERBLINGER. Morbo di Cushing. — Inchiesta: morbo di Simmond.

Presse Méd., 11 lug. — D. ROUTIER e al. Infarto del miocardio. — J. QUÉRANGEL DES ESSART e G. LEFROU. Isto-diagnosi della lebbra. — P. ABOULKER e A. DREYFUSS. Malattia di Mikulicz.

Brit. Med. Journ., 11 lug. — A. MACNALTY. Poliomielite epidemica. — R. D. LAWRENCE. Trattam. del coma diabetico.

Deut. Med. Woch., 10 lug. — THADDEO. Funzione dei surreni. — BERNHARDT. Ormone surrenale e vitamina C nella debolezza cardiaca dei difterici.

Pediatria, 1 lug. — E. SCHWARZ e F. CISLAGHI. Trasfusione di sangue nella prima infanzia.

Münch. Med. Woch., 10 lug. — W. STEPP. Deficienza di vitamina come causa ed effetto di disturbi digerenti. — F. PIETRUSKY. Ricerca della paternità.

Journ. A. M. A., 20 giu. — R. M. BRICKNER. Patogenesi della sclerosi multipla. — J. M. HITCH e W. F. SCHWARTZ. Azioni remote del dinitrofenolo. — T. CORNBLEET. Terapia del prurito.

Rinasc. Med., 15 lug. — G. ROBERTI. Reaz. di Weltmann nei versamenti pleurici in corso di pneumot. terap.

Minerva Med., 14 lug. — P. MARIN. Scorbuto da distruzione batterica intestinale di vitamina C? — A. GALLUPPI. Litiasi renale e paratiroidi.

Presse Méd., 8 lug. — C. SIMON. Vegetazioni vulvari mirtiformi.

Riv. di Cl. Med., 15-30 apr. — M. VOLTERRA. Sclerosi renali. — A. LUNEDEI e A. GIANNONI. Sindromi emorragiche.

Rass. di Cl., Ter. e Sc. aff., mag.-giu. — C. SERONO e R. MONTEZEMOLO. Formazione di estrina nell'uovo di gallina durante l'incubaz.

Osped. Magg., giu. — C. LIMITO. Sifilide polm. — G. A. TRIKURAKIS. Condizioni igienico-sanit. della Valle d'Aosta.

Arch. It. di Chir., lug. — M. BOGETTI e A. SCHIBI. Anatomia topografica e chirurgica delle paratiroidi. — L. IMPERATI. Patogenesi dell'ulcera peptica sperimentale.

Cl. Med. It., lug. — M. BASSI. Pressione venosa. — A. ROMEO. Ricambio dei carboidrati nelle splenomegalie. — T. GALLI. Febbre di Malta.

Haematol., VI. — A. VECCHI. Modificazioni della formula ematica in alta montagna. — B. BOGGIAN e B. CLEMENTI. Ormone ematico?

Arch. di Pat. e Clin. Med., apr. — P. BENEDETTI e V. BOLLINI. Valutazione metrica ed ispettiva del cuore. — L. ALZONA. Surrene ed apparato cardiovascol.

Gaz. d. Hôp., 18 lug. — A.-C. GUILLAUME. Ptosi gastrica.

Riv. di Clin. Ped., giu. — G. PAVAN. Azioni dell'insulina. — M. SAMAIA. Epilessia ed eredo-sifilide.

Ann. di Ostetr. e Gin., 30 giu. — D. MANCINI. Infezione blenorragica e gravidanza extra-uterina. — E. GIUDICI. « Partus nullus ».

Presse Méd., 15 lug. — A. BÉCLÈRE. I neoplasmi infettivi del coniglio. — 18 lug. P. SAVY e al. L'intolleranza alimentare per le uova.

Med. Klin., 17 lug. — K. BINGOLD. Poliomielite non riconosciuta. — F. HAMBURGER. Immunità alla tubercolosi.

Med. Welt, 18 lug. — H. ZEISS. Mialgia acuta epidem. — H. WEBER. Trattam. delle sequele dell'encefalite epidemica.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 16 Novembre 1936 - XV Num. 46

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Reparto Regina Elena dell'Ospedale Civile di Padova
annesso alla
CLINICA NEUROLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ
diretta dal Prof. G. C. RIQUIER.

Le radici di Atropa Belladonna nella cura del parkinsonismo encefalitico.

Dott. Prof. ALBERTO SOLDI
Direttore del Lab. di Tecnica Farmaceutica della R. Università.

Dott. CHERUBINO TRABUCCHI
Assistente della Clinica.

In una comunicazione, svolta nel luglio 1935 alla Società Medico-Chirurgica di Padova (1), uno di noi diede conto di ricerche farmacologiche intraprese nell'intento di approfondire la conoscenza del contenuto in alcaloidi attivi del decotto di radici di Atropa Belladonna, elemento fondamentale della cosidetta « Cura bulgara » divulgata da Yvan Raeff e in Italia largamente applicata in appositi reparti clinici ed ospedalieri, sorti per l'alto interessamento di Sua Maestà la Regina.

Le indagini sopra citate dimostrarono: 1) che nelle diverse decozioni vinose preparate secondo il metodo indicato dal Raeff il tasso alcaloideo variava in modo quasi costante ed entro limiti abbastanza ampii; variabilità che si credette di imputare, sia al fatto già noto della incostanza di contenuto alcaloideo nelle radici di A. B., sia alla speciale tecnica impiegata per la estrazione degli alcaloidi; 2) che l'attività biologica del « Decotto bulgaro » risultava di molto superiore a quella delle soluzioni acquose di sali alcaloidei, scelti fra quelli che sono considerati i determinanti l'azione farmacologica della radice di Atropa Belladonna. Questa constatazione, mettendo in luce la importanza della estrazione totale dei principii attivi della droga bulgara, dà ragione della maggiore efficacia del trattamento bulgaro, in confronto alle cure attuate mediante alcaloidi atropinici isolati.

(1) TRABUCCHI C. *Osservazioni farmacologiche sopra il contenuto in alcaloidi del « decotto bulgaro »*. Atti Soc. Med. Chirurgica di Padova, XIII, 5, p. 180, VII-1935.

Riconosciuta la necessità di ricorrere alla *estrazione totale* degli alcaloidi contenuti nella radice per conseguire i particolari effetti del trattamento « bulgaro », abbiamo voluto controllare se i buoni risultati fossero appannaggio specifico della solanacea bulgara, ovvero si potessero ottenere anche con le radici di belladonna nostrana. Abbiamo inoltre indagato se fosse possibile, con modificazioni tecniche, eliminare alcuni inconvenienti legati al processo originale di decozione e controllare se veramente fosse indispensabile attenersi alle norme dettate dall'erborista bulgaro. Abbiamo infine cercato di vedere se, modificando totalmente il processo di estrazione, riportandolo cioè ad uno di quelli suggeriti dalla Farmacopea ufficiale italiana per la preparazione degli estratti fluidi titolati, si potessero ottenere gli stessi risultati terapeutici.

Questo complesso di indagini ci è stato suggerito da osservazioni di varia indole, potute fare negli encefalitici del reparto « Regina Elena » di Padova, circa la applicazione del metodo originale di Yvan Raeff.

Da queste osservazioni risultarono: 1) la già ricordata variabilità del tasso alcaloideo in decotti preparati con tecnica identica, variabilità verosimilmente da imputarsi a fattori svariati (differenza di volume e di spessore dei pezzi di radice, forma e natura dei recipienti, intensità della sorgente calorifica, condizioni atmosferiche, ambientali ecc.): 2) la difficile conservazione del decotto vinoso, con modificazione delle sue caratteristiche farmacologiche, in rapporto al tipo di vino usato, alla sua gradazione alcoolica ed eventuale fermentazione acetica: 3) il basso contenuto alcaloideo della decozione originale che costringe all'uso di quantità notevoli di liquido, rendendo malagevole il rifornimento dei pazienti dimessi che devono continuare la cura a domicilio.

A) RICERCHE INTORNO ALLA PREPARAZIONE DEL DECOTTO BULGARO.

Secondo le prescrizioni di Yvan Raeff si devono mettere 30 gr. di radice n. 1 ed una polverina n. 2 (carbone vegetale) in cc. 600 di vino bianco (2); raggiunta la ebollizione la si protrae per 13 minuti e mezzo; quindi si lascia raffreddare e si filtra. La istruzione che accompagna ogni scatola di radice di belladonna bulgara non dice se la decozione debba o meno essere portata a volume, perciò nel reparto di Padova si è sempre usato il decotto tal quale proveniva dalle operazioni predette. Altri invece usano riportare il volume del decotto a quello di partenza (= cc. 600) aggiungendo dal 20 al 25 % di vino (= 120-150 cc.). Anche per ciò che riguarda la filtrazione del decotto non esiste uniformità di indirizzo; alcuni preparatori filtrano accuratamente attraverso carta, asserendo che l'abbondante sedimento fioccoso che si forma durante il raffreddamento in quiete è molto ricco di alcaloidi, sotto forma di sali insolubili (3); altri non filtrano affatto. Noi abbiamo sempre usato filtrare attraverso cotone ben stipato, ottenendo così solo la separazione delle radici e della parte più grossolana del sedimento. Da controlli da noi espressamente istituiti non risulta che il precipitato possegga particolare attività terapeutica; la permanenza, in seno alla decozione, di particelle sospese non ha modificato sensibilmente la tolleranza ed i risultati della cura, come avrebbe dovuto accadere se il precipitato fosse realmente costituito in prevalenza da sali alcaloidei. Il controllo chimico non fece che confermare l'esito delle osservazioni cliniche. 100 cc. di sedimento, titolati col metodo più avanti descritto, rivelarono un contenuto di alcaloidi totali, espressi in atropina base, di gr. 0,0208 mentre 100 cc. dello stesso decotto, perfettamente filtrato, attraverso carta, mostrarono un contenuto di gr. 0,0181 di alcaloidi totali, sempre espressi in atropina base. La filtrazione accurata attraverso carta bibula dà un prodotto migliore e più omogeneo unicamente dal punto di vista tecnico.

Il trattamento bulgaro comprende l'uso di pillole contrassegnate col n. 3 da prendersi in numero di una al dì, al mattino, e di pezzetti di rizoma (n. 4) che il paziente dovrebbe masticare e inghiottire in piccole porzioni durante la giornata. Le pillole, costituite di mollica di pane conglobante qualche piccolo frammento di corteccia di china o di noce vomica, sono prive di qualsiasi valore terapeutico; i pezzi di rizoma sono di calamo aromatico ed il loro impiego può essere giustificato dall'azione eccitante sulle ghiandole salivari che allevia la secchezza prodotta dall'assunzione degli alcaloidi atropinici; tuttavia il loro uso non è indispensabile o può essere sostituito efficacemente da pillole di eserina o

(2) In mancanza di istruzioni precise sulla qualità del vino da usare e sulla gradazione alcoolica, noi ci siamo sempre serviti di una miscela di vino « Soave » (10°) e « Castelli romani » (14°) a parti uguali.

(3) Comunicazione del dott. ANTOLINI alla Riunione indetta dalla Direzione Generale di Sanità il 16 maggio c. a. in Roma.

granuli di geneserina che i malati devono lasciar sciogliere in bocca (4).

La polvere n. 2 da aggiungersi al vino per la preparazione del decotto, è costituita, come si disse, da carbone vegetale; ad esso si potrebbero attribuire proprietà adsorbenti nei confronti di varie sostanze contenute nel decotto; ma, come faceva presumere la sua esigua quantità (gr. 0,20-0,30 per cartina) e come confermarono l'esperienza clinica ed i dosaggi, la sua azione risultò praticamente trascurabile. Con due decotti preparati contemporaneamente impiegando radici di una medesima scatola originale, e con identiche modalità tecniche, aggiungendo però la polvere di carbone solo ad uno di essi, furono trattati 15 encefalitici. A ciascun ammalato i due tipi di decotto vennero somministrati a settimane alternate. Dal punto di vista clinico nessuna apprezzabile differenza fu riscontrata in quelli che sono gli effetti abituali del trattamento bulgaro; dal punto di vista del tasso alcaloideo il dosaggio dei due decotti col procedimento suggerito dalla Farmacopea Elvetica (5) fornì risultati che si possono considerare identici. Infatti 100 cc. di decozione preparata con la polvere n. 2 secondo Raeff, consumano cc. 6,5 di HCl N/100 pari a gr. 0,01878 di alcaloidi totali in atropina base. 100 cc. di decozione preparata senza la polvere n. 2 consumano cc. 6,6 di HCl N/100 pari a gr. 0,019074 di alcaloidi totali in atropina base.

Stabilito che la polvere di carbone vegetale non modifica per nulla nè l'azione, nè la composizione del decotto bulgaro, ci siamo preoccupati di vedere se le decozioni allestite con radici di Atropa Belladonna nostrana si comportassero, quanto ad efficacia terapeutica e concentrazione in alcaloidi, come quelle preparate con la droga bulgara.

Abbiamo quindi cercato di procurarci dal commercio radici ben definite nelle loro caratteristiche di provenienza ed epoca di raccolta. Ci siamo serviti di campioni di radici di A. B. forniti dalle *Ditte Carlo Erba di Milano e Sani e Borri di Bondeno;* si trattava in entrambi i casi di radici coltivate in Romagna e raccolte al principio dell'autunno. Prima di iniziare le esperienze le radici vennero esaminate presso l'Istituto Botanico della R. Università di Padova e risultarono di ottima qualità, sia per i caratteri organolettici, sia per il contenuto di alcaloidi dimostrato dall'abbondante precipitato che si depositava in preparati istologici trattati col reattivo di Bouchardat.

Da principio preparammo un decotto impiegando come veicolo la miscela di vini (Soave-Castelli romani) da noi correntemente usata per la preparazione del decotto bulgaro, e adoperando le radici in pezzi molto grossi, tal quali ci erano stati inviati. Sette pazienti, già in corso di cura, furono trattati con questa decozione. Si notò fin dai primi giorni una rapida regressione dei miglioramenti ed una diminuzione dei disturbi connessi alla somministrazione degli alcaloidi atropinici (aumento della rigidità muscolare, della scialorrea, delle crisi oculogire e sudorali; d'altro canto miglioramento della vista, minor secchezza delle fauci, diminuita astenia, ecc.). Essendo evidente la scarsa attività del farmaco, dopo cinque giorni il trattamento venne ripreso con decotto bulgaro normale. Di questo primo decotto, così scarsamente attivo, non venne fatto neppure il dosaggio chimico di controllo.

Pensando che lo scarso contenuto di alcaloidi di questo decotto fosse da imputarsi alla difficoltà di estrazione dovuta all'uso di radici non frantumate e quindi difficilmente permeabili al solvente, abbiamo provato a tagliare le radici in pezzi più piccoli. Abbiamo così studiato i decotti preparati con radici spezzettate a mano in frammenti leggermente contusi, con radici tagliate solo in senso longitudinale (a fettuccia) e con radici tagliate longitudinalmente e trasversalmente. Con questo secondo taglio (cosidetto « a cubetti ») la radice venne ridotta in piccoli frammenti di forma irregolarmente cubica, commisti ad una polvere grossolana, a tipo di segatura, assumendo un aspetto del tutto uguale a quello della droga che si trova nelle scatole originali di Raeff.

Trentuno pazienti, dei quali venti già in

---

(4) GOZZANO M. *Osservazioni sulla cura bulgara dei parkinsoniani encefalitici. Correzione dei disturbi visivi, salivari e vescicali.* Rassegna medica sarda, XXXVIII, 1936, XIV, n. 1.

(5) 100 cc. di decotto si riducono a cc. 15 o 20 concentrandoli sotto vuoto a temperatura di 60°-70°; il residuo viene portato in imbuto separatore ed alcalinizzato con idrato ammonico (cc. 2 circa di soluzione di ammoniaca F. U.). Il liquido acquoso alcalino viene quindi estratto con etere solforico per portare in soluzione eterea gli alcaloidi base così liberati. Le estrazioni si ripetono per cinque volte usando per ciascuna di esse circa cc. 50 di etere. La soluzione eterea in tal modo ottenuta viene liberata dal solvente distillando quest'ultimo a b. m.; il residuo, ripreso con alcool a 95° fino a soluzione, viene ulteriormente addizionato di acqua distillata e bollita nelle seguenti proporzioni: alcool di 95° cc. 20-25, acqua cc. 40-50. Al soluto idroalcoolico degli alcaloidi si addizionano 20 goccie di rosso di metile in soluzione alcoolica 1 %; si titola quindi con acido cloridrico N/100 fino al netto viraggio rosso ciliegia (se il viraggio non è netto e se la soluzione non riesce limpida è consigliabile riscaldare a 50°-60°).

1 cc. HCl N/100 corrisponde a gr. 0,00289 di atropina base ovvero a gr. 0,00347 di atropina solfato (Farmacopea Elvetiva, Ed. 1934, p. 755, n. 728).

corso di cura, vennero trattati con decozioni preparate da radici nazionali tagliate a fettuccie od in « cubetti »; ad alcuni di essi venne somministrato, a settimane alternate, il decotto preparato con radice bulgara. La cura si protrasse da un minimo di 15 ad un massimo di 70 giorni; sia per gli aumenti di dose che per la determinazione della dose massima e di quella definitiva ci siamo attenuti alle regole usate nel reparto; ossia iniziammo con due o quattro cc. raggiungendo un massimo di 45 cc. suddivisi in due o tre somministrazioni giornaliere. È risultato che la decozione di radice italiana fu sempre perfettamente tollerata dai pazienti e che i disturbi riscontrati furono sempre per tipo, intensità e frequenza, in tutto simili a quelli osservati durante la somministrazione del decotto bulgaro.

L'efficacia del decotto di radice italiana, si può definire equivalente a quella del decotto di radice originale bulgara, talvolta anzi si è avuta l'impressione che il primo fosse anche un po' più attivo del secondo, sopratutto per le decozioni preparate con le radici tagliate in « cubetti ».

Parallelamente alle prove cliniche abbiamo eseguiti i dosaggi chimici del contenuto di alcaloidi totali, seguendo il metodo summenzionato. Nello specchietto seguente sono elencati i valori medi ottenuti:

Radice italiana in grossi frammenti leggermente contusi: 100 cc. di decozione consumano cc. 5,8 di HCl N/100 pari a *alcaloidi totali* in atropina base = gr. 0,0167.

Radice italiana tagliata « in fettuccie »: 100 cc. di decozione consumano cc. 6,5 di HCl N/100 pari a *alcaloidi totali* in atropina base = gr. 0,0187.

Radice italiana tagliata « in cubetti » analogamente alla bulgara: 100 cc. di decozione consumano cc. 7 di HCl N/100 pari a *alcaloidi totali* in atropina base = gr. 0,0202.

Radice bulgara in pezzatura originale: 100 cc. di decozione consumano cc. 6,2 di HCl N/100 pari a *alcaloidi totali* in atropina base = gr. 0,0179.

Ponendo a confronto i risultati delle ricerche cliniche con quelli dei dosaggi chimici, si nota una soddisfacente concordanza fra i due tipi di decotto; infatti è chiara l'equivalenza, negli effetti terapeutici, delle radici nostrane e di quella bulgara. La leggera superiorità di contenuto alcaloideo riscontrata nella radice italiana, tagliata come la bulgara in « cubetti », non è tale da fornire un evidente riscontro nelle prove cliniche; potrebbe però giustificare l'impressione di una maggiore efficacia, dianzi accennata.

Un altro aspetto interessante emerge dalle medie dei dosaggi chimici, cioè l'importanza che ha la pezzatura della radice nel processo di estrazione. Il taglio col quale Raeff presenta la radice bulgara, assicura l'estrazione di un adatto tasso alcaloideo nell. condizioni prescritte per la decozione vinosa; estrazione però che non è totale; infatti la radice bulgara contiene in media gr. 0,49 % (6), mentre la decozione estrae soltanto gr. 0,28 % in media. Ciò spiega come la radice italiana, che usata in pezzi grossi ci aveva dato decotti di scarso contenuto alcaloideo e di modesta efficacia, si sia rivelata, per contenuto di alcaloidi e per attività, sensibilmente superiore alla bulgara, se impiegata con lo stesso sistema di taglio usato dal Raeff.

Proseguendo nelle nostre indagini, abbiamo cercato di stabilire se fosse assolutamente necessaria la estrazione vinosa degli alcaloidi della droga, ovvero se il vino rappresentasse semplicemente un sistema rudimentale per preparare una decozione idroalcoolica. Pertanto abbiamo fatte varie prove usando una mescolanza di acqua ed alcool a 15° in volume, e, per controllare se la acidità totale del vino potesse influire sull'estrazione degli alcaloidi, abbiamo preparate alcune decozioni con un veicolo idroalcoolico portato ad un Ph 4,04 mediante aggiunta di acido tartarico all'acqua bidistillata e disareata per ebollizione.

In 40 pazienti, già in cura con decotto bulgaro, trattati per 4 o 5 giorni consecutivi con decozioni (sempre di radici bulgare) semplici o addizionate di acido tartarico, mantenendo fisse le dosi in precedenza determinate, non furono osservate modificazioni cliniche di qualche momento; i malati avvertirono solo una differenza nel sapore del decotto.

Contemporaneamente procedemmo ai dosaggi chimici, ottenendo i risultati seguenti:

Decozione in acqua e alcool a 15° preparata secondo le prescrizioni di YVAN RAEFF:

Con *Radice bulgara* (pezzatura « in cubetti »): 100 cc. di decozione consumano cc. 6,25 di HCl N/100, pari a *alcaloidi totali* in atropina base = gr. 0,0180.

Con *Radice italiana* (pezzatura « in cubetti », simile a quella bulgara): 100 cc. di decozione consumano cc. 6,70 di HCl N/100 pari a *alcaloidi totali* in atropina base = gr. 0,0193.

Decozione in acqua-alcool a 15° con aggiunta di acido tartarico (Ph del liquido 4,04) (misura con elettrodo all'idrogeno = f. e. m. contro calomelano normale a T. 23°: Millivolt 522,3):

Con *Radice bulgara* (pezzatura « in cubetti »: 100 cc. di decozione consumano cc. 6,7 di HCl N/100 pari a *alcaloidi totali* in atropina base = gr. 0,0193.

Decozione di confronto senza acido tartarico (eseguita contemporaneamente):

100 cc. di decozione consumano cc. 6,20 di HCl N/100 pari a *alcaloidi totali* in atropina base = gr. 0,0179.

(6) DI MATTEI P. *Sulla cosiddetta « cura bulgara » dei postumi di encefalite epidemica.* Policlinico, Sez. prat., XLII, 11, p. 501, 1935.

Questi risultati autorizzano la conclusione che il vino rappresenta semplicemente un menstruo idroalcoolico, sostituibile dalla miscela acqua-alcool, col vantaggio che l'usare una soluzione a percentuale di alcool ben determinata, anzichè il vino la cui gradazione alcoolica può invece variare, assicura una estrazione più stabile.

L'influenza dell'ambiente acido sul potere estrattivo del veicolo idroalcoolico non appare fondamentale, pur potendo essere apprezzabile; infatti vi è ragione di credere che l'estrazione degli alcaloidi sia dovuta quasi esclusivamente all'azione solvente del veicolo anzichè ad un meccanismo di salificazione. È infatti noto che l'atropina base è solubile in acqua ed in alcool.

Nel corso dei dosaggi effettuati con radici italiane e bulgare, conservate nello stesso ambiente dal 1° febbraio al 1° luglio ebbimo a notare come la ricchezza in alcaloidi della radice italiana andasse sensibilmente scemando, mentre la radice bulgara si manteneva pressochè costante. Esaminando i campioni italiani constatammo come essi avessero perduta l'iniziale apparenza di secchezza; procedemmo quindi al dosaggio dell'acqua nei due campioni, ottenendo:

per la *radice italiana* = umidità % 8,90; per quella *bulgara* = umidità % 1,22. Tale differenza poteva spiegare la diminuzione di titolo dianzi osservata.

Successivi dosaggi sulle radici disseccate eseguiti ad intervalli di tempo, ci convinsero che il tenore in alcaloidi andava diminuendo ogni volta che si procedeva al disseccamento in stufa delle radici, raggiungendo temperature intorno ai 100°.

Evidentemente la perdita di alcaloidi è dovuta all'azione del calore nell'ambiente umido, il quale promuove una quantità di modificazioni chimiche ed anatomiche della radice (caramellizzazione degli idrati di carbonio, scissione di tannoidi, alterazione della permeabilità dei tessuti ecc.) che alterano il contenuto in principi attivi e ne ostacolano la estrazione. In conseguenza è consigliabile usare radici sottoposte a procedimenti di « stabilizzazione » e conservarle al riparo dell'umidità, della luce e fuori del contatto dell'aria; evitando sempre il disseccamento a temperature elevate.

B) PREPARAZIONE DI ESTRATTI FLUIDI DI RADICI DI ATROPA BELLADONNA E CONTROLLI RELATIVI.

Da ultimo abbiamo ricercato se mediante il decotto si arrivasse ad una estrazione selettiva dei differenti principi attivi della radice non realizzabile altrimenti; od eventualmente ad una racemizzazione josciamina-atropina [l'atropina, otticamente inattiva può originarsi dalla josciamina (levogira) e questa trasformazione sarebbe assai favorita dal calore]. Questo problema assumeva una particolare importanza, in quanto la superiorità dell'estrazione per decozione sarebbe risultata evidente solo nel caso che con essa si fossero ottenuti risultati clinici quantitativamente e qualitativamente superiori, dovuti ad una estrazione degli alcaloidi della droga « migliore » di quella ottenibile con un comune metodo di esaurimento totale a freddo, tipo estratto fluido. Abbiamo voluto dunque stabilire se tutto il processo di estrazione dalla radice potesse ricondursi ad uno di quelli indicati nelle principali Farmacopee internazionali e conseguentemente fosse inquadrabile nella moderna Tecnica farmaceutica. Ci siamo orientati verso l'estratto fluido perchè nella sua preparazione il calore interviene solo nella fase di concentrazione, ma in modo blando (50°-60°); d'altra parte il rigoroso rapporto sussistente fra volume di liquido e peso di droga ci avrebbe permesso di effettuare con esattezza tutti i rilievi necessari.

Fra i metodi della F. U. abbiamo scelto quello indicato per la preparazione dell'estratto fluido di foglie di belladonna, il cui unico veicolo è costituito da alcool di 60°, ciò che in pratica equivale a fare una estrazione idroalcoolica (7).

Con questa tecnica abbiamo preparato due estratti fluidi, l'uno con droga italiana e l'altro con droga bulgara; l'uno a titolo 1/0,50, l'altro a titolo 1/1. Abbiamo adottato due differenti rapporti fra il peso del liquido e quello della droga per stabilire quale dei due meglio si prestasse alle esigenze della terapia.

I caratteri organolettici degli estratti risultarono i seguenti:

colore: rosso-bruno;
trasparenza: opalescente;
odore: caratteristico della radice;
peso specifico: 0,98/1,03;
reazione: acida;
sapore: caustico dolciastro, retrogusto amaro.

Diciassette encefalitici, dei quali sette già in cura con decotto bulgaro, vennero trattati con

(7) Abbiamo operato partendo da radici « in cubetti » (non in polvere) umettate e caricate in percolatore a regola d'arte. Dopo 24 ore di macerazione nel percolatore stesso abbiamo lisciviata la droga fino a raccogliere 850 cc. di percolato, quindi abbiamo proseguito la lisciviazione fino a che il percolato raccolto, saggiato con i comuni reattivi degli alcaloidi, diede reazione negativa. L'estrazione completa si raggiunse con 1200-1300 cc., oltre agli 850 di « riserva »; questo secondo percolato venne concentrato in una piccola boule a vuoto, non superando i 60°, fino a consistenza di estratto molle; quest'ultimo venne ridisciolto nei primi 850 cc. portando poi a peso esatto di gr. 1000 con alcool di 60° (Farmacopea Uff. It., V ed., pag. 204).

l'estratto di radice italiana, somministrato a dosi crescenti (cc. 0,30-0,50 in tre volte nella giornata) sino ad un massimo di cc. 5 giornalieri. Tale limite, che corrispondeva per contenuto alcaloideo alla dose massima di decotto bulgaro somministrata nel nostro reparto, non venne oltrepassato per ragioni di prudenza. Il trattamento con l'estratto fluido venne prolungato, in media, dai 20 ai 30 giorni, quindi sostituito dalla decozione. Senza scendere a particolari minuti possiamo asserire che i risultati ottenuti furono perfettamente sovrapponibili a quelli che si riscontravano col decotto, negli stessi pazienti; a molti di questi la nuova forma di somministrazione risultò anche più accetta.

Analoghi risultati abbiamo registrato in 15 ammalati trattati, contemporaneamente ai primi, con l'estratto fluido di droga bulgara. Dato che in questo caso si impiegava estratto fluido titolato 1/1 anzichè 1/0,50 come nel caso precedente, abbiamo tenuta una dose media di cc. 3,90 raggiungendo in due soli casi i cc. 4,20. Anche questo gruppo di pazienti, dei quali 6 erano già in cura con il decotto bulgaro, seguì il trattamento per circa 30 giorni; poi riprese la terapia col metodo classico, nella dose media di tre cucchiai al giorno, senza che si verificassero sensibili variazioni negli effetti terapeutici.

La titolazione degli alcaloidi totali, eseguita con il metodo già citato della Farmacopea Elvetica, diede:

per la *radice italiana*: estratto fluido titolato 1/0,50 — 20 cc. (= gr. 10 di radice) consumano cc. 9 di HCl N/100 pari a: *alcaloidi totali* in atropina base = gr. 0,026;

per la *radice bulgara*: estratto fluido titolato 1/1 — 10 cc. (= gr. 10 di radice) consumano cc. 7,25 di HCl N/100 pari a: *alcaloidi totali* in atropina base = gr. 0,0209.

Risulta pertanto che l'estratto fluidò di radice italiana, analogamente a quanto avviene per il decotto, è un po' più ricco in alcaloidi. Nei riguardi del rapporto droga-estratto possiamo rilevare come la somministrazione riesca agevole tanto con il tipo a titolo 1/1 quanto con quello a titolo 1/0,50; tuttavia se si intendesse usare la somministrazione a gocce, sembra consigliabile il rapporto 1/1, per quella in centimetri cubici appare più comodo il rapporto 1/0,50 (1 cc. = XLV gocce), in quanto, richiedendo una quantità un po' superiore di liquido, diminuisce le possibilità di errore.

In base alle nostre osservazioni l'estratto fluido titolato, preparato dalle radici, costituirebbe il mezzo più razionale per la cura del parkinsonismo encefalitico.

Per definire più esattamente la fisionomia farmacologica del medicamento sotto questa forma, abbiamo eseguite alcune determinazioni della sua attività biologica con il metodo già illustrato da uno di noi, metodo che fa perno sull'antagonismo acetilcolina-atropina sul cuore isolato di rana (8). I risultati, illu-

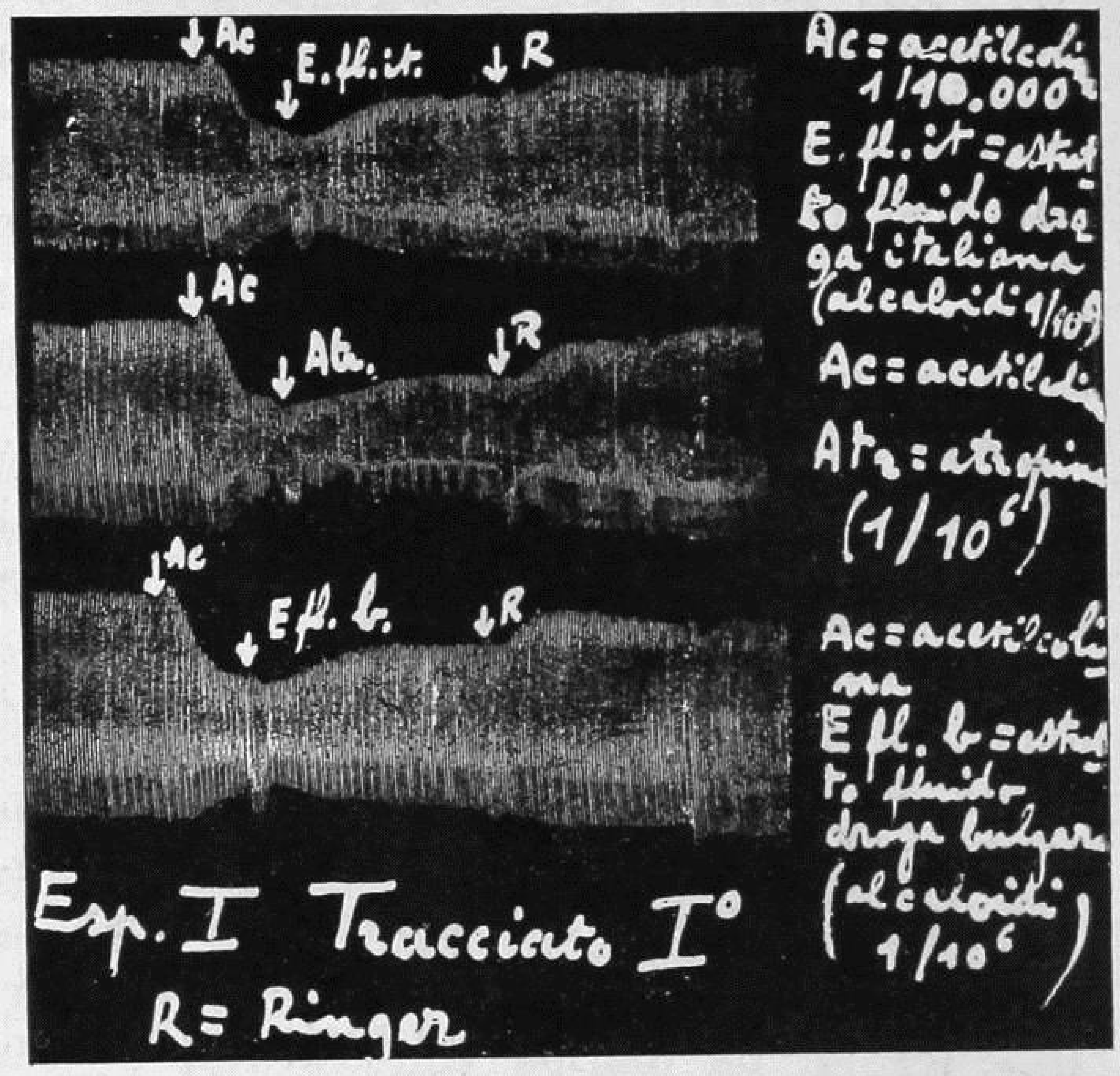


FIG. 1.

strati dalle riproduzioni dei tracciati, confermano quanto era già stato notato nei riguardi del decotto bulgaro, cioè una netta superiorità biologica in confronto a soluzioni di solfato

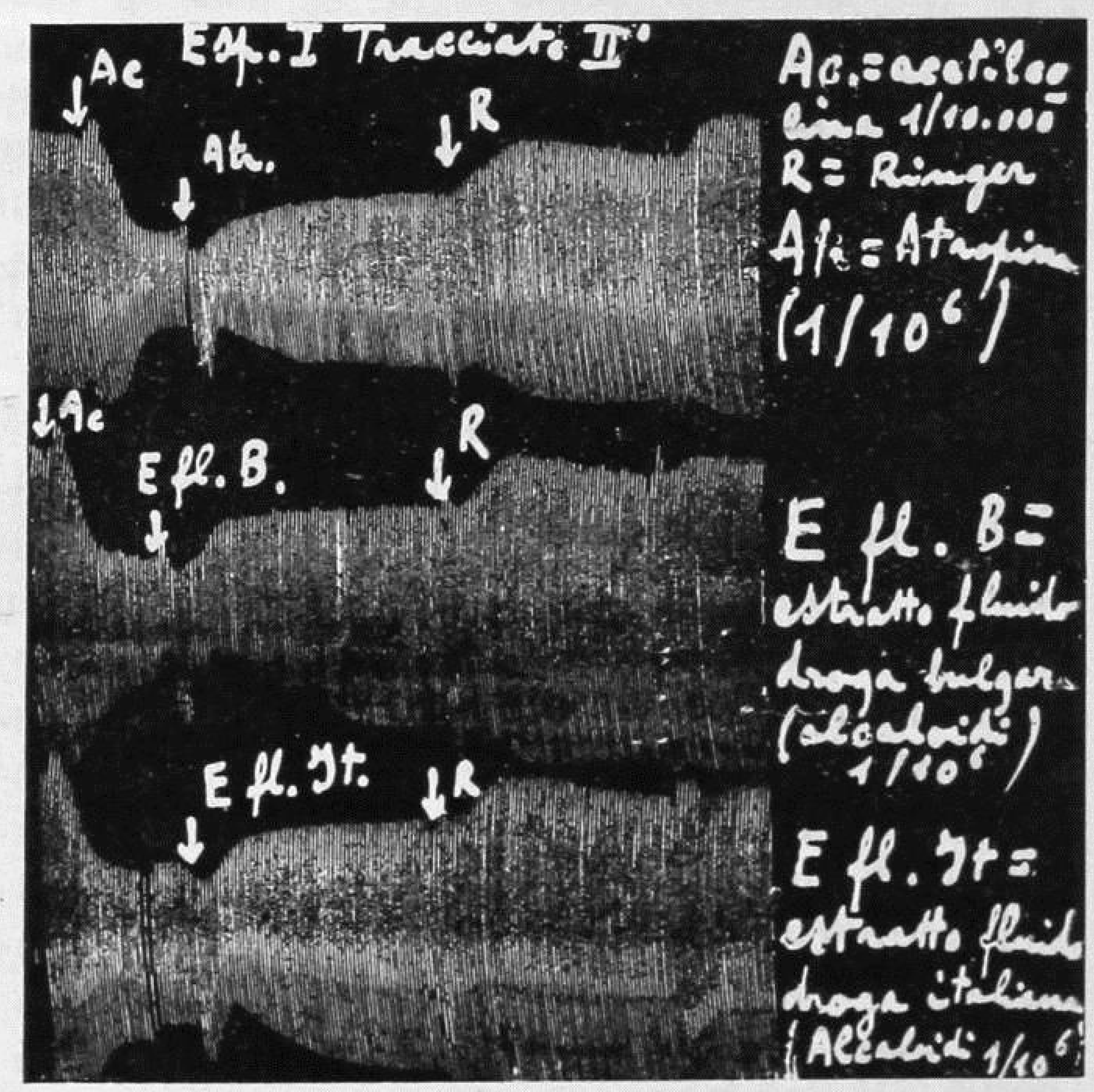


FIG. 2.

di atropina di ugual titolo. E questo, sia con l'estratto fluido ottenuto dalla droga bulgara, sia con quello ottenuto dalla droga italiana.

(8) TRABUCCHI C. *Su di un nuovo metodo per il dosaggio biologico degli alcaloidi atropinici.* Atti Società Med. Chir. di Padova, XIII, 5, p. 172, 1935.

Considerazioni conclusive.

Stabilito che la caratteristica principale del metodo di somministrazione degli alcaloidi atropinici, nella cura del parkinsonismo encefalitico, è legata alla necessità di un'estrazione delle radici di A. B. ottenuta in condizioni tali da portare in soluzione un tasso di complessi attivi capace di esplicare una azione terapeutica ben determinata, abbiamo dimostrato come nessuna delle norme dettate dall'erborista

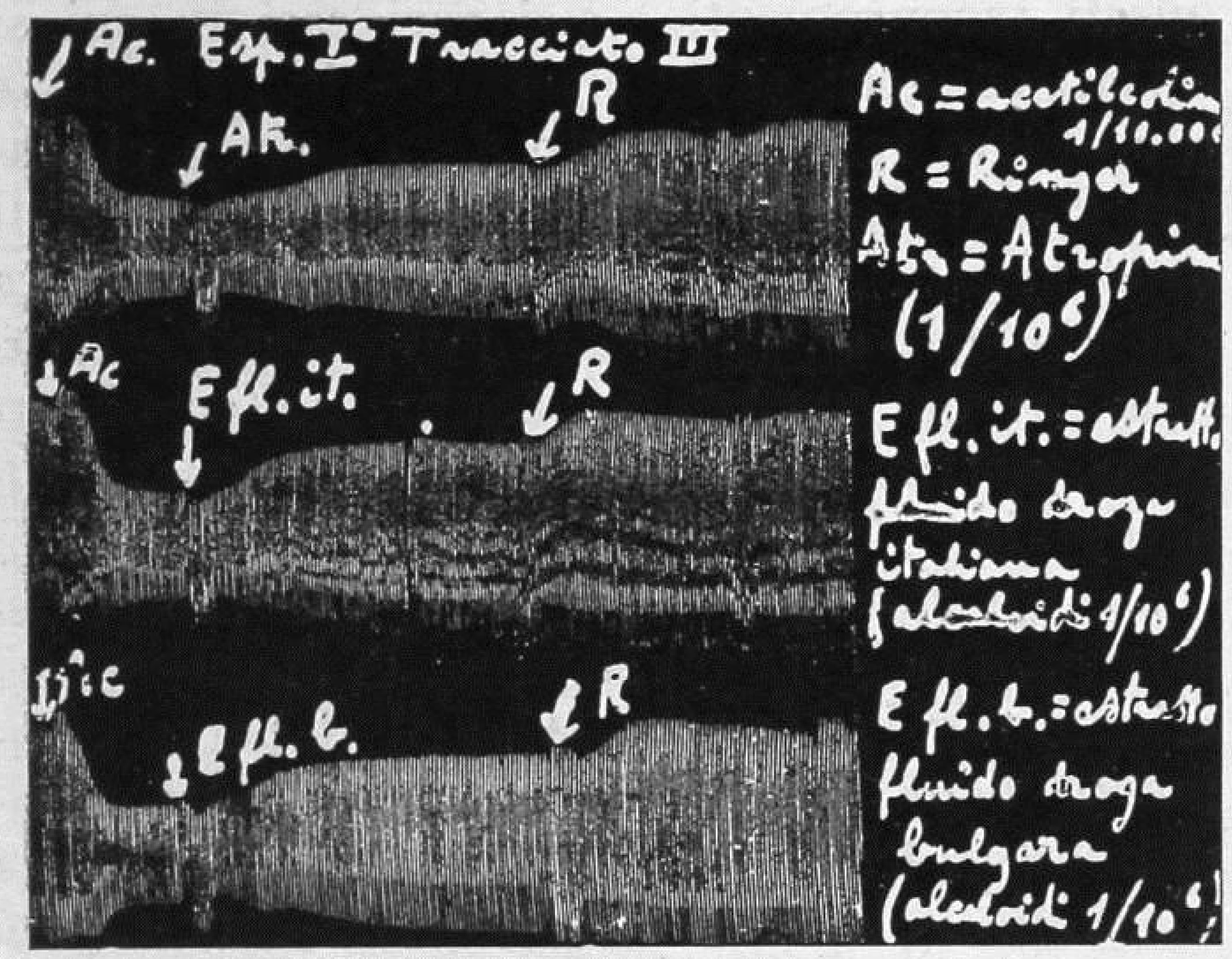


Fig. 3.

bulgaro Yvan Raeff per la preparazione del « decotto » abbia influenza determinante sull'efficacia del decotto stesso.

La decozione vinosa, pur essendo uno dei metodi capaci di dare una estrazione che risponda alle esigenze di cui sopra, non rappresenta il sistema più conveniente, nè realizza quelle condizioni di esattezza e stabilità che si devono pretendere per l'estrazione di una droga eroica.

L'estratto fluido secondo il metodo primo della F. U., è a nostro modo di vedere, la forma farmaceutica più consigliabile, in quanto il solvente fortemente alcoolico assicura la conservazione del preparato; il rigoroso rapporto fra il peso dell'estratto e quello della droga, permette un'esatta posologia.

L'esiguo volume del preparato facilita tutte le operazioni di somministrazione e distribuzione ai malati ed è particolarmente vantaggioso dal lato economico, fatto questo non trascurabile trattandosi di terapia che va continuata per mesi e anni (9).

D'altra parte facendo assegnamento su un metodo della Farmacopea Ufficiale del Regno, si ottiene automaticamente la uniformità di tutte le preparazioni, con indubbio vantaggio dei pazienti.

Le radici italiane, se di qualità scelta e tagliate allo stesso modo di quelle bulgare, sono ad esse perfettamente equivalenti nelle diverse preparazioni. La constatazione è interessante non solo perchè permette la utilizzazione di un prodotto delle coltivazioni italiane, ma anche perchè offre una nuova indicazione terapeutica delle radici di Atropa Belladonna (10).

Il nostro Ospedale, per esempio, cede il decotto attraverso la sua Farmacia al prezzo di costo.

L'estratto fluido inoltre, per la sua stabilità, non richiede, come il decotto, un rifornimento frequente (ogni 15-20 giorni), ma può essere inviato anche ogni due o tre mesi con evidente risparmio.

RIASSUNTO.

Gli A A., dimostrato che le norme tecniche di preparazione del « decotto bulgaro » usato nella cura del p. e. non hanno influenza determinante sull'efficacia del trattamento, studiano la possibilità di impiego delle radici italiane di A. B., affermandone la perfetta equivalenza qualora esse vengano impiegate colle stesse modalità.

Propongono un metodo di estrazione a freddo, capace di fornire un estratto fluido titolato, perfettamente idoneo allo scopo.

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedali Riuniti di Roma
Ospedale del Littorio - Padiglione Flajani
Primario Chirurgo: Prof. A. Chiasserini

La trasfusione di sangue puro nella pratica chirurgica.

Dott. Libero Ugelli, assistente.

La trasfusione di sangue ha compiuto in questi ultimi tempi dei progressi veramente notevoli grazie all'adozione di mezzi che permettono la trasfusione diretta di sangue puro dal datore al ricevitore senza l'aggiunta di sostanze estranee anticoagulanti.

Se l'aggiunta del citrato di sodio al sangue allo scopo di renderlo incoagulabile e permettere così la trasfusione diretta ha avuto il merito di facilitare una operazione che sembrava un tempo molto difficile e accessibile solo a pochi, non è men vero, che l'aggiunta di citrato di sodio, specie quando si debbono praticare trasfusioni abbondanti per le quali occorre una notevole quantità di questa sostan-

(9) Per comprendere l'importanza di ciò, basterà osservare la differenza di costo fra il decotto prelevato direttamente dalla Farmacia ospedaliera e quello delle stesse dosi spedite a domicilio a mezzo pacco postale, differenza dovuta alla spesa di imballo, di spedizione e di assegno.

(10) Le indagini attinenti alla Tecnica Farmaceutica sono state condotte dal dott. prof. Soldi; quelle Cliniche e biologiche dal dott. Trabucchi. La redazione del lavoro e le conclusioni sono opera comune.

za può riuscire dannosa ed essere causa di inconvenienti anche gravi.

Da numerosi Autori sono stati segnalati questi inconvenienti inerenti all'aggiunta di citrato di sodio al sangue. Dogliotti nella seduta del 14 marzo 1934 dell'Accademia Medico-Fisica Fiorentina ha illustrato le principali alterazioni che l'aggiunta di citrato sodico nella dose minima anticoagulante provoca nel sangue da trasfondere: turbamento dell'equilibrio elettrolitico del plasma, fissazione del calcio-ione, diminuzione della resistenza globulare, diminuzione dei poteri immunitari, effetti tossici propriamente detti. Dogliotti ha concluso che l'uso del sangue citratato deve oggi essere abbandonato.

Del resto tutti coloro che hanno vasta pratica di trasfusioni e che hanno avuto modo di praticare sia trasfusioni indirette con aggiunta di citrato di sodio, sia trasfusioni dirette di sangue puro sono concordi nell'affermare che quest'ultimo sistema, oltre ad essere quasi completamente privo di inconvenienti se impiegato con le dovute cautele e con una precisa tecnica, dà risultati di gran lunga migliori e rappresenta certamente il metodo ideale della trasfusione.

*
* *

Il nostro primario, prof. Chiasserini, già dal 1928, ha dato un notevole impulso alla trasfusione diretta di sangue puro. Placitelli nel 1930 poteva riferire su circa 180 trasfusioni dirette eseguite nella Divisione Chirurgica dell'Ospedale Civile di Venezia diretta dal prof. Chiasserini (PLACITELLI G., *La nostra esperienza della trasfusione di sangue*. Archivio Italiano di Chirurgia, vol. 29°, pag. 324, 1931).

Nel Padiglione Flajani dell'Ospedale del Littorio sono state praticate in questi ultimi quattro anni (1932-1935), 134 trasfusioni dirette di sangue puro di fronte a poche trasfusioni (circa una diecina) di sangue citratato. Quest'ultimo metodo è stato impiegato soltanto nei primissimi mesi di questo periodo; in seguito esso è stato completamente abbandonato perchè si è dimostrato sempre causa di disturbi più o meno notevoli (brividi, reazioni febbrili, ecc.), specialmente in caso di trasfusioni abbondanti nelle quali si è dovuto, in rapporto alla quantità di sangue, mescolare a questo da 2 a 4 gr. di citrato di sodio. D'altra parte i risultati forniti da questo sistema paragonati a quelli ottenuti con la trasfusione diretta di sangue puro, sono sembrati di gran lunga inferiori.

L'apparecchio del quale ci serviamo per la trasfusione diretta è rappresentato dalla siringa di Jubé che è troppo nota per avere bisogno di descrizione. Notiamo solo che preferiamo sempre usare la siringa da 5 cc. anzichè quella da 10 cc. perchè essa, riempiendosi e vuotandosi in brevissimo tempo, permette una corrente di sangue quasi continua ed evita meglio il pericolo della coagulazione.

Alla siringa di Jubé molti attribuiscono inconvenienti vari che ne renderebbero l'uso poco pratico, specialmente la facile formazione di coaguli lungo i tubi e gli aghi della siringa. Noi non abbiamo osservato quasi mai questi inconvenienti e nei vari casi in cui si è stati costretti ad interrompere la trasfusione per cattivo funzionamento della siringa ci siamo convinti che questo dipendeva da difetti di tecnica nell'uso di essa per la scarsa pratica del sanitario che praticava la trasfusione (pratica che del resto è facilissima ad acquistarsi) o per una impropria preparazione dell'apparecchio.

La preparazione della siringa è semplicissima, ma richiede l'osservanza di alcune determinate regole senza delle quali il buon andamento della trasfusione può risultarne compromesso. La siringa deve essere sterilizzata mediante l'ebollizione in acqua distillata. Poi essa viene montata in modo da assicurare la perfetta tenuta dei tubi di gomma di raccordo eventualmente legandoli con un filo di seta alle parti metalliche della siringa. Si pratica poi un'accurata detersione meccanica della siringa, dei tubi e degli aghi aspirando ed espellendo per parecchie volte dell'etere ed asciugando poi con tamponcini le varie parti. Quindi si passa all'invasellinamento delle varie parti interne della siringa, dei raccordi di gomma e degli aghi aspirando ed espellendo varie volte dell'olio di paraffina sterile. Compiuti questi preparativi (che non richiedono in genere più di 10 minuti) la siringa è pronta per l'uso.

Non ci soffermeremo sulla tecnica della trasfusione con la siringa di Jubé perchè è molto semplice. Insistiamo soltanto sul fatto che i vari dettagli vanno eseguiti con scrupolosa precisione perchè un errore di tecnica anche minimo può compromettere il buon andamento dell'operazione. Talora, ad esempio, basta che uno dei due aghi, specialmente quello del datore, non peschi bene nel lume venoso, perchè la siringa non funzioni più. In tali casi basta in genere imprimere un piccolo movimento all'ago per poter continuare la trasfusione e portarla a buon termine.

Grandissima attenzione occorre naturalmente porre nella scelta del donatore. Gli errori nella determinazione del gruppo sanguigno sono i maggiori e i più frequenti responsabili degli inconvenienti della trasfusione.

Nell'Ospedale del Littorio esistono diversi datori di sangue universali il cui gruppo è stato determinato mediante i sieri-testo. A questi datori, molti dei quali hanno al loro attivo varie diecine di trasfusioni, noi ricorriamo in genere salvo in alcuni casi nei quali si sono prestati i famigliari degli stessi malati, naturalmente previa determinazione del gruppo sanguigno. In ogni caso, anche quando si tratta di donatori universali, sicuramente riconosciuti come tali, noi procediamo sempre prima della trasfusione (salvo in casi specialissimi in cui l'estrema urgenza del caso non permette la benchè minima perdita di tempo) ad eseguire sia la prova dell'agglutinazione diretta che la prova biologica.

La prova dell'agglutinazione diretta si pratica mescolando su di un comune vetrino porta-oggetti una goccia di sangue del datore con una goccia di soluzione al 5 % di citrato di sodio, aggiungendo poi una goccia di siero del sangue del ricevitore. Si agita e si osserva la goccia per 5-10 minuti. Se non si osserva nè macroscopicamente, nè al microscopio alcuna agglutinazione, il datore viene considerato come adatto. Anche in questo caso però prima di eseguire la trasfusione pratichiamo la prova biologica che consiste nell'iniettare al paziente, con una comune siringa, 20 cc. di sangue del datore. Si aspetta circa 10-15 minuti dall'iniezione sorvegliando attentamente il malato durante questo breve tempo. Se durante questo periodo non si osserva alcun sintomo di intolleranza (tachicardia, respiro frequente, cefalea, nausea, ronzii, irrequietezza, senso di malessere, dolori epigastrici o lombari) si può senz'altro procedere con la massima sicurezza alla trasfusione.

La prova dell'agglutinazione diretta e la prova biologica debbono a nostro avviso essere praticate anche in caso di donatori universali, tranne, ripetiamo, quando si tratti di casi urgentissimi.

È noto infatti che esistono dei così detti « donatori universali pericolosi », cioè degli individui appartenenti al gruppo 1° (0) nel cui siero sono contenute isoagglutinine ed isolisine eccezionalmente attive, dotate di potere isoagglutinante così spiccato da riuscire a far sentire la loro azione sulle emazie del ricevente specie se quest'ultimo si trova in stato di anemia acuta, cioè con relativa scarsezza di globuli rossi. In questi casi si possono verificare delle gravi reazioni simili a quelle che si determinano in caso di trasfusione fra gruppi incompatibili.

Probabilmente a questo fenomeno dobbiamo attribuire l'unico caso di morte che abbiamo osservato in seguito a trasfusione e sicuramente imputabile a questa. Riportiamo il riassunto del caso perchè molto dimostrativo.

Una donna di 38 anni viene operata di isterectomia per fibroma dell'utero. Alla fine dell'intervento, trovandosi la paziente (notevolmente anemica prima dell'operazione), in condizioni di shoc piuttosto gravi, si pratica una trasfusione di 500 cc. da donatrice universale senza eseguire la prova dell'agglutinazione diretta e la prova biologica. La trasfusione viene sopportata abbastanza bene, ma alla fine di essa la paziente è colta da brivido intenso, senso di oppressione precordiale, agitazione e diventa cianotica. Il polso si fa frequente e filiforme. La paziente cade in coma e muore dopo 6 ore. Il cateterismo della vescica prima dell'obitus dà orine fortemente scure (emoglobinuria). All'autopsia si rinviene una intensa anemia di tutti gli organi; i reni appaiono intensamente e totalmente colorati e presentano tutti i caratteri macro e microscopici dei reni emoglobinurici; la milza appare fortemente aumentata di volume e congesta.

È molto probabile che in questo caso se si fosse proceduto prima della trasfusione alla prova biologica questa avrebbe rilevato una incompatibilità sanguigna.

Per quanto riguarda quindi la scelta del donatore è bene quando si tratta di individui fortemente anemici dare la preferenza ad un datore che appartenga allo stesso gruppo del paziente. In ogni caso, anche quando si tratti di donatori universali, si deve sempre praticare prima della trasfusione sia la prova dell'agglutinazione diretta che la prova biologica.

Crediamo di dover insistere sulla necessità di praticare tutte e due queste prove. In qualche caso infatti in cui non si è avuta agglutinazione del sangue del donatore col siero del ricevente, la prova biologica ha invece provocato segni di intolleranza e ci ha indotti a rifiutare senz'altro il datore.

Solo usando queste precauzioni e attenendosi scrupolosamente ad una tecnica precisa ci si porrà al riparo da errori che possono avere conseguenze gravissime.

La quantità di sangue che è stata trasfusa nei nostri 134 casi è variata da 300 a 700 cc. per volta; in media usiamo trasfondere ogni volta 500 cc. di sangue.

In numerosi casi la trasfusione è stata ripetuta più volte nello stesso paziente e precisamente: in 10 malati 2 volte; in 5 malati 3 volte, in un malato 4 volte. Le trasfusioni multiple sono state praticate a intervalli di tempo l'una dall'altra variabili da poche ore a qualche mese, senza che si sia mai osservato alcun inconveniente. In genere in questi casi ci siamo serviti per ogni paziente dello stesso datore. In altri casi siamo ricorsi a datori diversi. Non abbiamo mai dovuto lamentare in queste trasfusioni multiple incidenti di sorta per quanto da diversi autori siano de-

scritti in caso di trasfusioni ripetute da un medesimo donatore disturbi del tipo di quelli che si riscontrano nelle sindromi anafilattiche. Da altri autori si insiste anche sul pericolo dello scambio del donatore in due trasfusioni successive ripetute a breve distanza di tempo. La prova biologica può secondo noi mettere sempre al riparo da questi inconvenienti.

In nessun caso dei nostri 134, all'infuori di quello da noi più sopra riferito, abbiamo osservato incidenti gravi. In 3 o 4 casi si è dovuta sospendere la trasfusione dopo poche diecine di cc. per la comparsa di disturbi dimostranti una netta incompatibilità (senso di malessere, di oppressione precordiale, dolori lombari, ecc.); tali disturbi del resto cessarono sempre dopo pochi minuti senza alcun ulteriore inconveniente. Si trattava in genere di casi nei quali per ragioni varie, non era stata praticata la prova biologica che è in genere una preziosa rivelatrice delle incompatibilità sanguigne.

In un discreto numero di casi abbiamo osservato dopo la trasfusione disturbi di lievissima entità e di breve durata (brividi, modiche elevazioni termiche), disturbi che sono la norma nella trasfusione con sangue citratato.

Per quanto riguarda le indicazioni della trasfusione di sangue i nostri 134 casi sono così distribuiti:

Emorragia acuta	17 casi
Shock post-operatorio	39 »
Preparazione a gravi interventi	41 »
Complicazioni post-operatorie varie . . .	31 »
Sepsi chirurgiche	6 »

Le emorragie acute sia esterne che interne, traumatiche, spontanee, operatorie e postoperatorie rappresentano l'indicazione principale della trasfusione sanguigna, quella in cui si osservano certamente i migliori risultati. Riportiamo schematicamente i nostri 17 casi:

1) Enterorragia da tifo: guarigione.
2) Enterorragia da tifo: morte.
3) Enterorragia da tifo : morte.
4) Enterorragia da tifo: guarigione.
5) Enterorragia da ulcerazioni del tenue in un resecato gastrico: morte.
6) Emorragia post-operatoria in operata di isteropessi pelvica (reintervento): guarigione.
7) Emorragia post-operatoria in resecato gastrico (reintervento): guarigione.
8) Emoperitoneo da rottura di milza: guarigione.
9) Emoperitoneo da rottura di milza: guarigione.
10) Emoperitoneo da rottura del fegato e di un rene, frattura del bacino: morte.
11) Emoperitoneo da rottura della milza, del fegato e di un rene; frattura del bacino: guarigione.
12) Emoperitoneo da rottura di gravidanza extrauterina: guarigione.
13) Emoperitoneo da rottura di gravidanza extrauterina: guarigione.
14) Emoperitoneo da rottura di gravidanza extrauterina: guarigione.
15) Metrorragia grave da aborto: guarigione.
16) Ferita d'arma da fuoco dell'addome con lesione del fegato, dello stomaco, del pancreas e della vena porta: morte.
17) Ferita dei grossi vasi del collo: morte.

In questi 17 casi di emorragia grave, alcuni dei quali gravissima, nei quali è stata praticata la trasfusione, abbiamo osservato 6 casi di morte e 11 di guarigione. In tutti questi ultimi la trasfusione ha avuto un effetto decisivo per l'esito felice e possiamo dire senza tema di esagerare che senza questo aiuto prezioso forse nessuno di questi undici pazienti si sarebbe salvato.

La trasfusione di sangue puro nelle emorragie acute rialza la quantità della massa circolante, sostituisce il sangue perduto, eccita l'attività emopoietica del midollo, agisce come stimolo proteinico ed esercita inoltre una nettissima azione emostatica. Rappresenta quindi un metodo di cura veramente eroico che dà sempre risultati meravigliosi e che deve essere quindi tentato in ogni caso.

In 39 casi abbiamo praticato la trasfusione per shoch postoperatori, dopo gravi e lunghi interventi (resezioni gastriche, isterectomie totali secondo Wertheim, amputazioni o resezioni del retto, emicolectomie, interventi sul sistema nervoso centrale e sul midollo). Anche in questi casi abbiamo ottenuto quasi sempre ottimi risultati. Pazienti in condizioni gravissime con estremità fredde, polso filiforme, cianotici, dispnoici, hanno presentato dopo la trasfusione un netto e decisivo miglioramento delle condizioni generali. In questi casi naturalmente è opportuno non perdere del tempo prezioso e ricorrere alla trasfusione prima che le condizioni del paziente siano disperate, sebbene anche in questi casi abbiamo osservato talora dei veri miracoli.

In 41 casi la trasfusione è stata eseguita per migliorare le condizioni generali dei pazienti prima di sottoporli a interventi operativi di una certa gravità. Abbiamo la netta impressione che molti di questi pazienti, che hanno superato felicemente l'atto operatorio debbano questo esito alla trasfusione. Per citare un esempio ricorderemo che la trasfusione di sangue preoperatoria ha permesso di praticare una resezione gastrica in un individuo presentante un'ulcera peptica del neostoma dopo gastroenterostomia, che si trovava in condizioni generali scadentissime. Questo paziente, di 32 anni, che pesava prima dell'intervento 32 kg., era stato rifiutato da altri Reparti perchè le condizioni generali controindicavano nettamente ogni intervento. Una digiunostomia

eseguita un mese prima della resezione per permettere l'alimentazione che era divenuta impossibile e due trasfusioni di sangue hanno cooperato in modo indubbio al buon esito dell'intervento; il paziente due mesi dopo l'operazione pesava già 45 kg.

In 31 casi abbiamo praticato la trasfusione per complicazioni postoperatorie varie (esclusa l'emorragia), specialmente in caso di decorsi postoperatori lunghi e difficili. In questi casi la trasfusione rappresenta spesso una vigorosa spinta verso la guarigione e in tal modo siamo riusciti a condurre a buon esito dei pazienti che erano stati causa di serie preoccupazioni.

Per quanto l'azione della trasfusione in caso di sepsi, azione che del resto è molto discussa, non sia così decisamente favorevole come nelle altre indicazioni, pur tuttavia ci sembra che essa meriti di essere tenuta in un certo conto. Noi abbiamo praticato la trasfusione in sei casi di sepsi chirurgiche ed in uno almeno di questi abbiamo la netta impressione che l'esito felice sia stato dovuto appunto alla trasfusione. Si trattava di un paziente di 42 anni presentante una sepsi grave con localizzazioni successive multiple (dovute al bacterium coli): ascesso appendicolare, colecistite acuta, ascessi multipli del fegato, osteomielite del femore con frattura patologica, ascesso polmonare. In questo paziente vennero praticate in due mesi ben 4 trasfusioni di sangue puro e non v'è alcun dubbio che in questo gravissimo caso di sepsi all'esito felice abbiano notevolmente contribuito le ripetute trasfusioni.

Dogliotti considera la trasfusione di sangue come uno dei mezzi più efficaci di cura nelle forme infettive chirurgiche per una duplice azione: 1) azione benefica stimolante sul ricambio, sullo stato di anemia secondaria, sulla pressione e sulla circolazione sanguigna; 2) azione attivante dei mezzi di difesa antibatterica. Noi in base alla nostra pur modesta esperienza, non possiamo che confermare queste vedute.

In diversi dei nostri pazienti abbiamo potuto eseguire un esame ematologico completo prima e dopo la trasfusione. In tutti i casi abbiamo osservato un netto miglioramento del quadro ematologico consistente in un aumento notevole dei globuli rossi (variabile da mezzo milione fino a due milioni e mezzo per mmcc.) un discreto aumento dei globuli bianchi (da 500 a 2.300 per mm^3) e dell'emoglobina (da 5 a 20). L'aumento dell'emoglobina non corrisponde in genere all'aumento dei globuli rossi per cui il valore globulare risulta sempre diminuito.

Riepilogando sulla importanza della trasfusione di sangue puro in chirurgia a noi sembra che la pratica della trasfusione meriti di essere sviluppata ed estesa ancor più di quello che è allo stato attuale perchè essa, quando sia impiegata con le dovute cautele, con tecnica appropriata e nelle dovute indicazioni, rappresenta spesso un mezzo di cura e sempre un sussidio veramente meraviglioso e dal quale è lecito attendersi i risultati più insperati.

RIASSUNTO.

L'A. basandosi sulla pratica di 134 trasfusioni di sangue puro, passa brevemente in rassegna la tecnica, le indicazioni e i risultati di questo metodo che rappresenta in chirurgia un aiuto veramente prezioso. Insiste specialmente sulla necessità di praticare sempre prima della trasfusione, anche quando si tratti di donatori universali, sia la prova dell'agglutinazione diretta che la prova biologica.

SUNTI E RASSEGNE.

PIRETOTERAPIA.

Nuovi metodi di piretoterapia della paralisi progressiva.

(C. H. Barnacle, F. G. Ebaugh e J. R. Ewalt. *Journ. Americ. Medic. Ass.*, 26 settembre 1936).

Dopo la scoperta della malariaterapia fatta da Wagner Jauregg nel 1917 si sono moltiplicati i tentativi di piretoterapia allo scopo di ottenere migliori risultati ed eliminare i pericoli dell'infezione malarica.

Nel 1929 Neymann e Osborne e nel 1930 King e Cocke adoperarono la diatermia e riferirono di avere ottenuti risultati più favorevoli.

Nel 1934 Hinsie e Blalock adoperarono la corrente ad alta frequenza e dopo un esame comparativo di numerosi casi trattati con vari metodi (alta frequenza seguita da triparsamide, alta frequenza sola, malaria, triparsamide) riferirono di avere ottenuto i migliori risultati clinici con l'alta frequenza seguita da triparsamide. Simpson e i suoi collaboratori nel 1933 combinarono la chemioterapia (bismarsen, iodobismitol o triparsamide) con la radioterapia. Nel 1935 adoperò l'ipertermo di Kettering; con quest'ultimo metodo, con il quale somministrava cinquanta ore di iperpiressia a 41° gradi e trenta iniezioni di bismarsen ciascuna praticata prima di ogni accensione febbrile, ottenne i migliori risultati.

Gli AA. trattarono, per fare un confronto tra i risultati dei vari metodi di piretoterapia, 60 individui affetti da demenza paralitica, di cui 30 con la malaria e 30 con l'iperpiressia ottenuta con l'ipertermo di Kettering· dopo la

cura febbrile tutti furono sottoposti a cure di triparsamide e di preparati di bismuto.

I pazienti furono distinti in tre gruppi: *A*) pazienti con segni di lesioni distruttive del sistema nervoso centrale e con evidente decadimento mentale; *B*) pazienti con sintomi organici e disturbi mentali a tipo psicotico (stati di eccitamento, di depressione, ecc.); *C*) pazienti senza sintomi mentali netti di demenza paralitica, nei quali i disordini psichici eran transitori ed erano presenti reazioni deliranti e fenomeni neurologici irritativi (accessi convulsivi, attacchi afasici, disordini meningovasali).

Dei 60 pazienti trattati 17 appartenevano al gruppo *A*, 33 al gruppo *B* e 10 al gruppo *C*.

Con la malaria furono curati 8 del gruppo *A*, 18 del gruppo *B* e 4 del gruppo *C*. Fu inoculato il plasmodio della terzana primaverile con iniezioni endovenose o intramuscolari di 1 o 2 cmc. di sangue infetto citratato.

La febbre artificiale fu ottenuta con l'ipertermo di Kettering, che è un apparecchio consistente in un ambiente nel quale l'aria viene riscaldata mentre con adatti espedienti si impedisce la normale perdita di calore del corpo per radiazione ed evaporazione. Con uno speciale meccanismo si può mantenere la temperatura dell'organismo al grado desiderato.

I pazienti in cura furono mantenuti per 50 ore di febbre a 41° in dieci sedute di cinque ore ciascuna. Tra una seduta e l'altra si lasciava un intervallo di quattro a sette giorni in rapporto alle condizioni generali del paziente.

All'acme dell'ipertermia di ciascuna seduta, di solito dopo una o due ore dall'inizio dell'aumento della temperatura, si praticava un'iniezione di due grammi di triparsamide. Dopo il periodo della cura ipertermica le iniezioni di triparsamide furono continuate alla dose di tre grammi per ogni settimana.

Nei pazienti inoculati con la malaria prima di iniziare tale trattamento di triparsamide furono praticate sei iniezioni bisettimanali di neoarsfemina.

I risultati ottenuti con i due metodi di cura, che furono praticati nel periodo tra il febbraio 1935 ed il febbraio 1936, furono analizzati nell'aprile 1936.

Nei trenta casi curati con la febbre artificiale e la triparsamide si ebbe: arresto completo della malattia in 12 casi (40 %); miglioramento in 9 (30 %); nessun miglioramento in 8 (26,6 %); nessun decesso durante la cura (0 %); un decesso dopo la cura (3,3%).

Nei trenta casi curati con la malaria si ebbe: arresto completo della malattia in 7 casi (23,3 %); miglioramento in 12 (40 %); nessun miglioramento in 7 (23,3 %); un decesso durante la cura (3,33 %); tre decessi dopo la cura (10 %).

È interessante il fatto che il maggior numero d'insuccessi si ebbe nel gruppo *A*, che il maggior numero di risultati favorevoli si ebbe nel gruppo *B*, e che l'arresto completo della malattia si ebbe di più nel gruppo *C*.

In genere vi fu un netto parallelismo tra il miglioramento dei sintomi clinici ed il comportamento delle reazioni biologiche del liquido cefalo-rachidiano.

Dall'analisi dei fatti constatati si può dedurre che ciascuno dei due metodi di cura ha sull'altro vantaggi e svantaggi.

La cura con l'ipertermia artificiale consente: *a*) di praticare contemporaneamente il trattamento chemioterapico; *b*) di dosare esattamente la durata ed il grado della febbre; *c*) di cessare istantaneamente la cura se sopravvengono complicazioni; *d*) di non avere come controindicazioni il deperimento; *e*) di non produrre anemie secondarie nè lesioni epatiche o spleniche; *f*) di non rendere necessaria l'ospitalizzazione.

Gli svantaggi sono costituiti: *a*) dal fatto che lo stato mentale del paziente può richiedere la narcosi durante le sedute di ipertermia; *b*) che il trattamento è relativamente lungo (da cinque a dieci settimane).

Gli svantaggi della malariaterapia sono costituiti da: *a*) impossibilità di praticare contemporaneamente la cura di triparsamide; *b*) l'impossibilità di controllare il grado di febbre; *c*) la probabilità che la malaria non attacchi per immunità del paziente; *d*) la probabilità di non potere arrestare gli accessi febbrili e che la infezione persista per suo conto; *e*) l'anemia secondaria, il deperimento organico, le lesioni epatiche e spleniche che sogliono aversi con una certa frequenza; *f*) la necessità della ospitalizzazione. DR.

La piretoterapia della tabe.

(A. E. BENNET. *Journ. Amer. Medic. Assoc.*, 12 settembre 1936).

I vari tentativi di cura della tabe dorsale nelle varie fasi della malattia non hanno dato sempre risultati concordanti. Una rassegna della più recente letteratura fa rilevare che, anche se non sempre si riesce ad arrestare il progresso del male, si può ottenere la cessazione o per lo meno il miglioramento dei sintomi più molesti, quali i dolori lancinanti, le crisi gastriche, l'atassia ed i disturbi vescicali, nel 50 % dei casi con la chemioterapia molto energica. Al riguardo i migliori risultati si sono ottenuti con l'arsfenamina, la neoarsfenamina, il mercurio, il bismuto e l'iodio. La triparsamide, che pure dà qualche successo nella paralisi progressiva, è risultata inefficace nella tabe, nella quale per altro è anche controindicata per i suoi pericoli di fronte all'atrofia ottica. Recentemente è stato adoperato il bismuto-arsfenamina-sulfonato (bismarsen) che Tobias e Fong hanno trovato vantaggioso nelle forme iniziali e Hadden e Wilson per la cura dei dolori, delle crisi gastriche, dell'atassia e di disturbi vescicali.

Per le forme resistenti ad ogni cura sono stati tentati metodi più radicali. Hadden ha raccomandato le iniezioni epidurali di arsfenamina, un metodo che in pratica si è mo-

strato molto pericoloso. In qualche caso si è avuta un'attenuazione dei sintomi più gravi con il drenaggio rachideo, l'anestesia spinale, le iniezioni endovenose di atropina, o con l'insulinoterapia. Il procedimento più radicale per far cessare i dolori e le crisi è la cordotomia. Si tratta però di un'operazione difficile con alta mortalità e comunque non scevra di pericoli.

Gli eccellenti risultati della piretoterapia nella paralisi progressiva hanno consigliato di estendere questo metodo di cura alla tabe. Gli effetti non furono altrettanto felici.

Furono fatti dapprima tentativi isolati provocando la febbre con sodoku, proteine estranee, zolfo, vaccino di colibacillo, ma data la scarsezza dei casi trattati ed i risultati incerti non si potette venire a conclusioni sicure.

Ricerche più larghe furono fatte con la malaria. Le prime comunicazioni furono discrepanti. Roger trovò che gli effetti erano così incostanti da rendere il metodo sconsigliabile, Bering invece ottenne il 70-80 % di miglioramenti. Successivamente molti altri autori rilevarono che un certo miglioramento si ha in media nel 50 % dei casi. Ma fu notato che i tabetici tollerano ancor meno dei paralitici l'infezione malarica, e che il metodo è assolutamente controindicato negli stati atassici avanzati o complicati con processi infettivi come quelli dipendenti dai disturbi vescicali.

In effetti la mortalità da complicazioni della malaria nei tabetici è alta. Le statistiche fornite da varî autori su un materiale abbondante danno una percentuale di decessi che vanno dal 10 al 20 %.

Tenuto conto di questi pericoli, delle accennate controindicazioni, nonchè del fatto che i miglioramenti ottenuti con la malaria non sono molto numerosi nè molto rilevanti specie in confronto dei sintomi più resistenti, si pensò di ritornare alla chemioterapia che con minori pericoli può dare risultati altrettanto discreti.

Tuttavia recentemente sono stati fatti tentativi intesi a provocare l'ipertermia con mezzi fisici. Beerman, Hirschfeld, Epstein, e Paul trattarono quindici tabetici con la diatermia: in nove si ebbe un miglioramento delle crisi e dei dolori, in tre un miglioramento generale, in tre non si constatò alcun miglioramento. Nelson in una piccola serie di casi ottenne con la diatermia una notevole riduzione dei dolori. Simpson con l'ipertermo di Kettering (la tecnica di questo metodo è indicata nel lavoro dello stesso Simpson pubblicato nel *Journal American Medical Association* del 28 Decembre 1935) ottenne effetti sorprendenti in 10 casi di tabe ed in dieci casi di demenza paralitica tabetiforme. Mehrtens e Pouppirt rilevarono che i dolori lancinanti, le crisi gastriche, le artropatie migliorano con l'iperpiressia ottenuta con i bagni caldi più che con tutte le cure precedentemente esperite.

A. E. Bennett ha adoperato il metodo di Kettering che consente di ottenere la temperatura febbrile più conveniente ai singoli pazienti, e per il periodo di tempo (in genere 5 o 6 ore per ciascuna seduta) che si giudica adatto. In genere per ogni periodo di cura si fanno dieci sedute di ipertermia. In tal modo si fa stare sotto l'azione della febbre per un numero di ore all'incirca doppio di quello dato da dodici accessi di malaria inoculata.

A questo trattamento aggiungeva quello chemioterapico iniettando gr. 0,20 di arsfenamina-bismuto-sulfonato (bismarsen) ogni settimana e proprio durante lo stato di iperpiressia.

Con questo metodo misto ottenne sempre un sensibile alleviamento dei dolori lancinanti e delle crisi gastriche resistenti a tutte le altre cure, e nella maggioranza dei casi anche un miglioramento di altri sintomi tabetici, quali l'atassia, le parestesie, i disturbi vescicali, la cefalea. DR.

La cura della pulmonite con la diatermia.

(V. I. RACHMAN e G. V. LUBINOFF. *Acta Medica Scandinava*, 1936, Fasc. I-III).

Fin dal 1922 parecchi clinici americani cominciarono a praticare la diatermia nel trattamento della pulmonite acuta. Price afferma che durante l'applicazione diatermica la temperatura nell'interno del pulmone diventa molto alta. I capillari ed i vasi linfatici si dilatano per modo che la circolazione del sangue nel pulmone si attiva, la ventilazione migliora e l'essudato sembra liquefarsi. D'altra parte i dolori pleurici si attenuano e nel pulmone si verificano condizioni che creano un ambiente poco favorevole alla vita dello pneumococco. Stuart notò che la diatermia provoca un abbassamento graduale della temperatura fin dalla prima seduta. Contemporaneamente la respirazione si normalizza, la frequenza del polso si riduce, la cianosi scompare 2-3 minuti dopo che la corrente elettrica ha raggiunto il massimo. La scomparsa della cianosi verisimilmente è dovuta al miglioramento dell'aerazione pulmonare e all'eccitazione dell'attività del cuore.

Tutti gli autori americani concordano nel rilevare l'innocuità della diatermia in tutte le fasi della malattia. Per altro tale metodo di cura non esclude la cura medicamentosa e dietetica.

Gli americani usano elettrodi di 13 × 18 cm. ed all'inizio della malattia applicano correnti di 1,4-2 Amp. e aumentano progressivamente le dosi e la durata dell'applicazione che può andare da un minimum di 20 minuti all'inizio ad un massimo anche di due ore. Le applicazioni si fanno con intervalli di quattro ore perchè il sollievo provocato dalla diatermia dura all'incirca tale periodo di tempo. Qualcuno preferisce una dose unica quotidiana molto prolungata, fino a 9-12 ore.

Rachman e Lubinoff hanno adoperato la diatermia in 150 casi: 76 di pulmonite lobare acuta, 70 di broncopulmonite, 3 di pleurite essudativa e 1 di pleurite diaframmatica. I pa-

zienti erano di tutte le età, la maggioranza avevano dai 20 ai 60 anni.

In genere per quel che riguarda le dosi, la durata ed il numero delle sedute si mantennero molto prudenti. Adoperarono elettrodi di 20-25 cm. Nei giovani praticarono due applicazioni al giorno con intensità di corrente di 1-2 Amp. e della durata di 40 minuti.

Negli individui anziani o con tare miocardiche e vasali ridussero ancora: la prima seduta durata 15-20 minuti con intensità di corrente 0,5-1,2 Amp.; la seconda seduta 20-25 minuti con intensità 0,8-1,2 Amp.; la terza seduta 25-30 minuti con intensità fino a 1,5 Amp. In tali casi non fu mai praticata più di un'applicazione al giorno.

La guarigione si ebbe nel 98 % dei casi. In 4 casi non si ebbe alcun successo per la coesistenza di altre malattie; due pazienti morirono. Nella grande maggioranza dei casi si constatò un riassorbimento rapido ed energico del processo pneumonico.

Per altro furono fatte sempre iniezioni di olio canforato, e somministrata la codeina e qualche espettorante, ma mai applicate nè ventose nè cataplasmi.

Dalle osservazioni fatte si possano dedurre le seguenti conclusioni:

1) La diatermia è un metodo inoffensivo di trattamento di diverse forme di pulmonite, sopra tutto delle pulmoniti anergiche e lobari di lunga durata e delle bronco-pulmoniti.

2) Immediatamente dopo ogni seduta i dolori pleurici si attenuano, l'intossicazione, la dispnea e la cianosi diminuiscono, il polso e la respirazione si normalizzano.

3) La temperatura si abbassa gradatamente, spesso fin dalla prima seduta.

4) La diatermia produce un effetto rapidissimo sul riassorbimento dell' infiltrato pneumonico e dell'essudato sieroso, sia esso libero o incapsulato.

5) Nei casi di pulmonite a lunga scadenza e sopratutto nei casi di epatizzazione del pulmone, la diatermia produce un effetto profilattico impedendo la formazione di ectasie bronchiali.

6) La diatermia del pulmone sinistro non provoca alcun effetto dannoso sul cuore.

7) La preesistenza di una tubercolosi pulmonare non costituisce una controindicazione.

8) Il metodo di applicazione della diatermia deve essere accuratamente appropriato a ciascun caso (all'età, alle condizioni del sistema cardio-vasale e alla reazione dell'organismo al trattamento).

9) Nei casi di pulmonite lobare fibrinosa acuta, nella quale di solito si ha la ritenzione dei cloruri nell'organismo e la loro scomparsa quasi totale nelle urine, la diatermia provoca dopo ogni seduta un aumento dei cloruri nell'urina, il che costituisce l'indice dell'inizio del riassorbimento dell'infiltrato pneumonico.

DR.

MISCELLANEA.

Idee attuali sulla scarlattina.

(A. DE BERSAQUES. *Ann. et Bull. Société Royale de Médecine de Gand*, genn.-febb. 1936).

Scorrendo l'ampia letteratura vien fatto di domandarci se possa essere considerata ancora completamente esatta la definizione classica di scarlattina così enunciata: « malattia acuta, contagiosa ed epidemica, caratterizzata da un particolare esantema seguito da desquamazione, da un enantema e da un'angina, dovuti a microbi di natura sconosciuta ».

Per quello che riguarda l'esantema molti sono gli AA. che si sono occupati della frequenza dei casi di scarlattina senza esantema; Hobson notò per esempio che nel corso di tre epidemie scarlattinose alcuni malati presentarono il quadro classico della scarlattina con angina, linfoadenite, esantema e poi desquamazione, altri invece solo angina senza esantema; un fatto interessante è che nelle diverse epidemie i malati senza esantema furono i primi, donde l'importanza per il contagio di queste forme.

In un altro caso riportato da Glauzmann, due ragazzi ammalarono di scarlattina classica, i loro fratelli ammalarono di angina e linfoadenite senza esantema.

L'A. pensa che in base all'enorme numero di questi casi non classici bisognerebbe concludere con Hobson che l'esantema, nel corso di un'epidemia scarlattinosa è un fatto fortuito e senza importanza clinica particolare massimamente poi se si considera che le forme senza esantema non sono certo meno gravi delle forme classiche nè dal punto di vista profilattico nè da quello prognostico.

Per quanto riguarda poi l'etiologia rimane sempre l'annosa questione se la scarlattina debba essere considerata come una malattia autonoma o debba essere classificata come una forma steptococcica. Certo è che non pochi sono i casi di scarlattina che per contagio hanno dato luogo a forme erisipelatose o ad altre forme streptococciche.

Glauzmann ricorda il caso di una mamma che per aver baciato il bimbo affetto da scarlattina, tre giorni dopo ammalò di una angina gravissima senza esantema nè enantema; nel bambino furono trovati dei streptococchi emolitici, nella madre dei viridans.

L'A. vide una bimba affetta da scarlattina tipica, la mamma qualche giorno dopo ammalò di una angina streptococcica grave e contemporaneamente la nonna con una eresipela della faccia.

Duliscouët in un reparto di Chirurgia dove erano nove casi di infezioni streptococciche (otiti, pleuriti ecc.) ha potuto constatare l'insorgere di 6 casi di scarlattina classica in soggetti ricoverati per varie malattie chirurgiche. Si può dunque affermare che in condizioni speciali, sia epidemiche, sia di recettività, lo

streptococco è capace di produrre affezioni variabili che vanno dalla semplice localizzazione al punto d'ingresso alle sepsi le più varie; in condizioni poi di sensibilità ed in particolare quando l'infezione penetra per le vie respiratorie superiori, la tossina del germe potrebbe produrre l'esantema caratteristico della scarlattina.

Nel meccanismo patogenetico della scarlattina, dunque, due fattori vanno presi in considerazione: il microbo ed il terreno.

Per il microbo, la teoria streptococcica della scarlattina sostenuta da Dick e da Docher, mentre è ormai considerata come un fatto definito presso i classici americani, è molto combattuta in Europa; Sacquépée e Liégevis, per esempio sono partigiani di una teoria mista, streptococco e virus filtrabile scarlattinoso. Kramer e Hedusche si mostrano nettamente contrari alla teoria streptococcica.

Dick come base della teoria streptococcica invoca la presenza quasi costante di streptococchi emolitici nella gola dei scarlattinosi, ma è anche vero che gli streptococchi si riscontrano in varie forme di angina non scarlattinosa e nelle raccolte purulente del faringe.

Vi sono dei casi di riproduzione sperimentale nell'uomo di scarlattina, ma piuttosto rari; resta a vedere però se gl'insuccessi degli sperimentatori non sono riportabili al fattore costituzionale.

Lo streptococco scarlattinoso avrebbe poi proprietà tossiche, che secondo Dick sarebbero specifiche: si verrebbe ad avere così una reazione di Dick per la scarlattina simile alla reazione di Schick per la difterite. La reazione di Dick però è molto contestata, in molte persone sane essa si mostra incostante, subisce delle variazioni che non sembrano aver alcun rapporto nè con lo stato immunitario, nè con lo stato di recettività rispetto alla scarlattina. Vi sono delle persone Dick negative che contraggono la scarlattina e delle altre Dick positive che restano indenni in mezzo ad una epidemia scarlattinosa.

Un ruolo importante nella reazione di Dick sembra che lo giuochi lo stato della cute; come pure molta importanza hanno la tossina impiegata, la dose, il luogo di iniezione, il momento in cui si osserva, l'esantema di una affezione cutanea concomitante, lo stato cachettico del soggetto.

In ultima analisi il punto principale della questione sarebbe posto nel terreno sul quale si sviluppa lo streptococco, terreno che favorirà lo sviluppo di un processo scarlattinoso in uno, mentre in un altro favorirà lo svilupparsi di una eresipela o di un flemmone.

A proposito del terreno Glanzmann dà assai valore alla predisposizione particolare che presentano i ragazzi con diatesi essudativa ed a costituzione linfatica; in quest'ultima per due ragioni, e per le tonsille ipertrofiche che presentano (e le tonsille sono la porta d'ingresso del germe) e perchè i linfatici presentano uno stato d'immunità naturale assai diminuito di fronte all'infezione scarlattinosa. Ruolo importante sarebbe dato dall'alimentazione sia deficiente come quantità o come qualità.

Gorter ha osservato poi individui Dick positivi divenire Dick negativi dopo una epidemia scarlattinosa, pur non essendo clinicamente ammalati, arrivando così alla conclusione che gli individui si possono immunizzare in seguito a contatti con portatori di germi senza che essi presentino i sintomi della malattia.

Dal lato clinico è mediante la leucocitosi e la prova della velocità di sedimentazione del sangue che si può seguire esattamente l'evoluzione della scarlattina. Nella formula della leucocitosi sono i polinucleati neutrofili che prevalgono. Ma un fatto interessante è che la polinucleosi neutrofila segue un ritmo periodico, generalmente di 10 giorni, ritmo che corrisponde alle modificazioni dello stato immunitario.

In conclusione modificazioni leucocitarie e modificazioni della reazione di Dick seguono una stessa curva, alla quale si aggiungono anche le modificazioni della velocità di sedimentazione.

Assai discussa invece è l'eosinofilia che secondo Naegeli si trova nella scarlattina e che comunque è un dato molto incostante.

In seguito al presupposto di uno streptococco scarlattinoso producente una tossina subito ne derivò l'idea di preparare un siero antiscarlattinoso.

La preparazione del siero consiste nel trattare dei cavalli con iniezioni a dosi progressive di filtrati di culture di streptococchi emolitici scarlattinosi.

Dochez utilizza per la preparazione del siero un procedimento particolare. Esso inietta nel cavallo della gelatina e semina poi nella massa della gelatina gli streptococchi specifici che esso coltiva così in vivo. I germi così inclusi non provocano nè infezione generale nè reazione sierologica anti-battero, ma solo una reazione antitossica che si ritrova nel siero.

Particolare difficoltà comporta la titolazione del siero: generalmente il siero semplice di von Behring nella quantità di 1 cmc. neutralizza dalle 10.000 alle 20.000 dosi cutanee di tossina ed 1 cmc. di siero concentrato neutralizza 40.000 a 60.000 dosi cutanee. Il siero preparato da Parke e Davis contiene 300.000 U. I. per fiala.

Una osservazione assai importante s'impone; il siero antiscarlattinoso è un siero antitossico, di conseguenza non potrebbe combattere utilmente che i fenomeni tossici e non le complicazioni. Questa che era l'idea dominante in quasi tutti gli AA. sopratutto americani, si trova in pieno contrasto con gli studi di Place, Gordon, Stevenson ed altri i quali a proposito della prevenzione delle complicazioni arrivano alle seguenti conclusioni:

1) Il siero antiscarlattinoso esercita una azione favorevole nel corso della malattia, mag-

giore brevità del periodo febbrile, diminuzione dell'esantema e della desquamazione.

2) Le complicazioni sono meno frequenti quando si usa una dose sufficientemente forte di siero.

3) Quasi tutte le complicazioni intervengono quando si usa il siero tardivamente.

4) Delle complicazioni gravi si producono spesso in tutte le forme apparentemente benigne all'inizio e non trattate con siero.

Contemporaneamente alla terapia specifica nacque l'idea della vaccinazione antiscarlattinosa. In Russia la vaccinazione fu praticata su larga scala e se i risultati non furono assoluti certamente sono stati buoni ed incoraggianti. A Mosca la percentuale della morbilità nei bambini vaccinati diminuì del 50 % in confronto a quella dei non vaccinati; risultati simili furono ottenuti anche con vaccinazioni in periodo d'epidemia.

Dal punto di vista profilattico poi, visto che la gola sembra la porta d'ingresso del germe, la sorveglianza degli anginosi in tempo d'epidemia è una necessità, mentre è assolutamente obligatorio l'isolamento di quegli anginosi nei quali si è ritrovato uno streptococco emolitico; l'isolamento dovrebbe essere di 40 giorni, però tale tempo è insufficente nei casi di scarlattina complicati da rino-faringiti, otiti, adeniti suppurate, nefriti, o reumatismo scarlattinoso.

M. GALEAZZI.

Conseguenze della colecistectomia sulla struttura delle vie biliari.

(M. BARBIROLI. *Rivista di Clinica Chirurgica*, agosto 1936).

La letteratura sulle conseguenze della colecistectomia sulla struttura delle vie biliari dà tuttora dei risultati molto disparati. Infatti mentre alcuni (Nasse) dopo colecistectomia non riscontrarono alcunchè di notevole nelle vie biliari, altri (Vogt, Hengel) trovarono dopo la colecistectomia una dilatazione ampollare che però nella struttura istologica non ricorda quella della cistifellea normale. Al contrario molti altri AA. (Haberer, Claimmont, Balin) ottennero una vera rigenerazione della cistifellea.

E passando dal campo sperimentale a quello clinico i dati non sono certo meno incerti.

L'A. in seguito a queste precedenti ricerche si propone d'indagare sulle conseguenze della colecistectomia praticata sia a livello del colletto, sia demolendo ampiamente il cistico fino in prossimità del coledoco. A completamento di queste ricerche ha effettuato esami radiografici delle vie biliari extraepatiche in soggetti operati precedentemente di colecistectomia.

Dopo circa un anno dall'operazione l'A. potè osservare negli animali del primo gruppo una notevole dilatazione del cistico, notevole dilatazione che era addirittura rappresentata da una piccola saccoccia simile ad una piccola cistifellea negli animali del secondo gruppo. Il coledoco era dilatato pressochè in egual misura in tutti e due i gruppi d'animali.

Istologicamente negli animali fino a 6 mesi dopo l'operazione si notava un notevole assottigliamento dell'epitelio che si presentava a tratti discontinui, negli altri animali non si scorgeva traccia d'epitelio nella mucosa del cistico e del coledoco.

In tutti gli animali v'era un notevole ispessimento della sottomucosa per una forte iperplasia di connettivo, la tonaca muscolare si presentava assottigliata ed atrofica.

L'esame radiologico di controllo su 9 individui colecistectomizzati parecchi anni prima (5-8 anni) non ha mai dato immagini da autorizzare il sospetto di una malformazione della cistifellea.

Alle identiche conclusioni portarono due interventi operatori eseguiti per altre affezioni, su soggetti già qualche anno prima colecistectomizzati.

M. GALEAZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

DELIUS LUDWIG. *Kreislaufkrankheiten und Nierenkrankheiten bei Kriegsbeschädigten. Häufigkeit, Erscheinungsform und Verlauf.* Vol. in-8º di pagg. 126 con disegni schematici. Lipsia, G. Thieme, edit. 1936. Prezzo M. 4.

Questo volumetto, che fa parte di una collezione di medicina sociale intitolata *Arbeit und Gesundheit*, è il risultato di una accurata richiesta condotta dall'A. tra i pensionati di guerra dei due distretti di Giessen e di Friburgo i. Br.

Le conclusioni sono all'incirca le stesse nei due teritori considerati. È stata trovata un'evidente preponderanza delle malattie non infiammatorie e una minor quantità di lesioni di origine luetica, in confronto con altri gruppi di soggetti esaminati negli stessi luoghi. È notevolmente scarso il numero degli arteriosclerotici e degli ipertonici: non si può riconoscere un'influenza nociva sul sistema vasale alle forti richieste corporee e psichiche, mentre evidentemente la mancanza di un'eccessiva nutrizione albuminica e di altre sostanze tossiche si oppone allo stabilirsi di quegli stati. Numeroso appare inoltre il gruppo dei disturbi cardiaci neurotici, probabilmente in funzione della giovane età del colpito. Così pure è proporzionatamente scarso il numero delle malattie infiammatorie del miocardio. Ma tra le numerose forme con interessamento funzionale del lavoro del muscolo cardiaco si trovano svariati casi con una storia di evoluzione non chiara, sintomatologia « neurotica » all'inizio e sviluppo di lesioni organiche in prosieguo. Nello svolgimento della materia una dovuta parte è fatta al così detto « cuore da soldato ».

Per ciò che riguarda le malattie renali l'A., facendo però considerare che il numero dei casi osservati è troppo piccolo per poterne trarre conclusioni statistiche, trova che i postumi e gli esiti della « nefrite di guerra » sono simili a quelli delle nefriti comuni. La prognosi di quella malattia fu nei primi anni dopo la guerra considerata troppo benignamente. Dei malati di nefrite di guerra esaminati nel dopoguerra il 50-60 per cento sono guariti; dal 30 al 35 per cento mostrano qualche conseguenza specialmente come ipertensione e dal 10 al 15 % sono passati a rene grinzo.

Un'ultima, breve, parte del volume è dedicata agli stati patologici limite organici-psicogeni. SEB.

E. HOUCKE. *La rate en pathologie sanguine.* Vol. in-8° di pagg. 158 con 20 fig. Masson e C. Paris 1936. Fr. 45.

Il problema delle splenomegalie è sempre più che mai di attualità ed i recenti metodi di ricerca rimettono in valore le alterazioni del parenchima splenico, sopratutto quando queste hanno per conseguenza delle modificazioni della formula ematologica. È sopratutto lo studio di queste splenomegalie che l'A. svolge in questo volume. Dopo alcuni dettagli di tecnica istologica, sono passate in rassegna successivamente le varie reazioni spleniche. La reazione mieloide, oggetto di particolare studio, è quindi analizzata nel corso delle mielosi leucemiche e aleucemiche, delle anemie mieloidi, del m. di Vaquez, della tubercolosi splenica dall'emogenia. Del pari la reazione linfoide viene studiata sopratutto nelle sue forme atipiche.

L'importanza sempre più grande che prendono le modificazioni del sistema reticolo endoteliale nello sviluppo delle splenomegalie, ha permesso all'A. di consacrare un importante capitolo alle alterazioni reticolo-endoteliali nella leucemia monocitica, nell'agranulocitosi, nelle lipoidosi generalizzate e nella linfogranulomatosi.

L'ultima parte del volume è dedicata all'istologia dell'infarto, così frequente in patologia splenica. *a. p.*

Atti del Congresso della Previdenza sociale. Un vol. in-8° di 307 pag. Istituto Nazionale della Previdenza sociale.

Lo scorso anno si è tenuto a Bologna il Congresso della previdenza sociale a cui S. E. B. Biagi ha dato un'impronta ed uno svolgimento particolarmente autorevole, chiamando a raccolta gli esponenti maggiori delle amministrazioni statali e delle varie organizzazioni.

Ed un fervido successo ha coronato questa iniziativa, nello svolgimento dei temi trattati, che sono fra i più vitali della Nazione, riguardando l'invalidità, la tubercolosi e la previdenza per le madri e per i giovani.

**

Troviamo in questi Atti la cronaca del congresso, con i vari discorsi e la prolusione di S. E. Biagi su: « Ordinamenti corporativi della medicina e della igiene sociale ».

Seguono le varie relazioni, di cui diamo l'elenco, con il nome dei relatori. *Invalidità.* La prevenzione e la cura delle malattie in rapporto con l'I. (G. Pisenti). La cura termale nella prevenzione dell'I. (C. Giannini). La funzione del convalescenziario nell'accertamento e nella prevenzione dell'I. (L. Devoto).

Tubercolosi. Le finalità terapeutiche ed economiche della diagnosi precoce e mezzi per attuarla (E. Morelli). Estensione della previdenza assicurativa nelle forme obbligatorie e facoltative (C. Giannini). La terapia del lavoro sanatoriale e postsanatoriale (F. Bocchetti e F. Parodi). L'assistenza ai tubercolosi cronici (G. Costantini).

Previdenza per le madri e per i giovani. La tutela della madre in funzione della sanità della razza (P. Gaifami). La Mutualità scolastica dell'opera formativa e preventiva delle nuove generazioni. *fil.*

Medicina e chimica. Un vol. in-8° di 215 pag., rilegato. « Co-Fa », Compagnia farmaceutica, Milano.

Questa raccolta di monografie della nota Casa Bayer-Meister-Lucius sta a dimostrare che essa, pure avendo un carattere di produzione industriale, basa la sua attività su ricerche e lavori d'indole prettamente scientifica, dai quali potranno in seguito derivare delle pratiche applicazioni terapeutiche. Il presente volume comprende 18 lavori, fra cui citiamo i seguenti: Medicina e chimica (H. Hörlein). Costituzione chimica ed effetto dei medicamenti (W. Schulemann). L'immunità nelle malattie da protozoi (W. Kikuto). Acquisizioni recenti nel campo della tecnica istologica (G. Domagh). Gli sviluppi della sintesi degli ipnotici (H. Weese). La serie degli alcaloidi della china (F. Schönhöfer). Basi biologiche per la terapia sperimentale delle verminosi (O. Wagner). *fil.*

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Continuazione, vedi num. precedente).

Presidenza: Prof. C. FRUGONI.

Seduta antimeridiana - 20 ottobre 1936.

Risposta dei Relatori.

D. CESA BIANCHI (Milano). — L'ora inconsuetamente tarda rende impossibile, oltre che inopportuno, rispondere particolarmente ai numerosi oratori — circa una ventina se non erro — che hanno preso parte alla discussione della relazione. Il mio compito del resto è facilitato dal fatto che essendomi limitato nella esposizione orale alla impostazione delle questioni generali, lasciando al correlatore il compito di riferire con qualche dettaglio sui punti più importanti e controversi dell'argomento che ci interessa, così nella risposta basterà che mi limiti alle constatazioni d'ordine generale, lasciando al correlatore di rispondere ai diversi oratori sulle questioni singolarmente trattate od almeno sulle principali di esse.

Così ristretto il mio compito, oltre che facile, è anche gradito, nel senso che come primo risultato della discussione debbo constatare il pieno accordo sulle questioni essenziali e, meglio ancora, sui punti fondamentali toccati dalla relazione; il che non è senza significato in un argomento tanto oscuro, complesso e controverso come quello che abbiamo ora trattato.

Pieno accordo innanzitutto sulla rivalutazione dell'organo centrale della circolazione e di tutte le infinite cause che vengono a comprometterne la efficienza, come fattore primo e decisivo dello scompenso cronico di circolo, in confronto degli organi periferici. Rivalutazione ancora dei fattori meccanici, anche se più grossolani, in confronto dei fattori chimici, anche se più suggestivi, nel meccanismo dello scompenso circolatorio. Nessuna sopravalutazione poi delle cause periferiche, forse più spesso conseguenze che non vere cause di scompenso, in confronto delle centrali; per cui, in conclusione, è ancora nel cuore che sopratutto va ricercata la base anatomica prima ed essenziale delle manifestazioni cliniche dello scompenso circolatorio.

Accordo ancora quasi pieno sull'importanza che spetta alle lesioni anatomiche del miocardio e sopratutto alle lesioni della fibrocellula cardiaca e dei suoi apparecchi di innervazione e di nutrizione, ed alle lesioni ancora regionali e spesso assai circoscritte del miocardio, come base tangibile e quasi sempre proporzionata alle manifestazioni cliniche nel complesso meccanismo dello scompenso circolatorio. Qualche voce discorde si è invero levata su questo punto, ricordando ricerche negative di qualche autore tedesco, ma subito dopo, a farlo apposta, abbiamo sentito un'altra voce ammonirci sulla importanza che spetta ad alcune particolari lesioni degli elementi nervosi del miocardio nel determinismo dello scompenso; per cui ritengo inutile insistere su questo punto.

Pieno accordo infine sull'importanza delle nuove acquisizioni fisiopatologiche e patogenetiche nei riguardi sopratutto di una possibile applicazione alla terapia dello scompenso circolatorio. È questo della terapia dello scompenso un'argomento che meriterebbe realmente una trattazione a parte, ma forse non ancora, per così dire, del tutto maturo, per cui abbiamo ritenuto conveniente rimandarlo ad una prossima riunione, quando la esperienza fatta e largamente fatta, secondo le direttive indicate ci potrà forse permettere di arrivare a conclusioni fondate. Attualmente le nostre conoscenze sia per quanto riguarda la somministrazione preventiva e prolungata di preparati digitalici, sia per quanto riguarda lo impiego opportuno di ossigeno, sia infine in rapporto ai diversi interventi chirurgici, sono ancora troppo scarse ed incerte per poter concludere.

Anche limitandoci alla tiroidectomia, la nostra esperienza, sopratutto nei confronti di quella americana, è ancora così modesta da perdere quasi ogni importanza. Già oggi però possiamo dire che se questo intervento è basato su un criterio perfettamente logico, i risultati conseguibili sembrano ancora lontani dall'essere probativi, per cui solo l'avvenire potrà illuminarci. Sta comunque di fatto che per conseguire risultati tangibili nella terapia dello scompenso cronico irreducibile è necessaria la tiroidectomia totale, è cioè condizione indispensabile che non residui in sede la minima traccia di ghiandola. Ed è veramente meraviglioso e nessuno certo avrebbe potuto prevederlo, che lo scompensato cronico di circolo potesse vivere ed in qualche caso pare anche vivere abbastanza bene senza traccia di tiroide. Per cui non possiamo concedere importanza ai diversi tentativi intesi a curare gli scompensati cronici di cuore come dei basedowiani, e cioè con applicazioni roentgen, con preparati iodici o con sieroterapia antitiroidea. Ci vuole ben altro se è vero, come sembra, che basti il minimo residuo in sede della ghiandola per rendere inutile lo intervento!

Ma una voce in qualche punto discorde si è levata, alla quale per la sua autorità dobbiamo una sia pur breve risposta: è quella del senatore Pende, il quale dopo aver convenuto sull'importanza che hanno nel meccanismo dello scompenso le correlazioni fra centro e periferia, fra cuore destro e cuore sinistro, fra apparecchio circolatorio ed organi extracircolatori, ha fatto notare come appunto per questo non esiste in pratica uno scompenso circolatorio unico, ma bensì tanti tipi di scompenso circolatorio a seconda delle correlazioni compromesse; come non possa quindi esistere una patogenesi unica dello scompenso, ma bensì diverse patogenesi che vanno chiarite caso per caso; come esista perfino uno scompenso con iperattività cardiaca e quindi non da diminuita efficienza della fibrocellula cardiaca, ma da disordine nelle correlazioni specialmente col sistema neurovegetativo. Ha poi lamentato il Pende che siano state trascurate le questioni più strettamente cliniche ed ha espresso l'augurio che i dati patogenetici raccolti vengano estesi ed applicati alla clinica.

Ecco: che esistono diversi quadri clinici dello scompenso circolatorio, e cioè che lo scompenso di circolo possa a seconda dei casi presentarsi con manifestazioni cliniche varie e talora anche profondamente diverse è cosa ben nota, come è ben noto del resto che non vi è condizione morbosa che in pratica non possa effettivamente presentarsi con aspetti clinici diversi nei diversi casi; ma ciò non toglie, che per ogni condizione morbosa esiste un quadro fondamentale unico e sufficiente-

mente tipico, al quale dobbiamo in ogni caso attenerci, non fosse altro per intenderci.

Ed ancora: che il meccanismo patogenetico dello scompenso possa presentare momenti e condizioni diverse di varia importanza e spesso mutevoli nei singoli casi, è ovvio e ben noto, ma ciò non toglie che esista un meccanismo patogenetico fondamentale unico e, cioè, comune alla totalità dei casi di scompenso, al quale dobbiamo sempre attenersi, anche qui per intenderci. Sminuzzare i quadri clinici e complicare i meccanismi patogenetici è cosa facile e che può certo tornare comoda per chiarire i singoli casi, ogni qualvolta lo richiedano, ma in una trattazione basilare di un argomento così complesso, era necessario fissare i punti fondamentali dei momenti e delle condizioni fisio-patologiche che caratterizzano lo scompenso, per tentare poi su di essi la ricostruzione patogenetica del processo morboso nella sua essenza. Concetto unitario, quindi, al quale abbiamo creduto opportuno di attenerci in un tale argomento.

Per quanto poi riguarda la mancata trattazione clinica dello scompenso, mi sono già abbastanza diffuso nella esposizione orale sulle considerazioni d'ordine teorico e pratico che ci hanno indotto a limitare la nostra trattazione alla fisio-patologia dello scompenso cronico di circolo, argomento già abbastanza vasto, come lo dimostra il fatto che a così inusitata ora siamo ancora raccolti a discuterne, anche senza averlo complicato con le questioni cliniche. In una futura relazione, dedicata magari, come abbiamo già detto, alla terapia dello scompenso cronico di circolo e quindi d'ordine eminentemente pratico, potranno trovare il loro posto naturale, a guisa di introduzione, anche le questioni d'ordine più strettamente clinico, facendo punto di partenza dalle acquisizioni ora conseguite in tema di fisiopatologia e di patogenesi dello scompenso cronico di circolo.

E qui smetto per non abusare oltre della vostra pazienza, non senza ringraziare però gli oratori che hanno avuto parole di consenso e di approvazione per la nostra fatica e non senza ringraziare ancora tutti i presenti per la abnegazione dimostrata resistendo per oltre cinque ore alla trattazione e discussione di un argomento forse interessante, ma non certo brillante.

M. Calabresi (Milano). — Data l'ora così tarda, cercherò di rispondere con la maggiore brevità possibile alle singole questioni sollevate dagli oratori, pregando di scusare se la concisione parrà talvolta eccessiva.

Le interessanti determinazioni del prof. De Nunno vanno confrontate con i dati sul volume respiratorio: infatti la temperatura dell'aria espirata, a parità di temperatura ambiente, dipende principalmente dalla portata dei vasi polmonari e bronchiali e dal volume respiratorio, dato questo abbastanza agevole da determinare; siccome nello scompenso si osserva precocemente iperventilazione, ci si aspetterebbe piuttosto di riscontrare una diminuzione della temperatura dell'aria espirata, come infatti risulterebbe da osservazioni della scuola di Eppinger, citate nel testo della nostra relazione. Ma a complicare il significato di queste misure interviene il contenuto e la condensazione del vapor d'acqua dell'aria espirata. Soltanto ulteriori ricerche, che però si presentano delicate e complesse, potranno chiarire il valore dei dati contrastanti finora raccolti, sui quali sarebbe per ora impossibile pronunciarsi.

Le osservazioni del prof. Silvestrini sulla comparsa dei segni di una cardiopatia, prima latente, nel periodo del tramonto genitale possono interpretarsi — almeno nella generalità dei casi — con la frequenza con cui in questa epoca della vita si istituiscono altre cause di aggravio circolatorio. Non mi è possibile intrattenermi sulla genesi eventuale di sindromi anginose o anche di casi di morte improvvisa, provocate in via riflessa da malattie di altri organi; d'altronde, su questo argomento, che esorbita dagli stretti limiti della trattazione, e sui quesiti diagnostici che l'esperienza clinica propone ha avuto occasione di esprimersi già alcuni anni fa.

Per quanto si riferisce alla precoce comparsa di segni di epatomegalia in aortici esenti da altri segni di insufficienza epatica, crede — in accordo anche con quanto ha esposto il De Flora — che la spiegazione di tali evenienze, vada ricercata nelle particolarità dei singoli casi clinici, più che nella speciale irrorazione dell'organismo: se questo fosse il fattore prevalente ci si aspetterebbe piuttosto di riscontrare una stasi a monte della rete capillare intraepatica.

Le considerazioni svolte dal prof. Schiassi su quadri clinici particolari di scompenso di circolo con stasi limitata al distretto epatico portale in casi di pleurite adesiva destra, senza periepatite, nè lesioni anatomiche limitanti il calibro della vena cava inferiore, meritano certo attenzione e studio approfondito; ma se condizioni cliniche particolari — e potrei citare io stesso due osservazioni personali di aneurisma arterovenoso tra la cava superiore e l'aorta o la succlavia destra, di cui una resa nota dal Chiovenda — possono ripetere il quadro dello scompenso di circolo, esse non vanno considerate in contrasto con la concezione da noi esposta: noi pure abbiamo detto che possono sussistere, a parte il collasso, alterazioni periferiche capaci di portare anche un cuore anatomicamente sano e non ipertrofico allo scompenso di circolo, ma confermano che tale evenienza va considerata come estremamente improbabile. Anche nei casi riferiti dal prof. Schiassi si manifestano segni che non sono tipici dello scompenso cronico di circolo, quali i deliqui, e che fanno pensare al sovrapporsi di fenomeni acuti e transitori nel quadro fondamentale della stasi distrettuale. Sulla genesi di questi, il meccanismo prospettato dal prof. Schiassi dovrebbe essere inteso come una accentuazione dell'ostacolo fisiologico al reflusso inspiratorio del sangue sottodiaframmatico ammesso da Herbst ed Eppinger.

Che l'acceleramento dei battiti possa costituire un mezzo di compenso è stato detto anche da noi: e abbiamo anche cercato di indicare entro quali limiti questo mezzo vada considerato vantaggioso e quando divenga invece improprio. Ma i complessi rapporti tra frequenza e portata, in rapporto con il tono miocardico e le pressioni a monte e a valle possono ancor oggi essere prospettati piuttosto che precisati. Mi pare che non dissenta da ciò neanche il prof. Schiassi quando ammette la coesistenza di adattamenti fondati sia sulla frequenza del ritmo che sul volume diastolico secondo le così dette leggi di Murri e di Maestrini-Starling.

A proposito del termine adattamento, che è stato qui usato ad arte, ricordo al prof. Giuffrè che

non è improprio parlare di scompenso di circolo, perchè secondo le definizioni da noi adottate, esistono dei compensi all'insufficienza circolatoria: e perchè per noi scompenso non significa già rottura di compenso, ma soltanto cattivo compenso. Dove non possiamo consentire con il prof. Schiassi è nello scetticismo sui rilievi anatomo-patologici; tutti siamo d'accordo che si possono avere lesioni gravi del miocardio senza segni di scompenso: e crediamo che le considerazioni da noi svolte possano valere in parte a spiegare questi fatti; è vero che l'anatomo-patologo non è sempre in grado — e forse neanche spesso — di stabilire se un cardiopatico cronico è morto per la sua cardiopatia o con la cardiopatia, ma per altre cause; ma quando la morte è dovuta ad una cardiopatia cronica scompensata si trovano sempre alterazioni anatomiche importanti, siano esse costituite sopratutto da fatti sclerotici, degenerativi o anche dall'ipertrofia, che — come si è detto — condiziona una cattiva nutrizione del miocardio ipertrofico stesso.

Nello studio anatomo-patologico può sempre essere approfondito come sarebbe necessario: perciò i fini rilievi istopatologici raccolti dal dott. Cataldi meritano tutta la nostra attenzione: certamente, quando si disponga di materiale adatto, lo studio del sistema nervoso intracardiaco — finora così incompleto in condizioni patologiche — costituisce un necessario complemento dell'indagine istologica. Non credo invece che lesioni circoscritte del sistema atrio ventricolare possano avere importanza causale nella genesi dello scompenso, salvo che determinino particolari disturbi del ritmo.

Non è possibile trattare qui dalla genesi dell'edema polmonare acuto; ma per quanto riguarda le belle ricerche sperimentali del dott. Cataldi — che ringrazio per avermi voluto comunicare il manoscritto ancora inedito dei suoi lavori — ho già riferito esperienze della nostra scuola, dalle quali risulta la possibilità di provocare l'insufficienza acuta dell'una o dell'altra sezione del cuore: ciò è d'altronde in pieno accordo con il concetto generalmente accettato dell'insufficienza cardiaca.

Le considerazioni del prof. Condorelli sul valore clinico delle insufficienze parziali, costituiscono una autorevole conferma di quanto anche noi si è detto e scritto in proposito: quando però l'insufficienza cardiaca è scompensata e non è più limitata alla sola sezione primitivamente interessata, ma coinvolge non solo le varie parti del cuore, ma tutta la funzione circolatoria, si ha un quadro cilinico fondamentalmente unitario, anche se con caratteristiche particolari che ne rivelano la prima origine: mi è grato ringraziare il prof. Ferrannini per il suo consenso alla nostra esposizione di queste e di altre questioni.

Le prove sui tempi di transito su cui si è intrattenuto il prof. Sisto e ci ha riferito il dott. Sessa, meritano in pratica notevole considerazione: ed anzi, malgrado che il loro significato fisiopatologico non sia così ben definito come quello degli altri valori emodinamici da noi presi in considerazione, noi annettiamo un valore non piccolo ai dati forniti da queste prove anche per dimostrare l'esistenza delle insufficienze parziali di cuore. Sul significato del tempo medio di circolazione e sui limiti da assegnarsi ai valori raccolti in proposito nell'uomo ammalato, mi sono intrattenuto a lungo e non avrei nulla da aggiungere o modificare: mentre i dati comunicatici dal Benedetti, su rapporto tra volume cardiaco totale e portata circolatoria, meritano tutta la nostra attenzione, perchè consentono una valutazione della portata e della gettata circolatoria, fondata pure su dati soltanto emodinamici, che si riferisce non più a condizioni periferiche — come il rapporto massa-portata — ma a condizioni cardiache; resta sempre la difficoltà di disporre di misure di portata sufficienti e sufficientemente esatte, in condizioni patologiche: ed anche la limitazione dovuta al fatto che noi possiamo ricavare dai dati di Benedetti un valore rappresentativo del volume totale del cuore, ma non del volume delle singole sezioni di esso, fisiologicamente assai più significativo in condizioni patologiche.

Anche noi abbiamo detto, come Giordano, che la stasi a monte del cuore si manifesta quando il viscere non è più in grado di espellere tutto il sangue che ad esso affluisce dalle vene: ma appunto la distinzione di scompenso anterogrado e retrogrado si basa sul fatto che può mancare la stasi retrograda anche quando la quantità di sangue spostata dal cuore è relativamente poca, e viceversa. Tra i fattori determinanti di questa mancanza di parallelismo va attribuita importanza precipua ma non certo esclusiva, al tono del cuore: e noi fedeli alle tradizioni cardiologiche italiane abbiamo insistito su ciò, pur con la necessaria prudenza, imposta dalle difficoltà tecniche di valutazione, riconosciute del resto anche dal Peserico. La diversa importanza dei segni retrogradi ed anterogradi, cardiaci e periferici, le cause molteplici delle cardiopatie, la efficacia variabile dei mezzi messi in opera e le differenti possibilità di compenso dei singoli soggetti, le loro attitudini costituzionali e le coesistenti eventuali condizioni morbose, determinano le caratteristiche particolari che lo scompenso cronico di circolo presenta nella casistica clinica. Su ciò noi pure abbiamo ripetutamente insistito e l'appunto mossoci dal sen. prof. Pende, che la nostra concezione sia troppo sintetica e schematica, non mi pare meritato: ma gli aspetti molteplici dello scompenso cronico di circolo consentono a nostro parere di rintracciare alcune caratteristiche fondamentali, che abbiamo cercato di mettere in evidenza; il disturbo iniziale che determinerà lo scompenso può riguardare l'uno o l'altro fattore della correlazione funzionale costituita dalla circolazione sanguigna: ma in definitiva si arriva allo scompenso cardiaco perchè il cuore è danneggiato anatomicamente e funzionalmente, così che non può proporzionare il suo lavoro alle esigenze dell'organismo: e successivamente si istituisce lo scompenso di circolo.

Vorremmo così difenderci dall'altro appunto mossoci dal sen. Pende, di essere cioè — in certo senso — troppo analitici: ma anche noi abbiamo detto che quando il cuore è scompensato vi è insufficienza circolatoria: ma non è necessario che l'insufficienza sia scompensata; nell'ambito delle cardiopatie croniche ed evolutive la distinzione fra insufficienza e scompenso cardiaco e circolatorio non va intesa in senso patogenetico, ma in senso cronologico. Il prof. Pende, che così magistralmente ci ha esposto le sue opinioni in argomento, ci permetta di credere che il divario tra la sua l'interpretazione e la nostra è più nella classificazione che nella sostanza dei fatti.

Per quanto riguarda l'importanza del contenuto in lipidi del miocardio e del surrene e dello stato fisico di questi corpi, ho esposto le riserve e le ob-

biezioni sollevate dalle osservazioni di Kutschera-Aichbergen; mentre putroppo il ricambio del cuore malato sfugge alle nostre indagini e dobbiamo perciò riferirci soltanto alle osservazioni sperimentali.

A proposito della nutrizione del cuore ipertrofico, vi è accordo fra il prof. Condorelli e noi nell'ammettere che l'ipertrofia può divenire causa di alterazioni nutritive e quindi anche di danno del miocardio: il meno favorevole rapporto tra volume delle fibre miocardiche ipertrofiche e sviluppo dei vasi coronari costituisce una limitazione degli scambi fra le fibrocellule e il sangue, qualunque sia la portata dei vasi coronarici: si intende che la portata è determinata non solo dallo sviluppo della rete vasale, ma anche da fattori funzionali, che possono essere preminenti. Su questi fattori funzionali, alla cui miglior conoscenza noi stessi abbimo portato qualche contributo, abbiamo sorvolato nell'esposizione orale — necessariamente succinta — appunto perchè anche noi li riteniamo definitivamente acquisiti.

Per quanto riguarda la genesi degli edemi da scompenso di circolo pur non negando importanza ad altri fattori meno grossolanamente meccanici, ritengo che l'aumento della pressione idrostatica abbia importanza prevalente nella filtrazione di liquido in eccesso nei tessuti; questo ancora non è l'edema, la cui genesi è certo più complessa: ma anche nel determinare il contenuto d'acqua fra le maglie dei tessuti credo che spetti grande importanza ai valori meccanici di più immediato rilievo. Con ciò non voglio essere troppo esclusivista, nè sopratutto troppo semplicista: convenga il prof. Condorelli che non sempre i fatti osservati in clinica si interpretano in maniera soddisfacente in base a questi soli elementi, ma ad essi deve pur sempre attribuirsi grande importanza e d'altra parte le altre supposte condizioni causali sono per ora piuttosto oggetto di indagine che patrimonio acquisito.

Quanto ho riferito sulla maggior durata della fase di tensione in confronto al tempo di svuotamento sistolico, concorda col concetto espresso dal prof. Maestrini, che comportamento del cuore in scompenso si avvicina al regime isometrico di contrazione, in confronto al comportamento del cuore normale.

Non posso intrattenermi sui dati roentgenchimografici riferiti dal Perona, per quanto riguarda il contributo portato da queste indagini ai problemi di fisiopatologia, al cui studio noi ci siamo attenuti, rimanda al testo scritto della relazione. Il prof. Sisto, la cui competenza in materia è universalmente nota, ci ha intrattenuto sull'interesse che spetta ai rilievi elettrocardiografici per apprezzare l'esistenza di lesioni anatomiche del miocardio e anche di sue alterazioni funzionali; su ciò si è anch'egli espresso in altra sede: ed è certo di avere consenziente il suo interlocutore nell'opinione che — in campo di scompenso cronico di circolo, e a parte quanto può dipendere dai farmaci somministrati — i reperti elettrocardiografici costituiscono una spia migliore delle condizioni anatomiche che dei disturbi funzionali del muscolo cardiaco.

Le osservazioni riferite da Marcolongo sul comportamento della funzione renale nello scompenso di circolo concordano con la nostra esperienza, ed anche nell'interpretazione dei fenomeni osservati, non vi è, mi pare, contrasto; io però darei più importanza ai valori assoluti di concentrazione osservati negli scompensati in confronto ai dati dell'urea.

Sul tasso cloremico nel sangue arterioso e venoso, sul quoziente di ripartizione tra plasma e globuli e sui fenomeni che determinano i valori osservati, nulla ho da aggiungere a quanto ha esposto.

Le osservazioni di Rigoni sul diverso consumo determinato da lavori meccanici eguali, provano ancora una volta quanto lavoro analitico sia tuttora necessario prima di poter giungere a risultati concreti nello studio dei nostri malati in condizioni non basali; comunque possono essere utilizzati per prove di lavoro quei movimenti per i quali la generalità dei soggetti in esame è allenata: è infatti noto che l'allenamento condiziona, tra l'altro, un più economico rendimento dei muscoli attivi.

Le esperienze terapeutiche favorevoli con la tiroidectomia riferite dal prof. Schiassi e dal prof. Paterni sono in accordo con quanto è stato comunicato in proposito sopratutto in America: nè vogliamo contrastare questi risultati in base alla sola osservazione di cui disponiamo; ma evidentemente non possediamo ancora criteri sufficienti per fissare le indicazioni di un intervento così importante e, riconosciamolo pure, stupefacente. La sostituzione esperimentata con vantaggio dal prof. Ferrannini della terapia ipotiroidea alla tiroidectomia contrasterebbe con il precetto degli autori americani che la tiroidectomia deve essere totale: ma non è una buona ragione per non seguire l'esempio suo. Quanto all'uso preventivo della digitale non si tratterebbe già di prevenire lo scompenso soltanto, ma la stessa ipertrofia del miocardio, le cui malefiche conseguenze abbiamo precedentemente illustrato: in questo senso, per quel che sa, non esistono esperienze cliniche e certo non riuscirà facile raccoglierle. Ma non voglio insistere su questioni terapeutiche: è già un frutto di questa nostra discussione la proposta — certo a tutti gradita del prof. Sisto che la Società voglia porre come tema di discussione — con un sufficiente periodo di preparazione — la terapia della insufficienza e dello scompenso circolatorio.

(Tema in comune con la Società Italiana di Chirurgia)

Seduta antimeridiana - Ore 9.

20 ottobre 1936.

Presidenza: Proff. A. ALESSANDRI - C. FRUGONI.

PARTE MEDICA.

Prof. R. SILVESTRINI (Perugia).

Cura chirurgica delle nefriti e delle nefrosi.

(*Riassunto*).

Il R. premette brevi ricordi dell'anatomia e della fisiologia del rene soffermandosi specialmente sulla irrorazione sanguigna e sopra il sistema nervoso regolatore, facendo alcuni rilievi sulla teoria del Cushny, che presenta la funzione renale secondo una concezione così diversa da quella dell'Hadenhaim.

A proposito di *nefrosi* e *nefriti* ricorda la vecchia denominazione di *parenchimatose* e *interstiziali*: l'*edema* ritenuto il segno caratteristico delle

prime l'*iperpiesi* il segno caratteristico delle seconde.

Espone la classificazione del Volhard, a cui muove varie obiezioni. Nel rene nefrotico osserva che spesso non mancano focolai infiammatori, chè, se si dovesse accettare l'asserto del Volhard che non vi sia nulla di infiammatorio nè nel lavoro di sgombramento che praticano i leucociti... nè nella proliferazione del connettivo contiguo, bisognerebbe riformare il concetto d'infiammazione. Osserva ancora che nelle glomerulonefriti, essendo sempre lo spasmo arteriolare la causa della alterazione del glomerulo e della secondaria alterazione tubulare, queste lesioni dovrebbero sempre esser uguali: lesioni da mancanza d'irrorazione; mentre è noto quanto diverse possano essere le lesioni glomerulari, quanto varia la degenerazione delle cellule dei tubuli.

Ancora: manca nella classificazione del Volhard una distinzione fra quelle forme nefrotiche in cui la funzione viene a mancare per una vera degenerazione degli epiteli dei tubuli e quelle in cui un progressivo infarcimento delle cellule con materiali assunti dal sangue (nefrosi lipoidea) viene a poco a poco ad annullare la funzione.

Altra nota critica: la glomerulonefrite a focolai non è sempre senza iperpiesi e d'altra parte nella *glomerulonefrite diffusa con iperpiesi immancabile* in realtà la iperpiesi può mancare per cause varie che il R. espone. Lo *screzio nefrotico* ammesso dal Volhard nelle glomerulonefriti fa veramente buon giuoco: forse invece che con *screzio nefrotico* e *senza screzio nefrotico* meglio sarebbe dire *con poco* e *con molto screzio nefrotico*.

Più combattuta è stata la classificazione del Volhard nel campo delle *nefrosclerosi*. Quale la differenziazione fra rene retratto nefrotico e rene retratto nefritico, quando lo stesso Volhard, correggendo affermazioni anteriori, ha ammesso la possibilità dell'iperpiesi nel rene retratto nefrotico e d'altra parte ammette la possibilità di rene retratto nefritico senza iperpiesi, come nel caso così chiaro illustrato recentemente dal Volterra, come in tanti altri casi e praticamente osservati e reperibili nella vasta letteratura medica sull'argomento?

Quanto alla differenziazione fatta dal Volhard in nefrosclerosi maligna e nefrosclerosi benigna il Patrassi ha giustamente osservato che questa distinzione clinicamente si basa sulla rapidità del decorso; ma una nefrosclerosi anatomo-patologicamente benigna può produrre la morte a breve distanza dall'inizio della malattia per una emorragia cerebrale!

Infine il R. ricorda le parole del Sahli: « Il concetto della nefrite del tubulo è identico a quello della nefrosi, ultimamente e superfluamente introdotto nel campo della patologia... Le così dette nefrosi non sono altro che infiammazioni dei reni, nelle quali i cambiamenti parenchimatosi, e cioè le degenerazioni epiteliali, hanno il sopravvento sulle forme vascolari dell'infiammazione. Una netta divisione non è nè possibile, nè ammissibile ».

L'O. conclude dopo questa disamina che non dovrebbero considerarsi processi infiammatori nè le degenerazioni pure, nè quelle alterazioni, che son dovute a processo vasale involutivo, regressivo qual'è considerata oggi l'arteriosclerosi.

Nei vari processi infiammatori può prevalere l'alterazione vasale, glomerulare o l'alterazione degli epiteli dei tubuli; questi processi possono essere diffusi o parziali, acuti, subacuti, cronici. Lo stimolo può provenire dal contenuto dei vasi arteriosi o capillari, delle vene, dei vasi linfatici.

L'O. descrive a brevi tratti la coorte sintomatica della degenerazione parenchimatosa e quella della nefrosclerosi: fra questi due quadri clinici sta quello della glomerulo-nefrite, in cui può prevalere l'una o l'altra coorte sintomatica, la sindrome tubulare o la sindrome glomerulare.

L'O. tratta quindi delle nefriti parziali, unilaterali, nevralgiche, ematuriche rilevando quanta incertezza regni ancora sulla patogenesi di queste forme morbose. Accenna alla influenza del sistema nervoso su certe ematurie, al reperto di ispessimento della capsula renale e di aderenze colla capsula adiposa sana o alterata in una quantità di casi operati, all'esistenza di noduli linfoidi nel bacinetto di questi reni, ai reperti di germi nelle urine e specialmente di germi nel gruppo colibacillare. Ma specialmente ricorda l'importanza che dal Marogna, dal Taddei sarebbe stata data all'infezione tubercolare, ricorda il fenomeno di Sanarelli-Schwarzmann già invocato dal Calderara a spiegazione di questa speciale alterazione renale, ricorda che è ormai dimostrato che germi banali portati in circolo possono scatenare il fenomeno dell'emorragia in parti già sensibilizzate da altri germi, per es. dallo stesso bacillo tubercolare.

Dopo aver ricordato tutte queste alterazioni renali l'O. si chiede in quali casi sia da richiedersi l'opera del chirurgo. E, per ben giudicare, espone quali effetti si producono con le operazioni più comunemente praticate sul rene e specialmente con la decapsulazione. Dopo aver riferito le belle ricerche fatte su questo argomento da Dogliotti e Mairano, rende conto di ricerche eseguite nell'Istituto di Clinica Medica di Perugia dal suo assistente Dr. Dessy, che ha ricercato la curva azotemica in conigli operati sul rene dopo carico d'urea. Dopo l'esperienze di Dogliotti e Mairano, dopo queste ricerche del Dessy si deve concludere:

1) che l'enervazione sperimentalmente non è senza effetto sulla funzione e che nella maggior parte delle esperienze questa sua influenza non è favorevole;

2) che il decorticamento dell'arteria, l'avventiziectomia, porta gli stessi effetti della decapsulazione;

3) che la decapsulazione produce maggior afflusso di sangue nel rene, passaggio di maggiore quantità di sangue attraverso il rene nell'unità di tempo; che questa operazione dà aumento d'urinazione, aumento d'emissione d'urea, forse anche di cloruri; che questi benefici effetti durano un breve periodo di tempo dopo aver raggiunto il massimo circa al 30° giorno (nel cane); che la capsula si riforma presto e nel cane al 20° giorno non presenta differenza da quella del rene sano; infine che nel cane non si trovano mai aderenze coi tessuti vicini, non neoformazione vasale intrarenale d'origine pericapsulare;

4) che la nefrectomia rivela spesso una certa deficienza funzionale, quasi una riduzione delle forze di riserva, del rene superstite; che quindi questa operazione preferita da qualcuno alla decapsulazione nella cura della nefrite ematurica dolorosa deve essere soltanto usata in quei casi, nei quali il chirurgo reputi pericoloso correr l'alea di non raggiungere l'intento con la decapsulazione.

L'intervento del chirurgo può esser invocato anzichè sul rene nefritico, su *foci* che possono esser causa del processo infiammatorio renale. E

qui l'O. espone come queste *foci* possano influire sullo stato del rene soffermandosi sulle nefriti in relazione con tonsilliti, appendiciti, colecistiti... E ricorda che prima dell'estirpazione di *foci* e dopo l'estirpazione di *foci* conviene tentare la vaccinoterapia, anzi meglio, l'autovaccinoterapia.

L'O. discute infine in quali casi sia da richiedersi un intervento chirurgico sul rene, escludendo in modo assoluto tutti quei casi in cui la malattia renale è da ascriversi a un processo morboso generale.

Espone resultati non molto incoraggianti ottenuti in glomerulonefriti, mentre sono brillanti i resultati ottenuti nelle nefriti parziali ematuriche.

Conclude che l'intervento chirurgico nelle nefriti è consigliabile:

1) quando si tratti di estirpare *foci* riconosciuti o sospettati causa di processo nefritico;

2) quando in casi d'anuria, d'oliguria, di grave insufficienza renale un intervento d'urgenza s'imponga come ultimo tentativo di salvare una vita;

3) quando glomerulonefriti subacute o croniche siano rimaste ribelli ad ogni trattamento terapeutico, ad estirpazione di *foci* sospettabili in relazione colla nefrite, alle cure vacciniche in genere ed alla autovaccinoterapia;

4) quando si tratti di nefriti dolorose, di nefriti emorragiche così unilaterali, che bilaterali; casi questi in cui sono da attendersi con una certa frequenza brillanti resultati.

PARTE CHIRURGICA.

Prof. E. MINGAZZINI (Roma).

La cura chirurgica delle nefriti e delle nefrosi.

(*Riassunto*).

Il tema di relazione è assai interessante senza dubbio, ma la materia che lo compone è rara. E che questa non sia un'impressione personale, lo dimostra il fatto che con un invito fatto l'altro anno e ripetuto a più riprese, a tutti i clinici e patologi e primari ospitalieri di Roma, non è stato possibile trovare che un sol caso di nefrite o nefrosi da operarsi.

E questo corrisponde alla realtà delle cose; poiche casi operabili di nefrite sono sporadici, più che rari. Un'altra riprova di quanto si afferma lo si ha nel fatto che una circolare inviata a tutti i chirurghi ed urologhi d'Italia è rimasta quasi senza risposta! Un'altra difficoltà ancora consiste nella classificazione delle nefriti e nella limitazione stessa dell'argomento.

Tutti avranno certo letto la stringata, personale critica del correlatore prof. Silvestrini sulla classificazione di Volhard, classificazione nella quale ognuno che si occupi dell'argomento, trova qualcosa non perfettamente corrispondente alla propria esperienza. Tuttavia essa va per la maggiore e nelle sue linee generali, schematiche, può servire di guida.

Secondo tale classificazione si distinguono dunque le nefriti a seconda l'elemento colpito, l'estensione del processo, il decorso dell'affezione.

Si hanno quindi le:

Glomerulo-nefriti che si suddividono in forme diffuse e forme locali, ambedue di origine infettiva.

La glomerulo nefrite diffusa si presenta: 1) in forma acuta e può decorrere o latente, o più di frequente manifestamente con i sintomi classici da tutti cogniti.

Edemi papillari, talora malleolari, pallore, stanchezza, vomiti, difficoltà respiratoria, cefalea, epistassi; nelle urine compare albumina in quantità modica, cilindri di ogni specie, leucociti. Segue il periodo di stato caratterizzato dalla triade: edemi, ematuria, ipertensione; stabilendosi i segni di una lieve insufficienza renale. Secondo Volhard, alla base del processo starebbe un angiospasmo i cui effetti se persistenti determinerebbero il passaggio dalla natura funzionale dei disturbi alla forma organica. La guarigione avverrebbe nel 50 % dei casi secondo Volhard e Fahr. Ma questo dato è fortemente contestato da Chabanier e Lobo-Onell, i quali in base al loro interessantissimo studio basato su biopsie avrebbero dimostrato che assai spesso, molto più spesso si passa nella forma cronica, forse di regola.

2) Nell'altra forma, la cronica, delle glomerulo nefriti diffuse, si distinguono tre sottospecie:

a) una forma subacuta, in cui accanto a lesioni glomerulari (semilune) si osservano lesioni lievi interstiziali, e alterazioni a tipo cronico delle arterie. Clinicamente o in immediata vicinanza o dopo un periodo di quiete, compare e si sviluppa rapidamente quella forma clinica di scompenso renale, che è per lo più un'uremia, a tipo digestivo, con esito mortale;

b) nella forma subcronica, ad evoluzione anch'essa fatale in 2-4 anni, definita come intracapillare, ma non da tutti interpretata come tale, oltre le lesioni glomerulari ed interstiziali, arteriose, sono caratteristiche le lesioni dei tubuli, le cui cellule si caricano in lipoidi. Per questo con ragione si parla di nefriti più nefrosi.

Caratteristici sono: poco spiccate l'ipertensione e l'ematuria; notevole cilindruria ed albuminuria, l'edema. Prognosi riservata;

c) nella forma cronica propriamente detta o forma vascolare, si osservano gravi lesioni anatomiche del glomerulo, fino alla sua scomparsa, dei vasi con endo e meso arterite; sclerosi del tessuto interstiziale. Clinicamente la forma cronica propriamente detta si può presentare o in forma assolutamente latente o latente solo subbiettivamente, ma tradita dall'ipertensione e dalla deficenza della funzione renale. Più spesso, però, la malattia viene rivelata da poussées acute, che ricordano assai da vicino la glomerulo-nefrite acuta, e dai sintomi subbiettivi dell'ipertensione, oltre che dal pallore, e dalle lesioni retiniche. Invece l'edema è eccezionale. In qualche caso la malattia, infine si rivela con l'ematuria. Accanto a queste forme diffuse si ammettono delle forme denominate focali. Queste si distinguono per tre punti: 1) per il carattere delle lesioni, che sono a tipo degenerativo e focale; 2) per la sintomatologia che comporta solo l'ematuria; 3) per l'andamento che è essenzialmente orientato verso la guarigione.

In queste forme si distinguono due tipi: la focale embolica, (trombosante di Oberling) e la focale propriamente detta.

La glomerulo-nefrite focale embolica si caratterizza per una necrosi a stampo; clinicamente per un'ematuria senza ipertensione od edemi, con albuminuria modesta ed alterazione variabile dell'attività renale. Tuttavia la sua importanza, dato che si presenta di solito in una endocardite lenta, o si associa ad una glomerulo-nefrite diffusa, è scarsa.

La glomerulo-nefrite focale propriamente detta si caratterizzerebbe secondo Volhard e Fahr: 1) per la prevalenza clinica dell'ematuria, senza edemi nè ipertensione, con integrità quasi completa della funzione renale; 2) per le lesioni degenerative di anse, con lesioni minime, secondo Nicolich, delle cellule tubulari con emorragie sotto la capsula fibrosa; 3) per la tendenza alla guarigione, anche dopo ricadute, tolto che sia il focolaio primitivo.

Ma questa forma è così rara da esser discutibile, secondo Chabanier, al punto da esser messa in dubbio.

Nei riguardi della nefrosi, caratterizzata dalle lesioni tubulari, si distinguono le forme degenerative e quelle necrotiche. Le prime le degenerative, si presentano sotto forma acuta e rappresentano in sostanza l'albuminuria delle malattie infettive, o sotto forma cronica, nella quale alla degenerazione jalina o albuminoidea si sovrappone una sovraccarica grassosa, si accompagna una amilosi.

Corrisponderebbe all'antica nefrite epiteliale, alla sindrome cloruremica di Vidal. Ma secondo il consenso dei più rappresentano una forma metabolica generale.

Caratteristiche cliniche sono: edemi generalizzati, albuminuria imponente, presenza di corpuscoli birifrangenti nell'urina, e importante conclusione prognostica, è forma talora suscettibile di guarigione.

Tipo delle nefrosi necrotiche che possono essere o tossiche o infettive, è la nefrosi da sublimato, nella quale si osserva una necrosi ed una desquamazione delle cellule epiteliali, con segni di flogosi del tessuto interstiziale.

La caratteristica principale consiste nella ritenzione azotata con tutte le sue caratteristiche.

Quando è colpito l'elemento vascolare e primitivamente si parla di nefroangiosclerosi, a proposito delle quali si distingue una forma benigna ed una maligna. Nella prima si può dire che la base anatomica consista in una proliferazione connettivale ed una elastosi dell'intima e che clinicamente si traduce con una ipertensione. È l'affezione dell'età adulta, dopo la cinquantina.

La forma invece maligna, caratteristica dei giovani, si caratterizza per una ipertrofia della muscolare, un'iperplasia dell'intima, fino all'obliterazione del lume vasale, e per la partecipazione al processo degenerativo sia dei glomeruli che del tessuto interstiziale, che dei tubuli (necrosi, sclerosi, infiltrati).

Clinicamente dopo un'ipertensione, a tipo pallido, si manifestano i segni clinici della nefrite diffusa con insufficenza renale, azotemia alta, albuminuria. Conviene dire che la distinzione fra questa forma e una glomerulo-nefrite diffusa cronica, è assai difficile, perchè il decorso è variabile e qualche elemento può mancare.

Chabanier per la diagnosi differenziale, insiste su questo fatto: se le lesioni sono diffuse, intense, unanimi, si ha a che fare con una lesione a tipo vascolare.

Infine nella forma di nefrite interstiziale focale infettiva non suppurata, si osservano focolai leucocitari del tessuto interstiziale, capaci di inglobare tutti gli elementi nobili del rene, accompagnati talora da edemi, che può, secondo Chabanier, esistere isolato.

Se manca si può dire la sintomatologia clinica è muta, se esiste ed è cospicuo si determinano alterazioni più o meno gravi della funzione renale fino all'anuria.

Queste notizie, questi schematici dati anatomopatologici sono quelli che, se sviluppati, il chirurgo-urologo apprende ed osserva nelle nefriti e nefrosi a carattere « medico ». Poichè bisogna subito circoscrivere il tema da svolgere. L'argomento del quale si tratta, è — per convenzione — limitato a queste lesioni, che — com'è stato detto — escludono tutte quelle forme nelle quali predomina la suppurazione e che rientrano spontaneamente sotto l'egida del chirurgo.

Sorge ora spontanea la domanda: in base a quali criteri può intervenire il chirurgo? seguita dalle altre: quali interventi può egli eseguire? In qual modo può egli giustificare scientificamente e praticamente il suo intervento? Quali sono i risultati pratici?

La prima domanda coinvolge dunque la questione della etiologia, poichè sarebbe singolare che il chirurgo si accingesse a curare solo l'effetto di una causa. Ma molte volte l'argomento nocivo non è più in atto e tutto l'interesse terapeutico si concentra sul rene. Appare allora logico circoscrivere l'azione su questo organo, e questa condotta appare tanto più giustificata in quanto che in alcune circostanze si tratta di agire su stati transitori, ma pericolosi per la vita, di insufficienza renale.

Certo non si ricorre al chirurgo immediatamente: dopo le cure diciamo mediche, esistono altri soccorsi dell'arte, come il cateterismo degli ureteri, il lavaggio del bacinetto, l'irradiazione con i raggi X, l'anestesia alla Kappis, e via dicendo, che non di rado, come l'attestano i successi comunicati, possono ottenere un magnifico risultato.

Ma altri casi non beneficiano di queste terapie. E allora si può ricorrere all'arte chirurgica.

Che cosa può fare il chirurgo, e quali interventi sono a sua disposizione? Sono diversi e li ricordiamo dicendo di ognuno brevemente il modo di azione.

La nefrectomia. Su questa operazione mutilante c'è poco da aggiungere nei riguardi della tecnica. Solo c'è da osservare che essa è riservata a quei casi nei quali sono falliti ogni e qualsiasi cura sia medica che quella conservativa chirurgica (nefrotomia e scapsulamento). Ma l'aver tolto un rene sarebbe ancor poco se non si sapesse che, qualche volta, il rene superstite può sanguinare a sua volta fino a determinare la perdita del malato. Quindi la nefrectomia viene eseguita solo se vi si è costretti da gravissime ed infrenabili emorragie unilaterali.

Nefrotomia: la nefrotomia è un intervento che — come per la calcolosi — così oggi è sempre più abbandonata per la cura delle nefriti. Essa viene da tutti gli AA. giustificata nel sospetto di un tumore o di una tubercolosi, o di un calcolo. La discussione porterebbe troppo lontani, ma — se è lecito all'O. esprimere un'opinione personale in proposito — i risultati, sia della sua modesta esperienza che quella derivante dalla lettura delle pubblicazioni in proposito, consentono di concludere che con i moderni metodi di investigazione clinica e di laboratorio, eseguiti metodicamente. queste incertezze sono evenienze d'eccezione.

Inoltre, e questo appare più grave, la nefrotomia non risolve sempre l'angoscioso dubbio dia-

gnostico da un lato, e rischia — dall'altro — di mettere realmente in pericolo la vita del malato. E l'alea di questo pericolo dev'esser sempre tenuta presente! Quindi si può concludere che l'incisione del parenchima renale — sia da respingere — se non altro — perchè insufficiente e pericolosa, sia a scopo diagnostico, che — come si dirà — per quello curativo.

La nefrolisi: La liberazione del rene dalle masse fibrose e cicatriziali fu proposta e attuata da Rovsing. Questa operazione fu eseguita solo poche volte: ma fu poi associata ad altre operazioni, di solito lo scapsulamento. La nefrolisi è un'operazione che appare logica, ogni qual volta il rene è circondato da una ganga di tessuto cicatriziale, ma essendo la propagazione di un processo svoltosi nel rene, appare insufficente. Quindi anche questa è un'operazione che se è logica come complemento, non soddisfa come intervento preso a sè, isolatamente.

Scapsulamento: lo scapsulamento, l'asportazione della capsula propria del rene, gode attualmente i più grandi favori, ed è l'operazione maggiormente praticata. Anche su questo intervento c'è poco da aggiungere. Giunti sul rene s'incide longitudinalmente la capsula e la si asporta o completa o se ne lascia qualche lembo da usarsi nella nefropessia, o — ma questo è seguito da pochi — la s'incide solamente per lungo. Quasi sempre l'asportazione viene eseguita completa.

Enervazione: L'enervazione consiste nell'asportazione dei nervi dell'ilo renale. Questa è un'operazione delicata; non che sia difficile, ma presuppone il perfetto dominio e controllo del campo operativo. Ciò non è sempre raggiungibile e per varie ragioni: una brevità anormale del peduncolo, la retrazione di questo, presenza di grasso e di sclerosi peri-ilari, anomalie, deformazioni dell'ampolla pielica e del primo tratto dell'uretere. In secondo luogo non bisogna ledere i vasi ureterali, occorre evitare lacerazioni anche di piccole venule, ciò che può portare fino alla sutura laterale della vena renale; è necessario spostare i vasi, agire su tutte e due le faccie dell'organo.

Papin che la propose associò ad essa di sovente la pepsia, di guisa che risulta difficile decidere a che cosa possa ascriversi il successo terapeutico. Ed infine viene sempre ricordato, come un monito certosino, che Sères, dopo una doppia enervazione bilaterale, perdette un suo malato per insufficenza renale.

Decorticazione dell'arteria. Ancora più delicata è la decorticazione dell'arteria, vera e propria simpatectomia periarteriosa.

Questa operazione — come il R. ebbe a persuadersene — è un intervento assai delicato, reso sopratutto tale per l'incubo costante che sovrasta il chirurgo, e cioè che una piccola lesione della parete vasale può avere conseguenze sproporzionate all'entità dell'atto operativo! Nè i pericoli sono terminati al termine dell'operazione, in quanto che una trombosi può istallarsi secondariamente.

Per queste ragioni appare pienamente giustificata la proposta di Pavone (junior), il quale alla decorticazione anatomica, per così dire dell'arteria, ha sostituita quella fisiologica, ossia chimica, alla Baylis-Doppler. Si pennella con acido fenico al 5 % il peduncolo vasale accuratamente preparato. Questa pratica non esclude il ripristino della conduzione delle vie nervose, ed è assai semplice. Questo metodo che è destinato — sia detto fra parentisi — alla cura delle cosidette nefriti dolorose — è stato seguito da parecchi (Sorrentino), ma noi non abbiamo esperienza in proposito.

Sempre allo stesso scopo (cura delle nefralgie ematuriche e dolorose) e sia per evitare un atto operativo, che comporta come qualunque altro i suoi rischi, il Pavone ha proposto le iniezioni neurolitiche paravertebrali dalla X dorsale alla I lombare.

Diversa da questa tecnica, che è sul limite medico-chirurgo, è la proposta, dal Pieri attuata della sezione dei rami comunicanti, corrispondenti alla radice della XII dorsale e delle prime due lombari.

Di queste due ultime tecniche il R. non possiede esperienze. Giova ricordare però che sono interventi diretti alla cura di sindromi dolorose più che infiammatorie.

Premessi questi brevi ricordi di tecnica operativa, sorge spontanea la domanda: quale operazione di quelle elencate è a disposizione del chirurgo, possono essere eseguite, e in base a quale riflessione teorica scientifica?

Passandole rapidamente in rassegna è certo che la nefrectomia non appare l'intervento ideale di cura. È già stato detto che l'asportazione del rene non solo non conviene come terapia, ma non garantisce neanche la guarigione.

La nefrotomia ha goduto per il passato una grande popolarità: si può dire che tale intervento determinò con Harrison, l'inizio del movimento terapeutico. Si sa, e non è qui il luogo di insistervi, che Harrison pensava che le manifestazioni cliniche della nefrite fossero dovute alla compressione del parenchima per opera della sua capsula. Ecco l'origine della famosa frase: il glaucoma renale.

Il Pousson cui dobbiamo uno dei lavori fondamentali sull'argomento, praticava la nefrotomia larga, con l'intento di regolare la circolazione renale, decongestionando il parenchima, decomprimendo i filuzzi nervosi.

Pousson parlava anche di un salasso renale, e di una felice ripercussione sul circolo generale.

Ma purtroppo — come si è detto — la nefrotomia è spesso seguita da ematurie secondarie, o mortali addirittura, o tali da esigere una nefrectomia secondaria sempre pericolosa.

Per questo trovò maggiore consenso e maggiore diffusione la proposta dello scapsulamento. Non si trattò più di decomprimere il rene, ma di creare nuove vie vasali in modo da migliorare il metabolismo del rene; o secondo altri di aprire nuove vie linfatiche (Sippel), o di provvedere allo svelenamento di sostanze tossiche (Rovsing).

A questa teoria a fondamento essenzialmente meccanico, se ne contrapposero poi delle altre che concepirono lo scapsulamento con un meccanismo differente. Kümmel pensava difatti che si venisse a determinare una sezione dei nervi vasocostrittori e Stropeni perfezionò la teoria sostenendo che lo scapsulamento conduce ad un maggior riempimento dei vasi venosi e ad una diminuzione della resistenza circolatoria, ciò che fu dimostrato da Valdoni col riempimento dei vasi con sostanze opache ai raggi X.

Ancora più precisa è la teoria di Cholzoff, secondo il quale la capsula ha una funzione addirittura regolatrice del circolo. Egli dice che se si distende la capsula, per una ragione qualunque entrano in giuoco dei riflessi vasocostrittori che riducono l'afflusso sanguigno nel rene.

Togliendo la capsula si abolisce il reflusso, si abolisce l'ischemia, si favorisce il metabolismo.

Tutte queste ipotesi suscitarono volta a volta il desiderio di un controllo e di una conferma mediante l'esperimento cui fu chiesto la risoluzione di 3 quesiti fondamentali: 1) rigenerazione della capsula; 2) possibilità di una neoformazione vascolare; 3) effetti dello scapsulamento sul parenchima renale.

In realtà lo studio della rigenerazione della capsula renale diede luogo a discussione animata e passionale, sopratutto da parte di coloro che sostenevano l'opportunità di praticare piuttosto la nefrotomia (Pausson) che lo scapsulamento.

Non si ha veramente idea del numero di sperimentatori che circa trenta anni fa si occuparono con questo argomento.

Sembrava che la capsula non si dovesse più formare, una volta asportata. Invece, con costanza esasperante si vide che dopo poche settimane la capsula era di nuovo al suo posto e più spessa di prima. Si cercò di evitarne la sua ricomparsa con ogni artificio di tecnica, ingegnosissimi alcuni, e ai quali sono legati nomi di tanti italiani (Taddei, Parlavecchio, Anzilotti, Ceccherelli e via dicendo), ma inutilmente. La capsula si riformava sempre. Ma in fondo la presenza di una nuova capsula non poteva ancora escludere la neoformazione vascolare o linfatica, ed allora la ricerca, ben più importante, si rivolse allo studio, se con lo scapsulamento si ottenessero nuove vie vasali. E anche a questo riguardo gli sperimentatori sono numerosissimi, i risultati contradittori, ma la conclusione critica porta ad ammettere che l'importanza di questa neoformazione vasale è assai modesta, e comunque, assolutamente insufficente per mantenere, in vita da sola il rene.

Ma se si ammette che l'efficacia dello scapsulamento non si limiti ad una modificazione della parte periferica, bensì che agisca su tutto l'organo, appare singolare come non sia considerato l'elemento nervoso della capsula. La capsula asportata conteneva certo dei nervi. E questi sono stati tolti insieme con essa. La nuova capsula contiene nervi? Questo ci appare il punto cruciale della questione che non è stata ancora sufficentemente considerato, e sul quale, prima ancora che sian pubblicati gli esperimenti che un nostro assistente sta eseguendo, i risultati inducono ad una conclusione negativa. Ma in definitiva importa vedere quali siano gli effetti biologici sul parenchima renale.

Anche a questo riguardo si è molto ricercato e studiato: in conclusione ed in poche parole si può dire con Stropeni che il circolo migliora, il metabolismo si riattiva, e la resistenza contro l'azione dei germi aumenta. Ora tutti questi risultati che si riflettono favorevolmente sulla funzione renale, anche e malgrado qualche voce discorde, sono dovute, e l'O. è di questo parere, all'efficacia della simpatectomia così come si verifica, per lo stesso principio, in altri organi.

La nefrolisi, ossia la liberazione del rene più che dalle aderenze, dalla massa sclerofibrolipomatosa, praticata da Rovsing, è un'operazione che oseremo dire ha fatto il suo tempo. Essa era poi diretta contro i dolori più che contro la vera e propria nefrite.

Sull'enervazione del rene è già stato espresso un giudizio. Si tratta di un lavoro delicato destinato anch'esso alla soppressione del dolore, alla cura delle piccole idronefrosi più che a quelle delle nefriti.

Comunque gli studi sperimentali (Belido-Vitali) starebbero a dimostrare che la enervazione non rimarrebbe senza effetto sul parenchima renale, sopratutto perchè parrebbe che andasse perduta la capacità di far fronte ad un eccesso di lavoro (Koenneke). La diminuzione della capacità funzionale sarebbe anche dovuta proprio alla sezione dei nervi perchè secondo Dogliotti e Mairano, essi hanno azione vaso-dilatatrice.

La simpatectomia periarteriosa, invece, avrebbe al contrario un'azione antagonista alla precedente, ossia una vasodilatazione, ma sperimentalmente (Keller-Post, Caldwell, Pezcoller e via dicendo) le conclusioni non sono favorevoli alla sua applicazione nelle nefriti. Diciamo sperimentalmente perchè in pratica, che l'O. sappia, non ha avuto applicazioni.

Circa la simpaticolisi chimica del peduncolo, le iniezioni neurolitiche paravertebrali, la ramisezione, la scarsa esperienza che ne abbiamo, non consente ancora una critica definitiva.

* * *

Quale intervento è stato praticato e quali sono i risultati ottenuti nelle diverse forme delle nefriti?

Cominciamo dalle glomerulo-nefriti acute. Se si ammette con Volhard che a base di questo processo stia una vasocostrizione, la quale a lungo andare determinerebbe delle alterazioni non più funzionali, ma organiche, in nessun caso sarebbe maggiormente indicato lo scapsulamento. E difatti c'è qualche caso nella letteratura di glomerulonefrite acuta guarita con lo scapsulamento. Ma gli è che a meno che non si profili minacciosa una oligo o anuria, o un'uremia, nè medico, nè malato consentono, specie in condizioni precarie, un'operazione. D'altra parte se è vero che anche nel silenzio sintomatico più assoluto, il processo può continuare, è vero anche che può guarire spontaneamente. Nè la poca esperienza clinica ci garantisce sull'esito lontano di tale procedura operativa.

Ecco perchè l'esperienza sulla glomerulo-nefrite è realmente scarsa, e non solo con lo scapsulamento, ma anche con le altre modalità operatorie.

Maggiore è il numero degli interventi nelle nefriti subacute e croniche prese globalmente. Ad essi si riannodano i nomi di Harrison, Edebohls, Pousson, Israel. Il numero dei casi operati è certamente rilevante, ma quanti di essi ai fini di una critica serena sia pure, ma severa e senza indulgente, sono inutilizzabili! E questa conclusione è già vecchia, data da vari lustri, ma non è stata più cambiata. Essa del resto appare naturale. Se ci rifacciamo per un istante alla lesione che sono alla base delle nefriti, possiamo facilmente comprendere le ragioni dell'insuccesso. Tutt'al più nella più favorevole delle ipotesi si può ammettere che il processo si arresti. Ma anche su questo punto l'esame dei risultati non è favorevole. Senza contare che la disamina è resa quanto mai ardua per la incompletezza dei dati, e sopratutto per la ineguaglianza dei criteri secondo i quali si giudica essersi presentato il miglioramento o raggiunta la guarigione.

In molti casi di Pousson si parla di guarigione: in 12 casi, ad esempio, di nefriti distopiche, ossia da rene mobile. Ma rene moble, qualche lieve sofferenza renale per l'ectapia, non giustifica e

tanto meno autorizza la diagnosi di nefrite. Del resto l'entusiasmo suscitato dalle pubblicazioni dei sopracitati autori, andò man mano scemando fino a cadere quasi nel dimenticatoio.

Qualche cifra e non solo dei successi, discutibili, ma anche delle morti sian operatorie che di quelle a breve scadenza di nefrite.

Citiamo la statistica di Pousson.

In essa sono distinti i risultati immediati, mediati e lontani. Si tratta di 55 casi.

Un'altra critica serena, serrata a proposito dei risultati degli interventi nelle nefriti croniche, si può leggere in Israel, il quale si occupò, a suo tempo, lungamente, dell'argomento. Riprendendo così, ad esempio, la statistica di Edebohls pubblicata nel 1905, ricca di 102 malati, si vede come entro il primo mese 10 malati morissero in seguito all'intervento e 39 per nefrite. Detraendo altri 3 malati perduti di vista, dei restanti 50, sei migliorarono modicamente, 11 notevolmente, 33 guarirono perfettamente. Questo risultato sarebbe stato eccellente, se non fosse stato suscettibile di una ulteriore critica.

Difatti prendendo la successiva pubblicazione di Edebohls, limitata a 71 malati, si vede come di coloro che venivano definiti guariti o praticamente guariti, erano 16. Ma di questi 6 erano nefriti nettamente unilaterali, ossia tali da non rientrare nel morbo di Bright. Ciò non ostante si tratterebbe di una percentuale del 15,38 %, assai elevata se si pensa alla gravità della malattia.

Lo stesso Israel su 20 casi non ebbe un solo successo, ma 1 morto.

E così Elliot che nella sua statistica di 76 casi non poteva riferire un solo caso di guarigione duratura, riprendendo in esame la statistica di Guiteras costituita di 120 casi raccolti nella letteratura americana, con il 16 % di guarigioni, dichiarava che tale cifra non poteva esser accettata senz'altro per la incertezza di alcune diagnosi e per la imprecisione dei risultati.

Poi si conobbero ancora meglio le cifre della mortalità.

Guitera accusò una mortalità immediata e mediata del 33 %; Elliot del 47,4 %; Edebohls del 49 %. Questo spiega come l'intervento nelle nefriti croniche sia stato abbandonato e come seppure tentato non sia stato più oggetto nè di pubblicazioni nè di raccomandazioni, che assai di rado. La constatazione della modestia dei risultati, il rischio operatorio, la riluttanza dei malati a sottoporsi ad un intervento senza un disturbo grave che ve li costringa, rende facilmente ragione della scarsezza dei casi operati.

Il R. stesso non potè osservare che un caso di nefrite cronica, nella quale l'intervento — com'è scritto nella storia riportata — non fu seguito che da un modestissimo successo.

E veniamo agli interventi nelle manifestazioni acute delle nefriti croniche.

Mentre l'intervento, nelle sue varie forme, è quasi unanimamente condannato come cura delle nefriti, siano acute che croniche, esso è stato invece variamente sollecitato nelle complicazioni; nell'oliguria da un lato, nell'uremia dall'altro.

Ma interessante è riportare alcune cifre del lavoro di Pousson nel quale, benchè di data affatto recente, si trovano dati esatti ed importanti. Pousson ha potuto riassumere la storia di ben 153 malati, operati da diversi AA., e sottoporli ad una rivista critica, e analizzarne i risultati immediati, mediati, lontani.

Risultati immediati: su 153 operati dai vari operatori, 56 sono morti in uno spazio di 20 giorni, ciò che fa una mortalità globale del 23,53 %. Non tutti gli insuccessi sono da riferirsi all'atto operatorio in sè. Se ne possono istituire 3 gruppi:

1) morti entro i primi 5 giorni: 21 (1 sincope, 1 edema polmonare), 1 porpora, 4 morti improvvise, 4 indebolimento progressivo, 6 uremia, 6 anuria). Come si vede solo 14 decessi possono venir riferiti all'intervento. Ciò fa discendere la mortalità operativa al 9,2 %;

2) morti fra 5-10 giorni dall'intervento: 9. Detratti da 153 i precedenti, rimangono 137, quindi mortalità 3 %;

3) morti fra i 10-20 giorni dall'intervento: 6 = 0,81 %.

In complesso dei 3 gruppi: 13 %.

Risultati mediati: Si tratta di 24 malati perduti di vista o morti entro 3 mesi. Sono 8 morti, dei quali nessuno può esser imputato all'atto operativo. 3 di essi no navevano riportato nessun beneficio, ma 5 sì. Negli altri 16 seguiti non oltre 3 mesi, fu osservato 2 volte un notevolissimo miglioramento, in 5 un gran miglioramento, in 3 miglioramento, in 2 lieve miglioramento, in 4 nessun miglioramento.

Risultati lontani: 92 casi di malati sopravvissuti oltre 3 mesi dall'intervento: di questi 25 morirono ulteriormente, mentre 67 erano ancor vivi al momento della pubblicazione della loro osservazione. Intanto dei 25 decessi: 8 avevano risentito un gran beneficio dell'intervento; 11 uno notevole; 3 un lieve; in 3 mancò qualsiasi beneficio. In complesso si può dire ancora che dei 63 viventi uno dopo aver migliorato era stato ripreso dai suoi disturbi; 6 non parevano affatto migliorati; 3 erano migliorati leggermente; 15 migliorati decisamente; 23 assai migliorati; 11 migliorati moltissmo; 8 parevano guariti. In conclusione di 153 malati, 8 parevano, ma forse non erano guariti.

Dati più recenti tratti dalla letteratura: concludono egualmente per una somma di risultati discutibili.

Nefrosi. Si tratta per lo più di nefrosi necrotiche da sublimato, ingerito a scopo suicida. Si è quasi sempre tentato lo scapsulamento, per lo più seguito dal più completo insuccesso (tra gli altri il caso personale di scapsulamento bilaterale).

Tuttavia qualche sopravivvenza è stata segnalata (Luxembourg, Solowiev, Molina ed altri).

La causa dell'insuccesso è duplice: da un lato la compressione derivante dalla dissociazione delle cellule epiteliali dei canalicoli contorti che bloccano la secrezione e la escrezione: dall'altra l'inutilità di un intervento che agisce sui vasi i quali non sono coinvolti nel processo morboso.

Oggi si tende a provvedere con successo con la terapia medica (somministrazione ad alte dosi di cloruro di sodio per varie vie). Nella nefrosi di altra natura, legata più ad una affezione a carattere generale, l'intervento non è stato seguito che sporadicamente (Oehlecker), e talora con successo, ma nessun AA. lo consiglia se non come tentativo.

Nelle nefroangiosclerosi, e nelle forme interstiziali, tutti son d'accordo sulla astensione operatoria.

Nefriti ematuriche. Appare quanto mai desiderabile un chiarimento definitivo sul concetto di nefrite ematurica, della quale, tanto si parla.

Possiamo domandarci: esiste questa nefrite ematurica e da quali lesioni è rappresentata? Quale il logico intervento, e quali i risultati?

Per nefriti ematuriche si intendono quelle forme di ematuria, dolorosa o no, che si presentano in reni nei quali non si riesce a trovare una causa sufficente a spiegarla.

Il numero di queste forme si va sempre più assottigliando.

È certo che il rene sanguina con facilità, e vi è una folla innumerevole di affezioni, siano di indole medica che chirurgica, capaci di provocare ematurie.

Ma ematuria non vuol dire — naturalmente — nefrite ematurica. Difatti si assiste ad uno spostamento sempre più accentuato della sindrome verso il sintoma. Innanzi tutto è ormai dimostrato a sufficenza che assai di sovente la lesione causa dell'ematuria esiste, ma è talmente limitata che sfugge facilmente.

Si possono enumerare almeno 2 dozzine di queste cause addirittura macroscopiche.

Ma più spesso si tratta di nefrite parcellare.

Rimangono tuttavia alcuni casi nei quali non si trova se non la presenza in atto o pregressa di una emorragia, o addirittura nulla.

Queste ultime forme si presentano facilmente in individui con alterazione della colonna vertebrale. Queste sarebbero (Nuvoli-Impiombato), la spia di lesioni nervose.

Sul meccanismo di azione di queste ultime hanno portato luce le ricerche di Fuchs, secondo il quale a fondamento dell'ematuria starebbe e una lesione dell'angolo calico-papillare e una discinesia delle vie urinarie superiori. Il disordine nell'espulsione dell'urina condurrebbe facilmente a distensioni improvvise della pelvi (vere e proprie crisi di idronefrosi intermittente) e consecutiva lacerazione dell'angolo colico-papillare. Vero è che in vicinanza di esse rotture esistono focolai infiammatori, ma Fuchs pensa che siano quasi sempre secondari.

Ma l'importanza dell'infezione è stata, secondo noi sottovalutata, e perciò pensiamo che le ricerche di Jura sull'ematuria, nella colibacillosi siano assai interessanti. Qualche volta, quando non si è trovata la causa dell'ematuria (casi che Pisani vorrebbe radiati dal novero delle nefriti ematuriche e considerati come errori di diagnosi) non è stato fatto l'esame culturale. Invece passata la fase più drammatica, assai spesso si trovano e pus e germi nelle urine. In 3 casi osservati ultimamente dall'O. e che sarebbero dovuti rientrare nelle forme di nefrite ematurica (dei quali, 1 nefrectomizzato, 1 scapsulato e 1 rimasto senza cura chirurgica), trovò sempre dei germi.

Studi ulteriori confermeranno e delucideranno meglio fino a qual punto possa essere invocato nella patogenesi dell'ematuria, il fenomeno a carattere anafilattico di Sanarelli-Schwarzmann.

Comunque rimane dimostrato che reni d'aspetto integro possono sanguinare al punto da mettere in pericolo la vita del paziente.

La terapia è naturalmente medica dapprima, e poi chirurgica. Questa si compendia nello scapsulamento, che vanta ottimi successi, concesso che non vi siano « foci » dai quali si possono partire delle scariche di germi. Solo eccezionalmente si praticherà la ectomia, poichè essa non mette al riparo di recidive dall'altro lato, talora mortali.

Sul modo di azione dello scapsulamento sono state emesse varie teorie: si può ritenere esatta quella secondo la quale lo scapsulamento equivarrebbe ad una simpatectomia. Si viene così a stabilire una vasodilatazione, una migliorata irrorazione parenchimatosa, una maggiore resistenza cellulare agli agenti infettivi, un migliorato metabolismo organico.

D'altra parte non c'è dubbio che si vengano ad aprire almeno temporaneamente delle vie linfatiche e quindi ad accrescere, sia pur temporaneamente, le capacità di difesa del rene, per il riassorbimento rapido di prodotti tosso-infettivi.

Rimangono infine da considerare le nefriti dolorose.

Di solito si accompagnano ad ematuria, ma possono esistere anche isolate.

Da quanto si legge nella letteratura e da quanto risulta dall'esperienza personale (12 casi editi e 3 inediti), si ha la convinzione (prove culturali positive) che a base di queste forme siano le infezioni e le infiammazioni della capsula propria. Difatti non di rado si trovano in questa ultima delle note flogistiche evidenti (infiltrati, emorragie, ispessimenti, cicatrici, aderenze con il tessuto renale sottostante).

Lo scapsulamento trova la sua piena giustificazione: l'esito in guarigione ne è la prova più suadente.

(*Continua*). A. POZZI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Disturbi psichici nell'ipertensione.

E. Guttmann (*Proc. R. Soc. med.*, sett. 1936) riferisce il caso di un uomo di 58 anni, ricoverato più volte per forme maniache (eccitamento religioso, identificazione con il Messia, ecc.). Venne ammesso in ospedale perchè si lamentava d'insonnia e temeva il ripetersi di accessi analoghi ai precedenti.

Nulla da rilevare all'esame psichico e fisico, salvo una pressione di 160/90. Per più di 3 settimane rimase in ospedale ed era ormai convinto che l'accesso non si sarebbe più ripresentato; ma alla quarta settimana si sviluppò uno stato euforico, con identificazione con il Messia; durò per 4 mesi, dopo di che andò gradatamente scomparendo fino a lasciare uno stato normale. Raggiunto lo stato di equilibrio mentale, la pressione risultò fra 120/70 e 106/74.

L'A. attribuisce i fatti psichici allo stato ipertensivo. Come controprova, cita il fatto che la somministrazione di benzedrina (una sostanza ipertensiva analoga all'efedrina ed all'adrenalina) determina a dosi basse uno stato di eccitamento psichico. *fil.*

Indagini sulla prognosi della sifilide con speciale riguardo alla recidiva nel cervello e nel midollo spinale.

Secondo J. Strandberg (*Acta dermato-venereol.*, n. 4, 1936) l'indagine sulla prognosi della sifilide può seguire due vie: o quella di rintracciare alla distanza di molti anni tutti gli individui curati in un ospedale od ambulatorio, oppure di raccogliere un forte numero di ammalati con fenomeni nervosi e di determinare quanti di essi erano stati curati razionalmente o irrazionalmente. La prima via dà scarso affidamento, perchè molti ammalati sfuggono al controllo successivo e questo falserebbe i risultati: l'A. ha perciò adottato la seconda via, raccogliendo 461 casi di sifilide tardiva del sistema nervoso. Di questi, 132 presentavano sifilide cerebro-spinale, 211 demenza paralitica, 75 tabe dorsale e 43 tabo-paralisi. Di questi casi, circa il 56 % non erano stati mai curati o curati solo all'apparire dei sintomi nervosi, il 40 % erano stati curati in modo insufficiente, mentre il 4 % era rappresentato da casi che fino dall'inizio erano stati curati in modo razionale e completo. I sifilitici curati razionalmente e tempestivamente dànno quindi solo una debole percentuale di affezioni nervose tardive (4 %): per prevenire anche questi casi è opportuno controllare la avvenuta guarigione con l'esame del liquor e, quando i risultati non sono del tutto soddisfacenti istituire senza indugi una cura malarica.

R. POLLITZER.

Ematuria familiare essenziale.

V. Blum (*Medizin. Klinik*, 14 sett. 1936) riporta il caso di una donna di 30 anni con ematuria intermittente, che veniva curata con una certa efficacia mediante le applicazioni di freddo, la diatermia, vari rimedi, ecc. Si manifestò poi in modo imponente, per la durata di settimane, con eliminazione di coaguli; gli esami fatti dimostrarono l'integrità dell'apparato urinario. L'A. eseguì la decapsulazione del rene con spennellature dell'arteria renale mediante isofenal. Guarigione per prima; scomparsa dell'ematuria (da 3 anni).

Dall'anamnesi familiare risulta che la madre aveva sofferto di gravi epistassi per cui dovette più volte venire tamponata; uno dei fratelli ebbe pure frequenti ematurie, che scomparvero dopo che il rene venne decapsulato per la seconda volta.

In un altro caso pubblicato da K. Gotsch sullo stesso periodico (1932, n. 5) si trattava di un uomo di 53 anni che andava soggetto a frequenti ematurie; la nefrotomia dimostrò che non vi erano alterazioni renali di sorta (nemmeno istologiche). Ebbe poi anche emorragie intestinali (feci picee). Organi toracici ed addominali sani; tempi di sanguinamento e di coagulazione normali; piastrine 280.000. Presenza di angiectasie alle guancie ed al torace. Il paziente, da ragazzo, aveva sofferto di gravi epistassi a cui andavano soggetti 4 fratelli ed una figlia. Il complesso dei fenomeni ed il decorso benigno depongono per la diagnosi di malattia di Osler (teleangectasia emorragica ereditaria).

In questi casi, in cui è da escludersi l'emofilia (tempo di coagulazione normale) si può pensare ad una deficienza vasale costituzionale, in cui l'ereditarietà colpisce entrambi i sessi. Le dilatazioni vasali si osservano generalmente alle guancie ed al setto nasale, ma possono aversi anche in altri organi: intestino, vie respiratorie ed urinarie; per quest'ultima forma, si è parlato di « epistassi renale ». *fil.*

Il trattamento della pielite.

R. Rubritius (*Mediz. Klinik*, 11 sett. 1936) dà le seguenti direttive:

Forme acute. Riposo in letto, applicazioni di caldo sulla regione renale dolente, abbondanti bevande. Contro il dolore: belladonna in suppositori, papaverina, novalgina. Nelle forme da coli, clisteri e purganti salini.

Come medicamenti:

Urotropina	
Salol	ana cg. 30
Acido canforico	cg. 50

In generale, però, si ricorrerà all'introduzione per via endovenosa dell'urotropina da sola o con caffeina ed acido salicilico (cyclo-

tropina) o con acido canforato (anfotropina); se non è utilizzabile la via endovenosa introdurre i medicamenti per quella endomuscolare. Nelle infezioni da cocchi, l'A. ha trovato molto utili le iniezioni endovenose di piccole dosi di neosalvarsan (al massimo 3 volte).

Buoni risultati dà la tripaflavina per via endovenosa ed anche il pyridium (per via endovenosa ed orale) e la neotropina (per via orale).

Nelle forme da coli, è consigliato l'alternare l'alcalinizzazione con l'acidificazione; 3 giorni di questa (acido fosforico, dieta di carne e grassi, con pane nero, riso, avena e pochi liquidi), seguiti dall'alcalinizzazione (bicarbonato di soda, 1 cucchiaino 3 volte al giorno, magnesia usta, pane bianco, cavoli, abbondanti bevande specialmente di acque alcaline). L'A. però non ha ottenuto risultati degni di nota.

Forme croniche. Nessun risultato con gli autovaccini; utile il trattamento crenoterapico ed anche il batteriofago, specialmente in applicazioni locali ureterali; esso ha dato all'A. il 66 % di guarigioni cliniche.

Per le forme acute come per le croniche, trattamenti locali ureterali con vari rimedi.

fil.

Il trattamento dei disturbi funzionali del fegato.

H. Kalk (*Z. ärzt. Fortbild.* e *Med. Welt*, 25 luglio 1936) consiglia anzitutto di aumentare nel fegato la sua sostanza protettrice, il glicogeno. A tale scopo, si darà al malato una dieta ricca di carboidrati, con limitazione delle proteine e dei grassi; nei casi gravi, si somministreranno anche piccole dosi di insulina (5 unità 3 volte al giorno), facendo ingerire 15-20 grammi di glucosio.

Va poi anche curata l'irrorazione sanguigna del fegato, mediante impacchi caldo-umidi sulla regione epatica e con vari rimedi, ivi comprese le acque minerali, si favorirà il deflusso della bile. Evitare le sostanze dannose: alcool, arsenico, atofan.

Se minaccia l'atrofia gialla acuta, introduzione endovena di grandi quantità di glucosio, con piccole dosi sottocutanee di insulina.

fil.

Il trattamento della colelitiasi.

R. Schmidt (*Medizin. Klin.*, 1936, n. 13) ha una grande fiducia negli infusi vegetali, specialmente di *Agrimonia eupatoria, Marrubium vulgare.* Importante è anche il regolarizzare le funzioni intestinali e la somministrazione di una dieta rigida, con pochi grassi, poco sale e scarsi condimenti, niente brodi di manzo nè succhi di carne, niente uova.

In parecchi casi, si è veduto che il caffè favorisce la comparsa di coliche, mentre nei casi di pseudocolelitiasi può giovare il caffè con surrogati. Utile, nelle coliche, è il rimedio di Durand (Etere solforico g. 20, Trementina g. 5); giovano inoltre gli impacchi caldi alla scapola destra. *fil.*

L'insulina nei disturbi gastro-intestinali.

La terapia insulinica è stata sperimentata specialmente in individui che malgrado le varie cure si trovano in cattivo stato di nutrizione e non possono guadagnare peso. Si tratta per la maggior parte di individui nervosi, apprensivi, fiacchi, che si lamentano di disturbi digestivi vari ed indefiniti, taluni con sintomi psiconeurotici, altri con disturbi patologici che spiegano il cattivo stato di nutrizione.

Si consigliano generalmente 10 unità di insulina, da iniettarsi 3 volte al giorno prima dei pasti, che devono essere ad alto contenuto calorico specialmente in carboidrati. Alcuni guadagnano peso quasi subito; il guadagno può essere continuo e diventare meno marcato in seguito. Alcuni, poi, mantengono tale guadagno o lo aumentano, mentre in un piccolo numero, il peso si abbassa dopo la sospensione dell'insulina.

Non si può stabilire un rapporto fra il peso guadagnato e l'insulina consumata. Nei casi favorevoli, si ha un miglioramento nelle condizioni generali, l'aumento di appetito ed anche la scomparsa dei sintomi neurotici. È difficile, però, decidere la parte dovuta all'insulina e quella derivante dagli effetti psicologici.

Il metodo è stato inoltre provato in altre condizioni patologiche: in varie malattie di fegato, in condizioni caratterizzate da vomiti, disidratazione ed acidosi (vomiti ciclici dell'infanzia, vomiti perniciosi della gravidanza, condizioni postoperatorie); nell'ulcera peptica; come agente preventivo e terapeutico nell'ileo postoperatorio e nella dilatazione gastrica; contradditori sono i risultati ottenuti nella colite ulcerativa, mentre buoni effetti di un certo benessere si hanno nel carcinoma gastrico.

Per tutte queste condizioni, osserva H. Baker (*Review of gastro-enterology*, sett. 1936) vi sono dei sostenitori e degli oppositori all'uso dell'insulina. Per quanto non ne sia ben noto il meccanismo, essa risulta utile in vari disturbi gastro-intestinali ed epatici parenchimatosi; non è certamente una panacea, ma offre indiscutibili vantaggi specialmente quando vi è bisogno di aumentare il peso e non si può ottenerlo in altro modo ed in caso di vomiti infrenabili.

Non bisogna poi dimenticare che l'acidosi diabetica può provocare gravi sintomi gastrointestinali, che arrivano anche a mentire delle indicazioni chirurgiche; in questi casi, l'insulina potrà salvare la vita del paziente.

fil.

Nella colite acuta e cronica.

L. Bogendorfer (*Ther. d. Gegenw.* e *Schweiz. med. Wochens.*, 18 aprile 1936) consiglia l'uso dell'adrenalina, per la sua azione tonificante sul simpatico. Se ne somministrano XV-XX gocce della consueta soluzione al 1/1000, per

3 volte a distanza di un'ora, ripetendo eventualmente il giorno seguente. Si può anche introdurre per il retto (XX-XXX gocce in 1/4 o 1/2 litro di acqua). Analogamente agisce l'atropina che paralizza il vago e stimola quindi il simpatico.

Nello stadio acuto, non sono generalmente consigliati i clisteri, ma possono farsi delle lavature intestinali con un cucchiaio di acido tannico in un litro di acqua calda, da introdursi con il paziente in posizione genu-pettorale o laterale. Ne seguono generalmente contrazioni intestinali dolorose e le diarree cessano quasi improvvisamente; la lavatura può ripetersi dopo 12 ore.

Nelle prime 24 ore, è meglio lasciare il paziente a digiuno assoluto, somministrando, per calmare la sete, del tè di finocchi o di menta, possibilmente senza zucchero.

fil.

Il trattamento fitoterapico della costipazione.

G. Modrakowski (*Schweiz. med. Wochens.*, 1936, n. 18) consiglia la seguente miscela: Erba di millefoglio, di Viola tricolor e di Carduus benedictus; Fiori di camomilla volg.; Foglie di Senna e di menta piperita; Cort. di Ramnus frangula; ana g. 30. Un cucchiaio da tè della miscela, in una tazza di acqua bollente; lasciare per 10 minuti e bere subito l'infuso alla sera; l'effetto si manifesta il mattino seguente. Esso non è certamente dovuto esclusivamente alla senna ed alla frangula, di cui nella quantità che si usa si trovano soltanto 20 cg., dose di molto inferiore alle consuete, anche se, come accade per i casi ostinati, il rimedio si prende 2-3 volte al giorno dopo i pasti.

Secondo l'A., questa miscela di erbe, che non provoca coliche e che può essere usata anche in casi di costipazione spastica, non ha mai fallito.

fil.

TECNICA DI LABORATORIO.

Metodo di arricchimento dei bacilli tubercolari nello sputo.

G. Wihman (*Acta med. scand.*, vol. 89, giugno 1936) utilizza per la ricerca anche lo strato di grasso che si porta alla superficie durante la centrifugazione e che contiene una certa quantità di bacilli.

A tale scopo, dopo omogeneizzazione mediante autolisi od antiformina al 50 % e centrifugazione a 3500 giri, porta lo strato superiore in un tubo da centrifuga (servendosi dell'ansa). Getta lo strato liquido intermedio ed aggiunge al sedimento centrifugato dell'acqua calda (30°-50°) agitando e versando poi il tutto nel tubo contenente lo strato superficiale. Nuova centrifugazione ed esame.

In ricerche comparative, l'A. ha ottenuto con questo metodo un vantaggio del 46 %.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

La produzione artificiale d'una iperplasia della tiroide.

Se ne occupa H. Zondek (*Presse Méd.*, 19 settembre 1936).

In questi ultimi tempi è stato dimostrato che è possibile nei casi di tireotossicosi senza aumento visibile del volume della tiroide, produrre un gozzo con dei metodi che determinano la *inibizione* della funzione della ghiandola.

La somministrazione di piccole quantità di jodio è stata impiegata nella cura di questi casi che resistono alla terapia medica e non sono guaribili che chirurgicamente. Essendo l'operazione assai pericolosa durante lo stato tossico, è necessario disintossicare dapprima il malato con la terapia jodica.

La disintossicazione si manifesta coll'abbassamento del metabolismo basale, il miglioramento dei sintomi clinici e la produzione d'un gozzo. Questo *gozzo artificiale* deve considerarsi la espressione dell'immagazzinamento nella tiroide dei prodotti di secrezione.

Su sette casi osservati sei sono guariti. Il settimo è morto improvvisamente per causa indeterminabile. In tutti e sette i casi è stata fatta la resezione subtotale del gozzo.

Accanto all'interesse pratico di questa osservazione ne va notato l'interesse teorico, che consiste nella possibilità di produrre un aumento di volume della tiroide colla somministrazione di piccole quantità di jodio. Questo fenomeno è forse da mettere in parallelo con l'aumento di volume dell'ipofisi che è stato recentemente osservato dopo la somministrazione prolungata di alte dosi di follicolina.

L'iperplasia delle ghiandole è probabilmente prodotta da una diminuzione dell'escrezione dei loro ormoni.

È importante stabilire se tale iperplasia ghiandolare prodotta da una escrezione ormonale insufficiente, pur restando normale la funzione cellulare, può trasformarsi in un vero tumore con infiltrazione proliferativa e altri segni di malignità. A questo proposito l'Autore ricorda il fatto che il cancro della tiroide si sviluppa con più frequenza sul gozzo soprattutto nelle regioni dove questo è endemico.

E. CARLINFANTI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

L. AIELLO. *Lesioni anatomopatologiche sperimentali da brucella melitense nella cavia.* — Rif. Medica, Napoli, 1933.

FIAMBERTI A. M. *Psico-polineuritide a tipo pseudotabetico consecutiva a terapia aurica.* — Tip. Studium, Napoli, 1935.

P. POZZILLI. *Cura delle nefriti azotemiche.* — Off. Poligr. Laziale, Roma, 1935.

L. AJELLO. *Sul valore della prova col Rosso Congo per il sondaggio del sistema reticolo-endoteliale.* — Tip. Forense, Napoli, 1935.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Per i concorsi sanitari.

Il Consiglio dei Ministri nella sua ultima riunione, ha deliberato di portare a 34 anni — transitoriamente fino a tutto il 1937 — il limite di età per adire ai concorsi sanitari.

Il Consiglio dei Ministri ha inoltre stabilito che i concorsi sanitari d'ora innanzi — e ciò vale anche che per quelli già banditi e non ancora espletati — siano svolti e giudicati per titoli ed esami secondo le norme del Testo Unico. Verranno perciò riaperti i termini dei concorsi scaduti, e non ancora espletati, per dar modo di parteciparvi a chi abbia già sorpassato il limite di 32 anni.

POSTI VACANTI.

BARI. *Consorzio Prov. Antitubercolare Vittorio Emanuele III.* — Concorso, per titoli ed esami, al posto di Direttore della Sezione Dispensariale di Andria; L. 9000 lorde; 4 quinquenni del decimo. Limite di età: anni 40. Scadenza: ore 12 del 15 dicembre 1936. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia).

UDINE. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami, posto di Direttore del Consorzio-Direttore del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Udine. Stipendio annuo L. 18.000; indennità servizio attivo L. 5000. Età anni 40. Nomina quinquennale. Aumenti periodici di un decimo dopo il primo quinquennio, fino ad un massimo di sei aumenti. Scadenza 31 dicembre 1936, ore 12. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Scad. 25 gennaio 1937, ore 17; aiuto presso l'Ospedale Umberto I di Venezia (Divisione Pediatrica staccata degli Ospedali); età limite 36 anni al 16 ottobre; 6 anni di laurea e 3 in Ospedali, Cliniche universitarie o Condotte; nomina triennale, eventuale conferma per un anno; tassa L. 50; titoli ed esami; assegno annuo L. 4800. Chiedere l'annunzio alla Segreteria.

CONCORSI A PREMI.

La *Società per gli Studi della Malaria*, per celebrare la fondazione dell'Impero Fascista, ha deliberato d'istituire due premi, destinati a promuovere le ricerche originali sulla malaria nell'A. O. I.

I due premi verranno conferiti a studiosi italiani che, entro il 31 dicembre 1938-XVI, avranno compiuto le ricerche giudicate più pregevoli dal punto di vista scientifico o più utili da quello pratico.

I premi sono destinati esclusivamente a ricerche compiute in A. O. I.

I lavori possono riguardare qualunque campo della malariologia: etiologia, epidemiologia, patologia, profilassi, entomologia, clinica, terapia; devono essere inediti e pubblicati dopo il 1° gennaio 1937-XV.

I lavori concorrenti vanno inviati non oltre il 31 dicembre 1938-XVI alla Segreteria della Società per gli Studi della Malaria, presso l'Istituto di Malariologia, Policlinico « Umberto I », Roma.

I lavori prescelti saranno pubblicati nella « Rivista di Malariologia », organo ufficiale della Società. I premi consistono nella somma di L. 4000 ciascuno e in 100 copie di estratti del lavoro, in omaggio.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Società.

L'*Associazione Italiana di Idrologia* bandisce un concorso sul tema: « Terme nel mondo romano ».

Tale concorso, al quale potranno partecipare i cittadini italiani ed in modo particolare i medici, è stato dotato dal prof. Piccinini di L. 10.000 per i premi, e verrà intitolato al nome del di lui compianto padre prof. Massimo.

Sono state fissate le modalità del concorso dal suddetto benemerito Istituto di Studi Romani, assistito da una Commissione, che sarà anche la aggiudicatrice dei premi.

Restando come base del lavoro, da parte dei concorrenti, il censimento delle Terme di cui è documentabile l'esistenza in tutto l'Impero di Roma, ne sarà illustrata per quanto possibile la documentazione storica ed in particolare ne sarà ricordata la funzione igienica e sociale.

Il concorso si chiuderà alla fine dell'anno 1937 e la proclamazione dei vincitori sarà fatta il 21 aprile 1938-XVI.

Per tutte le altre condizioni del concorso e per ogni altro schiarimento rivolgersi all'Istituto di Studi Romani, piazza della Chiesa Nuova, Roma.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Console comm. prof. Valfredo Chiodi è stato promosso, per meriti eccezionali, Console generale medico della Milizia, a disposizione del Comando Generale.

Il prof. Chiodi, che appartiene alla Milizia fino dalla sua fondazione, organizzò nel 1923 il servizio sanitario dell'8ª Zona e successivamente fu nominato Ispettore sanitario del III Raggruppamento Legioni. Inoltre egli fa parte del Direttorio della Federazione dei Combattenti ed è docente d'Igiene alla Università di Firenze.

Rallegramenti e auguri.

Il sen. prof. Ferdinando Micheli è nominato preside della Facoltà medica di Torino pel biennio accademico 1935-37.

Sono trasferiti i proff.: Giuseppe Mariani, di clinica dermosifilopatica, da Pavia a Genova; Paolo Fiori, di clinica chirurgica generale, da Modena a Genova; Pietro Marogna, di clinica chirurgica generale, da Sassari a Modena; Luigi Bacialli, di clinica ostetrico-ginecologica, da Modena a Bologna; Arturo Fornero, di clinica ostetrico-ginecologica, da Cagliari a Modena; Angelo Rabbeno, di materia medica e farmacologia, da Palermo a Genova; Giovanni Bruno, di anatomia umana normale, da Sassari a Messina; Luigi Tocco, di materia medica e farmacologia, da Sassari a Palermo; Giuseppe Bianchini, di medicina legale, da Bari a Siena.

Il prof. Giuseppe Galli è incaricato della patologia chirurgica a Cagliari.

Al concorso per la cattedra di clinica ostetrica e ginecologica di Sassari sono risultati: 1° Giuseppe Tesauro, 2° Luigi Cattaneo, 3° Roberto Bompiani.

Al concorso per la cattedra di materia medica e farmacologia di Catania sono risultati: 1° Pietro Testoni, 2° Pietro Niccolini, 3° Pietro Mascherpa.

Il prof. F. Büchner è nominato titolare di anatomia patologica a Berlino, in sostituzione del prof. L. Aschoff, andato a riposo per limiti d'età.

Il dott. Miguel Sussini è nominato presidente dell'Associazione argentina di chirurgia.

Il dott. Nicolás Lozano è nominato presidente dell'Associazione argentina di biotipologia eugenica e medicina sociale.

NOTIZIE DIVERSE

Il Duce all'Università di Pavia.

Durante la visita alla gloriosa Pavia, il 3 novembre, il Duce si è recato all'Università. Accompagnato dal Rettore, ha percorso alcune Sezioni dell'Ateneo.

La suggestione dei ricordi nasce dagli stessi aspetti delle cose, nel luogo augusto. Parlano i cimeli raccolti nel Museo scientifico e dicono della gloria dei Volta, dei Porta, degli Scarpa che là insegnarono e sperimentarono nuove verità ed indagarono vecchi misteri.

Nell'aula dedicata alla memoria di Ugo Foscolo il Corpo Accademico, al completo, in assetto di orbace, attende l'arrivo dell'Ospite. Il Rettore Magnifico gli rivolge un indirizzo di omaggio.

Il Duce risponde ricordando il contributo dato dall'Università di Pavia alla cultura ed alla scienza ed assicurando che da parte del Governo sarà fatto tutto il possibile perchè questo contributo sia sempre più agevolato.

Le parole del Duce sono salutate da una devota, riconoscente manifestazione cui fa eco il persistente alto clamore delle falangi universitarie e del popolo.

I "G.U.F." al Duce.

Tutta la gioventù studiosa d'Italia ha voluto manifestare al Duce la profonda gratitudine sua ed in presenza dei Segretari, convenuti a Roma per la celebrazione del XIV Annuale della Rivoluzione e per la consegna dei premi ai littori della cultura e dell'arte, dello sport e del lavoro, e delle decorazioni al valor militare ai fascisti universitarî che hanno combattuto in Africa Orientale agli ordini di S. E. Starace, fra altissime acclamazioni, è stata letta la seguente dichiarazione:

« I segretari dei Gruppi universitari fascisti, riuniti a rapporto nel Palazzo del Littorio il 27 ottobre XIV, elevano al Duce l'espressione della fierezza e della gratitudine della gioventù studiosa dell'Italia fascista per il premio intensamente ambito che egli ha voluto concederle: il suo riconoscimento. La consegna delle medaglie al valor militare ai goliardi volontari in Africa Orientale e la premiazione dei littori della cultura e dell'arte, dello sport e del lavoro nel XIV annuale della Rivoluzione, anno I dell'Impero, stanno ad additare alla nuova generazione, educata secondo la maschia formula mussoliniana « Libro e moschetto », gli alti compiti ai quali il Fascismo la chiama: continuare la rivoluzione per la potenza dell'Impero fondato da Benito Mussolini ».

Alla fine della cerimonia e dopo espletate tutte le relazioni, il Segretario del Partito ha dato ai segretari dei G.U.F. le direttive per l'attività da svolgere nel futuro anno XV - 2° dell'Impero.

Al Congresso italiano delle scienze.

In seno al Congresso della Società italiana per il progresso delle scienze, adunatosi a Tripoli, molto attiva è stata la sezione di patologia, fisiologia e psicologia. L'on. Visco ha svolto il tema « Il problema dell'alimentazione nelle colonie italiane nei suoi aspetti fisiologici, igienici e sociali ». Il prof. Girolami, della Clinica medica di Bologna, ha presentato una relazione su « I progressi della patologia coloniale in Italia durante l'Era fascista ». Il prof. Ciotola, presidente della Società Medica coloniale della Libia, ha trattato « Delle istituzioni ospedaliere e sanitarie della Libia ». Il prof. Tripodi, dell'ospedale coloniale di Tripoli, ha riferito su « Le malattie dominanti nella Tripolitania ». Sono seguite la relazione del prof. Sarnelli su « L'importanza delle malattie oculari in colonia » e la relazione del prof. F. Schiassi sui « nuovi concetti di terapia e di epidemiologia della malaria ». Il prof. Donaggio ha svolto il tema « Il colpo di sole e le insolazioni ». Sono seguiti i rapporti sull'attività scientifica italiana nell'anno XIV nel campo della fisiologia e della biochimica, presentati rispettivamente dai proff. Visco e Quagliariello. La prossima riunione è indetta a Venezia.

Perfezionamento in medicina del lavoro.

La « Scuola di perfezionamento in medicina del lavoro » della R. Università di Roma, con sede nel Policlinico del Lavoro (via Ripetta 180), ha lo scopo di perfezionare i laureati in medicina e chirurgia nella medicina del lavoro e di conferire il diploma di « specialista in medicina del lavoro ». Tale specialità è particolarmente utile agli aspiranti medici ispettori corporativi, medici di fabbrica, di Istituti di assicurazioni sociali e di assistenza medico-sociale, di commissioni arbitrali per infortuni in agricoltura, medici-periti ecc. Il diploma di « specialista in medicina del lavoro » è stato riconosciuto come titolo di preferenza dal Ministero delle Corporazioni nei concorsi per medici ispettori corporativi; e dall'Istituto Nazionale Fascista Assicurazione Infortuni sul lavoro, nei corsi di pratica, da esso istituiti, per l'assunzione di medici dell'Istituto; dalla Confederazione generale fascista dell'industria per la nomina a medici di fabbrica; è altresì fra i titoli di preferenza per la nomina ad esperti medici presso i Tribunali e le Corti d'Appello, e di periti od arbitri nelle controversie inerenti all'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, secondo le nuove disposizioni del R. D. 17 agosto 1935-XIII, n. 1765.

L'Unione Fascista degli Industriali della Provincia di Roma ha concesso, come in passato, 6 borse di studio, di L. 1000 ciascuna, 3 per l'anno 1937, e 3 per l'anno 1938, a favore dei migliori allievi (rispettivamente 2 per gli allievi che hanno superato gli esami di profitto del I° anno; e 1 per quelli che hanno superato gli esami di profitto del II° anno e gli esami di diploma).

La Scuola è diretta dal preside della Facoltà medica prof. G. Perez. Ha la durata di un biennio. Con l'anno scolastico 1936-37 entra nel suo 7º anno di vita. I corsi hanno inizio il 16 novembre. Le tasse complessive importano L. 2230. A richiesta s'invia il programma.

Viaggi di studio della fondazione Volta.

La Reale Accademia d'Italia ha édito la raccolta delle ultime relazioni sui viaggi di studio promossi dalla Fondazione Volta. Segnaliamo la relazione di Rodolfo Margaria sul viaggio compiuto in Germania allo scopo di ottenere un accordo sulla interpretazione di alcuni meccanismi della chimica della contrazione muscolare. Egli conclude rilevando come questo viaggio non solo gli abbia apportato un enorme vantaggio personale, nel senso che gli ha permesso di acquistare varie nozioni, ma ha anche permesso che il lavoro scientifico italiano venga maggiormente conosciuto ed apprezzato, e ciò in misura tale che non era stato possibile raggiungere per mezzo delle sole pubblicazioni sui giornali scientifici e per mezzo di dirette corrispondenze.

Significativo atto di un medico belga.

Segnaliamo all'attenzione degli studiosi italiani l'atto altamente significativo compiuto da un oculista belga, il dott. Alaerts di Vilvorde, atto che viene comunicato dal presidente della Società Oftalmologica Italiana sen. prof. Giuseppe Ovio.

Il dott. Alaerts il 5 giugno u. s. per protestare contro le sanzioni inflitte all'Italia e per contribuire, insieme a tutti i colleghi italiani, alla difesa del prestigio della razza bianca e del successo dell'impresa italiana in Etiopia, consegnò personalmente a S. E. l'Ambasciatore d'Italia a Bruselle la grande medaglia d'oro di L. 3000 del Concorso Cirincione 1932 che la Società Oftalmologica Italiana gli aveva assegnato a Roma nell'ottobre 1934 in occasione del XXXII Congresso.

Vittima del dovere.

Il dott. H. P. Nelson, specialista in chirurgia toracica, durante un'operazione eseguita nell'Ospedale Brompton di Londra si punse un dito con un ago diatermico; la ferita non aveva alcuna importanza, ma la sera stessa il Nelson eseguì delle medicature, senza prendere tutte le precauzioni necessarie; già l'indomani si dichiarava una cellulite streptococcica, la quale progredì rapidamente; malgrado l'amputazione del braccio, si è prodotta un'infezione generale, che ha determinato la morte dopo 32 giorni dall'incidente. Il Nelson aveva appena 34 anni; era nato nella Nuova Zelanda. Si era decisamente affermato, per la sua abilità operatoria. Con Roberts aveva pubblicato un importante studio sulla lobectomia polmonare.

È stata aperta una sottoscrizione per venire in aiuto della vedova e dei due orfani.

Azioni giudiziarie.

La Corte Suprema di Giustizia dell'Inghilterra si è pronunziata nel seguente caso. Un paziente era stato ammesso in una casa di cura privata, per grave intossicazione da ipnotico. Egli venne salvato, ma decise di intentare causa contro la Ditta preparatrice del prodotto; e per avvalorare la sua accusa, intendeva valersi della propria storia clinica. Se non che, il medico rifiutò di consegnarla e la direzione della Casa di cura convenne nel diniego, ispirato al principio del segreto professionale, il quale va rispettato anche di fronte al paziente: la storia clinica appartiene al medico che l'ha redatta e non al paziente.

Da ciò un'azione legale contro il medico e contro la Casa di cura; il processo è giunto alla Corte Suprema, che, in conformità al parere dei periti da essa nominati, ha approvato la condotta del medico e dell'ospedale.

Alla maternità di Doullens (Francia) la levatrice di servizio si.ra Perrin, in assenza di medici, praticò, di notte, la sutura di una lacerazione perineale, sotto anestesia. I due punti applicati non ressero e l'ammalata dovette subire un intervento chirurgico. Su richiesta del di lei marito, il Procuratore della Repubblica perseguì la levatrice per esercizio abusivo della chirurgia e una Cassa mutua si costituì parte civile. Il Tribunale di Doullens assolse l'imputata e la Corte d'Appello di Amiens ha ora confermato il giudizio, dichiarando che il fatto non costituisce reato e che, anzi, la Perrin ha compiuto il suo dovere.

Un po' dovunque.

Il 6º Congresso dell'Unione europea per l'igiene mentale si è tenuto a Londra il 5 ottobre; ha discusso i temi: « Effetti del cinema sullo psichismo degli spettatori », « Influenza dell'infermiera sulla mentalità del malato », Il compito della scuola dal punto di vista psichiatrico ».

Dal 4 al 12 gennaio si terranno a Santiago del Cile le « Giornate neuro-psichiatriche del Pacifico »; temi: « Valore dei segni di localizzazione nella diagnosi topografica dei tumori cerebrali »; Trattamento dei tumori uretrali »; « Concetto psicopatologico e quadro clinico della demenza precoce »; « Classificazione delle malattie mentali e unificazione nosologica nell'America del Sud »; « Norme per le perizie psichiatriche in medicina legale »; « Organizzazione dell'assistenza agli alienati »; « Metodologia dell'insegnamento della psichiatria ». Quota: 50 pesos. Segreteria: Casilla 4168, Santiago de Chile, Repubbl. del Cile.

Il Congresso francese d'oto-rino-laringologia si è inaugurato il 19 ottobre, nella Facoltà medica di Parigi.

La 13ª sessione delle Giornate dentarie di Parigi si terrà dal 26 al 29 novembre, nei locali della Scuola odontotecnica (rue Garancière 5, Paris IVe); i lavori comportano comunicazioni libere e dimostrazioni; non si faranno relazioni.

La Società neurologica svizzera si adunerà il 28 e il 29 novembre a Zurigo; non vi saranno relazioni, ma solo comunicazioni libere. Rivolgersi al presidente, P.-D. Dr. R. Brun, Zürichbergstrasse 28, Zürich 7.

La Società d'idrologia e di climatologia mediche del Belgio si è riunità il 17 ottobre a Spa.

Il 5 novembre, nell'Aula Magna della R. Università di Milano, si è inaugurato l'anno accademico degli Enti culturali milanesi, presenti le maggiori autorità cittadine; tenne l'orazione inaugurale l'on. A. Pavolini.

Il prof. Angelo Chiasserini, chirurgo primario dell'Ospedale del Littorio in Roma, ha tenuto alla

Società Medica Italiana di New York una conferenza sulla chirurgia dell'ipofisi, e al « Columbus Hospital » della stessa città una conferenza sulla chirurgia del simpatico, con speciale riguardo ai casi di tromboangite obliterante. L'insigne operatore è stato attentamente ascoltato e molto applaudito. Al Chiasserini i rallegramenti cordiali della redazione del « Policlinico », del quale egli è apprezzatissimo collaboratore.

Il 28 ottobre le autorità di Milano — fra le altre opere — hanno visitato la nuova sede dell'Ospedale Fatebenefratelli-Fatebenesorelle.

Essa comprende 620 letti (con un aumento, quindi di circa duecento posti, in confronto di quelli attuali), dislocati in tre corpi di fabbricati, che, con gli altri tre nei quali trovano il loro posto gli uffici, il reparto d'isolamento, le ambulanze e l'obitorio, costituiscono un tutto inscindibile ed organico.

Il ministro Lessona ha visitato l'Ospedale italiano fondato in Addis Abeba dall'Associazione « Italica Gens »; egli era accompagnato dal sen. Castellani. Si è vivamente congratulato col direttore, dott. Borra. Successivamente ha visitato l'Ospedale militare, organizzato in breve tempo dalle autorità sanitarie militari.

A Belgrado è stata posta la prima pietra di una nuova Clinica pediatrica universitaria, capace di 150 letti; la cerimonia è stata compiuta dalla sig.ra Stoyadinovitch, moglie del presidente del Consiglio dei Ministri, presenti alte autorità

Lord Moynihan, morto il 7 settembre, ha lasciato un patrimonio valutato a 325.000 sterline (circa 30 milioni di lire it.). Tra i suoi lasciti sono i seguenti: uno di 2000 sterline al Reale Collegio dei Chirurgi di Londra; uno di 1000 sterline alla Scuola Medica di Leeds; uno di 1000 sterline all'Università di Londra.

La sig.ra Giovannina Passera, di Torino, domiciliata a Milano, morta a Mainate, ha legato i suoi beni, calcolati in circa un milione di lire, all'Ospedale Maggiore di Milano.

Il presidente degli Stati Uniti, Franklin D. Roosevelt, parlando nel Centro Medico di New York, ha esaltato l'opera dei medici, per la devozione e l'abnegazione da essi dimostrate durante la grave crisi economica.

Secondo una statistica del « Deutschen Arzteblatt », in Germania il massimo numero di diplomi medici fu rilasciato nel 1935 dall'Università di Monaco: 410; ségue quella di Berlino, con 338; le due università insieme hanno rilasciato un quinto dei diplomi di medicina. Le dissertazioni mediche presentate raggiunsero il numero di 3600.

L'Associazione francese d'urologia in occasione del suo 36° congresso, ha offerto una medaglia al prof. Octave Pasteau; la cerimonia si è svolta il 7 ottobre.

Il prof. Alberico Benedicenti, di materia medica e farmacologia sperimentale all'Università di Genova, è collocato a riposo per raggiunti limiti d'età.

L'Istituto Farmacoterapico Italiano di Roma ha avuto cura di far stampare il resoconto della interessantissima conferenza « L'Italia da Assab alla Vittoria » tenuta al Circolo della Stampa di Roma dal medico pioniere Leopoldo Traversi, che è l'unico superstite della gloriosa schiera degli esploratori scioani ordinata da Francesco Crispi.

La conferenza del Traversi offre particolari inediti interessantissimi sulla psicologia del popolo abissino, e considerazioni geografico-politico-economiche che oggi, a qualche mese dalla vittoria, nulla hanno perduto di attuale. L'opuscolo sarà quindi per il medico italiano, una lettura attraente ed istruttiva.

Coloro che non hanno ricevuta la pubblicazione in omaggio, possono richiederla all'autore: Roma, via Livorno 5.

Con la nave ospedale « California » sono giunti a Napoli, dalla Somalia, 625 militari tra ufficiali e soldati, che ritornano convalescenti.

Il Duce in occasione della sua visita a Loreto ha destinato L. 50.000 ai malati che non hanno mezzi per recarsi al Santuario.

I giornali recano che un medico di Edmonton (Canadà), dott. G. G. Geggie, ha dato varie consultazioni per radio ad un gruppo di minatori, oltre il Circolo polare, onde curare uno di essi, James Parras, che ha una grave cardiopatia; le prescrizioni devono limitarsi ai pochi medicinali di cui il gruppo dispone.

In Ungheria l'infermiera Anna Kepecs ha, in occasione delle nozze, ricevuto dal conte Paolo Degenfeld, settantenne, al quale era addetta, e dalla contessa madre, novantenne, un palazzo in Debreczin, del valore di 300.000 pengö (circa un milione di lire it.), nonchè altri ingenti doni; una piccola casa è stata pure regalata ai suoi tre fratelli.

È morto improvvisamente, in età di 67 anni, il prof. GAETANO LODATO, che dirigeva la Clinica oftalmica della R. I. Università di Palermo; fu un insegnante di molto valore; di fervida attività scientifica, lascia ben centocinquanta pubblicazioni.

Si è spento a 89 anni il prof. EDOARDO PERRONCITO, che insegnò a lungo patologia generale e anatomia patologica nella Scuola Veterinaria di Torino; il suo nome resta legato alla scoperta che l'anemia del Gottardo era un'anchilostomiasi; di questa malattia indicò anche le norme profilattiche, dimostratesi efficaci; ha compiuto molti altri studi interessanti. Pubblicò il noto trattato: « I parassiti dell'uomo e degli animali ». La morte del Perroncito è un lutto per la scienza.

Il prof. OSCAR VULPIUS, emerito di ortopedia all'Università di Heidelberg, è morto a 69 anni, in seguito ad un infortunio automobilistico. Era specialmente noto per i suoi contributi alla chirurgia dei tendini e delle articolazioni; si è interessato con successo anche al trattamento delle sequele della poliomielite; ha pubblicato trattazioni apprezzate.

POSTA AMMINISTRATIVA:

Modificazioni sulla fascetta di spedizione:

Dovendosi quanto prima approntare il rifornimento delle fascette per la spedizione dei fascicoli del " Policlinico ,, agli abbonati, l'amministrazione prega coloro che desiderano apportarvi correzioni, aggiunte, ecc. di volerne dare sollecita comunicazione. mediante cartolina postale affrancata con 30 centesimi, applicandovi possibilmente copia della fascetta con le varianti desiderate.

L'editore L. POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Amer. Journ. Med. Sc., lug. — P. SYDENSTRICKER e al. Deficienza intrinseca nella pellagra. — J. W. CONN. Trattam. del coma diabetico. — D. H. ROSENBERG. Anemia macrocitica nelle malattie del fegato. — J. E. DUMPHY. Dolore addominale di origine vascolare. — J. T. BRUNDAGE e al. Studi sull'ipertensione art.

Journal A. M. A., 4 lug. — D. M. KUHNS. Lotta contro le epidemie di meningite epidemica. — P. H. NITSCHE. Infestazione da Trichomonas vaginalis nell'uomo. — L. M. BLACKFORD e al. Calcificazione delle valvole aortiche.

Folia Med., 15 lug. — M. TESTA. Le milze accessorie non presentano sempre le stesse alterazioni della milza principale.

Deut. Med. Woch., 17 lug. — Numero sulle proteine del latte nell'alimentazione.

Brit. Med. Journ., 18 lug. — E. ROCK CARLING. Splenomegalia. — I. J. WOOD. Emostasi.

Wien. Klin. Woch., 24 lug. — O. POLIMANTI. Letargia e sonno invernale.

Clin. Chir., lug. — G. TONIOLO. Il fattore « ristagno » nella patogenesi dell'ulcera peptica. — R. GRASSO. Gastriti ulcerose sperimentali da intossicazione caffeino-nicotinica.

Paris Méd., 25 lug. — I. WUGMEISTER. I contributi italiani all'urologia.

Med. Klinik, 24 lug. — C. v. NOORDEN. Sport e nutrizione. — T. BRUGSCH e A. SYLLA. Allergia e malattia.

Med. Welt, 25 lug. — F. BERTRAM. Profilassi del diabete. — A. BICKL. Azione della caffeina sul ricambio.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 lug. — Numero di oto-laringologia.

Ann. de Méd., mag. — D. MANTE. Nefrite azotemica silenziosa dei pneumonitici. — G. DE MORSIER e J. J. MOZER. Lesioni cerebrali mortali da ipoglicemia.

Journ. A. M. A., 11 lug. — W. T. HASLER jr. e L. SPEKTER. Terapia febbrile dell'oftalmoblenorrea. — L. SAYLOR. Trattam. delle ulcere varicose con la ionoforesi.

Presse Méd., 12 lug. — J. CHALIER e R. FROMENT. Esplorazione tattile. — E. FELDHEIM. L'istidinoterapia delle ulcere g.-d.

Presse Méd., 25 lug. — M. LABBÉ e al. Gotta e iperuricemia. — G. BICKEL. L'insufficienza anteipofisaria.

Münch. Med. Woch., 24 lug.; *Med. Welt*, 1 ag. — Numeri sulla medicina nello sport.

Klin. Woch., 25 lug. — T. GRÜNEBERG. Azione depigmentante degli estratti di corteccia surrenale. — W. KRAULIS. Il complemento nella paralisi gener.

Deut. Med. Woch., 24 lug. — UMBER. Questioni dibattute sul diabete. — LAPP e DIBOLD. Trombosi ed embolia nel vitto aclorurato.

Rinasc. Med., 31 lug. — P. GAFÀ. Esantemi tubercolari. — B. SORRENTINO. Gravidanza ectopica e nevralgia frenica.

Proc. R. Soc. Med., lug. — Discussioni su: Aspetti medici della menopausa; La radiologia in neuro-chirurgia; trattamento del morbo di Addison; profilassi della mortalità neo-natale. — Casistica.

Bull. Méd., 25 lug. — Ostetricia.

Wien. Klin. Woch., 31 lug. — Odontologia.

Forze San., 15 lug. — D. FERRARO. Poliomielite ant.

Lancet, 1 ag. — F. C. YOUNG. Metabolismo dei carboidrati. — C. JENNINGS MARSHAL. Dolori al fianco destro.

Münch. Med. Woch., 31 lug. — Diabete.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 23 Novembre 1936 - XV — Num. 47

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto "Carlo Forlanini,, Clinica della Tubercolosi e delle Malattie dell'Apparato Respiratorio

Direttore: On. Prof. E. MORELLI.

Il pneumoperitoneo nel trattamento dell'asma bronchiale.

(Contributo clinico).

Dott. M. A. SISTI.

Lo studio dei rapporti funzionali tra torace e addome, impostato in quest'Istituto con ricerche sperimentali, aveva portato ad ammettere che nell'ambito addominale esistono regioni riflessogene per la respirazione, che la trasmissione degli stimoli può avvenire all'infuori delle vie vagali e che probabilmente alcuni perturbamenti funzionali della respirazione possono trovare il punto di partenza nell'addome. Osservazioni cliniche condotte parallelamente confermano la concezione teorica.

Monaldi nel 1932 tratta con pneumoperitoneo un individuo affetto da tubercolosi intestinale e portatore in pari tempo di lesioni fibrose in ambedue i polmoni con sindrome asmatiforme.

Contemporaneamente ai risultati benefici per le funzioni intestinali si ha, fin dall'inizio, la scomparsa degli accessi asmatici. Dapprima l'autore ritenne trattarsi di una coincidenza, ma avendo sospeso dopo qualche tempo il pneumoperitoneo, con la ricomparsa della fenomenologia intestinale notò anche la ripresa della sindrome asmatica e avendo ripreso per alcuni mesi il trattamento di pneumoperitoneo, ebbe nuovamente la scomparsa di ogni perturbamento e questa volta definitivamente, tanto che da più di due anni questo paziente ha lasciato l'Istituto e ha ripreso le sue normali occupazioni.

Susseguentemente, nel 1933, lo stesso autore applicò il pneumoperitoneo in alcuni perturbamenti respiratori isolati o misti a perturbamenti gastrici, che talora possono susseguire

ad interventi operatori sulla parete toracica. E io stesso, negli ultimi tempi, ho riferito di alcuni casi passati alla mia osservazione e nei quali i risultati sono stati completi.

Da tali premesse si credette poter ritenere che probabilmente anche alcune forme di asma bronchiale potessero giovarsi di simile terapia. Dati i risultati ottenuti, ho creduto opportuno raccogliere i casi trattati in Istituto (Monaldi-Sisti-Bottari) che se per il loro numero non permetteranno deduzioni di carattere generale, confermeranno tuttavia l'esattezza dell'impostazione teorica e forse daranno la visione della possibile utilità del pneumoperitoneo in alcune di queste forme.

CASO I. — A. Ines, di anni 19.

Gentilizio negativo. La paziente ebbe normali i primi atti fisiologici; mestruata a 19 anni, le regole sono state normali per ritmo, qualità e quantità sino a due mesi prima dell'ingresso della paziente in Istituto essendo poi divenuta amenorroica. Non ha sofferto i comuni esantemi infantili; dall'età di 4 anni cominciò a soffrire affezioni dell'apparato respiratorio, caratterizzate da scarsa tosse, scarso espettorato, dispnea asmatiforme continua, accentuantesi sino ad aversi forti accessi dispnoici della durata di qualche ora, insorgenti per lo più verso le ultime ore della notte.

Tali accessi si verificavano con maggiore frequenza nel periodo che va dall'inizio della primavera al principio dell'autunno e costringevano la paziente a respirare, durante la notte, seduta sul letto. Cessavano con iniezioni di adrenalina al millesimo o asmoganglina. Questo stato di cose s'è protratto sino all'ingresso in Istituto con alternative di miglioramento e di peggioramento. In tutto questo periodo non ha mai presentato elevazioni termiche, nè astenia, nè diminuzione di peso.

Per il persistere degli accessi asmatici fu ricoverata all'Ospedale di S. Giovanni e di là trasferita in questo Istituto il 14 dicembre 1933. All'ingresso presentava:

Condizioni generali buone, apirettica. A carico del torace si nota un tipico reperto di stenosi bronchiolare con espirazione prolungata, abbondanti fatti bronchiali, ronchi, sibili e fischi.

Nulla di notevole a carico degli altri apparati e sistemi. Espettorato prevalentemente mucoso e Koch negativo, urine normali. Reazione di Wassermann, cutireazione bovina negativa, umana leggermente positiva. In base agli esami semiologici, radiologici e di laboratorio, si fa diagnosi di « Asma essenziale in soggetto portatore di scarsi fatti sclerotici biapicali ».

Dopo alcuni giorni di osservazione clinica, in data 28 dicembre 1933, subito dopo l'insorgenza di un accesso tipico, s'interviene con pneumoperitoneo introducendo 250 cc. di ossigeno.

Si ottiene dopo pochi minuti la scomparsa dell'accesso ed all'ascoltazione si riscontra una diminuzione notevole dei numerosi fenomeni stenotici.

La paziente non accusa altro disturbo ad eccezione di dolenzia all'epigastrio ed alla spalla destra, dovute al pneumoperitoneo. Dopo circa due ore dall'intervento si ha un nuovo attacco, sebbene attenuato, con riapparizione di ronchi e sibili diffusi.

I rifornimenti vengono praticati a giorni alterni con introduzioni di 250-350 cc. di ossigeno.

Mentre in un primo tempo si ottiene una semplice attenuazione degli accessi ed un certo diradarsi degli stessi, in seguito si ha una notevole riduzione della frequenza degli stessi sino alla scomparsa per due o tre giorni.

Anche obiettivamente si va apprezzando sempre di meno il caratteristico respiro stenotico.

Nel marzo 1934 dato il miglioramento ed il diradarsi degli accessi, i rifornimenti di pneumoperitoneo anzichè praticarsi a giorni alterni, si eseguono una volta alla settimana. Si nota un progressivo ridursi degli attacchi, che diventano ulteriormente meno intensi e di minor durata.

Nell'agosto 1934, essendosi gli accessi maggiormente diradati, i rifornimenti vengono praticati dapprima ogni 10-15 giorni e poi una volta al mese.

Nell'ottobre 1934 gli accessi scompaiono del tutto; nel novembre successivo viene abbandonato il trattamento e nel dicembre la p. viene dimessa.

Ulteriori notizie confermano la persistenza della guarigione.

CASO II. — G. Joseph, di anni 23.

(Studente indiano del collegio di Propaganda Fide).

Nulla di particolare nel gentilizio.

Nella prima infanzia sembra abbia avuto broncopolmonite. Nell'estate 1931 viene in Roma a scopo di studio. Nel febbraio 1932 incomincia ad accusare accessi asmatici che si presentano specialmente nelle ore notturne con estrema violenza e ribelli alle ordinarie cure. Durante il giorno permane uno stato asmatico che gli impedisce la normale applicazione agli studi. Gli accessi si ripetono quasi tutte le notti, ordinariamente tra le ore 23 e le ore 3 del mattino e si continuano sino a tutto il maggio.

Dal giugno cessano completamente e con gli accessi scompare anche lo stato asmatico, per cui il paziente può riprendere la vita normale.

Tra la fine di febbraio ed i primi di marzo 1933 la sindrome si ripresenta con gli stessi caratteri degli anni precedenti, tanto che il p. è costretto a sospendere temporaneamente gli studi.

Nell'aprile, sempre continuando tale sindrome, viene istituito pneumoperitoneo. Gli accessi scompaiono immediatamente ed è necessario solo ripetere il trattamento quattro volte ad intervalli di 5-8 giorni. Al quarto giorno, dopo l'istituzione del trattamento, il paziente può riprendere la vita normale di collegio e continuare regolarmente gli studi.

Sta bene per tutto il periodo successivo.

Nel marzo 1934 si ripresenta un accesso asmatico non grave. Il giorno seguente viene eseguita una introduzione di 300 cc. di ossigeno nel cavo peritoneale: il paziente riacquista il precedente benessere e continua per tutto l'anno regolarmente gli studi.

Nella primavera del 1936 non ha presentato alcun perturbamento.

CASO III. — D. L. R. Donata, di anni 28.

La madre ha 65 anni, e da trenta anni soffre di bronchite cronica; ha avuto 9 gravidanze, del-

le quali 2 con esito in aborto e 7 condotte a termine con parto fisiologico. Dei nati, 4 sono morti in tenera età e una a 25 anni per malattia imprecisata. Sopravvissuti tre di cui una è la paziente in oggetto.

Nata da parto eutocico, normale il suo sviluppo psichico e fisico, mestruata a 13 anni. Coniugata a 21 a., con uomo apparentemente sano, ebbe 2 gravidanze. A 4 anni ebbe scarlattina. Stette bene sino al 1933, epoca in cui ebbe polmonite franca a destra guarita in 10 giorni. Verso la fine di una gravidanza, nel febbraio 1935 ammalò di lieve forme grippale con cefalea, dolori alle gambe, tosse con espettorato prevalentemente mucoso e febbre.

Recatasi al Policlinico ebbe parto laborioso per presentazione di spalla. Dopo qualche giorno dal parto insorse tosse frequente con abbondante espettorato, senso di affanno, di oppressione, specie durante la notte, con accessi dapprima asmatiformi e poi nettamente asmatici con dispnea prevalentemente espiratoria, cianosi, fame d'aria, senso subiettivo di fremito bronchiale.

L'accesso diminuiva con emissione di abbondante espettorato muco-schiumoso. Gli attacchi si ripetevano tre o quattro volte nelle 24 ore, specie durante la notte, con una durata di circa due ore.

All'ingresso nell'Istituto, avvenuto il 7 maggio 1935, l'esame obiettivo denotava: condizioni generali discrete, apirettica. Nulla di notevole all'ispezione toracica. Fosse sopra- e sottoclavicolari poco evidenti.

Alla palpazione: Fremito vocale tattile ben trasmesso su tutto l'ambito. Evidente fremito bronchiale.

Alla percussione: suono chiaro iperfonetico nelle zone alte ed alle basi; apici in sede e di ampiezza normale. Basi in sede con scarsa mobilità attiva.

All'ascoltazione: murmure vescicolare oscurato da un abbondante reperto di fatti stenotici con fischi, sibili e ronchi diffusi su entrambi gli emitoraci, più abbondanti posteriormente e in medio torace.

A carico dell'apparato cardio-circolatorio nulla di notevole eccetto un lieve rinforzo del secondo tono sulla polmonare. Nulla d'importante si rileva all'esame obiettivo degli altri organi e sistemi.

C. V. 1300. Formula leucocitaria: $\frac{B \quad E \quad N \quad L \quad M}{1 \quad 8 \quad 63 \quad 22 \quad 6}$

Dopo un breve periodo di osservazione, durante il quale vengono praticate cure generali, endovenose di calcio e cure sintomatiche per sedare gli accessi (asmoganglina, adrenalina, sanedrina, ecc.) la paziente viene posta nella camera antiallergica. Stando in detta camera la paziente per alcuni giorni nota un ridursi degli accessi da 4-5 a 3-4 per cui è però sempre necessario praticare due, tre iniezioni di adrenalina nelle 24 ore. In seguito gli attacchi riprendono con il solito ritmo e con la medesima intensità e durata di prima.

L'espettorato, negativo per il bacillo di Koch, è in prevalenza mucoso, con numerose cellule eosinofile, scarse spirali di Curschmann e qualche cristallo di Charcot-Leyden. In data 8 giugno 1935, dopo circa un mese che la paziente sta nella camera antiallergica senza trarne alcun beneficio, si ritiene opportuno intervenire con pneumoperitoneo introducendo 300 cc. di ossigeno.

Mentre nei giorni precedenti si avevano 4-5 attacchi nelle 24 ore, lo stesso giorno dell'applicazione del pneumoperitoneo ha un solo attacco durante la notte che viene subito sedato con mezza fiala di adrenalina al millesimo. Nei giorni successivi si ha pure la ripetizione di un solo attacco notturno.

I rifornimenti vengono continuati con intervalli di 4-5 giorni, con introduzione di 250-300 cc. di ossigeno, fino al 23 giugno 1935, epoca in cui si decide di fare rifornimenti a giorni alterni.

Nel primo periodo si nota il ridursi degli attacchi da 4-5 a 1 durante la notte, talvolta due nelle 24 ore.

Istituiti i rifornimenti a giorni alterni si osserva notevole miglioramento nella respirazione; gli attacchi non si presentano più tutti i giorni e quando si presentano, in generale di notte, vengono subito a cessare in seguito a somministrazione orale di efetonina, oppure soltanto con una mezza fiala di asmoganglina o adrenalina.

Il 18 luglio 1935 date le buone condizioni generali e il diradarsi degli attacchi, si decide di sospendere il pneumoperitoneo per osservazione clinica.

Stando 10 giorni senza rifornimenti si riscontra un aumento degli attacchi che negli ultimi giorni divengono quotidiani e talvolta anche biquotidiani (uno di giorno e uno di notte).

In data 29 luglio 1935 si pratica di nuovo il pneumoperitoneo ed i rifornimenti vengono ripetuti ogni 4-5 giorni sempre con quantità di 250-300 cc. di ossigeno. Gli attacchi si vanno di nuovo diradando divenendo saltuari, di scarsa durata e vengono sedati soltanto col fumare qualche sigaretta di stramonio.

Distanziando di 10 giorni i rifornimenti, dopo il 5°-6° giorno gli accessi asmatici si ripresentano giornalieri e talvolta biquotidiani, però cedono subito se non alle sigarette antismatiche, ad una mezza fiala di asmonganglina o adrenalina. Riprendendo i rifornimenti ogni 5 giorni si ha un miglioramento nello stato respiratorio del paziente con un attenuarsi o diradarsi degli accessi.

Si continua così fino al 13 ottobre 1935 epoca in cui essendo migliorata la paziente nelle condizioni generali e locali, con una quasi completa scomparsa dei fatti stenotici all'ascoltazione, viene dimessa per continuare ambulatoriamente la cura.

I rifornimenti vengono praticati ambulatoriamente ogni 10 giorni dapprima, ed in seguito ogni 15 giorni.

Nel dicembre 1935 vengono sospesi non presentando più la paziente alcun disturbo respiratorio.

Ulteriori notizie confermano la persistenza del pieno benessere.

Per analogia riporto anche il caso seguente comunicato da Bottari per gli effetti del pneumoperitoneo sull'enterocolite:

CASO IV. — F. Alfredo, di anni 56, verniciatore.

Nulla di notevole nel gentilizio. Nato a termine da parto eutocico. Fu militare nel 1897, partecipando alla guerra in Grecia. Dal 1914 al 1918 partecipò alla grande guerra, combattendo prima in Francia e poi in Italia.

Discreto bevitore e fumatore. Nega lue. A tre anni ha avuto il morbillo, a dieci anni bronco-

polmonite recidivante per la durata di circa due mesi; a 19 anni blenorragia, guarita dopo breve cura. Durante la guerra mondiale, in Francia, in seguito ad inalazione di gas tossici ebbe una nuova affezione broncopneumonica durata circa un mese e mezzo, per cui venne riformato. D'allora in poi andò sempre soggetto a facili bronchiti con abbondante espettorazione ed affanno dopo sforzi anche lievi. Tale affanno si accentuava durante la notte.

Fatto ancora idoneo al servizio militare e mandato in Albania, ebbe malaria e congelazione dell'alluce sinistro.

Congedatosi nel 1918 andò sempre soggetto a bronchiti, specie nelle stagioni invernali. Nel 1921 in seguito a caduta, ebbe frattura della VII ed VIII costola a destra sull'ascellare media.

Dall'aprile 1935 il paziente è andato sempre soggetto a diarrea con 10-15 scariche giornaliere, crampi all'addome e senso di pirosi ed eruttazioni.

Nel giugno 1935 in seguito a violenti colpi di tosse ebbe abbondanti emottisi, cui seguì febbre alta soltanto per due giorni. Dato il persistere di questo catarro bronchiale e dell'intenso affanno viene ricoverato nel nostro Istituto dove entra il 22 luglio 1935. Si fa diagnosi di bronchite cronica, fetida, diffusa, bilaterale con stato asmatiforme (da gas tossici di guerra); enterocolite cronica banale. L'esame obiettivo all'ingresso presenta: condizioni generali discrete, apirettico. Torace a tipo enfisematico. Dolenzia vaga ai cucullari. Fremito vocale tattile ben conservato su tutto l'ambito. Percussoriamente: lieve ipofonesi sulle sopraspinose. Apici in sede e di ampiezza normale. Basi alla decima costa sull'emiscapolare con scarsissima mobilità attiva. All'ascoltazione respiro aspro, diffuso su entrambi gli emitoraci con ronchi, sibili, fischi.

Cuore: ottusità relativa ingrandita verso destra. Lieve impurità del secondo tono sul punto d'ascoltazione aortico e rinforzo del secondo tono sulla polmonare. Polso ritmico, di frequenza normale, teso.

Addome poco trattabile, indolente alla palpazione superficiale. Fegato e milza nei limiti.

Nulla di notevole a carico degli altri organi e sistemi. Urine normali. Espettorato Koch negativo. R. W. negativa. Pressione arteriosa Mx. 120, Mn. 70, P. 64. Velocità di sedimentazione delle emazie: indice di Katz 37,5.

Dopo un periodo di osservazione, durante il quale furono praticate cure generali e di sedativi per l'affanno, ed astringenti ed opportuna dieta per l'enterocolite, non essendosi riscontrato un netto giovamento e persistendo intenso stato asmatiforme, oltre a nausea, inappetenza, senso di pirosi, pesantezza all'epigastrio, dolenzia alla palpazione profonda lungo il tragitto del colon, conati di vomito e perdurando l'alvo diarroico con 10-15 scariche nelle 24 ore, si ritiene opportuno intervenire con un pneumoperitoneo, in data 30 settembre 1935, introducendo 300 cc. di O_2.

Dallo stesso giorno inizia un notevole miglioramento principalmente a carico dei disturbi dell'apparato respiratorio.

Le scariche diarroiche da 10-15 giornaliere si riducono dapprima a una o due e poi definitivamente a una nelle 24 ore. Diminuiti i disturbi subiettivi a carico dell'apparato digerente e migliorata la respirazione con notevole attenuazione dello stato asmatiforme; più facile l'espettorazione, diminuita la tosse stizzosa.

Si continua il trattamento con introduzioni ogni 5-10 giorni fino al dicembre 1935. In quest'epoca, essendosi del tutto regolarizzato l'intestino, il pneumoperitoneo viene abbandonato. A carico dell'apparato respiratorio persistono solo i perturbamenti inerenti allo stato enfisematico mentre sono completamente regrediti gli accessi asmatiformi.

* * *

Non pretenderemo di addivenire ad alcuna deduzione pratica dai casi presentati. I risultati tuttavia così lusinghieri permettono di ritenere non inutile un tentativo di trattamento con pneumoperitoneo specie quando siano fallite le altre cure.

La tecnica adottata è quella stessa che si segue in Istituto per il trattamento delle enteriti tubercolari: puntura con ago smusso a medio calibro tre dita al disotto e a sinistra dell'ombelico, immissione di ossigeno con un apparecchio da pneumotorace, preferibilmente con il Forlanini; le quantità di gas immesse in ogni introduzione dai 250 ai 350 cc.; rifornimenti ravvicinati in principio, ogni 2-4 giorni più distanziati in seguito ogni 8-10 giorni. Durata e condotta del trattamento da regolarsi in rapporto ai risultati clinici.

La lunga pratica di tale terapia applicata per altre affezioni e sindromi mi permette affermare che il procedimento è scevro da qualsiasi inconveniente. Il malato è costretto solo per i primi due o tre giorni a restare in letto in posizione supina, eventualmente con il bacino alquanto rialzato per attenuare le moleste sensazioni di dolenzia e di stiramento agli ipocondri e alle spalle. Dopo i primi giorni può riprendere la vita ordinaria. Non si lamentano mai incidenti durante i rifornimenti, nè complicazioni susseguenti.

Restando nel campo di applicazione delle forme asmatiche è da ritenere sia conveniente eseguire le introduzioni di gas a una certa distanza dagli accessi, e ciò deve essere la regola negli individui che presentano stato enfisematico, onde non difficoltare, sia pure transitoriamente, la funzione meccanica della respirazione. Tuttavia diremo che in un soggetto abbiamo più volte praticato l'introduzione durante l'accesso, onde renderci conto degli effetti immediati, e non solo non si sono lamentati inconvenienti ma si è visto un rapido miglioramento e forte abbreviazione della durata della crisi.

Ulteriori studi in corso nel nostro Istituto potranno forse precisare i limiti di applicazione e il meccanismo d'azione di tale trattamento. A noi basti dire che i risultati non

debbono ritenersi in contrasto colle teorie allergiche oggi dominanti, e in Italia magistralmente illustrate e tradotte in pratica da C. Frugoni.

Le acquisizioni dedotte dalle ricerche sperimentali su i rapporti funzionali tra torace e addome di cui abbiamo fatto cenno in principio possono far ritenere che il pneumoperitoneo diviene capace di attutire o eliminare quei riflessi che in soggetti allergizzati possono essere scatenati da cause di fronte alle quali altri individui rimangono del tutto indifferenti.

RIASSUNTO.

L'A. riporta quattro casi di asma bronchiale trattati efficacemente con pneumoperitoneo, e in base a precedenti ricerche sperimentali su i rapporti funzionali tra torace e addome (Monaldi, Sisti, Cati) ritiene che l'effetto del pnp. possa manifestarsi con l'attutire o l'eliminare quei riflessi che in soggetti allergizzati possono essere scatenati da cause inefficaci invece per altri individui.

LETTERATURA.

MONALDI V. *Rapporti funzionali tra torace e addome. Tentativi di applicazioni terapeutiche in alcune disfunzioni respiratorie.* Lotta contro la tbc., ottobre 1933.

MONALDI V., SISTI M. A. *Su alcune applicazioni del pneumoperitoneo in terapia.* Forze sanitarie, n. 22, 1935.

MONALDI A., SISTI M. A. e CATI L. *Rapporti funzionali tra torace e addome. Prima serie di ricerchè sperimentali.* Lotta contro la tbc., n. 3, marzo 1934.

ID. ID. ID. *Rapporti funzionali tra torace e addome. Seconda serie di ricerche sperimentali. Sedi riflessogene respiratorie addominali e vie nervose di trasmissione.* Ibid., n. 9-10, settembre-ottobre 1934).

ID. ID. ID. *Rapporti funzionali tra torace e addome. Terza serie di ricerche sperimentali. Le ripercussioni della depressione pleurica nel cavo addominale,* Ibid., n. 1, gennaio 1935.

MONALDI V. *Perturbamenti funzionali susseguenti ad interventi operatori sull'emitorace sinistro e loro trattamento.* Ibid., n. 9-10, 9-X-1934.

MORELLI E. *Il pneumoperitoneo in terapia.* Atti del V Congr. Naz. per la lotta contro la tbuc, Roma, 1935.

SISTI M. A. *Il pneumoperitoneo nella terapia dei perturbamenti funzionali susseguenti ad interventi sul torace.* Giornale di tisiologia, 1936.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE DI PORTOFERRAIO.

Ulcera duodenale al seguito di ustioni e sua importanza medico-legale.

Dott. LUIGI TORCHIANA,

Chirurgo Primario e Docente.

Una delle complicanze che possono riscontrarsi, sia pur raramente, negli ustionati è la presenza di una ulcerazione intestinale con localizzazione preferita al duodeno, che può decorrere in modo acutissimo fino alla perforazione o essere causa di emorragie mortali. Tale ulcera più raramente multipla, ma in genere unica, attirò fin dal passato l'attenzione degli studiosi e oggi essa è ben conosciuta come ulcera di Curling, dall'A. che nel 1842 la descrisse negli scottati come entità clinica. Non erano, per la verità storica, mancati all'argomento contributi precedenti, come quello di Dupuytren, con interessanti casi di ulcere multiple nel 1832, quello di Cumin nel 1823, quello di Cooper e di Long nel 1840.

Quasi contemporaneamente al Curling anche Erichsen scrisse su questo argomento una completa relazione nel 1843.

Tuttavia il lavoro più completo spetta al Curling, tanto che l'ulcera così originata porta il suo nome. Egli nel suo studio riferiva su circa 10 casi, dei quali 4 personali, e tratteggiava i caratteri dell'ulcera duodenale decorrente a tipo acuto, seguita in breve lasso di tempo da emorragia o perforazione.

Orientata a queste ricerche la sua attenzione ed esaminando sistematicamente il duodeno nei morti per ustione, egli potè riportare altri 3 casi, nei quali l'esame post-mortem rivelò segni di duodenite acuta senza però fatti ulcerativi.

Da allora molti altri casi sono stati descritti nella letteratura, pur tuttavia l'ulcera di Curling resta sempre una lesione pochissimo conosciuta tanto che i trattati più noti ne fanno una descrizione molto sommaria o non ne accennano affatto. Nella nostra letteratura poi questo argomento è assolutamente trascurato e per quanto sia stato portato a questo studio qualche contributo sperimentale (Focacci), da scarsissimo numero di AA. è stata presa in considerazione una tale complicanza delle ustioni, nè si è pensato di attirare su di essa particolare attenzione. Eppure se si pensa alla grande importanza che tale lesione può avere, specie negli infortuni sul lavoro, massime se la lesione assume, come in

casi tutt'altro che rari, l'andamento a tipo cronico, con tutte le complicanze ad esso legate, quali l'emorragia e la perforazione, mi sembra non inutile, con la presentazione di un caso personale, riprendere lo studio di questa lesione anche nella sua valutazione medicolegale.

STORIA CLINICA. — Un operaio di circa 55 anni, tal Simula Cristoforo, nato a Montresta (Cagliari) viene condotto all'Ospedale Civile di Portoferraio, con ustioni diffuse, la mattina del 28 settembre 1934.

Di robusta costituzione, senza aver mai sofferto malattie degne di importanza, era operaio presso i locali Alti Forni della Società Ilva, e stava lavorando, quando accidentalmente fu afferrato dal gancio di una gru e trascinato su di un fornetto di agglomerato.

Per quanto rapidamente liberato riportò gravi ustioni di 1° e 2° grado al torace, più diffuse al dorso, all'arto superiore sinistro, al volto, al vertice.

Fu ricoverato in pietose condizioni all'Ospedale e sebbene all'inizio sembrasse non poter sopravvivere alle gravi e diffuse ustioni, anche per le complicanze settiche, con reazione renale, in breve sopraggiunte, tuttavia lentamente si riprese e le vaste piaghe cominciarono a granuleggiare e a detergersi. Fu però necessario, in secondo tempo, intervenire nell'arto superiore sinistro con innesti dermoepidermici, allo scopo di affrettare la guarigione e impedire retrazioni cicatriziali ostacolanti la funzione.

E il risultato in definitiva fu veramente soddisfacente.

Tale il decorso della lesione cutanea. Senonchè il Simula, che per l'innanzi aveva sempre goduto ottima salute, con perfette le condizioni dell'apparato digerente, cominciò fin dalla 3ª settimana di infortunio o meglio verso la fine del primo mese ad accusare pesantezza alla regione epigastrica, eruttazioni acide, bruciori che in breve si fecero assai molesti. A questi si aggiunsero dolori dopo un certo tempo dall'ingestione del pasto e più tardi saltuariamente vomiti alimentari. Dato l'accentuarsi di tale sintomatologia e il presentarsi dolore alla pressione in corrispondenza del punto piloro duodenale, si diagnosticò la presenza di una ulcera duodenale, diagnosi convalidata da ripetuti esami radiologici, che misero in evidenza deformazione del bulbo, dolorosissimo alla palpazione, ipercinesi seguite da modico ristagno.

Date le gravi condizioni per deperimento del malato, le ustioni ancora suppuranti, la conoscenza che le ulceri susseguenti a ustioni hanno la tendenza a guarire spontaneamente, si pensò di ritardare l'intervento chirurgico, in attesa degli effetti della cura medica. E fu con questo intendimento che il Simula, con le ustioni in via di guarigione, venne dimesso, il 14 febbraio 1935, dall'ospedale per continuare ambulatoriamente le medicazioni ancora necessarie.

Senonchè il 22 giugno 1935 verso le ore 18, dopo una discreta ingestione di cibo, il malato fu colpito da violento, improvviso, lacerante dolore all'epigastrio, irradiantesi alla regione iliaca destra, senso di ambascia respiratoria. Fu subito curato con morfina e applicazioni locali calde e solo il giorno seguente alle ore 8 fu condotto all'ospedale, dove giunse con volto contratto, rigida e dolente la parete addominale, scomparsa dell'ottusità epatica, vomito. Polso ancora valido sulle 90 pulsazioni, respirazioni superficiali, ritmiche.

Diagnosticata una perforazione duodenale fu portato il malato in sala operatoria e quivi in narcosi eterea aperto sul ventre in corrispondenza della linea xifo-ombellicale. Appena inciso il peritoneo si trovò grande quantità di contenuto gastrico fra le anse e ci fu facile repertare in corrispondenza della primissima porzione del duodeno una ulcera perforata in libero peritoneo della grossezza di una lenticchia, con scarsa reazione all'intorno. Chiusa questa breccia sotto un duplice strato, si praticò accurata toeletta peritoneale, seguita da gastroenterostomia transmesocolica posteriore ad ansa corta. Si lasciò zaffata la regione sottoepatica e si chiuse parzialmente la ferita laparotomica.

Il decorso post-operatorio fu del tutto regolare. In 3ª giornata si mobilizzò lo zaffo togliendolo completamente in 5ª, il funzionamento gastrico e intestinale fu subito regolare. Il malato uscì dall'ospedale il 18 luglio 1935 in condizioni generali del tutto soddisfacenti e tali tuttora si mantengono. Senonchè giunto il momento della liquidazione del subìto infortunio, il Simula si presentò a me perchè ne periziassi i postumi e naturalmente posi in relazione l'ulcera duodenale con le estese ustioni superficiali riportate, dimostrando, come si vedrà, che l'ulcera era conseguenza delle ustioni e che i postumi di questa (aderenze, lieve eventrazione, bruciore ecc.), dovevano essere considerati quale diretta dipendenza dell'infortunio subìto, chiedendo il 60 %.

L'Istituto Nazionale Fascista per gli Infortuni, con quella larghezza di vedute che gli è propria dovuta alla profonda cultura dei suoi abili Consulenti, accettò senz'altro le mie proposte, indennizzando col 42 % in prima liquidazione salvo restando il diritto di revisione alla fine del 1° biennio.

CONSIDERAZIONI.

Ultimata l'esposizione del caso clinico, sul quale mi pare che non esistano dubbi circa la presenza di una tipica ulcera di Curling, vediamo, prima di riprendere la discussione del caso, che cosa dice la letteratura su questa interessante lesione e in quale percentuale di ustionati la malattia si manifesta.

Secondo Birch-Hirschfeld, citato dal Kaufmann, le ulcere duodenali a volte multiple, si trovano già dopo alcune settimane in circa il 20 % dei morti in seguito ad ustioni, reperto che non potè essere confermato dal Marchand e dal Kaufmann stesso che ne fecero oggetto di speciali ricerche.

Fenwich afferma invece che l'ulcera è presente in circa il 6,2 % di tutti i casi di morte in seguito a scottature, mentre Holmes su 125 casi osservati l'avrebbe constatata in 16, ossia nel 12.8 %.

Ronchesi la trovò una sola volta su 348 casi, Harris 138 volte su 567, Levin in solo due casi su circa 12.000 autopsie praticate a Iohannesburg nel periodo di circa 50 anni, Bancroft e Roger non ebbero mai a notare presenza di ulceri in 104 soggetti esaminati, tantochè sembrano persino dubitare dell'esistenza di questa malattia. Secondo Maes le relazioni del New Orleans Charity Hospital non rivelano un solo caso di ulcera di Curling, per quanto questo Istituto abbia forse il più grande servizio di pronto soccorso degli Stati Uniti.

Riehl dal 1926 al 1930 su 152 autopsie di ustionati trovò 5 ulcere, 4 duodenali e 1 gastrica e tutte in fanciulli. Sembra infatti che questa ulcera, almeno nei casi acuti, prediliga i fanciulli, senza particolare preferenza di sesso, ma d'altro lato bisogna anche non dimenticare che i piccoli sono quelli che danno alle ustioni una maggiore percentuale di colpiti. Tutti i casi descritti da Curling sono al disotto dei 15 anni; di 3 anni e 1/2 quello descritto da Harris nel quale la morte era stata cagionata da emorragia abbondantissima per una ulcerà duodenale accompagnata da emorragia a carico delle capsule surrenali; di 11 anni quello descritto da Minovici-Vasiliu-Coraciu e nel quale esistevano due ulcere a livello del duodeno. Non mancano tuttavia casi riscontrati negli adulti (Novah, Simpson, 2° caso di Maes) ma dato che in questi l'ulcera assume più facilmente il tipo cronico più difficile resta l'individuarla a assegnarle il giusto momento patogenetico. Ne risulta pertanto, come osserva giustamente il Maes, che questa ulcera sembra nei suoi effetti assai rara, nei guariti per ustioni, sopratutto perchè noi non la cerchiamo.

Circa la patogenesi, varie furono le teorie emesse dagli AA.

Già Curling avendo riscontrato le ghiandole di Brunner ingrandite ed infiltrate in più di un caso, ammetteva una iperfunzione di queste per compensare la diminuita funzione cutanea e legava pertanto l'infiammazione e l'ulcerazione ad una irritazione da iperattività.

Dopo di lui Hunter ammise l'ipotesi dell'eventuale azione negli ustionati di una ptomaina o almeno di un alcaloide. Egli infatti avendo avuto la possibilità di esaminare cadaveri di ustionati ed avendo nel duodeno trovato in vicinanza della papilla di Vater delle ulcerazioni che sottoposte ad esame colpirono per la somiglianza loro con le ulceri che spesso si osservano in animali avvelenati con la toluilendiamina, pensò che la bile degli ustionati contenesse e riversasse nell'intestino un veleno di origine organica, sviluppatosi nei tessuti periferici in seguito all'azione del calore e simile a quello che la bile stessa contiene nello avvelenamento per toluilendiamina. La ricerca di questo supposto veleno fu oggetto anche di esperimenti da parte del Focacci, il quale pur non essendo riuscito a riprodurre alcuna ulcera duodenale con l'inoculazione in animali di tessuti bruciati, pensava tuttavia all'azione di un veleno la cui azione generale e sull'intestino si verrebbe esplicando dopo avvenuta nell'ustionato la lesione renale.

Più fortunato di lui sarebbe stato invece il Buss il quale sarebbe riuscito a riprodurre una ulcerazione nel duodeno iniettando degli estratti ottenuti con aree bruciate di epidermide.

È noto che questa teoria dei veleni che si svilupperebbero a livello dei tessuti ustionati e che alcuni hanno invocato come causa della morte o responsabile delle ulcerazioni duodenali, è stata tra gli altri combattuta dal Ferrarini, il quale con ampie, lucide, scrupolose esperienze ha inquadrato nella sua giusta luce tanto importante argomento, cosicchè ormai ben poco, almeno in questo senso, è rimasto da dire. E per quello che interessa il nostro tema il Ferrarini osserva che: « per le lesioni del tubo gastro-enterico che potevano, è vero, nel concetto di alcuni AA. essere attribuite ad uno speciale veleno (formiato di ammonio sec. il Catiano, o toluilendiamina sec. Hunter) ma la cui patogenesi è, secondo l'opinione di pressochè tutti gli osservatori e secondo dimostra ancora il Sacconaghi, essenzialmente legata in primo tempo a disturbi ed arresti della circolazione locale, in secondo tempo a fenomeni autodigestivi ».

Secondo Cooke e Falk si tratterebbe di una inibizione riflessa della circolazione intestinale, concetto ripreso poi dal Riehl quando ammette i fatti ulcerativi intestinali in dipendenza di tossine sanguigne le quali creerebbero una gastro-digiunite ematogena con spasmo vasale di origine centrale. Di questo parere si mostra in parte anche il Maes e dice che l'ulcera deve essere in relazione con una possibile tossiemia piuttosto che un turbamento circolatorio di origine embolica, e cerca di spiegare così la maggiore frequenza di queste ulceri nei soggetti giovani.

Invece Billroth e Moyinihan considerano l'ulcera quale la risultante di un processo embolico, con compartecipazione di emboli micotici, tanto che Moyinihan osserva che l'ulcera non si manifesta se la scottatura non è accompagnata, il che è ben raro che non avvenga, da complicazioni settiche. E questa teoria è forse quella più vicina alla verità. Comunque da

questa breve esposizione è facile constatare che se molte sono le teorie emesse dagli studiosi, non tutte rispondono alle varie obiezioni che si possono formulare.

Certo che la facilità che tali ulcere presentano alla perforazione e alla emorragia starebbe più ad indicare un arresto di circolo seguito da fatti degenerativi e autodigestivi, che non un'alterazione primitiva della mucosa seguita poi da alterazioni della parete.

Circa l'anatomia patologica è noto che ulcerazioni negli ustionati possono riscontrarsi in qualunque tratto del tubo intestinale, ma il vero luogo di elezione è la prima porzione del duodeno.

Secondo Pack esse possono avere dimensioni differenti variando dalla grossezza di una capocchia di spillo a quella di una moneta e si presentano a volte a imbuto, con forma variabile, ma più frequentemente allungate e strette, raramente circolari. Presentano per lo più margini tagliati a picco, fondo grigiastro, per quanto nei casi alquanto rari che hanno la tendenza a cronicizzare i bordi possono essere induriti, con infiltrazione e ispessimento dei margini. Sotto lo stimolo infiammatorio che a lui si avvicina il peritoneo reagisce con essudazione fibrinosa quasi a costituire una barriera di protezione di fronte alla imminente minaccia di perforazione.

La sintomatologia che la malattia presenta è in relazione al decorso, a seconda che questo assuma il tipo acuto o quello cronico. Il primo apparentemente il più frequente è certo il più facile ad essere constatato nei morti per ustioni, il secondo invece è quello meno facilmente osservato per il fatto che tali ulcerazioni con subdola sintomatologia raramente sono messe in relazione con ustioni precedenti sopratutto perchè hanno la tendenza a guarire e solo eccezionalmente conducono, come è accaduto nel caso nostro, ad una perforazione tardiva.

In genere nelle forme acute il decorso può essere solo di pochi giorni, come di qualche settimana (Harris, Minovici-Vasiliu-Coraciu ecc.).

Nel caso di Harris la morte avvenne nel 3° giorno per perforazione come dimostrò l'autopsia e nel caso di Parfick, citato da Levin, l'ulcera era già evidente 18 ore dopo la scottatura (Maes). È logico che in tale tumultuoso decorso l'ulcera sfugga del tutto all'osservazione e solo sia reperto al tavolo anatomico, potendo mancare qualunque sintomatologia. In altri invece l'ematemesi o la melena, sono gli unici sintomi che indicano la presenza dell'ulcerazione. Nel caso di Maes quando pareva che nel malato esistesse lieve miglioramento si ebbero vomiti leggermente sanguigni in 7ª giornata con polso piccolo e lievi dolori addominali, seguiti da abbondante emorragia intestinale e morte in 8ª giornata; in quello di Novah, furono assai precoci i vomiti e la morte sopraggiunse in 2ª giornata con albuminuria e fase di oliguria e la necroscopia mise in evidenza oltre 40 ulcerazioni diffuse nell'intestino; in quello di Harris il malato presentò turbe circolatorie, polso piccolo fugace nei primi due giorni, nel 3° vomiti sanguigni e morte.

Si comprende di leggieri come tali sintomi (vomiti, nausee, irrequietezza, ecc.) nulla abbiano di patognomonico, trattandosi di ustionati gravi e quindi di individui assai intossicati che possono indipendentemente dall'ulcera presentare tale sintomatologia.

Alcuni AA. hanno messo in rilievo il dolore che si manifesta alla palpazione a destra della linea xifo-ombellicale, dolore che in qualche caso sarebbe anche spontaneo, e questo sintomo potrà avere certo notevole valore, massime se accompagnato a sangue nelle feci.

I casi invece che assumono un andamento cronico, forse più rari perchè meno ricercati, hanno una sintomatologia che non diversifica dalle comuni ulceri duodenali.

Nel caso di Simpson i sintomi intestinali si svilupparono alla fine di un periodo di 100 giorni, quando le condizioni locali stavano avanzando verso la guarigione; nel secondo di Maes la malattia ebbe inizio a guarigione delle ustioni assai avanzata.

Nel nostro caso i primi disturbi apparvero dopo circa 3 settimane, dapprima con senso di pesantezza alla regione epigastrica, qualche eruttazione acida, inappetenza, seguiti da dolori dopo circa 1 ora dal pasto, fatti che andarono accentuandosi in modo assai molesto. Solo col progredire della malattia verso il 4°-5° mese si presentarono saltuariamente vomiti, che trovarono miglioramento negli antispastici. Alquanto tardivo fu anche il dolore alla pressione in corrispondenza del punto piloro-duodenale che si fece manifesto col comparire dei vomiti.

* * *

Ritornando, dopo questa rapida esposizione dei caratteri riguardanti la malattia, al caso nostro, ci sentiamo autorizzati ad affermare che nessun dubbio ci sembra esistere circa la correlazione tra l'ulcera da noi osservata e le ustioni, cosicchè possiamo asserire che anche nel nostro caso si è trattato di tipica ulcera

di Curling. E infatti il nostro paziente era stato per l'innanzi robusto e forte lavoratore, nessun disturbo aveva mai sofferto a carico dell'apparato digerente e i primi sintomi di lesione duodenale apparvero dopo circa 3 settimane dall'inizio di una lesione che si sa, per cognizione ormai assodata, aver la possibilità di causare una tale malattia.

Anzi dirò di più che tale ulcera per il rapido progressivo suo sviluppo sembrò sorgere sotto i nostri occhi e fu seguita nelle sue varie tappe fino al drammatico epilogo. Relazione pertanto cronologica assai più precoce di quella osservata nel caso di Simpson, la sintomatologia ulcerosa del quale apparve circa 100 giorni dopo l'inizio delle ustioni, e di quella riguardante il 2° caso di Maes a sintomatologia iniziale a guarigione avanzata delle ustioni.

Si sa infatti che questa relazione cronologica unita all'entità di trauma e alla susseguenza patologica sono i corollari necessari perchè una malattia sviluppatasi in seguito ad infortunio possa essere a questo attribuita.

E nel caso nostro nessuno penserà che le vaste ustioni riportate non fossero più che sufficienti a dare origine alla malattia, senza contare che la correlazione patologica è, al lume delle nostre attuali conoscenze, assolutamente al di fuori di qualunque obiezione. Mi sembra pertanto che tutte le condizioni richieste siano rigorosamente rispettate ed essendo le ustioni state riportate in seguito ad infortunio sul lavoro, all'infortunio stesso debba essere attribuito anche l'ulcera i cui postumi debbono essere indennizzati dall'Istituto assicuratore.

Ma quale criterio si deve seguire nel giudicare la parziale diminuzione di capacità lavorativa in un individuo che per una ulcera duodenale perforata abbia dovuto subire una laparotomia con gastroenterostomia e drenaggio addominale?

Nella letteratura infortunistica tali casi non sono quasi trattati, variando la valutazione da infortunio a infortunio a seconda dello sviluppo della lesione e alle condizioni del soggetto in esame.

Ed è questa la ragione per la quale i tassi di Remy variano nel giudicare i postumi dell'ulcera gastrica da un minimo del 10 ad un massimo del 100 %.

Tuttavia volendo schematizzare il quadro pur sapendo che nell'ulcera da ustioni che assuma il quadro cronico la guarigione, con subdola sintomatologia, è la regola, bisogna ammettere anche la possibilità che all'evoluzione dell'ulcera segua stenosi pilorica, come pure che, dopo un periodo di scarsa fenomenologia, segua la perforazione.

Olive e Le Meigueu nelle forme ulcerose associate a stenosi del piloro valutano il danno da 70 a 90 % se si tratta di operai da cui si richiede grande dispiego di forze, mentre se si tratta di sorveglianti e di operai specializzati sedentari il danno è contemplabile tra il 50 e il 70 %.

Quale concetto dovremo noi seguire in fatto di pregressa perforazione?

Nella letteratura compulsata non ho trovato indicazioni al riguardo, tuttavia a me pare che il giudizio che deve sorgere dall'esame clinico del malato debba avere come orientamento:

a) lo stato delle aderenze in corrispondenza della zona perforata, che possono suscitare dolore per stiramento durante la digestione;

b) la funzione gastrica (residuo, tempo di svuotamento ecc.), osservando sopratutto se anche dopo una gastroentorostomia l'acidità totale resta sempre superiore alla norma, tenendo presente in tali contingenze la possibilità di un'ulcera peptica postoperativa e la necessità della dietetica speciale;

c) le condizioni del resto del tubo digerente;

d) le condizioni della parete addominale, potendosi riscontrare in alcuni di questi casi nei quali per necessità terapeutiche è stato lasciato ampiamente zaffato l'addome, notevoli eventrazioni post-laparotomiche.

Circa le aderenze, il Ciampolini ritiene che nei traumi che riguardano il peritoneo (e indirettamente possiamo ritenere tale anche il nostro caso) possano avere interesse medico-legale solo in quanto conseguano ad essi aderenze e briglie cicatriziali che alterano la funzione degli organi cavitari o rendono meno efficace il torchio addominale nel molteplice dinamismo del lavoro ed in un caso egli liquidò il 60 %. Il Lusena cita tassi dal 10 al 40 % (Francia). È logico che in casi di perforazione il giudizio debba essere anche più complesso data la varia funzione degli organi interessati e le gravi ripercussioni che i postumi possono avere sull'intero organismo.

Nel caso nostro, ad esempio, sono residuate aderenze in zona piloro-duodenale, causa di dolorabilità diffusa all'ipocondrio destro e nonostante il buon svuotamento gastrico, il malato soffre ancora di eruttazioni acide, bruciori e digiuno, con un tasso acido ancora piuttosto elevato. Le funzioni intestinali si sono fatte dopo l'intervento del tutto normali; solo dopo circa 4 mesi è sopraggiunta in zona epigastri-

*

ca, in sede dello zaffo addominale, discreta eventrazione, che, si comprende, impedisce dolorosamente il torchio addominale negli sforzi sul lavoro.

Tenuto conto di queste varie contingenze, nonchè della necessità di una dietetica speciale e delle lesioni locali riguardanti le ustioni, si è creduto di poter richiedere nel caso in esame un indennizzo pari al 60 % che dall'Istituto assicuratore fu concesso in prima liquidazione nella misura del 42 %.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di ulcera duodenale a tipo cronico susseguente ad ustioni e perforatasi circa 8 mesi dopo l'insorgenza; ne descrive la sintomatologia e la patogenesi e richiama l'attenzione su questa possibile complicanza delle ustioni, specie per la grande importanza medico-legale. Ricorda infine quale deve essere il criterio da seguire nel giudicare in tali casi la diminuita capacità lavorativa.

BIBLIOGRAFIA.

BIANCHI. Archivio Ital. di Chirurgia, vol. XXIX, 1931.
BORRI. *Gli infortuni del lavoro sotto il rispetto medico-legale*. Soc. Editr. Libraria, 1910.
CIAMPOLINI. *La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge*. Stab. Martini, Prato, 1920.
CURLING. Med. Chirurg. Trans. Col., XXV, pag. 260, 1842.
D'EWART. The British Medic. Journal, n. 3604, 1930.
FERRARINI. La Clinica chirurgica, 1912.
FOCACCI. Clinica Medica Italiana, n. 8, 1901.
HARRIS. The British Journal of Surgery, vol. XVI, apr. 1929, pp. 677-680.
HUNTER. British Medic. Journal, 1890; Pathologic Trans., 1890.
KAUFMANN. *Trattato di anatomia patologica*. Vallardi, 1929.
LEONARD. Surg. Gynec. and Obst., XXIV, 1917.
LEVIN. British Journ. Surg., vol. XVII, p. 110, 1929.
LUSENA. *Traumatologia clinica*. Utet, 1926.
MAES. Annals of Surgery, vol. XCI, pag. 527.
MINOVICI, VASILIU, CORACIU. Spitalul, t. XLIX, n. 718, 1929.
NOVAK. Americ. Journ. Med. Sc., CLXIX, 1925.
PACK. Arch. Path. and Lab. Med., vol. I, pag. 767, 1926.
PARASCANDOLO. Wiener Medizinische Wochenschr., 1904, n. 14.
PIERACCINI. *Patologia del lavoro e terapia sociale*. Soc. Edit. Lib., 1906.
POLLET. *Les maladies professionnelles*. Paris, Librairie Maloine.
QUARELLI. *Clinica delle malattie professionali*. Utet, 1931.
RIEHL. Acta dermato-venereologica, vol. XI, fasc. 4, 1930, pag. 295-297.
SACCONAGHI. Lo Sperimentale, 1907.
SIMPSON. The Brit. Med. Journ., vol. II, p. 1875, 1889.

SUNTI E RASSEGNE

CIRCOLAZIONE.

Rilievi d'attualità nel campo delle malattie circolatorie.

(H. ASSMANN, *Mediz. Klin.*, 25 sett. 1936).

I rilievi presentati dall'A. si riferiscono ad alcune sindromi circolatorie, la cui conoscenza, recentemente approfondita, dev'essere famigliare anche al medico pratico, per la relativa frequenza di tali sindromi e l'importanza della diagnosi tempestiva di esse.

Viene anzitutto menzionata la tromboangioite. L'A. ne ricorda la sintomatologia ormai diventata classica, che consiste nella mancanza del polso periferico, algie degli arti, necrosi o gangrena delle estremità, per soffermarsi in special modo sui segni precoci della affezione. Questi dapprima sono essenzialmente subiettivi e consistono anzitutto in parestesie rappresentate da formicolio, prevalentemente a carico delle ultime falangi; spesso concomita la sensazione di piede « foderato di pelliccia »; ai pazienti sembra di « camminare sull'ovatta ». I dolori nel primo periodo sono poco caratteristici, tanto da essere scambiati per dolori reumatici ed anche essere trattati come tali. Abbastanza precocemente si manifestano fenomeni circolatori obiettivi, sotto forma di cambiamento di colore dell'arto il quale è notevolmente pallido quand'è sollevato ed assume una tinta rosso bluastra nella posizione declive. L'ineguaglianza del polso e l'oscillometria forniranno dati più precisi. Le prime alterazioni trofiche si verificano a carico delle unghie che presentano ispessimenti e scanalature irregolari.

Nella genesi della malattia un valore indubbio ha il raffreddamento prolungato (ad es. nei combattenti della grande guerra), subìto anche molti anni prima. Anche l'azione tossica della nicotina costituirebbe un fattore non trascurabile. Sembra che esista una predisposizione ereditaria o famigliare: l'A. cita il caso di due fratelli con fenomeni iniziali di morbo di Buerger, il padre dei quali aveva già subìto varie amputazioni per la stessa malattia. La speciale frequenza nella razza ebraica (segnalata da Buerger) non è stata confermata da statistiche più recenti. L'esistenza del fattore costituzionale, della cosidetta « diatesi angionevrotica » (ammessa per le malattie tipo edemi di Quincke, emicrania ed anche morbo di Raynaud) sembra probabile nel morbo di Buerger, dove sarebbe dimostrata da osservazioni capillaroscopiche anche dei distretti non colpiti dalla malattia.

Se nella patogenesi della malattia domina il fattore vasospastico (accentuato dal freddo, nicotina ecc.) le alterazioni anatomo-patologiche dei vasi: ispessimento dell'intima, formazione dei trombi, comparsa di tessuto di granulazio-

ne con frequenti cellule giganti, hanno fatto pensare ad influssi tossi-infettivi. Le ricerche sperimentali di Schmidt-Weyland avrebbero infatti dimostrato che l'inoculazione endovenosa di germi o di tossine batteriche associata ad azione locale di adrenalina porta spesso a quadri di necrosi paragonabili a quelli del morbo di Buerger. D'altra parte Ratschow ha potuto provocare fatti trombotici ed arteritici in animali, precedentemente sensibilizzati con iniezioni di siero, mediante stimoli meccanici, termici o chimci relativamente blandi: si penserebbe quindi anche all'origine allergica della malattia. (Ricordiamo a tale proposito le ricerche di Knepper e Kaiserling sulla localizzazione elettiva di processi allergici in organi o tessuti sottoposti ad azione di stimoli non specifici come appunto potrebbe essere il freddo nel caso di morbo di Buerger. Vanno inoltre citate le osservazioni di Klinge, il quale, basandosi su alcune note anatomo-patologiche che egli ritiene tipiche per l'infiammazione allergica, considera anche il quadro istologico della tromboangioite obliterante quale caratteristico del processo allergico, pur non negando l'eventuale importanza « localizzatrice » del fattore neuroregolatore. (*N. del Red.*).

I dati etiopatogenetici hanno naturalmente influito anche sul procedimento terapeutico. Accanto ad astensione assoluta dal fumo, ad applicazioni calde e diatermia locale è stata anche tentata la terapia stimolante aspecifica (vaccini tifoidei: Allen e Smithwick) con risultati favorevoli ma transitori. Tra le sostanze vasodilatatrici i migliori risultati avrebbero dato all'A. i cosidetti ormoni circolatori (tipo Padutin); con acetilcolina si sono avuti miglioramenti passeggeri. Se la terapia medica e fisica fallisce, può riuscire di giovamento anche persistente la simpaticectomia periarteriosa o la simpatectomia lombare; se anche permane qualche disturbo circolatorio (cianosi) i dolori (che sarebbero dovuti alla contrazione della muscolatura arteriosa) di solito si dileguano dopo l'operazione.

Nella trattazione del morbo di Raynaud l'A. mette in evidenza l'avvento di esso sul terreno angioneurotico; cita un caso di osservazione propria riguardante una donna nella quale dapprima si manifestava idrope intermittente del ginocchio, quindi edemi di Quincke, frequenti accessi di emicrania e crisi epilettiformi, più tardi coliche renali con ematuria (va ricordata a proposito la cosidetta colica ureterale di natura allergica descritta recentemente dagli AA. tedeschi. N. del R.) e finalmente disturbi vasomotori periodici a carico degli arti che culminavano nella gangrena simmetrica tipica del morbo di Raynaud. L'autopsia non mise in evidenza alterazioni vasali degne di nota; secondo l'A. si sarebbe quindi trattato di fenomeni vasospastici nel massimo di loro espressione; l'ipersensibilità del terreno poteva essere arguita anche dalla notevole eosinofilia (80 %); in mancanza di apparenti stimoli esogoni, l'A. ammette l'esistenza di sostanze istaminosimili patologicamente formatesi nell'organismo stesso della malata. Tali dati inducono l'A. a consigliare la « stimolo-terapia » aspecifica nel morbo di Raynaud.

Fra le acquisizioni nosologiche recenti nel campo della patologia vascolare primeggia indubbiamente la nozione clinica della trombosi coronaria. L'A. ricorda che secondo Jaeger tale affezione potrebbe essere una delle espressioni della tromboangioite obliterante, la quale, sempre secondo le osservazioni di quest'ultimo, contemporaneamente alle alterazioni periferiche può causare processi analoghi a carico dei vasi cerebrali e coronari; tale opinione attende però ancora ulteriore conferma; la fenomenologia centrale potrebbe essere secondo l'A. molto più rara per la mancanza dello stimolo esogeno, rappresentato dal freddo.

La sintomatologia oramai classica della trombosi coronaria è rappresentata dal senso di oppressione, febbre e leucocitosi che seguono immediatamente all'attacco, dallo sfregamento pericardico (in caso di infarto anteriore), dai segni elettrocardiografici (che variano a seconda del segmento vasale colpito); però non sempre si riscontra l'insieme drammatico della sindrome; e molti degli attacchi che tuttora vengono classificati quali attacchi di angina semplice, sarebbero da attribuire alla trombosi coronaria; il medico può rendersene conto osservando la temperatura e la leucocitosi nel periodo successivo all'accesso.

Accenniamo appena alla terapia della trombosi coronaria, basata anzitutto sull'eliminazione dei fattori predisponenti ed occasionali (nicotina, strapazzo psicoemotivo) sul trattamento dell'accesso stesso (analettici, morfina, ecc.).

L'A. si sofferma inoltre sulla frequenza di lesioni infettive del miocardio anche in caso di infezioni lievi (tonsilliti, influenza) o di « foci » cronici. La lesione reca di solito solo disturbi subiettivi e a tipo funzionale, qualificati per lo più come fatti nervosi (facile tachicardia, palpitazioni); gli esami speciali rivelano spesso l'esistenza di focolai batterici tonsillari o dentari, alla cui rimozione segue un rapido miglioramento della fenomenologia cardiaca.

L'A. crede che la lesione miocardica potrebbe essere causata non solo dalle tossine, ma anche direttamente dai germi circolanti nel sangue; egli occasionalmente ha potuto riscontrare un gran numero di questi in un caso del genere, dopo la spremitura delle tonsille praticata dallo specialista.

L'esistenza di lesioni miocardiche in infezioni acute banali viene svelata dall'ECG (Wiecker); le modificazioni del genere regrediscono dopo 7-14 giorni; di quà il corollario della necessità di riposo adeguato anche dopo una lieve infezione per evitare l'accentuazione o la irreversibilità della lesione infettiva.

S. Minz.

Variazioni della pressione sanguigna nelle malattie dell'ipofisi.

(G. MARAÑON e F. DOMENECH, *Brit. Med. Fourn.*, 31 ottobre 1936).

Fino a pochi anni fa non si faceva nemmeno cenno alle condizioni della pressione sanguigna nella descrizione delle sindromi ipofisarie. Nell'ultimo ventennio invece se ne parla abbondantemente.

Secondo Cushing nell'iperpituitarismo la pressione è bassa, ed è bassa pure nell'ipotiroidismo (a meno che non ci sia qualche lesione nervosa centrale o qualche lesione surrenale che provochi ipertensione).

Secondo Pende la pressione è qualche volta alta, ma più spesso bassa nell'acromegalia, mentre per Peritz e Zondek è per lo più alta. Falta e Bauer ritengono che in questa malattia la pressione non si modifichi.

Il Brennimg ha spiegato queste divergenze di opinioni colla seguente ipotesi: l'iperfunzione del lobo arteriore che provoca l'acromegalia non provoca ipertensione per sè sola, ma lo fa se coincide con un'insufficienza gonadale, come succede nell'acromegalia climaterica. Rolleston pensa che l'opposto spieghi l'ipontensione della sindrome opposta, la cachessia di Simmonds.

Certamente le sindromi ipopituitariche si accompagnano per lo più ad ipotensione e la malattia di Cushing ad ipertensione.

Secondo gli AA. l'ipofisi non ha nessuna azione sulla pressione sanguigna. L'ipertensione dell'adenoma basofilo si può spiegare con un'iperfunzione concomitante delle surrenali e l'ipotensione della cachessia ipofisaria con una insufficienza surrenale.

Gli AA. escludono i casi di adenoma basofilo, hanno studiato 138 malati con alterazioni ipofisarie ed hanno trovato che su 44 casi di acromegalia 36 avevano pressione normale, 2 ipotensione (e c'era in un caso anche asma e nell'altro mixedema) e in 5 ipertensione (1 con aneurisma aortico, 3 con aortite e 1 con sclerosi renale); su 34 casi di iperpituitarismo 29 avevano pressione normale, 3 ipertensione (in 1 c'era associato ipertiroidismo, in 2 menopausa) e 2 ipotensione.

Inoltre su 6 casi di gigantismo tutti e sei avevano pressione normale, su 11 casi di nanismo 3 avevano pressione normale e 8 ipotensione; su 20 casi di diabete insipido 14 erano normotesi, 4 ipertesi (con associazione di aortite, di tumore ipofisario e di sclerosi ghiandolare multipla in 3 casi mentre in 1 non c'erano associazioni morbose) e 2 ipotèsi (di cui uno con sclerosi ghiandolare multipla).

Su 13 casi di sindrome di Froelich 11 avevano pressione normale, 1 era iperteso e 1 normoteso, su 4 cachessie ipofisarie c'era un solo iperteso e nessun ipotèso, mentre su 6 casi di tumore ipofisario c'erano 5 normotesi e 1 ipoteso.

Secondo gli AA. l'ipofisi non ha importanza nella determinazione della pressione sanguigna e le variazioni osservate nei malati con lesioni ipofisarie sono le stesse che si osservano in qualunque altro gruppo di malati anche e specialmente confrontando i dati riscontrati coll'età dei pazienti, avendo essi trovato le pressioni acute in soggetti di età avanzata.

Per quanto riguarda l'adenoma basofilo dell'ipofisi gli AA. li hanno esclusi da questa statistica, perchè ritengono dimostrato che in questa malattia l'ipertensione è in dipendenza di un'iperfunzione surrenale.

R. LUSENA.

L'ipotensione ortostatica.

(E. M. CHEW, E. V. ALLEN e N. W. BARKER. *Proceedings Staff Meetings Mayo Clinic*, 1936, n. 34).

Nella maggioranza dei casi di ipotensione ortostatica quando i pazienti passano dalla posizione di decubito a quella eretta si verificano i seguenti fenomeni: 1) forte abbassamento della pressione sistolica e diastolica con fenomeni di sincope o di marcata debolezza; 2) deficienza locale o generale del sudore; 3) caduta della frequenza del polso; 4) diminuzione delle quantità di urine. Tali fatti si accentuano nella stagione calda.

I pazienti che soffrono tale condizione presentano inoltre i seguenti sintomi o segni: 1) aspetto giovanile discordante con l'età effettiva; 2) leggero abbassamento del metabolismo basale; 3) segni di alterazione del sistema nervoso; 4) diminuzione dell'appetito sessuale che può andare fino all'impotenza; 5) pallore della pelle; 6) concentrazione dell'urea nel sangue ad un livello superiore al normale.

Dallo studio di parecchi casi capitati alla loro osservazione gli AA. hanno dedotto i fatti seguenti. Ogni paziente che passando dalla posizione supina o seduta a quella in piedi accusa senso di debolezza, vertigini, offuscamenti di vista o fenomeni di sincope deve essere esaminato allo scopo di accertare l'eventuale esistenza della ipotensione ortostatica.

I soggetti sofferenti di tale condizione presentano essenzialmente una perdita della capacità di costrizione delle arteriole necessaria a mantenere normale la pressione sanguigna di fronte alla forza di gravità, ipoidrosi o anidrosi, e spesso abbassamento dell'accentuazione riflessa della frequenza del cuore. Questi fenomeni indicano una debolezza di certe funzioni del sistema nervoso autonomo, come quelle che controllano la sudorazione, la vasocostrizione e l'accelerazione del ritmo cardiaco.

Alcune operazioni sul sistema nervoso simpatico provocano disturbi ortostatici della pressione e alterazione della secrezione del sudore simili a quelli che di solito si riscontrano nell'ipotensione ortostatica. Le rizotomie anteriori suggerite da Adson e Brown come me-

todo di cura chirurgica dell'ipertensione producono diminuzione della secrezione del sudore nelle parti distali, una marcata caduta della pressione vasale in posizione eretta e altre alterazioni della pressione stessa. La resezione del nervo splancnico, dei gangli celiaci e del primo e secondo ganglio lombare, pure praticata da Adson per la cura dell'ipertensione, produce diminuzione del sudore nelle parti distali segnatamente alle ginocchia e ipotensione in posizione eretta. Tutte queste operazioni producono anche una notevole reazione sulla frequenza del polso.

Tali osservazioni provano che parecchi dei disturbi essenziali dell'ipotensione ortostatica sono legati al sistema nervoso simpatico periferico, senza che però si possa escludere la compartecipazione del simpatico centrale.

La deficienza della costrizione delle arteriole avviene verisimilmente nell'addome e anche nelle estremità inferiori perchè nella posizione seduta, che è ortostatica per l'area splancnica, non si produce la massima riduzione della pressione vasale raggiunta nella posizione eretta.

L'eventualità dell'astenia e della sincope dipendono dal grado di abbassamento della pressione. Di solito la debolezza, le vertigini, l'offuscamento della vista si hanno quando la pressione sistolica cade al di sotto di 60 mm. Hg., e la sincope quando la pressione cade al di sotto di 45 mm. Hg.

La cura dell'ipotensione ortostatica consiste nella somministrazione di vasocostrittori, e particolarmente di solfato di efedrina. Occorre però tenere presente che l'efedrina non riesce a ristabilire la pressione come era prima della sua caduta quando il paziente si trovava in posizione sdraiata, se il paziente continua a trovarsi in posizione eretta. D'altra parte essa non sempre riesce a prevenire l'ipotensione. Tutto sommato l'efedrina di solito è capace di ristabilire la pressione ad un livello normale solo quando il paziente ha ripresa la posizione sdraiata.

Comunque in tutti i casi di ipotensione ortostatica è conveniente somministrare l'efedrina a piccole dosi ogni due o tre giorni cominciando dall'ora della levata fino a due ore prima dell'andata a letto.

La diminuzione della secrezione del sudore quando è un sintoma capace di avere ripercussioni sullo stato generale si cura con la pilocarpina. DR.

La palpitazione.

(D. M. BAKER. *Lancet*, 3 ottobre 1936).

La palpitazione è la consapevolezza dell'azione cardiaca, sia essa affrettata o lenta, regolare o irregolare; è generalmente una sensazione spiacevole e talvolta, specie per le persone sensibili, molto molesta.

I pazienti però di solito chiamano palpitazione una grande varietà di sensazioni in parti anche lontane dal cuore: qualsiasi battito o pulsazione al petto, alla gola, al cuore, agli occhi, alle orecchie, all'addome, alle dita delle mani e dei piedi, talvolta anche il senso di trepidazione di parte o di tutto il corpo.

Pertanto anche prima di assegnare un qualsiasi significato al disturbo denunziato bisogna precisarne la sede ed il carattere, tenendo presente che la descrizione che ne viene fatta varia da individuo ad individuo in relazione al modo di esprimersi del paziente ed allo stato della sua coscienza.

In una prima serie di 900 casi di pazienti che soffrivano di palpitazioni si trovò: 1) in un numero considerevole di casi la palpitazione era un sintomo esclusivo con apparato cardiovasale integro; 2) nei casi nei quali esistevano affezioni o disordini cardiovasali prevalevano l'ipertensione, la tireotossicosi e la tachicardia parossistica; 3) nelle lesioni valvolari reumatiche la palpitazione era rara; 4) le extrasistoli non erano sempre accompagnate da palpitazione; 5) nell'infanzia la palpitazione era rara.

In una seconda serie di 1004 pazienti si fecero su per giù le medesime constatazioni.

Nei casi nei quali la palpitazione non è legata ad affezioni e disordini cardiovasali, sopra tutto all'ipertensione, alla tireotossicosi ed alla tachicardia parossistica, sembra che in una larga proporzione di casi abbia un'origine neuropsicotica.

Ma oltre a ciò il disturbo in forma meno rilevante può verificarsi in un gran numero di condizioni: 1) nell'indigestione, specie nell'indigestione flatulenta e negli individui grassi, nella quale la palpitazione si ha più spesso di sera e a letto ed è aggravata dalla stanchezza fisica e mentale; 2) nell'esaurimento consecutivo a malattie infettive (specie influenza e tifo), ed agli interventi chirurgici; 3) nella menopausa specie nelle donne tendenti all'obesità ed all'ipertensione; 4) in seguito agli eccessi alimentari ed all'uso smodato di sostanze eccitanti (tè, caffè, alcool); 5) nell'avvelenamento tabagico specie nei fumatori di sigarette che aspirano il fumo; 6) nella stanchezza fisica ma raramente; 7) nell'astenia neurocircolatoria; 8) negli stati ansiosi, negli stati di eccitamento, ed a seguito di emozioni violente; 9 negli stati di debolezza nervosa che accompagnano le infezioni focali.

Nelle affezioni organiche la palpitazione raramente è un sintoma isolato, ma è accompagnato da altre manifestazioni generali e locali la cui caratteristica particolarità è la molteplicità. Di queste manifestazioni le più costanti sono il dolore inframammario ed il respiro sospirante o lamentoso.

Il dolore è caratterizzato dal suo inizio graduale e dalla sua durata, che può essere di settimane e mesi con intermittenze; può diffondersi fino alla regione scapolare sinistra ed es-

sere accompagnato da iperestesia. È per lo più un dolore puntorio, lancinante, oppure ottuso, gravativo, e non è influenzato dagli sforzi.

La respirazione sospirante è particolarmente molesta alla fine di ogni inspirazione quando si avverte un senso di sforzo per superare un certo ostacolo, si ha la sensazione di non potere prendere fiato.

Il paziente può inoltre avvertire una certa stanchezza, un senso di esaurimento, di languore, vertigini, dolori in varie parti del corpo, insonnia ed altri sintomi di nervosismo.

Quando il complesso sintomatico si presenta in soggetti con sistema cardiovasale semeiologicamente normale bisogna fare tutte le ricerche necessarie per stabilire se esso è legato eventualmente all'ipertensione, alla tireotossicosi o alla tachicardia parossistica.

L'elettrocardiogramma preso durante l'attacco può dare utili indizi.

Nei casi nei quali le palpitazioni si verificano in cardiopazienti organici bisogna tener presente che molto raramente il disturbo è legato all'affezione del cuore o dei vasi; il più delle volte è legato a condizioni generali secondarie alla malattia cardiovasale. Comunque nei rari casi nei quali le palpitazioni sono direttamente dipendenti dalla lesione cardiovasale, sono per lo più prodotte e accompagnate da alterazioni del ritmo, fibrillazione auricolare, flutter e anche da blocco cardiaco parziale o completo.

DR.

MISCELLANEA.

Le relazioni dell'ipofisi con il pancreas e le surrenali nel controllo della glicemia.

(L. KÉPINOV. *Presse Médicale*, 7 ottobre 1936).

Le prime esperienze sull'ablazione del pancreas dimostrarono che quest'organo è l'origine di una secrezione interna che influenza la glicemia. L'isolamento dell'ormone specifico, l'insulina, che iniettata nei diabetici e nei normali provoca la caduta della glicemia confermarono questa concezione. I fatti sperimentali e clinici provano che l'insulina agisce con tre meccanismi: aumentando la riserva degli idrati di carbonio nel fegato e nei muscoli, aumentando la combustione dei glucidi, riducendo la produzione dello zucchero.

Notevole influenza sulla glicemia hanno anche le surrenali. L'iniezione di adrenalina provoca una iperglicemia dovuta ad una scarica delle riserve del glicogeno epatico e muscolare. L'estirpazione delle surrenali determina una notevole ipoglicemia.

P. Marie e Loeb segnalarono per primi il fatto che nei casi di acromegalia si verifica una glicosuria talvolta sotto forma di diabete. Questa glicosuria fu successivamente attribuita ad un'iperfunzione del lobo anteriore dell'ipofisi.

Houssay, Biasotti e Rieti dimostrarono che l'iniezione di estratto alcalino del lobo anteriore dell'ipofisi nel cane normale determina sintomi del tutto analoghi a quelli prodotti dalla pancreatectomia (iperglicemia, glicosuria, chetonuria, denutrizione). Il diabete prodotto in tal modo è resistente all'insulina.

Ulteriori ricerche dimostrarono che anche l'iniezione di estratto retroipofisario determina iperglicemia, e che l'ablazione dell'ipofisi provoca nel caso un aumento della tolleranza agli idrati di carbonio.

Il meccanismo di azione dell'ormone ipofisario sulla glicemia non è semplice e non sembra diretto. Tale ormone agisce in parte influenzando gli organi (pancreas, surrenali) che regolano la glicemia, in parte associandosi all'azione dei loro ormoni sulle fonti di riserva del glicogeno.

Schematizzando si può concludere che il pancreas determina o ha una tendenza a provocare una diminuzione dello zucchero circolante, mentre l'ipofisi e le surrenali più o meno associate determinano un aumento della glicemia. Utilizzando l'antagonismo di questi due sistemi ormonici l'organismo mantiene costante la sua glicemia.

Per quel che riguarda il pancreas le ricerche sperimentali hanno dimostrato che, per un esatto controllo della glicemia, l'insulina deve variare secondo le esigenze dell'organismo. Il fattore fisiologico che regola l'insulino-secrezione è il glucosio o, più esattamente, la sua concentrazione nel sangue. Ogni aumento della glicemia provoca l'aumento dell'emissione d'insulina e viceversa. Pertanto il sangue con una concentrazione normale in zucchero può essere considerato come un ambiente debolmente eccito-secretore. In tal caso la funzione secretoria del pancreas è così rallentata che la quantità d'insulina emessa è appena sufficiente a mantenere la glicemia ad un livello normale.

D'altra parte il fatto che l'adrenalina provoca l'iperglicemia può far ritenere che l'aumento dell'adrenalina circolante determina una specie di risposta antagonista dell'insulino-secrezione. Ma è più verosimile che questa risposta non è provocata direttamente dall'adrenalina senza che per altro si possa escludere tale possibilità.

Il tasso del glucosio sanguigno, oltre che quella del pancreas, può influenzare l'intensità delle secrezioni surrenali ed ipofisarie.

Cannon e i suoi collaboratori hanno dimostrato che lo stato ipoglicemico scatena una scarica di adrenalina. D'altro canto Képinow ha rilevato nei cani ipofisectomizzati ipoglicemia ed iperadrenalinemia.

L'influenza della glicemia sulla secrezione ipofisaria è provata dalle esperienze di Anselmino e Hoffmann: l'iniezione di glucosio fa comparire una sostanza attiva capace di ridurre il contenuto di glicogeno nel fegato, un'azione del tutto simile ad una sostanza contenuta nel lobo anteriore dell'ipofisi.

L'antagonismo fra insulina e adrenalina risulta dal fatto che la surrenalectomia aumenta la sensibilità dei cani di fronte all'insulina.

Per quel che riguarda l'antagonismo fra estratto ipofisario ed insulina è provato dal fatto che l'estratto retroipofisario annulla o riduce diversi effetti dell'insulina, sopratutto il suo effetto tossico ed ipoglicemizzante.

L'influenza dell'ipofisi nel controllo dell'insulino-secrezione è stabilita dagli esperimenti di Képinow e Guillaume: l'intensità dell'insulino-secrezione nei cani privati dell'ipofisi è superiore a quella dei cani normali. Pertanto l'ipofisi esercita normalmente un'azione frenatrice sulla funzione endocrina del pancreas. D'altra parte Ohmsted e Logan e sopratutto Houssay e Magenta hanno constatato l'aumento della sensibilità del cane ipofisectomizzato di fronte all'azione ipoglicemizzante dell'insulina.

Tutte queste osservazioni dimostrano l'interazione e l'antagonismo del pancreas da una parte, delle surrenali e dell'ipofisi dall'altra.

Le esperienze di Geiling e Britton illustrano l'associazione dell'ipofisi e delle surrenali per opporsi all'azione ipoglicemizzante del pancreas. Comunque l'azione iperglicemizzante dell'ipofisi assume tutto il suo valore solo in presenza dell'adrenalina.

In conclusione la glicemia nell'animale normale è regolata nel seguente modo: la secrezione dell'insulina governata dal tasso di zucchero nel sangue tende a diminuire la glicemia; la secrezione simultanea delle surrenali e dell'ipofisi, in parte anche sotto la dipendenza del tasso di zucchero nel sangue, tende a far aumentare la glicemia liberando le riserve di glicogene dell'animale. DR.

Fattori disponenti e fattori ostacolanti nella patologia dei tumori maligni.

(M. VOLTERRA. *Rivista di Clinica Medica*, 15-30 maggio 1936).

I tumori maligni costituiscono una malattia locale e tutti sanno che la cachessia e la metastasi vanno riportate sempre alla stessa origine locale. Tuttavia le maggiori conquiste del futuro non deriveranno dai trattamenti che hanno per base la concezione del tumore maligno come malattia locale.

Per rendere più facilmente comprensibile questo apparente paradosso l'A. si è prefisso di trattare in questa lezione, dei fattori che dispongono al tumore maligno e dei fattori che si oppongono al manifestarsi di esso ed al suo accrescimento.

Tra i fattori disponenti locali ha importanza l'eredità: si tratta di un fattore congenito e corrisponde ad una malformazione.

Tra i fattori locali acquisiti degno di menzione è il trauma che in caso di tumori primitivi agisce permettendo l'accrescimento tumultuoso di un neoplasma clinicamente silente, oppure l'acquisto della malignità attuale a una lesione precancerosa con malignità potenziale; in caso di metastasi rompe l'equilibrio che si era stabilito tra le cellule neoplastiche già presenti in seno al tessuto e l'ambiente. Questa ultima evenienza è un convincente esempio clinico della esistenza di forze contrastanti il cammino al tumore maligno già costituito.

Un altro fattore locale disponente la cui importanza è stata però nel passato sopravalutato, è l'ulcera gastrica nei riguardi del cancro dello stomaco. Ricerche recenti hanno fatto concludere che solo 2-3 su 100 casi di cancro dello stomaco possano ritenersi originati da ulcera pregressa.

L'A. passa quindi a considerare i fattori generali che aumentano o diminuiscono la resistenza contro i tumori maligni. L'eredità ha qualche importanza non certo però nelle proporzioni attribuitele da molti medici e profani. Anche l'età ha una certa influenza legata però al fatto che il tumore ha bisogno per istituirsi e raggiungere la possibilità di rigoglioso sviluppo, di un certo periodo di latenza.

La gravidanza invece ostacola piuttosto lo sviluppo dei tumori forse in rapporto con la sospensione della attività ovarica.

Riguardo alla costituzione, costituisce un carattere disposizionale la robustezza generale ed anche la robustezza topica. Anche il sistema reticolo-istiocitario interviene attivamente nella difesa contro il tumore maligno, difesa però che subisce modificazioni durante la vita sotto l'influenza di diverse circostanze.

Probabilmente l'apparato r. i. rappresenta un fattore potente per il mantenersi di una resistenza assoluta contro i tumori ed a tumore costituito interviene ancora nel rallentarne l'accrescimento e nell'ostacolarne le metastasi. Invece un fattore generale disponente ai tumori maligni sarebbe lo spostamento della reazione del sangue verso l'alcalinità.

Freund, Neuberg e Kaminer hanno tentato di stabilire una misura della disposizione generale ai tumori basandosi sul fatto che il siero di sangue degli individui normali possiede un potere litico verso le cellule cancerose, potere che non esiste più nei soggetti affetti da tumore.

Di fronte a tutte queste nuove cognizioni sulla patologia dei tumori l'A. si domanda quali applicazioni possano trarne i medici.

Egli richiama anzitutto l'attenzione sul fatto che è radicalmente mutato il modo di vedere odierno circa il problema pratico dei tumori. La nozione della esistenza di forze ostacolanti il tumore già costituito e che combattono meglio quando questo è stato allontanato incoraggia ad indirizzare la terapia verso la istituzione di provvedimenti che applicati dopo l'intervento chirurgico o fisico sul tumore primitivo, rafforzino le resistenze dell'organismo opposte alla recidiva ed alle metastasi.

Donde le indicazioni per quanto vaghe di un

trattamento climatico o generale diretto a modificare lo stato pletorico. Di qui i tentativi di aumentare la resistenza generale influendo sul sistema reticolo-istiocitario (estratti di milza, metalli colloidali ecc.).

Molto interessanti sono i tentativi di influenzare la resistenza contro i tumori maligni mediante una regolamentazione della dieta. La sobrietà è la prima norma della alimentazione di un soggetto che abbia presentato un tumore maligno. Consigliabile è la riduzione dei liquidi ed una notevole limitazione dello zucchero e degli amidi. Liberamente invece sarà fatta la introduzione di albumine e dell'olio, mentre i grassi animali saranno, ad eccezione del burro, limitati al massimo grado.

Riguardo al contenuto vitaminico si limiterà l'introduzione del complesso vitaminico B (fegato, brodo, spinaci, cavolo ecc.).

Per quello che concerne i componenti minerali l'A. ricorda l'azione stimolante del potassio sull'accrescimento neoplastico.

Questo fatto consiglia di evitare gli alimenti ricchi di questa sostanza, mentre si potrà somministrare calcio e magnesio che pare abbiano utili indicazioni in questo campo.

F. VICENTINI.

DIVAGAZIONI

Riflessi medico-igienici nei misteri eleusini.

Chi vuole arrivare ad Atene per via aerea con i magnifici apparecchi dell'Ala Littoria tocca il suolo greco all'idroscalo di Salamina; di lì per una strada di 35 chilometri si giunge ad Atene. A metà percorso non è possibile che il viaggiatore fornito di una certa cultura non resti un po' colpito apprendendo che passa attraverso il borghetto di Lefsina, sorto nell'immediata adiacenza delle rovine di Eleusi. La strada oggi asfaltata e tenuta in ottimo stato, fiancheggiata da pini piccoli e verdissimi, segue presso a poco il tracciato dell'antica Via Sacra che percorrevano le processioni andando da Atene ad Eleusi.

Si vedono resti di statue e di cippi, gli stessi che Pausania nel suo itinerario descrisse e celebrò. Eleusi, com'è noto, fu una delle dodici città dell'Attica originariamente indipendenti che Teseo riunì nello stato ellenico primitivo, e il suo nome è stato tramandato alla storia come sede del grande e famoso santuario dove si celebravano i misteri eleusini. Di questi non sappiamo molto, essendo gli iniziati tenuti al più rigoroso segreto; ben poco di scritto c'è rimasto, svelatoci dagli antichi scrittori. Originariamente i riti di Eleusi constarono di cerimonie a contenuto simbolico agrario. Poi, mercè le cerimonie iniziatiche, si conferivano agli affiliati le « conoscenze » circa la vita migliore dell'al di là. Il nucleo però di queste conoscenze riposava sul concetto della generazione e della rigenerazione. Gli iniziati anzitutto erano sottoposti a riti catartici; il corpo e l'anima dovevano purificarsi prima dell'ammissione. Il concetto della purificazione e rigenerazione fisica accanto a quella dello spirito si ritrova adombrato nell'Inno Omerico a Demetra. Demetra (una delle due divinità, con Kore, che erano venerate ad Eleusi) vorrebbe, secondo l'inno omerico, rendere il figlio di Keleo, Demofonte, immune dalla vecchiaia e dalla morte.

L'iniziazione vera e propria ai misteri eleusini, preceduta da una piccola iniziazione che aveva luogo nei mesi di febbraio e marzo, si faceva nel mese di agosto. Gl'iniziandi erano affidati per un periodo preparatorio ad alcuni esperti (mistagogoi).

Probabilmente in questo periodo preparatorio si faceva seguire agli iniziandi un regime dietetico speciale; nell'imminenza della iniziazione aveva luogo la « purificazione » fisica, forse ottenuta con sostanze fortemente purgative. Una formula tramandataci da Clemente Alessandrino dice: « Io digiunai, bevvi il ciceone, presi fuori dalla cista, dopo avere operato, deposi nella cista... ».

Il ciceone era, secondo l'Inno a Demetra, una mucillagine leggerissima di farina d'orzo (una specie di crema d'orzo che si dà oggi ai bambini in divezzamento); essa stava a rappresentare una dieta tenue tipica. Il tutto era aromatizzato con un'erba speciale simile forse alla nostra maggiorana (glekon). Gli oggetti che venivano estratti e riposti nella cista consistevano in raffigurazioni dell'organo genitale femminile. L'iniziando faceva scivolare tali raffigurazioni plastiche sulla sua persona. Con questo gesto simbolico si voleva intendere che egli nasceva dalla gran madre Demetra; l'iniziazione era dunque anche una rigenerazione simbolica di un organismo già purificato dalla purga, dal digiuno e dalla dieta.

In una seconda cerimonia, il gran sacerdote, lo « jerofante », offriva all'iniziando al secondo grado una spiga di grano matura e turgida che veniva mostrata con gesto solenne agli astanti.

Altra cerimonia di purificazione era quella del bagno; gli iniziandi prendevano il bagno per liberarsi da tutte le impurità; nelle vasche portavano con sè un porcellino che poi sacrificavano quasichè l'animale avesse assorbito le impurità lasciate nell'acqua.

Nei giorni delle cerimonie della prima iniziazione si faceva una pausa dedicata alla celebrazione delle Feste di Esculapio; gli iniziandi però non vi partecipavano, perchè forse già ritenuti purificati e immuni da malattie. La purificazione non era ritenuta disdire col crudo naturalismo sessuale caratterizzato dalle raffigurazioni dei genitali, chè ciò era allora ritenuto ben intonato all'ambiente religioso.

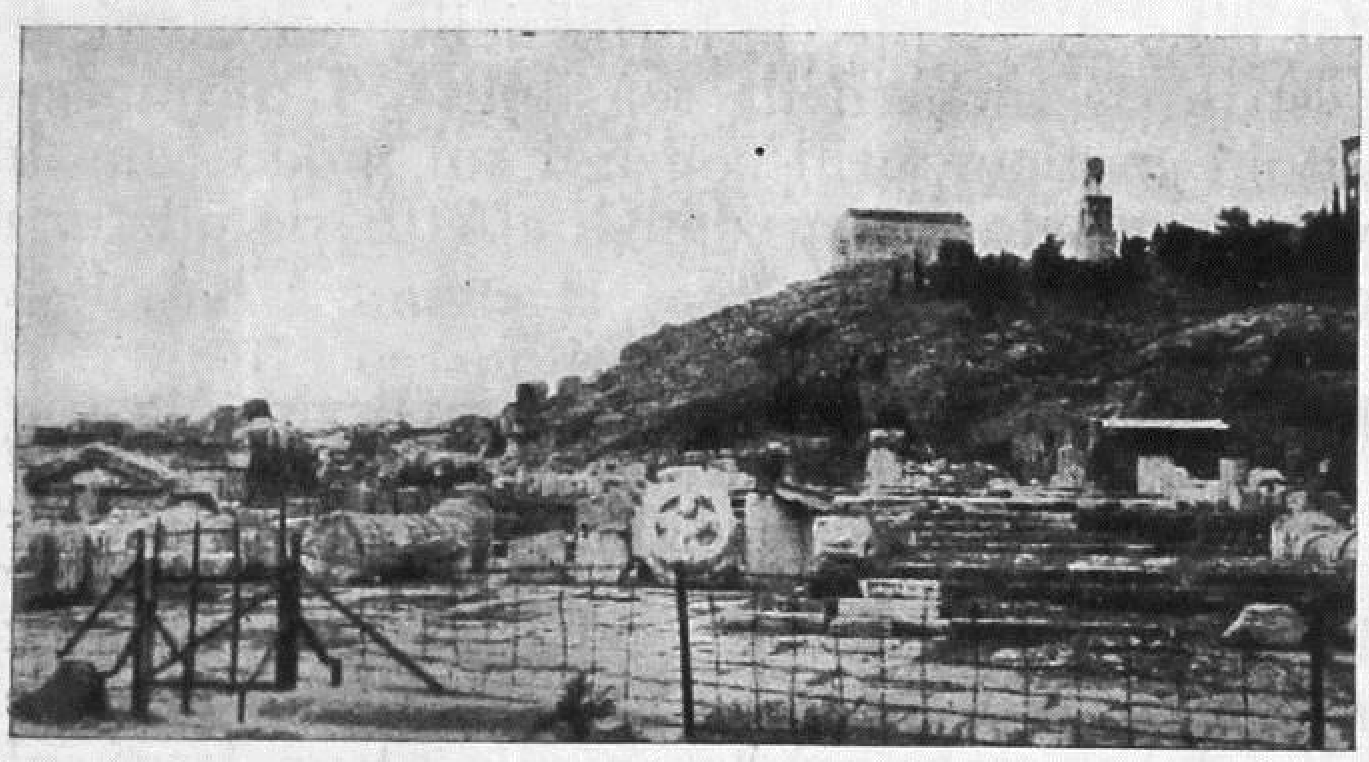
Il naturalismo sessuale si ritrova in genere in tutti i misteri dell'antichità e restò nei secoli come il prodotto di una mentalità arcaica.

Il biologo o il medico che vuole ricercare nelle religioni iniziatiche antiche l'elemento igienico, non può fare a meno di avvicinare le cerimonie simboliche purificatrici al mito di Esculapio. Nei santuari dedicati a questa semi-divinità vi era sempre il bagno che rispondeva anche a esigenze igieniche.

La dieta tenue, il digiuno, la purga costituirono poi l'appannaggio della medicina sacerdotale in quasi tutti i riti iniziatici.

Nei misteri eleusini, come d'altra parte anche nelle tradizioni mediche egee, si ritrova anche un elemento non greco, ma probabilmente egizio e comunque orientale. Il serpente di origine siriaca-fenicia compare come simbolo sia nei riti eleusini che in quelli asclepiadei. In questi il periodo preparatorio a regime dietetico era più lungo e più severo; c'era anche l'astensione dal vino, mentre nei misteri eleusini pare che ci fosse anche una cerimonia di somministrazione di bevanda inebbriante. Nei riti asclepiadei poi a poco a poco si costituì una prassi di astensione da cibi creduti nocivi.

Possiamo quindi pensare che la regola dietetica destinata poi a costituire tanta parte della terapia nella concezione ippocratica (e a rifiorire meravigliosamente ai nostri giorni) abbia avuto la prima origine nei riti iniziatici e sia stata, come d'altronde tutta la medicina greca, a volta a volta sacerdotale e mistica e popolare (demotica) e infine a poco a poco di competenza professionale dei veri e propri medici.



Oggi a Eleusi, intorno alle rovine, è sorto un centro industriale. Gli opifici rumorosi e fumanti sembra che profanino il silenzio e il nitore dei frammenti di marmo pentelico. Accanto ai propilei grandiosi si vedono le ciminiere altissime di grigio e quasi triste cemento. La quiete mistica propizia ai misteri è rotta anche a notte quando il solo rumore profano dovrebbe essere quello delle rane che ancora cantano come ai tempi di Aristofane dagli urli sgraziati delle sirene delle fabbriche di cemento e di concimi chimici, le quali vanno giorno e notte sfornando falso marmo novecento e violentano, quasi, in nome della scienza moderna, le leggi primigenie di Demetra, sembrando anche sfidare l'eterna armoniosa bellezza del non lontano Partenone.

G. ALBERTI.

**

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

M. PORZIO. *Compendio pratico di endocrinologia clinica.* Vol. I. IPOFISI. Prefazione del prof. Agenore Zeri. Vol. di pagg. VIII-204. Luigi Pozzi, editore, Roma. Prezzo L. 28.

Ci è gradito riportare la prefazione che l'illustre professor Zeri, emerito di patologia speciale medica nella R. Università di Roma, si è compiaciuto di scrivere per questo libro.

« L'ipofisi è al primo piano delle attualità scientifiche della medicina moderna. Fatti clinici, anatomici e sperimentali incontrovertibili, luci dottrinali filogenetiche ed embriogenetiche, hanno ormai precisato l'enorme e complessa importanza che ha la sua funzione endocrina, sia che essa intervenga nel fenomeno della crescenza, sia che partecipi al metabolismo dei glucidi e dei lipidi, o regoli l'attività dell'apparato riproduttore o controlli e domini il funzionamento delle glandole endocrine dell'organismo.

« A questo concetto egemonico della funzione dell'ipofisi, alla quale si adatta mirabilmente il nome di « cervello endocrino » datole dal chirurgo americano Cushing, si è inspirato il dott. Mario Porzio nella concezione di questa sua monografia sulla ipofisi.

« Leggendola si resta impressionati della enorme mole di ricerche e di studi che sull'argomento si sono addensati e moltiplicati in ogni parte del mondo. La bibliografia citata dal Porzio raggiunge il numero di quasi duemila citazioni, che spaziano nel campo di pochi anni: ed essa, ad ogni modo, per quanto l'autore sia stato diligente, non è che una parte di quanto si è pubblicato sull'argomento.

« Non vi è forse organo del nostro corpo, le cui funzioni o attività abbiano suscitato un così profondo ed appassionato interesse; sembra quasi che la curiosità scientifica e l'acutezza delle indagini siano state come stimolate ed intensificate dal senso di mistero, fin'ora inviolato, che aveva circondato questo piccolo organo, chiuso nella sua scatola ossea. In poco più di dieci anni, quanta messe di conoscenze e quanta luce di verità sono scaturite dallo studio di questa glandola, dominatrice su tutto il funzionamento dell'apparato endocrino dell'organismo umano, e di tanti apparati, dei quali le connessioni con l'ipofisi non si erano nemmeno sospettate!

« Raccogliere su campi così estesi e lontani fra loro, le notizie più utili, collezionarle, ordinarle gerarchicamente, stabilire i rapporti di interdipendenza, fare insomma del materiale immenso affluito da più parti come una costruzione innalzata da uno solo, con unità di pensiero e completezza di dottrina, era compito arduo e possibile solo a chi aveva potuto siffattamente penetrare nel cuore dell'argomento, da esserne padrone nella lettera e nello spirito.

« Il collega Porzio, che è stato per due anni al mio fianco, nell'insegnamento ufficiale, in qualità di aiuto volontario, ha osato cimentarsi in questo compito e lo ha assolto con tale dovizia e precisione di dettagli, con tale equilibrato spirito critico, con un così rigoroso senso di inquadratura, e con tale armonia di proporzioni, che gli dobbiamo esser grati di avere offerto ai medici questo magnifico studio

« Questo volume, che è il primo di sei, dedicato ciascuno a glandole o gruppi di glandole endocrine, che uniti formeranno un vero Trattato di Endocrinologia, consta di quattro capitoli: Anatomia, embriologia, istologia; Biochimica e fisiologia; Diagnostica; Clinica delle malattie e sindromi ipofisarie: notevole in questo il primo tentativo di coordinamento tra l'endocrinologia ipofisaria e le varie specialità cliniche: centonovanta pagine, circa duemila citazioni bibliografiche scrupolosissime, delle quali un buon numero italiane.

« Questo acuto, originale e faticoso lavoro su un argomento di palpitante interesse e di fresco dinamismo è documento di cultura e di preparazione scientifica non comune.

« Il dott. Porzio può andare orgoglioso di essere segnalato come uno dei primi in Italia, a darcene una così brillante dimostrazione ».

Roma 20 ottobre 1936-XIV

Prof. AGENORE ZERI.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

D. GIORGIACOPULO. *Le varici*. Vol. di pag. 129. Edit. L. Cappelli, Bologna, L. 25.

Raccogliendo la sua estesa esperienza nella cura sclerosante delle varici degli arti inferiori e convinto, dai risultati ottenuti, della superiorità di questo metodo, l'Autore ha voluto dare al suo lavoro una veste monografica corredandolo di tutte le nostre conoscenze sull'argomento e di quanto l'esperienza di altri è venuta modificando al già acquisito o creando di nuovo.

Dobbiamo esser grati all'Autore di questa sua fatica che colma una lacuna della nostra bibliografia e mette a disposizione di chi vuole adottare il metodo tutte quelle conoscenze che altrimenti con fatica dovrebbe cercare nelle pagine delle riviste.

La dizione chiara e semplice, la esposizione della tecnica quanto mai accurata e precisa ed esauriente anche nei minimi particolari, una critica ben ragionata sulla base della esperienza personale: ecco i pregi che appariranno subito al lettore come ammirerà la disposizione logica dei dati raccolti dalla letteratura.

L'A. dà la preferenza alle soluzioni dei sali di sodio che gli hanno dato una altissima percentuale di guarigioni.

Le indicazioni e le controindicazioni al metodo sono molto complete e precise, così il capitolo sulla cura delle complicazioni.

Alla fine del lavoro, in un breve capitolo, è trattata la cura sclerosante delle emorroidi, e altre applicazioni del metodo (ragade, fistola, varicocele, ecc.).

P. VALDONI.

P. HARVIER. *Pathologie digestive*, vol. in 16°, di pag. 162 con 14 fig. Masson e C. Paris, 1936, Fr. 22.

Questo piccolo manuale, che presuppone nel lettore delle conoscenze anatomiche e fisiologiche, realizza uno sguardo d'insieme della patologia digestiva.

L'A. ha raggruppato i principali sintomi e sindromi digestive secondo un piano fisiologico ed ogni volta che l'occasione si presenta sono indicate le nozioni essenziali di clinica, mettendo in valore questo o quel sintomo.

L'A. ricorda dapprima alcune nozioni fisiologiche elementari di cui le conseguenze cliniche sono capitali: interdipendenza dei diversi segmenti del tubo digerente, influenza del sistema nervoso vegetativo. del psichismo sul canale digestivo, ciò che permette di riconoscere una triplice origine alle turbe funzionali gastro-intestinali: origine organica per lesione del tubo digerente; origine neuropatica per meccanismo nervoso, origine psicopatica.

Successivamente l'A. tratta le turbe motori del tubo digerente, le turbe delle secrezioni digestive, le turbe della sensibilità. L'ultimo capitolo contiene utili consigli sul modo con cui va esaminato un paziente affetto da disturbi gastrici.

A. P.

E. TERRIEN. *Pédiatrie pratique*. Paris, Masson, 1936, fr. 24.

In un piccolo libro di circa 250 pagine l'A. ha raccolto 116 voci cliniche, riguardanti alcune tra le principali malattie dell'infanzia, scegliendole per lo più tra quelle meno frequenti e meno conosciute.

Per ognuna espone brevi cenni di patologia, soffermandosi poi sulle indicazioni terapeutiche sanzionate dall'esperienza più recente.

Non si tratta quindi di un formulario nè di un'opera didattica, bensì di un repertorio dal quale il medico pratico può trarre utili insegnamenti.

Le voci sono classificate per ordine alfabetico, e raggruppate in una tavola analitica, che riunisce quelle riguardanti soggetti comuni o affezioni dello stesso organo.

Manualetto dunque di facile e piacevole lettura ed utile al medico, anche non specialista, per la varietà e modernità degli argomenti trattati.

M. FABERI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Continuazione; vedi num. precedente).

Sed. ant. - 20 ott.

Presidenza: Prof. C. FRUGONI.

Discussione della Relazione.

G. B. LASIO (Milano). — La storia della terapia chirurgica delle nefriti non è ultrarecente, bisogna risalire ad Edebols, Pousson, Rovsing, per registrare i primi tentativi che si può dire trovarono scarsi seguaci e progressivamente caddero nell'oblio; la terapia chirurgica delle nefriti rimase solo fissata ed ottenne una notevole diffusione per alcune forme renali che non fanno parte vera e propria della categoria delle nefriti quali la cosiddetta nefrite ematurica e la nefrite dolorosa, e mentre si può ritenere oggi che la terapia chirurgica conservativa di queste forme è entrata definitivamente nella pratica per i suoi benefici risultati, non siamo ancora giunti alla precisa conoscenza della etiopatogenesi delle stesse forme ed il meccanismo di azione della nostra terapia chirurgica. Questa comprende principalmente: la ablazione della capsula renale, l'enervazione del peduncolo vascolare: si tratta in effetti di una simpatectomia totale che ha per conseguenza la decongestione del rene, l'apertura di nuovi sbocchi linfatici corticali, il riassorbimento degli essudati pericanalicolari, la modificazione profonda del circolo sanguigno agendo soprattutto sull'enervazione endorenale e sui rapporti vago-simpatici; che questi ultimi elementi nervosi abbiano un'importanza massima è dimostrato dal cessare in molti casi dell'ematuria solo dopo poche ore o pochissimi giorni dopo l'enervazione, in un lasso di tempo troppo breve per potere pensare a modificazioni anatomiche profonde postoperatorie. È questa la categoria delle affezioni renali chirurgiche numericamente più importante e di cui ognuno di noi può elencare numerosi e facili successi operatori; in realtà questa casistica non rientra nella terapia delle nefriti mediche.

Per una somma di fattori analoghi si ottengono spesso ottimi risultati nella pielonefrite suppurata a focolai multipli, la cosiddetta nefrite apostematosa; la decorticazione (cui l'O. unisce la pielostomia) ottiene il drenaggio verso la corticale di tutti gli accessolini miliari che infarciscono la superficie del rene, la decongestione del sistema nervoso, l'acceleramento del circolo arterioso, la scomparsa di ogni inibizione vago-simpatica ed infine la guarigione della forma colla scomparsa di questi focolai suppurativi miliari e la formazione di zone sclerotiche parcellari largamente compensate dalla ipertrofia vicaria delle zone rimaste sane; perchè ciò avvenga è necessario che i fatti suppurativi non siano troppo numerosi nè estesi, che la necrosi secondaria massiva non interessi porzioni troppo grandi del parenchima, che i poteri allergici del paziente siano tali da padroneggiare l'intossicazione imponente acuta.

Se ammettiamo come esatto il concetto che anche la glomerulo-nefrite medica diffusa od a focolaio, ad andamento acuto, subacuto, cronico, sia anch'essa di origine batterica, tossinica od embolica, si può stabilire un'analogia fra la forma chirurgica sovraccennata e la glomerulo-nefrite di indole medica: la etiopatogenesi delle due forme è la stessa, nella prima però si ha la colliquazione purulenta e la prevalenza dei fatti settico-piemici, nella seconda invece si ha il quadro ben noto clinico e microscopico della glomerulo-nefrite medica con ematuria, albuminuria, cilindruria, iperazotemia, ipoazoturia che sbocca nella sclerosi definitiva; il trattamento chirurgico quindi che si applica con tanto successo nella nefrite apostematosa dovrebbe riuscire utile nella forma medica ed il nocciolo della questione più che nella semplicità ed efficacia del metodo deve consistere nel giudizio della sua tempestività.

L'intervento precoce urta contro la convinzione diffusa, e che all'O. pare fondata, che la glomerulo-nefrite può guarire spontaneamente, senza che ogni caso acuto sia condannato al passaggio nella cronicità, e viceversa l'intervento tardivo urta contro lesioni anatomiche già evolute verso la sclerosi e quindi irreparabili; la decorticazione e l'enervazione possono ottenere solo qualche miglioramento funzionale e solo per breve tempo; sono questi i risultati che l'O. ha potuto constatare nello studio della sua casistica.

I risultati non sono certo incoraggianti, e se nuovi tentativi saranno fatti nella terapia cruenta della glomerulo-nefrite converrà limitarli ai casi almeno subacuti, quando ancora si deve ritenere vi siano ancora nei reni condizioni analoghe a quelle che si osservano nella nefrite ematurica, lesioni cioè non distruttive, perfettamente riparabili, ancora in condizioni di poter trarre profitto dalle migliorate condizioni di trofismo, di circolo, sanguigno e linfatico quali ci vengono assicurate dalla decorticazione e dalla enervazione.

V. JURA (Roma). — Innanzi tutto in merito alle ematurie infettive si riferisce ai suoi precedenti lavori, citati nella relazione Mingazzini, il quale riporta casi analoghi ai suoi.

Desidera richiamare l'attenzione sulle *anomalie vasali renali nella insorgenza di nefriti emboliche.*

Recentemente ha avuto occasione di osservare e operare una donna di 68 anni, stitica abituale, che pochi giorni prima dell'ingresso in Clinica aveva avuto dolori colici al fianco sinistro, febbre ed ematuria. All'operazione rinvenne un focolaio di nefrite embolica con infarto circoscritto al polo inferiore del rene sin. per cui potè praticare una escissione a cuneo dell'ascesso, che vi si era formato.

Assenza di calcoli e di altre lesioni pielorenali.

Istologicamente rilevò in corrispondenza della zona di infarto un grosso vaso arterioso anomalo, a pareti ben conservate.

Tali condizioni anatomiche ritiene che abbiano influito per la localizzazione dell'embolo settico con formazione di infarto ed ascesso consecutivo in corrispondenza del vaso anomalo, da arresto del filtro renale.

A. CIMINATA (Monza). — La sua esperienza in tema di decapsulazione del rene non è vasta, ma i casi sono stati studiati a fondo e seguiti da lungo tempo dopo l'operazione. Essi riguardano cinque pazienti affetti di nefralgia, uno da rene grinzo, uno da glomerulonefrite embolica parcellare con grave ematuria e un altro da grosso rene bianco in completa anuria. Riassumendo, le risultanze conseguite nei suoi casi con la decapsulazione sono:

1) nei cinque casi di nefralgia si ottenne la cessazione del sintoma dolore, causa principale delle sofferenze;

2) in un caso di nefrite cronica la decapsulazione determinò l'anuria, l'uremia e quindi la morte. Da notare che le lesioni renali erano tanto avanzate da ridurre a meno di metà il volume dei reni;

3) in un caso di ematuria gravissima da glomerulonefrite subacuta parcellare embolica, la decapsulazione determinò la cessazione dell'ematuria. Ma il beneficio durò nove mesi in quanto l'ematuria riprese come prima per cessare solo dopo la nefrectomia;

4) in un caso di un rene superstite, della forma morbosa del grosso rene bianco con anuria completa, la decapsulazione non ebbe alcuna influenza sull'anuria che persistette tenacemente sino alla morte. In questo caso si può scindere il fattore operativo per sè e il fattore decapsulazione, in quanto che il decorso postoperatorio dimostrò che l'ammalato non risentì affatto dello schoch operatorio; quindi il risultato negativo si può attribuire alla decapsulazione.

C. FRUGONI (Roma). — L'O. ha di interventi sul rene per forme nefritiche scarsa casistica ma nei risultati assolutamente negativa. Per gli effetti dell'enervazione renale richiama l'attenzione sulla impossibilità di fare deduzioni da esperimenti su animali e su reni sani dato che sue precedenti sistematiche ricerche sul plesso renale nelle nefriti hanno dimostrato che il plesso renale, cellule e fibre, è notevolmente alterato in casi di nefrite cronica. Le funzioni e reazioni quindi devono averne secondario risentimento e l'effetto della enervazione perciò non può essere paragonabile a quello che si può avere in reni normali. È perfettamente d'accordo coi relatori sulla notevole percentuale e importanza delle nefriti a causa focale e sulla ipersensibilizzazione che il rene per le ripetute cariche tosso-infettive taluna volta subisce e le quali agiscono ad un tempo con fattori specifici e aspecifici. Si deve quindi in prima linea prospettare non una terapia focale della nefrite ma una terapia focale del nefritico. Non è facile infatti pensare che l'intervento su foci agirà direttamente su di una nefrite in atto e tanto più se cronica, ma eviterà al rene sensibilizzato ulteriori peggioramenti e se praticato tempestivamente renderà meno facile il passaggio in cronicità. Ma siccome la sensibilizzazione è soggetta a cause multiple e siccome si vede patimento renale ogni volta vi è un ravvivamento nella attività dei foci ne viene che la ablazione di questi unitamente ad altri provvedimenti (tipo vaccino-terapia ecc.) è da considerarsi come mezzo chirurgico, non tanto per combattere la nefrite in sè, quanto per impedirne ricadute e cronicizzazioni.

E ciò tanto più in quanto è stato ben stabilito, anche da ricerche della sua scuola, che in corso di tonsilliti si hanno talora fugaci batteriemie e specie in malati nefritici anche corrispondenti batteriurie e si può altresì dimostrare con tecniche appropriate affinità sierologiche, tra i germi, streptococchi in genere, dal focus e i germi eliminati colle orine. Quando quindi un malato abbia avuto o abbia una glomerulonefrite grave di origine focale, sia questa tonsillare o da foci altrove ubicati (appendicite con il noto meccanismo enterociecale), il primo provvedimento chirurgico deve essere l'ablazione che deve essere fatta radicalmente e tempestivamente e quindi, se per le tonsille, con enucleazione totale seguìta più o meno da Roentgenterapia, in guisa da non intervenire quando oramai i fatti flogistici si siano fatti profondi nei tessuti peritonsillari o si siano istituiti altri foci nel qual caso anche la enucleazione della tonsilla potrebbe non avere effetto definitivo.

D. CESA-BIANCHI (Milano). — Espone i risultati della esperienza personale in tema di terapia chirurgica delle nefriti e nefrosi e quindi sarà pratico e rapido. Questo argomento forma oggetto di studio da oltre due anni nella Clinica dell'O. ed i risultati conseguiti sono già stati resi noti in parte da un suo allievo (Rocchini) in una seduta accademica tenutasi a Milano alcuni mesi or sono. Ma poichè, come succede spesso per le comunicazioni alle accademie, questi risultati sono rimasti, evidentemente, senza eco, è opportuno di farli rivivere qui completandoli, tanto più in quanto riguardano una casistica abbastanza larga, dato lo argomento; forse la più larga anzi fra le nostrane.

Si tratta di otto casi di glomerulo-nefrite cronica diffusa nei suoi diversi stadi sottoposti a scapsulamento completo bilaterale dal compianto collega prof. Pizzagalli; casi tutti convenientemente studiati dal punto di vista clinico — sopratutto per la funzionalità renale — prima, dopo e a distanza varia dall'intervento chirurgico (di alcuni mesi per lo più, ma in qualche caso anche di un anno ed oltre), e studiati ancora istologicamente per quanto riguarda la capsula asportata ed il parenchima renale attraverso biopsia.

Come intervento chirurgico ci si è limitati allo scapsulamento completo dei due reni, che è del resto il provvedimento di uso abituale, integrato in qualche caso dalla enervazione, che però non pare all'O. abbia sensibilmente modificato i risultati dell'intervento più semplice.

Vediamo ora con quali risultati prossimi e lontani.

Prima è però necessario sgombrare il terreno per ragioni di chiarezza e di semplificazione.

Dichiara innanzi tutto che non si occuperà delle cosidette nefriti dolorose, nefriti ematuriche, e nefriti doloroso-ematuriche, prima perchè non ha esperienza personale al riguardo, poi perchè non si tratta di vere nefriti, ed infine perchè vi è accordo generale su questo punto.

Così pure non parlerà delle glomerulo-nefriti parcellari più o meno ematuriche, prima perchè ne ha parlato or ora con tanta competenza l'amico prof. Frugoni, poi perchè in questo campo è oramai noto il compito tanto del medico (ricercare il focus quando è reperibile), come del chirurgo (eliminare il focus quando è possibile) con quali risultati è noto a tutti: benefici nella maggioranza dei casi, sebbene forse non così brillanti e definitivi come si dice da molti.

Nè si dilungherà troppo sulle nefrosi: ma qui è necessario intenderci per eliminare equivoci troppo facili e troppo frequenti. Bisogna cioè distinguere nettamente la nefrosi pura e generica o nefrosi lipoidica di Epstein, la quale forse più che una malattia del rene è una malattia del ricambio lipido-protidico, dalla cosidetta nefrosi impura, la quale in fondo non è che una glomerulo-nefrite diffusa più o meno cronica e più o meno grave, associata a manifestazioni, più o meno spiccate, di perturbato metabolismo lipido-protidico; caratterizzata, se si vuole, da lesioni interessanti tanto il rene vascolare (glomeruli), quanto il rene epiteliale (canalicoli), sebbene in generale con netto predominio di questo ultimo.

Nel primo caso (nefrosi pura) la terapia medica (regime carneo e opoterapia tiroidea) basta a condurre a guarigione la grande maggioranza dei malati. Nel secondo caso (nefrosi impura) la terapia medica è pressochè inefficace, ma certo non dannosa, mentre la terapia chirurgica (scapsulamen-

to) aggrava quasi sempre le lesioni epiteliali (edemi, albuminuria), e ben scarsamente influenza le manifestazioni morbose dipendenti da lesioni vascolari (insufficienza renale): oltre che inefficace è quindi forse anche dannosa.

Restano le glomerulo-nefriti diffuse, di gran lunga le più frequenti ed importanti fra le affezioni renali. Per quanto riguarda le forme acute e subacute non vi è nessun dubbio: bastano nella grande maggioranza dei casi la terapia medica ed il regime dietetico. Per quanto riguarda invece la glomerulo-nefrite cronica diffusa con più o meno grave insufficienza funzionale del rene, dati gli scarsissimi vantaggi, per non dire praticamente nulli, della terapia medico-dietetica o, meglio, la sua insufficienza ad arrestare il progredire della lesione renale una volta cronicizzata, la medicina già da molti anni ha sperato aiuto dall'intervento chirurgico, specialmente in una situazione morbosa tanto frequente e particolarmente penosa, come è questa di individui per lo più ancor giovani irrimediabilmente condannati, a più o meno breve distanza di tempo, senza possibilità d'aiuto dai comuni sussidi della medicina.

Ma le speranze riposte nell'intervento chirurgico non hanno purtroppo, trovato conferma dall'esperienza fin qui fatta: nè altrui, nè nostra.

Dei malati seguiti dall'O., due presentavano glomerulonefrite cronica diffusa con gravissima insufficienza renale; lo scapsulamento dei reni non ha portato alcun beneficio, anzi ha forse affrettato l'esito inevitabile: uno è morto dopo quindici giorni, l'altro dopo due mesi dall'intervento.

Quattro dei malati presentavano glomerulonefrite cronica diffusa con grave insufficienza renale: in tutti si è notato dopo lo scapsulamento un vantaggio soggettivo evidente, durato per qualche tempo dopo l'intervento ed invece nessun vantaggio obbiettivo; dopo tre, quattro mesi sono tutti ritornati anche soggettivamente nelle condizioni di prima. Questi ammalati sono ancora in vita.

I due ultimi malati presentavano glomerulonefrite cronica diffusa con discreta insufficienza renale: dopo lo scapsulamento netto vantaggio soggettivo persistente, con modesto e transitorio miglioramento dei fatti obbiettivi; a distanza di alcuni mesi mentre i vantaggi soggettivi permangono le manifestazioni obbiettive sono ritornate all'incirca quelle di prima dell'intervento. Entrambi questi due pazienti sono naturalmente ancora in vita e in discrete condizioni.

Troppo poco, purtroppo, di sicuramente utile ed ancora troppo transitorio questo poco per insistere su questa strada. Come la medicina, così la chirurgia è oggi impotente non solo a guarire, ma anche soltanto a migliorare e tanto meno ad arrestare l'evoluzione delle lesioni nella glomerulo-nefrite cronica con insufficienza funzionale del rene.

Dobbiamo per questo abbandonare ogni speranza in una situazione morbosa così grave, così frequente ad incontrarsi e tanto pietosa? L'O. non lo crede; un certo grado di ottimismo è sempre utile, anche in fatto di terapia.

Intanto un fatto risulta evidente dalle osservazioni dell'O., fatto del resto prevedibile e, cioè, che i risultati dello scapsulamento sono stati tanto meno cattivi, quanto meno grave era la lesione renale e più specialmente quanto meno compromessa appariva la funzionalità dell'organo.

È allora lecito chiedersi se, per avventura, lo scapsulamento dei reni applicato in condizioni ancora più favorevoli non possa dare risultati benefici evidenti e permanenti; se cioè, per avventura, non possa domare una insufficienza renale appena stabilita o in via di stabilirsi e tanto meglio se non possa arrestare l'evoluzione del processo morboso verso la cronicizzazione.

Ma qui, purtroppo, andiamo incontro a difficoltà pratiche che oggi non sembrano superabili. Innanzi tutto non disponiamo oggi di nessun mezzo che ci dica, o anche soltanto che ci lasci sospettare, se e quando un processo flogistico renale si avvierà alla cronicizzazione. Per di più abitualmente ignoriamo l'iniziarsi ed anche lo stabilirsi di una insufficienza funzionale del rene nei suoi primi stadî, perchè le sofferenze e le manifestazioni morbose sono fin qui inavvertite dai pazienti, che sentendosi di solito complessivamente bene non pensano neppure a ricorrere al medico. Nella generalità dei casi quindi il nefritico cronico arriva al medico quando già la sua insufficienza renale è in pieno sviluppo, spesso addirittura appena pochi mesi prima della sua inevitabile fine.

È quindi tutta una rieducazione da fare, sia del malato, che deve ricorrere al medico tempestivamente, sia e più ancora del medico che deve potere e sapere riconoscere tempestivamente una lesione flogistica diffusa del rene che sta per cronicizzarsi, od almeno che sta per condurre alla insufficienza funzionale dell'organo. Solo in queste condizioni, forse, l'intervento chirurgico, di per sè di modesta entità, potrebbe essere realmente e definitivamente vantaggioso; se poi lo sarà in effetto solo l'avvenire ce lo potrà dire.

F. MARCOLONGO (Torino). — L'O. dopo essersi congratulato con i Relatori, si sofferma a parlare sulla terapia della glomerulonefrite diffusa acuta, ritenendo che le indicazioni mediche per l'intervento chirurgico e cioè la decapsulazione con o senza enervazione siano in generale assai rare e poco efficaci i risultati che dall'intervento stesso si possono sperare. Anche tenendo presente per la patogenesi di questa forma il classico concetto dello spasmo arteriolare diffuso, non si deve perdere di vista in fatto di terapia il sano criterio clinico della relativa benignità della malattia con la sola cura medica per cui il 70-80 % dei casi vanno a guarigione completa.

I casi che non guariscono o passano allo stadio cronico o vengono a morte per eclampsia o per uremia, in quest'ultima eventualità di regola per anuria o per oliguria estrema. In queste forme l'intervento chirurgico può essere effettivamente indicato, ma poichè anche molti di questi casi vengono all'esito poco dopo l'intervento, c'è da domandarci che cosa in definitiva ci si può attendere dall'intervento stesso. Se infatti questo apporta un aumento della diuresi, questo aumento peraltro è lungi dal rappresentare la via di salvezza per gli ammalati, perchè anzi accade che proprio nella fase di ripresa della diuresi o anche in quella di poliuria iso- o ipostenurica, il p. viene all'esito per fenomeni tossici paralleli ad un aggravamento della ritenzione dei corpi aromatici e azotati nel sangue.

Circa quanto accennato da alcuni precedenti OO. sui risultati dell'intervento nei casi di nefriti subacuta, l'O. ritiene che proprio in questa forma i risultati e le indicazioni debbano essere quanto mai limitati, giacchè la nefrite subacuta vera e propria, è del tutto diversa dalla nefrite

acuta protratta e presenta un quadro istopatologico da rendere quanto mai incerta la possibilità di un risultato nel senso già ricordato per la nefrite acuta. Nei riguardi delle nefriti croniche, l'esperienza dell'O. si limita a due casi che possono paragonarsi a quelli ricordati da Cesa-Bianchi e cioè casi con grave ma non gravissima insufficienza renale. A proposito delle nefrosi, l'unica indicazione può essere rappresentata dall'anuria della così detta nefrosi necrotizzante da mercurio, nella quale l'intervento chirurgico sul rene non dà che qualche scarso risultato probativo mentre più si ottiene con la terapia di reclorurazione, che l'O. ritiene essere stato fra i primi in Italia a far conoscere e propagare.

DE GIRONCOLI (Venezia). — Dice che il relatore Mingazzini ha dimenticato di ricordare che fu proprio un italiano per primo a praticare la decapsulazione e cioè un allievo del Bassini, Velo nel 1857.

E. GREPPI (Siena). — A parte i vari discutibili motivi dottrinari, ciò che conta in tema di cura chirurgica delle nefriti e nefrosi non può essere che l'espezienza clinica. Quella dell'O. è modestissima: oltre un esempio clinicamente tipico di ematuria essenziale, perfettamente guarito dopo scapsulamento unilaterale, ed un tentativo analogo ma affatto inefficace per avvelenamento da sublimato con anuria, l'O. può citare un caso recente di glomerulonefrite subacuta con doppia componente ipertensione-suburemica e nefrotica, sottoposto a denervazione e scapsulamento unilaterale. Una broncopolmonite postoperativa adinamica provocò l'esito infausto; più che la narcosi eterea e l'intervento un po' indaginoso fra le masse della breccia operatoria, l'O. ritiene che il fondo nefrotico abbia avuto responsabilità nell'insuccesso, e ciò non fa che confermare la cattiva resistenza organica dei pazienti di nefrosi alla chirurgia in genere.

Nelle belle osservazioni testè presentate dal prof. Lasio di Milano, la componente azotemia sembra essersi opposta all'efficia dell'intervento, con vere crisi di iperazotemia postoperativa: l'uno e l'altro aspetto dell'alterata struttura e funzione renale — nefrosi e ritenzione azotata — apparirebbero dunque contrari alla chirurgia renale in pieno campo di nefriti. L'O. pensa però che crisi d'azotemia e di cattiva « costante », sul tipo di quelle riconosciute dal prof. Lasio, possano aver significato di curva labile da trauma e choc più che di vero peggioramento della malattia renale, così da non pesare come controindicazione all'intervento in un campo che corrisponde da vicino alla ragione prima e principale dello scapsulamento: la glomerulonefrite ipertensiva-azotemica acuta o subacuta, a base almeno in parte angiospastica.

Ma la chirurgia renale, intesa come denervazione e scapsulamento, non esaurisce il proprio interesse per la medicina interna nel solo campo delle nefropatie oggi qui considerate, che di per se è cosa certo modesta e in gran parte delusoria. Tentativi clinici e sperimentali recenti aprono la via ad interventi simili nel più vasto campo delle ipertensioni arteriose ad impronta angiospastica, con screzio renale più o meno chiaramente associato ma tuttavia lontano dal carattere di nefropatia vascolare grave primitiva: ricorda il caso studiato da Gerbi e Rizzi nella clinica del Lasio, le esperienze di Gerbi e del Martinetti suo assistente, inoltre le osservazioni ultime di Chabanier e compagni.

Pur conoscendo le molte incognite e riserve sui rapporti fra vasi renali e ipertensione generale, sia d'ordine dottrinario che pratico, l'O. ritiene che il tentativo meriti concreto favore per casi di una certa gravità, in soggetti adatti, tanto più laddove coesistono segni di sofferenza renale.

In questo senso si è espresso di recente, parlando più ampiamente della chirurgia dei N. splanenici nell'ipertensione arteriosa.

Alla denervazione suol essere associato lo scapsulamento, considerato come mezzo di sollievo circolatorio e funzionale per il viscere. Almeno questa è l'opinione comune, ma bisogna riconoscere che c'è contrasto netto con alcuni studi sperimentali, p. es. con quelli del Dogliotti citati dai relatori: ciò obbligherebbe tutti noi a riprendere in esame il principio stesso dell'intervento. Per suo conto l'O. pensa si debba distinguere l'influenza dell'operazione fra viscere normale e viscere ammalato nella sua struttura vascolare: il decorso della malattia già in atto potrebbe sentire il beneficio dello scapsulamento, come dicono per l'appunto osservazioni recentissime di Caïn e compagno.

La questione merita in ogni modo di venire chiarita da nuove ricerche sperimentali e cliniche, come condizione necessaria per incoraggiare il tentativo nel più vasto campo degli ipertesi.

G. ANTONELLI (Roma). — Il prof. Silvestrini, nella sua dotta ed esauriente relazione, ha fatto cenno dell'esistenza di casi di nefrite cronica senza ipertensione arteriosa, citando a questo riguardo i nomi di alcuni autori stranieri, riportati da articoli recentissimi di qualche autore italiano. Gli sia consentito, a questo proposito, non tanto per fare una rivendicazione personale, quanto per stabilire con esattezza lo sviluppo di tale argomento, che già entro il 1928 l'O. ha pubblicato (in « Cuore e Circolazione ») uno studio sistematico sui rapporti fra pressione arteriosa e funzionalità renale, non soltanto nel campo delle ipertensioni essenziali, o al massimo combinate a lievi note di aterosclerosi, ma anche e soprattutto in quello delle nefropatie uremigene, definite in base ai rilievi dell'azotemia, della costante ureo-secretoria, dell'eliminazione della fenolsulfonftaleina ecc.

Ebbene, da queste ricerche sistematiche è stato possibile all'O. distinguere, fra i nefropatici studiati (esclusi cioè i casi d'ipertensione arteriosa essenziale): 1) casi di nefrosi cronica con un certo grado di ipertensione arteriosa; 2) casi di nefrosi croniche con presso a poco parallelo comportamento della insufficienza renale e dell'ipertensione arteriosa; 3) casi di nefriti croniche con forte aumento della pressione arteriosa e lieve insufficienza renale; 4) casi di spiccata insufficienza renale e lieve ipertensione arteriosa; 5) casi (circa un quarto dei pazienti che sono stati oggetto delle ricerche) di cospicua insufficienza renale senza aumento della pressione arteriosa. Anzi in quest'ultimo gruppo ha incluso perfino un caso con chiaro reperto anatomo-patologico ed istologico di nefropatia infiammatoria cronica, nel quale *intra vitam* aveva potuto constatare una vera ipotonia arteriosa, più accentuata soprattutto nelle fasi di maggiore gravità della sindrome uremica.

È da notare, contro l'opinione di Volhard, che in nessuno dei casi dell'O. il non aumento della pressione arteriosa era da attribuirsi ad insufficienza miocardica. Dunque le osservazione dell'O.

rappresentano un complesso di fatti che, anche dal punto di vista numerico, hanno importanza ben superiore ai casi sporadici pubblicati dai vari autori, specialmente stranieri, che il prof. Silvestrini ha in parte ricordati nella sua relazione. E tali sistematiche osservazioni gli consentirono di concludere per la netta indipendenza (anche di fronte alla indiscussa esistenza di forme di cospicua ipertensione arteriosa non certamente nefrogena senza deficit della funzionalità renale da lui stesso largamente studiate) fra la funzionalità renale e la pressione arteriosa. È perciò da ritenere che, se da un punto di vista convenzionale e, dirà quasi, scolastico, è lecito designare come « nefrogena » l'ipertensione arteriosa constatata nei casi di nefrite cronica, essa è tuttavia imputabile, pur avendo un anello di congiunzione col processo renale, all'influenza di momenti patogenetici extrarenali, che debbono avere un'importanza assai considerevole, se non predominante o addirittura esclusiva. Tale è la sua personale convinzione. Questo aspetto dottrinario dell'ipertensione arteriosa può avere una certa importanza anche nei riguardi della discussa operabilità di alcuni casi di nefrectomia propriamente detta, nel senso di aggiungere una nota di scetticismo circa i risultati conseguibili, anche perchè l'ipertensione arteriosa, uscendo, per così dire, dal circoscritto ambito renale, e impegnando meccanismi fisio-patologici di dominio extrarenale, può rendere anche più vani i risultati di un intervento diretto sul rene; o tutto al più bisognerebbe trasportare la questione della operabilità anche sul terreno dell'ipertensione arteriosa, intesa in certo modo quasi come una sindrome extrarenale nelle stesse nefriti.

A proposito poi delle nefropatie emorragiche crede interessante ricordare un'osservazione anatomo-clinica, che ebbe campo di studiare e pubblicare nel « Bollettino della Società Lancisiana » molti anni fa (1910). Si trattava di un paziente, ricoverato nel V Padiglione del Policlinico Umberto I, allora diretto dal prof. Zeri, per manifestazioni di carattere emorragico (epistassi, macchie emorragiche sparse sulla cute, e specialmente intense, gravi ematurie, che dopo pochi giorni condussero il paziente all'esito letale: dunque una vera sindrome emorragica, la cui genesi rimase clinicamente occulta, data la brevità del decorso. L'autopsia fu praticata personalmente dal prof. prof. Marchiafava, il quale constatò la presenza di una nefrosclerosi piuttosto avanzata, senza che si scoprissero nei reni note che facessero pensare alla genesi renale delle abbondanti ematurie; al contrario, Egli mise in evidenza chiazzette disseminate d'infiltrazione emorragica nella mucosa dei bacinetti renali.

La sua diligente indagine istologica gli dimostrò, a carico dei reni, l'esistenza di una evidente nefrite cronica prevalentemente arteriolo-glomerulare, associata a lesioni degenerative dei tubuli, ma senza il minimo segno di lesioni di carattere emorragico, sia nei tubuli sia nel tessuto interstiziale; laddove lo studio istologico dei bacinetti confermò gl'infiltrati emorragici nello spessore della mucosa, soprattutto all'intorno dei vasellini sanguigni dilatati e beanti. Non c'era perciò alcun dubbio che in quel caso le ematurie non erano da considerarsi come *nefrogene*, ma invece come *pielogene*, e che la nefrite cronica aveva (per meccanismo discrasico, o potremmo oggi anche dire per meccanismo allergico, o per altri momenti patogenetici) cagionato una sindrome emorragica acuta e mortale, una specie di porpora sintomatica, senza che l'ematuria potesse ascriversi direttamente, come sarebbe stato più naturale attendersi, alle lesioni renali.

Crede che questa sua osservazione sia rimasta unica nella letteratura, ed è perciò che ha ritenuto opportuno ricordarla in questa sede, nella certezza di additare una *singolare genesi dell'ematuria nella nefrite cronica.*

C. De Flora (Genova). — Già da tempo l'O. ha messo in rilievo l'importanza del fattore epatico nel determinismo della sindrome uremica dei nefritici cronici ed ha potuto constatare che negli uremici il fegato si mostra insufficiente nell'ultimo stadio della malattia non solo, ma anche nel secondo stadio è rilevabile sempre una insufficienza epatica.

Ciò viene a spiegare taluni fatti di recente acquisizione, come ad es. che il tasso dell'azoto residuo non è espressione sincera della gravità dell'affezione renale, nel senso che pur dicendoci che c'è insufficienza renale, non ce ne dà il grado. D'altra parte è nota la imperfetta conoscenza che noi abbiamo delle turbe metaboliche che colpiscono gli organi dei nefritici cronici e specialmente il fegato, che più di tutti gli altri organi deve essere vagliato per i suoi importanti attributi fisiologici. È quindi logico che per una cura logica delle nefriti croniche secondarie, stabilito che il fegato è intimamente compartecipe della complessa sintomatologia morbosa dei brightici, e su di esso che bisogna far convergere le nostre cure. Ed in fondo la dieta classica del renale ha di mira di somministrare una forte quantità di glicosio in modo che le riserve glicogeniche del fegato vengano ad arricchirsi.

L'O. ha potuto vedere che l'ormone corticale, oltre ad avere una indubbia azione sul metabolismo dell'acido lattico esplica una forte decisiva influenza sul metabolismo del glicosio e del glicogeno che compendia in un'azione glicogenolitica in seno ad i muscoli, iperglicemizzante immediata e temporanea, e glicogenolitica nel fegato. Da queste premesse parte la cura che l'O. sta attuando nei nefritici cronici e cioè: dieta con massima percentuale di carboidrati, molti vegetali e sopratutto molta frutta cruda, ipodermoclisi glucosate ipertoniche, precedute da iniezione di ormone corticale, eseguita mezz'ora prima.

I risultati finora ottenuti sono buoni e l'O. si ripromette di continuare nella speranza di poter portare un contributo effettivo ad una cura razionale delle nefriti croniche.

Cappelli. — Riferisce su 10 casi da lui operati. Ha fatto molti interventi nelle forme di nefralgie e nelle ematurie dolorose.

R. Alessandri (Roma). — Nel ringraziare i due relatori e gli altri che hanno preso parte alla discussione, vorrebbe cercare di trarne una conclusione positiva, poichè in massima parte la utilità dell'intervento chirurgico in queste affezioni gli pare sia stata unanimamente negata, meno che nelle cosidette nefralgie e nelle nefriti o nefrosi ematuriche, in cui l'accordo è accettato. La questione essenziale è però quella delle nefriti e nefrosi comuni, specialmente delle glomerulo-nefriti. Nella negativa della quasi maggioranza, pare che qualche speranza vi sia e qualche dubbio sia giustificato. Intanto concorda perfettamente con quanto ha detto il prof. Frugoni. Certo non siamo perfettamente nel tema che riguarda le nefriti

in atto, ma la tonsillectomia come cura preventiva ha certamente importanza molto grande. Se medici e chirurgi di accordo si persuadessero di intervenire presto in queste infezioni focali (e non solo le tonsille possono essere in campo, ma anche le appendiciti e le infezioni biliari e altre) la eliminazione del focolaio flogistico potrebbe portare un vantaggio grande nella prevenzione delle lesioni renali, o se insidiate nel modificarne il decorso. Quando le nefriti sono in atto la decisione è più difficile. Gli pare che il prof. Cesa-Bianchi abbia impostato bene la questione perchè il medico internista ha voluto tentare in alcuni casi l'intervento chirurgico, ottenendo talvolta un certo risultato. Ora se si può raggiungere un buon risultato anche solo in un numero limitato di casi sarebbe già qualche cosa e l'esperienza più estesa potrebbe precisare le indicazioni. Sembra all'O. questo il punto fondametale, cioè di differenziare i casi di lesioni renali che sono suscettibili di guarigione con cure mediche e quelli che invece sono inevitabilmente progressive e mortali. Questa differenziazione è possibile, se non all'inizio almeno ad uno studio non troppo avanzato delle lesioni? Capisce che è questa una domanda a cui è difficile rispondere; ma il punto essenziale è questo. Se si possono diagnosticare i casi ad evoluzione fatale, è evidente come in questi si dovrebbe fare il tentativo chirurgico che consisterà nello scapsulamento o nella enervazione, che sono interventi facili e in genere ben sopportati. Evidentemente in questi casi non ci si dovrebbe decidere troppo tardi. Se si può ottenere qualche cosa è evidente che si può ottenere soltanto quando il rene è ancora in condizioni di riprendere la sua funzione. Nè il medico ci dica che sono i malati che rifiutano di sottoporsi alla operazione; occorre che il medico sia ben persuaso dell'indicazione e in questo caso egli può convincere il malato dell'utilità del tentativo.

Comunicazioni inerenti alla Relazione.

E. GIOJA (Pavia). — *Interventi per nefriti dolorose od ematuriche.* — Riferisce intorno a 16 casi di interventi per nefriti dolorose (11 casi) od ematuriche (5 casi), da lui eseguiti dal 1928 al maggio 1936. Sia per la nefrite dolorosa che per quella ematurica ha trovato una prevalenza del sesso femminile (7 femmine contro 4 maschi per 1° gruppo; 3 contro due pel secondo). Nei suoi casi risultò prevalentemente colpito il lato sinistro (10 casi su 16) e quanto all'età, la maggiormente interessata era quella giovanile e media. Il rene non presentava mai gravi alterazioni macroscopiche, tranne in un caso (ematuria), in cui si vedevano alcune cicatrici infossate, ma bensì si trovarono, con frequenza più che discreta, chiazze di perinefrite, di preferenza localizzate al polo inferiore; in qualche caso la perinefrite interessava anche ma con lesioni mediocri, la capsula adiposa. Microscopicamente, su frammenti prelevati per biopsia in due casi di ematuria, egli trovò, una volta, fra tubuli pressochè normali, un infiltrato di linfociti e plasmazellen, abbastanza cospicuo e con disposizione anche a focolai, e l'altra volta solo qualche fatto di congestione delle vene e di taluni glomeruli, con tubuli normali. In un solo caso ha praticato la nefrectomia, nei rimanenti la decapsulazione, poche volte associata a nefropessia, o ad altro intervento (appendicectomia). Mortalità, un caso, su 16 operati. Degli esiti della decapsulazione si dichiara soddisfatto. Ritiene la nefrectomia non scevra di pericoli, e non è d'avviso di praticare mai, *in primo tempo*, la nefrectomia, nelle forme ematuriche, anche se profuse, nelle quali ha ottenuto successi anche con la semplice decapsulazione.

G. CASELLA (Napoli). — *Sull'influenza dell'ortostatismo nelle nefropatie.* — L'O. ha eseguito ricerche sia su individui sani che in nefritici ed ha potuto vedere che l'influenza dell'ortostatismo sulla funzionalità renale non è appannaggio esclusivo delle nefropatie, ma può mettersi in evidenza sia nell'individuo sano che nei nefropatici: si tratta di un identico fenomeno, variabile soltanto quantitativamente quando si passa dal sano al malato. Da un punto di vista pratico l'O. fa rilevare che sarebbe utile notare le variazioni ortostatiche delle prove funzionali del rene nei soggetti guariti da poco tempo di nefrite, rinviando il giudizio di guarigione completa al momento nel quale sia dato constatare un ritorno dell'influenza ortostatica nei limiti assegnati alle variazioni ortostatiche del rene.

A SEGA (Rimini). — *Su un caso non comune di amiloidosi renale ad eziologia oscura e con esito in guarigione.* — L'osservazione riguarda una bimba di dieci anni ricoverata nella Sezione Medica dell'Ospedale per la durata di sette mesi ed ammalatasi cinque mesi prima.

Il quadro clinico offerto dalla P. si può così riassumere: bimba in istato di nutrizione scadente; cute pallida ed edematosa sopratutto al volto ed agli arti inferioi. L'edema cutaneo durante il lungo periodo di degenza ha subito oscillazioni notevoli con periodi di regressione e di ricomparsa talvolta lunghi talaltra anche di poche ore.

Dolori addominali diffusi ma sopratutto nella metà sinistra accompagnati da vomito e da diarrea della durata di poche ore o di qualche giorno. Comparsa di un versamento pleurico sinistro coi caratteri di un liquido da trasudato. Insorgenza di febbre che ha raggiunto anche i 39° accompagnata da tumefazione dell'arto inferiore sinistro e spiccato dolore lungo il decorso del fascio vascolare, processo coi caratteri di una flebite, che ebbe esito in piccoli ascessi cutanei multipli che incisi giunsero ben presto a cicatrizzazione.

Il *reperto urinario* è stato il seguente: quantità di orina oscillante da un minimo di 200 cc. ad un massimo di 2500 cc. nelle 24 ore.

Peso specifico in genere basso 1002-1007-1014 con un massimo di 1028-1035 corrispondente alla massima oliguria. Albumina quanto mai oscillante nelle varie giornate di degenza, da traccie ad un massimo di gr. 20 cloruri ed urea diminuiti. Sedimento scarsissimo costituito in genere da qualche globulo bianco e qualche cellula delle ultime vie, raro il reperto di scarsissimi cilindri ialino-granulosi ed epiteliali. Assenza di corpi irrefrangenti. La prova della concentrazione e diluizione ha dato normale il potere di diluizione, lieve ipostenuria colla prova della concentrazione.

Azotemia (Ambard) gr. 0,25 ‰; *Cloruremia* in diversi periodi e fasi della malattia mmg. 555,75, 351 %; *Proteinemia* gr. 4,35, 5,02, 5.79, 7,2 %, Ph del siero di sangue 7; *Colesterinemia* mmg. 280 %.

R. W. nel siero di sangue ripetutamente negativa; *Emocultura* negativa; *Esame morfologico di sangue* nulla di notevole. Ricerca del sangue occulto nelle feci negativo.

L'esame del materiale estratto mediante punture degli ascessi cutanei conseguenti al processo

flebitico ha dato presenza di granulociti neutrofili, scarsi germi comuni, negativa la ricerca del bacillo di Koch.

L'esame radiografico dell'apparato urinario ha dato esito negativo e così pure quello della colonna vertebrale (tratto dorso lombare).

L'esame radiografico dell'apparato respiratorio diede: aumento di opacità e di ampiezza degli ili; accentuazione e grossolana punteggiatura della trama d'ambo i lati ma più particolarmente a destra ove inoltre l'apice è meno trasparente e rischiarabile. Sovraelevazione e ridotta mobilità respiratoria dell'emidiaframma sinistro e con obliterazione del seno frenico-costale laterale corrispondente.

Cutireazione alla tubercolina di Koch negativa. Esame del fondo dell'occhio negativo. Pressione arteriosa massima 110-100 minima 75-60 (R. R.). L'ammalata dopo 7 mesi di degenza ed un anno di malattia fu dimessa dall'ospedale completamente guarita e si trova tutt'ora in buone condizioni di salute da oltre un anno.

F. GERIOLA (Genova). — *Eritroleucemia con prevalente eritremia in donna affetta da neoplasia gastrica.* — Il caso riferito dall'O. si distingue per i seguenti caratteri: inizio della sintomatologia anemica in una donna di 33 anni, che già da due mesi presentava segni di sofferenza gastrica; durata complessiva della sindrome anemica (4 mesi); decorso febbrile; epatosplenomegalia notevole; anemia di grado notevole, a carattere ipocromico e non emolitica; nel sangue circolante iperplasia con anaplasia della serie rossa normoblastica di notevole grado; iperplasia con anaplasia della serie bianca, ipopiastrinemia; ipoplasia del midollo osseo; presenza di un adenocarcinoma scirroso dello stomaco infiltrante tutta la parete dell'antro. Il caso perciò presentava un notevole interesse data l'associazione della sindrome eritroleucemica con una neoplasia dello stomaco, osservazione unica dopo quella descritta da Manai e l'O. si sofferma a metterne in rilievo alcune particolarità.

A. SOSTEGNI (Milano). — *Considerazioni sul trattamento chirurgico delle nefriti.* — L'A. espone, richiamandosi alle considerazioni che hanno portato ad ammettere un eventuale trattamento chirurgico delle forme renali acute e subacute, i risultati di un caso da lui trattato con la decapsulazione bilaterale del rene. Riconosce che questi non sono molto probativi e quindi tali da giustificare l'intervento· ammette che essi non sono definitivi e che d'altra parte il problema dovrebbe essere applicato ed in modo quasi esclusivo alle forme di glomerulo-nefrite acuta.

(*Continua*). A. POZZI.

XLIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(*Continuazione; v. numero 45*).

Sed. pom. - 19 ott.

Presidenza: Prof. R. ALESSANDRI.

(*Seguito delle comunicazioni*).

D. MARAGLIANO (Genova). — Invece della riduzione immediata preferisce la riduzione lenta e progressiva a trazione. Pensa che nella malattia di Kümmell si ottengono ottimi risultati con la reclinazione.

Risposta dei Relatori.

M. DONATI (Milano). — Constata con sorpresa che non venga condiviso dai più il concetto della riduzione immediata come norma generale; che altri si sono dichiarati soddisfatti di un trattamento conservativo o hanno posto condizioni alla riduzione. Chiarolanza sostiene che la riduzione si debba praticare solo se vi sono lesioni midollari o allorchè la radiografia dimostri che le condizioni dei frammenti fanno temere complicazioni secondarie, così Ettorre che ribadisce le sue idee favorevoli al trattamento alla Magnus. L'O. ritiene invece che si debba eseguire la riduzione anche nei casi non complicati perchè si ottengono i risultati migliori. Non consente a una trazione lenta e progressiva se non per certe fratture della colonna cervicale. L'anestesia permette di eliminare subito l'ostacolo offerto dalla contrattura muscolare e per tale ragione giudica interessante l'applicazione di Merler.

Non è d'accordo con Putti che paragona la colonna vertebrale ad un'asta rigida credendo di dimostrare col suo schema che la reclinazione porta fatalmente ad un accavallamento posteriore così come avverrebbe in una frattura del femore. La colonna è articolata e il meccanismo è differente: non ritiene perciò necessaria una così potente estensione bipolare come usa Putti; d'altra parte il metodo che usa il R. non si basa solo sulla reclinazione ma anche sulla estensione e controestensione.

Ritiene anche egli esagerata una terapia atletica dopo la riduzione. È d'accordo sugli accorgimenti di tecnica radiografica di Foà e sulla mielografia dal punto di vista diagnostico fatta dal D'Agata.

A un trattamento operativo consente nei casi eccezionali in cui non sia possibile mantenere la riduzione. La riduzione del gibbo nel morbo di Kümmell con la reclinazione prolungata come ha dimostrato Maragliano è possibile in quanto ritiene trattarsi di un processo paragonabile alla pseudoartrosi; il difficile è di mantenere la riduzione il che si può fare con la osteosintesi.

C. ANTONUCCI (Roma). — Nel complesso le conclusioni dei colleghi concordano con quelle da lui espresse nella relazione in riguardo alle lesioni vertebro-midollari chiuse. Ritiene perciò che la sua relazione rimane come una messa a punto di tali problemi e le sue conclusioni restano come l'espressione dello stato attuale della discussione.

Comunicazioni.

A. CHIASSERINI (Roma). — *Osservazioni sul trattamento delle fratture della colonna vertebrale e sulla anastomosi intercosto-radicolare.* — Nello spazio di 4 anni e mezzo l'O. ha osservato 26 casi di frattura della colonna vertebrale. Si ferma a discutere principalmente dei casi, che presentavano sintomi di lesioni midollare o radicolare.

In un caso fu eseguita la riduzione della frattura secondo Böhler; in un altro un trapianto secondo Albée. In un caso di paraplegia spastica una laminectomia cervicale con rimozione di agenti di compressione (segmento di arco, dura ipertrofica) ha condotto alla guarigione.

Ha operato di anastomosi intercosto-radicolare 5 pazienti, che avevano riportato la frattura della 11-12 D. e che presentavano sindrome di sezione totale del midollo.

L'O. si intrattiene sulle precauzioni da prendere per assicurarsi che la sezione del midollo sia

veramente totale. In 4 pazienti ha ottenuto il ripristino di una funzione vescicale quasi normale, ed in uno il ripristino di parecchi movimenti degli arti.

Dimostra il paziente, e fa osservare che, sia per la minzione, che per i movimenti dei muscoli degli arti, si tratta di movimenti volontari.

DOGLIOTTI. — Ha eseguito un intervento secondo Chiasserini modificandolo nel senso di suturare le radici motorie della cauda al capo periferico dei nervi intercostali. Osservò guarigione di un'ulcera da decubito e ritorno della funzione renale volontaria con percezione dello stimolo. Gli pare questo risultato indipendente dall'operazione.

ALESSANDRI. — Ringrazia il prof. Chiasserini per la bella comunicazione svolta che apre un nuovo orizzonte alla chirurgia.

Sed. ant. - 21 ott.
Presidenza: Prof. R. ALESSANDRI.

Proff. G. M. FASIANI e G. B. BELLONI (Padova) Relatori.

La chirurgia dei nervi cranici.

PARTE I. — CHIRURGIA DELLE VIE OTTICHE INTRACRANICHE.

Fanno oggetto della trattazione le lesioni suscettibili di trattamento chirurgico che possono interessare le vie nervose deputate alla funzione visiva, nel tratto che va dal canale ottico ai centri ottici primarî, vale a dire in sedi tali che l'aggredirle chirurgicamente implica l'apertura della scatola cranica.

Sono comprese nei limiti indicati strutture nervose appartenenti al terzo neurone visivo, e cioè il nervo dal canale ottico al chiasma, il chiasma, i tratti ottici.

I processi patologici che vengono presi in considerazione sono quelli traumatici o infiammatori o neoplastici capaci di interessare direttamente o indirettamente il terzo neurone visivo in un qualsiasi segmento del tratto sopra indicato.

Lesioni traumatiche. — Interessano sopratutto le lesioni del nervo ottico, che si determinano nelle fratture della base cranica e conducono ad amaurosi o ad ambliopia. Tali lesioni non sono rare, poichè si presentano nel 2-6 % delle fratture della base, e costituiscono una cifra non trascurabile (7 % secondo Vail), nel complesso delle atrofie ottiche: il loro numero è aumentato col moltiplicarsi degli accidenti di strada dovuti ai veicoli veloci che si accompagnano a urti frontali.

La lesione del nervo avviene quasi sempre nel breve tratto che è contenuto nel canale osseo, e tale localizzazione dipende da condizioni anatomiche: infatti in tale regione la guaina durale del nervo aderisce alle parti ossee del canale cui serve da periostio, mentre è legata da aderenze più o meno estese alla guaina aracnoideo-piale, e travate connettivali contenenti piccoli vasi si portano radialmente dalla dura alla pia per continuarsi nei setti del nervo ottico.

Ogni deformazione del lume del canale ottico e ogni spostamento in corrispondenza di una fessura della parete del canale stesso possono produrre una azione di compressione o di trazione sul nervo, o dare origine ad emorragie nel canale, nelle guaine, nel nervo.

È probabile che in un certo numero di casi alla frattura del canale si accompagni una grave contusione o uno schiacciamento del nervo, dovuto allo spostamento della parete del canale nel momento della frattura. In altri casi certamente la conseguenza dell'azione traumatica è rappresentata da rottura di vasi con versamento di sangue nel focolaio della frattura, o nella compagine del nervo, o negli spazi delle guaine.

Sulla importanza di questi ematomi e sopratutto di quelli delle guaine dell'ottico, vi è notevole dissenso fra gli oftalmologi: ma sembra abbia sempre valore l'opinione emessa molti anni or sono da Berlin, che l'ematoma della guaina o del nervo può produrre l'ambliopia o la amaurosi; che col riassorbimento dello stravaso può aversi il ripristino della funzione, ma talora il danno rimane definitivo.

Si distinguono amaurosi od ambliopie *immediate*, che possono essere causate sia dalla rottura del nervo che da una lesione vasale; *ritardate*, che insorgono alcune ore dopo l'accidente e sono le tipiche forme da emorragia; *tardive*, che insorgono dopo giorni o settimane e sono dovute o ad un callo osseo che comprime, o ad una aracnoidite.

Le condizioni nelle quali, di fronte ad una amaurosi o ad una grave ambliopia, un intervento chirurgico può venire discusso sono:

1) una scheggia ossea staccata esercita compressione; il riconoscimento di questa evenienza deve essere affidato alla radiologia;

2) il canale ottico si presenta, nel radiogramma, deformato (per spostamento delle pareti, per callo osseo); in tali casi si può considerare la possibilità che una liberazione del nervo nel canale ottico possa salvare almeno in parte la funzione;

3) un ematoma esercita compressione del nervo: in tale caso l'indicazione di intervento dovrebbe essere posta quando la esistenza dell'ematoma fosse certa, e mancassero invece dopo qualche tempo di attesa i segni del ripristino funzionale. Purtroppo l'accertamento dell'esistenza di un ematoma è assai difficile e finora raggiungibile soltanto in via di presunzione. Per la diagnosi di ematoma hanno importanza i seguenti elementi: la lieve entità del traumatismo, la comparsa del disturbo visivo alcune ore dopo l'accidente, la constatazione precoce di segni oftalmoscopici di stasi papillare.

Per il giudizio di ripristino spontaneo, si ritiene che debba considerarsi di esito incerto quando i primi segni non sono comparsi dopo la prima settimana;

4) a distanza più o meno lunga dall'accidente si manifestano segni di aracnoidite ottico-chiasmatica.

L'atto operatorio consiste nella demolizione della parete superiore del canale ottico (per via intracranica o per via orbitaria) quando si tratti di decomprimere il nervo nel canale stesso; nella esplorazione ottico-chiasmatica quando si tratti di una aracnoidite.

Lesioni delle vie ottiche da craniosinostosi patologica. — Nelle diverse malformazioni craniche dovute a precoce sinostosi di suture craniche, ma sopratutto in quelle conosciute sotto il nome di turricefalia o oxicefalia, si osservano non di rado alterazioni visive che si svolgono lentamente nel periodo evolutivo della alterazione cranica (fra i 2 e i 7 anni di età). Sul meccanismo di produzione di tali lesioni visive non vi è accordo fra i vari osservatori; ma è probabile che diverse siano le cause determinanti il danno delle vie ottiche. È certo che in alcuni rari casi vi è una stenosi del canale ottico; quando ciò possa venire accertato con la radiografia, un intervento chirurgico diretto ad aprire il canale osseo è pienamente giustificato.

In altri casi è verosimile che la lesione delle vie ottiche sia dovuta alla ipertensione intracranica,

dimostrabile attraverso alle prove manometriche e ai reperti radiologici: in tali circostanze può essere praticata una trapanazione decompressiva; e questa operazione sembra perfettamente logica, perchè modificando almeno in parte la rigida resistenza che la scatola cranica oppone allo sviluppo del cervello, si propone di impedire l'offesa alle vie ottiche o di arrestarla se ha già preso inizio.

In altri casi in fine si pensa (Behr-Schloffer) che il danno della funzione visiva sia causato da anomalo rapporto della carotide interna col nervo ottico con la conseguenza di una compressione esercitata da quella su questo; e si ritiene che un atto chirurgico possa impedirla, asportando il margine superiore del foro ottico e il tetto del canale ottico.

Alcuni dei tentativi finora compiuti hanno raggiunto un risultato felice; altri sono andati incontro all'insuccesso perchè la cura chirurgica intrapresa troppo tardi, quando già le lesioni delle vie ottiche erano definitive.

Si deve quindi affermare la possibilità di una cura chirurgica delle lesioni delle vie ottiche che si manifestano nella oxicefalia e nelle altre forme di craniosinostosi patologica: ma occorre assolutamente che il soccorso chirurgico arrivi in tempo, vale a dire nel periodo (del resto assai lungo) durante il quale i fatti della compressione si avviano e si completano.

È quindi opportuno che pediatri ed oftalmologi considerino questa possibilità e stabiliscano l'indicazione di trattamento chirurgico nelle fasi precoci del processo, e all'inizio delle manifestazioni del danno visivo. Periodo ideale deve essere considerato quello nel quale l'oftalmoscopio mostra i segni della stasi papillare.

Aracnoidite ottico-chiasmatica. — Con questo nome si intende un processo di infiammazione a tipo sieroso o a tipo produttivo che colpisce le meningi molli della regione, determinando ispessimenti e neoformazioni di tessuto aracnoideo e formazioni di raccolte cistiche; e perciò si distingue una *aracnoidite adesiva* e una *aracnoidite cistica,* pur notando che le sue forme sono sovente associate. Nella forma cistica, la lesione dominante è una meningite sierosa circoscritta della cisterna chiasmatica; nella forma adesiva si incontrano briglie e lamine che fissano alle parti vicine il nervo ottico e il chiasma, o un vero feltro aracnoideo diffuso che li inguaina.

La causa dell'aracnoidite è talvolta rappresentata da un traumatismo, e rappresenta verosimilmente la conseguenza delle reazioni della leptomeninge ai fenomeni emorragici e contusivi che lo accompagnano. Ma più frequentemente è conseguenza di processi infettivi locali e generali; fra i processi locali hanno predominante importanza quelli dei seni della faccia.

I Relatori hanno messo in evidenza estesi processi di aracnoidite ottico-chiasmatica in casi di atrofia ottica tabetica.

La diagnosi incontra notevoli difficoltà, che soltanto in alcuni casi potranno essere superate; sovente non sarà posta che in via di probabilità. Per questa sono utili i seguenti elementi:

1) negli antecedenti vi è un traumatismo del capo, o una cronica infiammazione dei seni della faccia;

2) l'inizio avvenne con diminuzione rapida della acutezza visiva;

3) la papilla ottica è pallida, oppure presenta una associazione di pallore e di edema che può essere limitato ai bordi;

4) il campo visivo è ristretto in modo concentrico, o presenta difetti a tipo emianopsico, con caratteri regolari, talvolta vi è scotoma centrale;

5) non vi sono modificazioni della sella turcica nè dei ventricoli.

Notevoli difficoltà si incontrano a differenziare il quadro della aracnoidite ottico-chiasmatica da quello dei tumori soprasellari e sopratutto del meningioma del tubercolo della sella.

È opinione generalmente accettata che, posta la diagnosi di aracnoidite ottico-chiasmatica, ne risulti indicazione di intervento allorchè i tentativi di cura medica siano riusciti infruttuosi.

L'atto chirurgico deve proporsi di scoprire la regione chiasmatica per via transfrontale, di aprire le raccolte cistiche asportandone quanto è possibile della parete, di separare e allontanare le formazioni a cordone o a lamina che circondano i nervi ottici e il chiasma, liberando completamente queste parti da ogni strettura.

La mortalità operatoria è piccola. I risultati finora registrati sono soddisfacenti poichè (a parte i casi nei quali si intervenne quando già le lesioni erano molto avanzate) si ottenne un miglioramento del *visus* oppure arresto nella progressione del danno. In generale si può dire che i risultati favorevoli sono tanto più frequenti ed importanti quanto meno avanzato era, al momento dell'intervento, il grado della lesione visiva. Le forme di aracnoidite cistica sono quelle che danno i risultati più brillanti.

Lesioni del nervo ottico da ateromasia della carotide interna e dell'oftalmica. — Gli intimi rapporti di contatto fra nervo ottico e ginocchio superiore della carotide interna e arteria oftalmica rendono agevolmente ragione della possibilità che un aumento di volume, di forma, di consistenza di tali vasi, determinato da un processo arteriosclerotico o aneurismatico, conduca ad una compressione del nervo fra il vaso e il margine del canale ottico. Ne consegue una progressiva circoscritta lesione del nervo che conduce lentamente alla atrofia. Il riconoscimento di tale evenienza si basa sopratutto su caratteristici aspetti radiografici di calcificazioni parasellari.

Per il trattamento di tali lesioni è stato proposto da Schloffer la liberazione del nervo ottenuto per mezzo della asportazione del margine superiore del foro ottico e del tetto del canale ottico. Ciò è stato fatto da Schloffer per la via intracranica, ma sembra più logico di seguire per quesi casi la via orbitaria, sembrando che quella intracranica sia particolarmente rischiosa per soggetti colpiti da sclerosi delle arterie cerebrali.

Aneurismi del poligono di Willis. — Questi aneurismi possono esercitare compressioni sul chiasma o sui nervi ottici e determinare lesioni a carattere progressivo. Il loro riconoscimento è oggi facilitato dalla radiografia e dalla arteriografia. Va facendosi strada il concetto della possibilità di utile trattamento chirurgico di tali lesioni, attraverso alle legature extra- od intracraniche dei vasi.

Tumori del nervo ottico e del chiasma. — Si tratta di tumori rari, in gran parte di natura gliomatosa, di fronte ai quali la chirurgia non può intervenire per salvare la funzione visiva; questo compito è possibile soltanto in casi eccezionali nei quali un tumore benigno prende origine dalle guaine.

La diagnosi incontra spesso gravi difficoltà: se il tumore ha interessato la parte intracanalicolare

dell'ottico, l'esame radiologico può portare un aiuto considerevole dimostrando una dilatazione ed una usura del canale osseo; anche la ventriculografia può fornire elementi utili di giudizio.

Sindromi visive nei tumori sellari e parasellari. — Di questi tumori così importanti dal punto di vista della chirurgia, viene trattata unicamente la sintomatologia visiva, perchè l'intero problema che li riguarda formerà oggetto di relazione per il prossimo Congresso.

Per lo studio di queste sindromi visive viene compiuto un tentativo di riordinare la complessa mole di osservazioni, seguendo nella classificazione non un criterio nosologico, ma un criterio topografico, essendo evidente che i diversi tipi di sindromi visive dipendono non tanto dalla qualità del processo morboso, quanto dalla sua sede di inizio e dalle modalità della sua evoluzione successiva. Vengono perciò indicate le sindromi visive tipiche dei tumori intrasellari, soprasellari (extra- ed intracerebrali) infrasellari, parasellari, presellari, retrosellari, segnalando per ciascuna sede i singoli tipi di tumore che possono presentarsi, e lasciando da parte tutte le variazioni che nel decorso di ciascun tumore sono possibili, in rapporto con accidentali spostamenti dalla sua sede di partenza.

a) *Tumori intrasellari.* — Sono rappresentati dall'adenoma ipofisario nei suoi vari tipi e dal tumore di Erdheim che in questa sede può avere il carattere del tumore della fessura di Rathke o dell'adamantinoma. La sintomatologia sellare per cui viene ad esercitarsi una compressione dal basso, della parte mediale dei nervi ottici e del margine antero-inferiore del chiasma.

Il disturbo visivo è rappresentato da diminuzione del *visus*, emianopsia bitemporale, scotoma centrale relativo, atrofia papillare semplice, preceduta da impallidimento bitemporale. Esso si svolge attraverso i noti 8 stadi di Walker e Cushing, per cui da una lieve depressione del campo temporale superiore, si arriva nel 4° stadio all'emianopsia bitemporale tipica, e quindi fino all'amaurosi dell'8° stadio. Il quadro oftalmoscopico della atrofia fu visto da Walker e Cushing istituirsi attraverso uno stadio preatrofico caratterizzato da papilla giallastra, lucente come cera, a margini netti. Il grado di atrofia non è in rapporto con le alterazioni campimetriche e con quelle del *visus*.

b) *Tumori soprasellari.* — Possono essere extra- ed intracerebrali.

I primi sono rappresentati ancora dall'adenoma ipofisario (originante della *pars tuberalis* dell'ipofisi), dal tumore di Erdheim del peduncolo ipofisario (adamantinoma), dal colesteatoma, dal glioma del chiasma, da tumori aneurismatici.

La sindrome morbosa è tipicamente rappresentata da quella che si accompagna al meningioma del tubercolo della sella, ossia, dal punto di vista oftalmologico, da atrofia ottica ed emianopsia bitemporale come nei tumori infrasellari. Il carattere differenziale è rappresentato dalla assenza di alterazioni della sella.

I tumori intracerebrali sono rappresentati dal tumore di Erdheim infundibulare e dai tumori del III ventricolo (cisti colloidi, ependimo- e coroidoblastomi, pinealomi, colesteatomi, cisti dermoidi, gliomi del setto pellucido, lipomi, tubercolomi). Questi tumori danno quasi costantemente edema papillare che può essere anche solo unilaterale. I difetti del campo visivo non sono caratteristici. Raramente si può osservare emianopsia bitemporale od anche emianopsia omonima.

c) *Tumori infrasellari.* — Adenomi dell'ipofisi, tumori dell'epifaringe o del seno sfenoidale che non oltrepassino il livello del diaframma sellare, appartengono a questo gruppo. Il quadro sintomatologico non comprende disturbi visivi.

d) *Tumori parasellari.* — Un adenoma ipofisario che si sviluppi oltre il diaframma sellare e lateralmente, oppure un aneurisma della carotide interna o della cerebrale media possono determinare una sindrome visiva la quale è tipicamente rappresentata dal meningioma dell'angolo sfenoidale. Essa consiste essenzialmente in una diminuzione del *visus* unilaterale o asimmetrica, per lo più associata ad atrofia papillare. I difetti del campo visivo consistono in disturbi a quadrante di vario tipo od emianopsia nasale, binasale, laterale omonima, orizzontale.

e) *Tumori presellari.* — Sono rappresentati dal meningioma della doccia olfattoria di cui il quadro visivo tipico è la sindrome di Foster Kennedy (nevrite retrobulbare e poi atrofia ottica dal lato del tumore, papilla da stasi controlaterale). Oltre allo scotoma centrale l'esame del campo visivo può in qualche caso dimostrare un restringimento concentrico o un difetto a quadrante.

f) *Tumori retrosellari.* — Sono rappresentati da teratomi tra i quali il cordoma del *clivus* che può, spingendosi in avanti, determinare una sindrome chiasmatica ovvero la compressione del tratto ottico.

Tecnica dell'esplorazione ottico-chiasmatica. — L'operazione, da eseguirsi in anestesia locale e col taglio estetico di Frazier, si compie dopo aver sollevato un opercolo osseo fronto-parieto-temporale a base inferiore, aperta anteriormente la dura madre e sollevato il lobo frontale. Si pone così in evidenza da prima il nervo ottico dal lato operato, poi il chiasma e infine il nervo ottico dell'altro lato. Le manovre intracraniche e sopratutto quelle necessarie per il sollevamento del lobo frontale, devono essere caute e delicate per evitare ogni insulto al tessuto nervoso. Soltanto in alcuni casi (meningiomi della doccia olfattoria), sarà opportuno amputare il polo frontale per avere strada sufficiente. La riparazione successiva avverrà, dopo riparazione del lobo frontale, coll'abbassamento, dell'opercolo osseo e la sutura in strati. Le più temibili complicazioni sono quelle dovute a lesioni della regione infundibulare e quelle causate da ematomi; importante è riconoscere la formazione di un ematoma per provvedere tempestivamente.

Tecnica dell'apertura del canale ottico per via intracranica. — Comprende in primo tempo i procedimenti della esplorazione ottico-chiasmatica, poi quelli particolari della demolizione del tetto del canale ottico. Questa demolizione può essere fatta con piccolo scalpello e martello o con la fresa elettrica. Sarà opportuno in alcuni casi aprire la guaina durale del nervo.

Tecnica dell'apertura del canale ottico per via orbitaria. — In anestesia locale, dopo incisione arcuata sopracigliare, si scolla il periostio dal tetto dell'orbita e si abbassa il bulbo seguendo in profondità l'angolo diedro formato dalla parete superiore con quella mediale dell'orbita, e guidandosi lungo la sutura fronto-etmoidale. Raggiunto il canale ottico si apre in sua vicinanza il tetto dell'orbita con lo scalpello o con la fresa, e si procede poi a piccoli tratti fino a demolizione completa del tetto del canale e del margine superiore del foro ottico.

(*Continua*). P. VALDONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Complicazioni encefaliche della malattia serica.

Si può dire che non vi sia regione del sistema cerebro-spinale o vegetativo la cui lesione non sia stata, se non provata, per lo meno sospettata nel corso degli accidenti serici. Meno note sono le complicanze encefaliche, onde Roger e Païllas (*Paris Méd.*, n. 40, 3 ottobre 1936) ritengono utile una messa a punto di questo argomento. Essi distinguono: paralisi dei nn. cranici; accidenti cerebrali nel corso di una partecipazione nervosa generalizzata, e manifestazioni encefaliche isolate.

Le paralisi isolate dei nn. cranici sono abbastanza poco numerose: ci si può domandare sempre se non si tratti di accidenti encefalici o di nevriti sieroterapiche. Le osservazioni pubblicate non sorpassano la diecina. Vi sono due casi di nevrite ottica, delle lesioni dei nervi motori oculari, un paio di casi di paralisi facciale di tipo periferico, è stata segnalata una sindrome di Ménière sebbene il caso sia alquanto strano, e infine un certo numero di paralisi del X° o del pneumo-spinale sono state, con più o meno evidenza, attribuite a un'origine serica. È stata ancora segnalata una lesione del ricorrente di sinistra; e in alcune lesioni estese si è potuta riscontrare al laringoscopio la paralisi dei nn. crico-tiroidei.

Le manifestazioni encefaliche nel corso di forme nervose generalizzate: sono state segnalate una paresi dei due retti esterni in un malato colpito da quadriplegia flaccido-spastica (cioè quadriplegia flaccida con dolori alla pressione delle masse muscolari, segno di Babinski e di Oppenheim a destra).

In un caso di mielite sieroterapica si riscontrò una trisma che per analogia con ciò che si ha nelle complicanze nervose da malattie esantematiche e postvacciniche si potrebbe attribuire a diffusione bulbare dell'azione serica ma ciò è troppo dubbio per poterlo affermare. In un caso si ebbe una diplegia facciale associata a paraplegia flaccida. Vanno poi ricordati vari casi di malattia di Landry di origine serica che si associarono, volta a volta, a disturbi bulbari, respiratori, cardiaci, della deglutizione; a paralisi facciale; a paralisi oculari; a nuca ballante: indizi certi di diffusione del processo morboso all'encefalo.

Vi son poi le *encefalopatie seriche isolate*: nel quale capitolo bisogna distinguere un gruppo riguardante i disturbi motori, ed un altro dei disturbi psichici.

Sono noti cinque casi di emiplegie postsieroterapiche compreso uno inedito degli AA. Queste emiplegie seriche non presentano alcuna particolarità notevole clinicamente: sono delle lesioni brusche che sopraggiungono nel corso di manifestazioni febbrili o di urticarie intense: in qualche caso si ha esito letale brusco; in altri, per lo più l'evoluzione è favorevole sebbene spesso assai disturbata dalla afasia.

Meno probative sono le altre manifestazioni: è stata descritta una osservazione di movimenti coreici, e in alcuni casi dei fatti di tipo cerebellare. Circa le turbe psichiche, è noto lo stato di angoscia, di agitazione e talora di delirio che si produce in certe occasioni e che si identifica in parte con uno stato di choc. Nel corso della malattia da siero si nota quasi sempre una instabilità ed irritabilità psichica abbastanza speciale. Nelle forme più gravi si ha vero delirio confuso e sistematizzato. In alcuni casi, rari, furono segnalate vere psicopatie sistematizzate. L. Tonelli.

Il fattore ereditario nella predisposizione verso le affezioni pneumococciche del polmone.

Analizzando l'anamnesi famigliare di un caso di polmonite seguita da empiema e che ha avuto esito mortale, H. Killian (*Klin. Wochenschr.*, 10 ottobre 1936) ha potuto costatare negli ascendenti dal lato paterno una notevole frequenza di affezioni pneumoniche; la madre del p. era pure stata affetta da malattia polmonare di probabile natura tubercolare contratta verosimilmente dal primo marito, nella cui ascendenza si notavano numerosi casi di tbc. polmonare. L'A. fa notare inoltre che i genitori del paziente era consanguinei (cugini).

L'A. ritiene che il terreno costituzionale del p. ha favorito la maggiore virulenza dell'infezione pneumococcica (la moglie del p. ammalatasi contemporaneamente di una forma analoga guariva perfettamente).

A conferma della propria opinione l'A. cita un'osservazione di Pearl riguardante la predisposizione famigliare verso le affezioni pneumococciche; negli ascendenti dal lato paterno dominava la tbc. mentre in quelli dal lato materno altre malattie polmonari. Dei tredici figli sette morirono di polmonite, due erano affetti da tbc. polmonare.

Nelle sue conclusioni l'A. richiama l'attenzione sulla importanza del fattore ereditario anche nel caso di malattie acute e sulla possibilità che la consaguineità dei coniugi possa ancora accentuare tale predisposizione morbosa nei discendenti. S. M.

I disturbi gastrici nelle appendiciti croniche.

I disturbi digestivi nelle appendiciti croniche sono ben noti, specie per i chirurghi; ciò nonostante non sarà male ricordare che Duchet-Suchaux (*Journal des Practiciens.*, 3 ottobre 1936), dopo avere citato minutamente un caso personale, fa delle interessanti osservazioni. Da queste risulta degno di nota il fatto che l'esame radiologico può in questi casi mentire delle lesioni organiche dello stomaco. Si deve quindi essere molto prudenti e riservati nelle interpre-

tazioni dei radiogrammi. Nel caso dell'A. il bulbo duodenale presentava un punto particolarmente ristretto sul quale coincideva un dolore netto alla pressione.

Non era proprio la nicchia ma ve ne era abbastanza per sospettare fortemente un'ulcera. Orbene questo quadro radiologico scomparve dopo l'appendicectomia. Non bisogna invece lasciarsi influenzare dal fatto che i dolori e i disturbi possono persistere dopo l'operazione. Gli spasmi possono prolungarsi anche dopo. Occorre istituire una cura antispastica con belladonna e onde corte. Solo dopo cura adeguata medica si avrà la guarigione. L. TONELLI.

Vitamina A nella cura locale delle ferite.

Nel 1934 S. Sandor, in collaborazione con Z. Horn, riferì sui risultati della cura delle ferite recenti e di quelle infette con vitamina A.

Il Sandor ritorna ora sull'argomento (*The Lancet*. 26 settembre 1936). Egli volle adoperare questa cura spinto dal fatto che nei casi di deficienza di vitamina A è anche ridotta la resistenza alle infezioni.

In ogni ferita i tessuti possono essere incapaci di utilizzare la vitamina A anche se essa è sufficientemente fornita dall'organismo.

Certamente la deficienza di altre vitamine (B, C, D) non ha influenza sulla guarigione delle ferite come invece succede per la vitamina A.

L'A. si serve della vitamina A disciolta in olio di oliva o in olii animali. L'adopera nelle ferite prima di suturarle e nelle scottature (la medicatura si può lasciare in sito per parecchi giorni), come pure nelle ferite purulente, nella cistite tubercolare, nell'eczema e nelle ulcerazioni delle palpebre, nelle lesioni della conca e della congiuntiva.

L'A. raccomanda questo metodo perchè nella chirurgia settica accelera la guarigione anche quando si tratta di lesioni di vasta estensione.

R. LUSENA.

Effetti coagulanti ed emostatici dell'alcool ottilico primario nelle sindromi emorragiche.

Constatato che, in linea generale, i corpi che abbassano la tensione superficiale (tensionegativi) esercitano sul sangue un'azione coagulante, A. Clerc, J. Sterne, J. Delamare e R. Paris, (*La Presse Médicale*, n. 87, 28 ottobre 1936) hanno condotto le loro ricerche sull'alcool ottilico primario, il quale, al contrario della maggior parte delle sostanze tensionegative, non ha alcuna azione emolitica.

Gli AA. riferiscono dieci casi in cui esisteva un allungamento del tempo di coagulazione o del tempo di emorragia accompagnato da una sindrome emorragica, nei quali hanno praticato iniezioni endovenose di 15 cc. di una soluzione satura di alcool ottilico in alcool etilico al 10 %, poichè la soluzione acquosa satura di alcool ottilico non dà risultati soddisfacenti.

Con questo metodo, completamente innocuo, gli AA. hanno ottenuto nove volte su dieci un abbreviamento del tempo di coagulazione notevole e rapido ed una volta su dieci diminuzione del tempo di emorragia. Contemporaneamente hanno ottenuto scomparsa dei fenomeni emorragici gravi senza però che i disturbi estranei alla sindrome emorragica fossero influenzati. Gli AA. si propongono, in successive ricerche, di chiarire il modo di azione del medicamento. Tuttavia lo consigliano negli stati emorragici e come preventivo in alcuni interventi chirurgici. F. TOSTI.

Nei fenomeni dolorosi delle vie urinarie.

E. Schneider (*Mediz. Klinik*, 11 settembre 1936) consiglia:

1) Nelle coliche renali a diagnosi bene accertata:

Idroclorato di morfina	cg. 2
Atropina	mg. 5
Acqua distillata	cmc. 1
Oppure:	
Idroclorato di morfina	cg. 2
Papaverina	cg. 8
Acqua distillata	cmc. 1

La iniezione va eventualmente ripetuta dopo 4 ore.

2) Nelle contrazioni vescicali dolorose:

Pantopon	cg. 20
Burro di cacao	g. 20
m. f. suppositori	n. 10

EPIDEMIOLOGIA.

Significato di un'epidemia di dengue.

T. H. D. Griffitts e H. Hauson (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 3 ottobre 1936) hanno fatto una comunicazione su questo argomento alla Sez. di Medicina preventiva e industriale e d'igiene pubblica all'87ª Sessione Annuale dell'American Medical Association a Kansas City.

La *dengue* è una malattia acuta febbrile, dovuta a un germe filtrabile che è costante nel circolo periferico nel periodo febbrile. La malattia è trasmessa da una sola specie di zanzara, l'Aëdes aegypti, negli Stati Uniti, mentre nelle Filippine oltre che da questa specie è trasmessa anche dall'Aëdes albopictus.

Le ricerche di Simmons, St. John e Reynold hanno dimostrato che per almeno 9 giorni dopo essersi nutrita di sangue infetto l'Aëdes aegypti, non è infettante, mentre diventa infettante circa 12 giorni dopo e si mantiene tale per tutta la vita purchè la temperatura non scenda sotto i 18°.

Quest'insetto punge di giorno e preferisce non andare all'aperto. Per trasmettere la malattia deve pungere un malato nelle prime 48 ore dall'inizio della febbre. Dopo 12 giorni può infettare altri uomini; nei quali l'incubazione è di 4-10 giorni.

L'immunità provocata da un attacco di dengue dura pochi anni. A Galveston nel Texas ci fu nel 1917 un'epidemia che colpì il 50 % della popolazione e solo cinque anni dopo una nuova epidemia colpì il 60 % della popolazione.

Le prime epidemie che si ricordino furono al Cairo e a Batavia nel 1779 e fino a quell'epoca dengue e febbre gialla si confondevano.

La rapidità di diffusione della dengue si può paragonare solo a quella dell'influenza.

Non è vero che la dengue non sia una malattia mortale: nell'epidemia di Atene del 1928 su 239.000 casi si ebbe mortalità del 32,6 %; al Pireo la mortalità fu del 29,7 %.

L'ultima epidemia negli Stati Uniti Meridionali fu nel 1922. Nel 1934 ce ne fu un'altra a Miami.

Fu provata la facilità di trasportare a grandi distanze per areoplano l'Aëdes aegypti. Probabilmente quest'epidemia della Florida proveniva dal Brasile. R. Lusena.

MEDICINA SCIENTIFICA

Effetti sulla milza della legatura dei vasi venosi splenici.

Allo scopo di osservare fino a qual punto la conformazione anatomica della milza permette all'organo di contenere una quantità di sangue maggiore del normale e come in condizioni di stasi provocata si comportano e reagiscono i vari costituenti anatomici della milza stessa, A. Geracitano (*Folia Medica*, 15 aprile 1936) ha eseguito l'allacciatura con seta dei vasi venosi splenici di alcuni cani.

Il primo fenomeno che ha colpito l'attenzione dell'operatore è stato l'immediato e progressivo aumento di volume della milza via via che procedeva nella legatura dei vasi venosi; nello stesso tempo l'organo diminuiva di consistenza. Questo fatto va spiegato con le attuali conoscenze sulla speciale conformazione del sistema circolatorio della milza: in essa esiste una doppia circolazione, l'una chiusa tra capillari arteriosi e seni venosi; l'altra aperta costituita da una parte dei capillari arteriosi che si aprono nel tessuto reticolare della polpa ove il sangue si raccoglie e ristagna in notevole quantità.

Gli animali, che sopportarono tutti bene l'intervento, vennero sacrificati dopo un vario numero di giorni: la milza apparve in alcuni di essi di volume normale, in altri aumentata di volume. Al taglio, la superfice dell'organo era congesta.

L'esame istologico dei preparati allestiti fece costantemente rilevare la presenza di globi giallo-bruni o rossastri e di grani bruni o bruno-rossastri, dotati di particolari proprietà in rapporto a varii reagenti chimici e sostanze coloranti.

Un esame di confronto su sezioni di milza di cane normale dimostrò anche in esse la presenza di qualche globo giallo-bruno o rossastro e di granuli che però differivano dai precedenti per il loro numero più scarso, per il loro colorito meno scuro e per il carattere ottico della mancanza di birifrangenza alla luce polarizzata.

Ne conclude l'A. che i globi e i grani riscontrati nelle milze degli animali operati, rappresentano uno degli effetti dell'intervento stesso. Si tratterebbe di prodotti metamorfici di emoglobina: infatti essi hanno dato la reazione del ferro nettissima ed hanno dato luogo alla formazione di cristalli di Teichmann.

Le altre alterazioni riscontrate nelle varie sezioni delle milze furono: forte replezione dei vasi e succulenza dei corpuscoli di Malpighi che apparivano ingranditi per un maggior numero di elementi. Il tessuto fibrillare collageno apparve aumentato dopo un mese dalla legatura dei vasi venosi, senza però ispessimento delle trabecole. Non alterazioni degli elementi cellulari, non presenza di megacariociti.

Gli effetti della stasi sanguigna furono certamente limitati dal rapido ristabilirsi del circolo venoso collaterale.

L'A. infine osserva che i caratteri presentati dalla milza dei cani in seguito alla stasi sanguigna provocata, potrebbero, riportati a quelli che presentano le splenomegalie da stasi, trovare applicazioni nello studio diagnostico della natura delle dette splenomegalie.

F. Vicentini.

POSTA DEGLI ABBONATI

Depurazione chimica dell'acqua — Al dott. G. B. G., da Sfax:

Il metodo generalmente più consigliabile anche per una cisterna è il cloro, sotto forma di cloruro di calce o di ipocloriti di sodio o potassio. La quantità va determinata caso per caso. Bastano di solito dosi basse (corrispondenti a circa mezzo grammo di un buon cloruro di calce per mc. di acqua), che non alterano i caratteri organolettici. Nel caso speciale della cisterna, però, si ha l'inconveniente che l'acqua vi è stagnante e manca quindi il rimescolìo che oltre a diffondere rapidamente il depurante nell'acqua, sembra ne aumenti l'efficacia. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Atti V Congresso regionale della Federazione Italiana Nazionale Fascista Lotta contro la Tubercolosi, Venezia, 1935.

R. F. Vaccarezza y R. Ferreti. *Sobre la inseguridad del diagnostico radiologico del lobulo pulmonar inferior accesorio.* — Ed. A. G. Buffarini, Buenos Aires, 1935.

R. Bettica. *La Pediatria in Gerolamo Mercuriale.* — Tip. Concezione Moderna, 1935.

A. Simili. *Osservazioni comparative e critiche sull'azione di alcune sostanze ipotensive.* — F. Vallardi, Milano, 1935.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Osservazioni pratiche circa i rimedi giuridici.

Quali provvedimenti sono *definitivi?* Questa domanda un tempo era imbarazzante. Ora si può rispondere bene. Ma può sembrare poco interessante ai lettori di questa Rivista. Vedremo che non è così. Già i sanitari sono discretamente esperti nel campo giuridico, almeno in quello meno oscuro e talvolta misterioso; comunque, siano più o meno esperti, per studio o esperienze, devono spesso orientarsi sollecitamente, senza guida di tecnici, almeno in primo tempo, quando un provvedimento leda o si ritiene che offenda un loro interesse e debbano agire entro termini perentori. Ecco la ragione pratica di questa nota, limitata a identificare i provvedimenti dal punto di vista della *definitività*, agli effetti del rimedio giuridico. Non considero, quindi, l'atto preparatorio o definitivo dal punto di vista della sua formazione, in quanto cioè sia perfezionato per effetto del concorso di tutte le autorità che devono partecipare alla formazione della volontà dell'ente, valida ed esecutiva. Considero anzi il provvedimento già perfezionato ed eseguibile; e la definitività è qui intesa nel senso della impugnabilità in sede giurisdizionale, perchè è regola generale che gli atti non definitivi sono soggetti a reclamo gerarchico e si può ricorrere in sede giurisdizionale soltanto contro il provvedimento dell'autorità gerarchica. Si vede subito che la quistione è importante, perchè l'errore — specialmente se non sia scusabile — può determinare la perdita irreparabile del diritto.

Anteriormente ai testi unici 1934, n. 383 (legge com. e prov.) e n. 1265 (leggi sanitarie) l'orientamento non era facile nè in astratto nè in concreto. Il ricorso gerarchico era previsto soltanto dall'art. 3 della legge 10 marzo 1865, allegato *E*, e in altre disposizioni sparse in leggi speciali; ma non aveva una disciplina organica e completa. Vi erano provvedimenti espressamente qualificati definitivi; altri avevano una condizione incerta. La giurisprudenza fissò questo criterio direttivo, discretamente utilizzabile: sono definitivi i provvedimenti di autorità governative gerarchicamente inferiori soltanto se o dichiarati tali dalla legge, espressamente, o emanati nella sfera di esclusiva competenza delle autorità stesse, per attribuzione derivante direttamente dalla legge; sono invecé soggetti a reclamo gerarchico tutti gli altri provvedimenti che, non qualificati espressamente definitivi, sono stati emanati da autorità inferiori nell'esercizio delle loro attribuzioni gerarchicamente ordinate.

Ma queste direttive non erano spesso sufficienti. Gli art. 5 e 347 del testo unico 1934, n. 383, hanno stabilito regole chiare. Le deliberazioni dei Comuni, delle Provincie e dei Consorzi, rese efficaci dal Prefetto o dalla G. P. A., sono definitive; contro di esse, quindi, si ricorre direttamente alla giurisdizione amministrativa (G. P. A. o Consiglio di Stato, a seconda delle rispettive competenze). Gli atti invece del Prefetto e della Giunta che *non approvano o annullano* le deliberazioni degli enti suddetti *non sono definitivi;* contro di essi è, quindi ammesso ricorso in sede gerarchica al Ministero competente. Esempio: il Podestà delibera di nominare tizio in base a concorso; il Prefetto rende esecutiva la deliberazione; caio, concorrente deluso, se ritenga illegittima la deliberazione, deve ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, essendo definitiva la deliberazione del Podestà, resa esecutiva dal Prefetto. Se, invece, la deliberazione non sia stata approvata, e, quindi, *l'atto negativo* del Prefetto offenda l'interesse del concorrente nominato, questi deve agire contro tale provvedimento mediante ricorso gerarchico e poi eventualmente, in sede giurisdizionale contro l'atto del Ministero. Queste regole, come ho detto, sono chiare. Possono però derivarne interferenze e complicazioni quando, per es., il Prefetto non abbia approvato la deliberazione di nomina, l'interessato abbia ricorso in sede gerarchica contro l'atto negativo del Prefetto e, frattanto, il Podestà deliberi la nomina di un altro concorrente con atto approvato dal Prefetto, sicchè contro la nuova deliberazione lo stesso interessato debba ricorrere in sede giurisdizionale. Si hanno così due rimedi innanzi ad autorità diverse per la medesima finalità generica, e con la possibilità teorica di risoluzioni contraddittorie. Ma non è il caso di insistere ora su questa complicazione. Interessa, invece, precisare le regole direttive.

Sin qui ho considerato gli atti degli enti autarchici, approvati o non dal Prefetto o dalla G. P. A.

Relativamente ai provvedimenti degli organi gerarchici, la norma generale è questa: se la legge non disponga diversamente, contro gli atti delle autorità governative inferiori è ammesso ricorso in via gerarchica alle autorità superiori. Di questa regola, risultante dall'art. 5 del citato T. U. 1934, n. 383, fa applicazione, come si è visto, l'art. 343 relativamente agli atti del Prefetto e della G.P.A. che non approvano la deliberazione degli enti autarchici.

Il termine per il ricorso gerarchico è di giorni trenta dalla data della notificazione o comunicazione amministrativa, o da quando l'interessato abbia avuto comunque piena co-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

(*Seguito*: **Politica-Sanitaria e Giurisprudenza**): gnizione del provvedimento e questa risulti positivamente accertata.

Non è necessaria la notificazione a cura della parte ricorrente. Ma l'autorità gerarchica adita, qualora non creda di comunicare d'ufficio il ricorso ai controinteressati, ordina che ne sia eseguita la notificazione a cura del ricorrente.

Spesso accadeva che, prodotto il ricorso gerarchico, la risoluzione ritardasse eccessivamente. Il ricorrente era disarmato contro l'inerzia. E gli inconvenienti erano gravi. La legge ora provvede ad evitare questa paralisi temporanea: trascorsi 120 giorni dalla presentazione del ricorso, senza che l'autorità competente abbia provveduto, il ricorrente può chiedere, con istanza ad essa notificata, che il ricorso venga deciso. Trascorsi 60 giorni dalla notificazione di questa istanza, senza che sia intervenuta decisione, il ricorso si intende respinto e, quindi, l'interessato può ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale contro il provvedimento negativo.

Analogamente all'art. 5 del T. U. 1934 per la legge com. e prov., l'art. 357 del T. U. delle leggi sanitarie dispone che i provvedimenti del Podestà, in materia sanitaria, sono soggetti a ricorso gerarchico al Prefetto, il quale decide definitivamente; e contro i provvedimenti del Prefetto è ammesso ricorso al Ministero. Si badi, però, che l'art. 357 si riferisce ai provvedimenti del Podestà, ufficiale del Governo, gerarchicamente dipendente dal Prefetto. In quanto egli deliberi come capo dell'amministrazione comunale, ente autarchico, i suoi atti, divenuti esecutivi, sono definitivi.

Cronaca del movimento corporativo.

Sulla limitazione delle pubblicazioni.

L'on. Pavolini, presidente della Confederazione Fascista dei Professionisti e Artisti, in data 19 ottobre 1936-XIV, ha diretto ai Segretari dei Sindacati Nazionali e ai Presidenti delle Unioni Provinciali, la seguente circolare:

Qualche Associazione sindacale si è rivolta al Ministero delle Corporazioni per conoscere se, in conseguenza della cessazione del regime sanzionista, possono essere ripristinate le pubblicazioni che furono, com'è noto, ridotte o soppresse.

In conformità alle istruzioni ricevute dal Ministero e dato che:

1) le attuali condizioni generali dell'economia nazionale rendono necessario che sia ancora mantenuta la limitazione delle pubblicazioni;

2) detta situazione economica, anche in relazione a particolari aspetti della economia mondiale, consiglia di evitare rigorosamente ogni ragione di nuove spese non strettamente necessarie;

invita le SS. LL. a tener stretto conto, per la parte che eventualmente le riguardi, delle precise disposizioni emanate dal Ministero delle Corporazioni a seguito, in particolare, del decreto del Capo del Governo del 25 dicembre 1935-XIV.

Nuove tariffe per le prestazioni cliniche nell'Università di Roma.

Lo sviluppo continuo delle attività negli Ambulatori universitari e il prestigio che questi hanno saputo acquistarsi, in Roma, avevano provocato una non gradita e non voluta concorrenza fra le prestazioni cliniche dell'Università e quelle dei professionisti liberi e delle cliniche private. Ma le tariffe applicate nelle nostre Cliniche, gabinetti di analisi ecc. erano, non solo eccessivamente basse nei confronti cui sopra abbiamo accennato, ma perfino differenti da clinica a clinica.

Si era reso, perciò, necessario stabilire nuove tariffe che fossero uniche per tutti gli ambulatori e tenessero anche conto dei prezzi praticati fuori dell'Università a coloro che non avessero diritto a prestazioni gratuite.

I criteri che hanno regolato tale modifica sono esposti in una lettera circolare che il Rettore Magnifico ha inviato ai direttori delle cliniche. Si vedrà come per gli ammalati semi abbienti le quote minime siano quelle nazionali — ridotte del 50 % — stabilite dal Sindacato competente. Per i malati abbienti, invece, le tariffe minime saranno non inferiori al doppio di quelle per i semi-abbienti.

Tariffa delle prestazioni sanitarie per coloro i quali sono sprovvisti della tessera di povertà e che si trovano in disagiate condizioni economiche e che andrà in vigore in tutti gli ambulatori con il 1° giugno:

Reparto medicina: visita semplice L. 6; iniezioni ipodermiche L. 3; esame dello sputo per bacillo Koch L. 9; esame chimico e microscopico urine L. 9; iniezioni endovenose (esclusi gli arsenobenzoli) L. 9; arsenobenzoli L. 18.

Reparto chirurgia: visita semplice L. 6; piccole operazioni di ambulatorio da L. 30 a L. 60; medicazioni successive: l'una L. 6;

Reparto ostetrico-ginecologico: visita semplice L. 6; interventi da ambulatorio da L. 30 a L. 60; semplici medicazioni successive: l'una L. 6.

Reparto otorinolaringoiatrico: visita semplice L. 6; interventi da ambulatorio da L. 30 a L. 60; semplici medicazioni successive: l'una L. 6.

Reparto oculistico: visita semplice L. 6; interventi da ambulatorio da L. 20 a L. 50.

Reparto diatermia fisica: diatermia L. 12; correnti elettriche (galvanica e faradica) L. 9; raggi ultravioletti L. 12; raggi infrarossi L. 12.

Reparto radiologia: esame radioscopico del torace L. 24; esame radiologico del torace (compresa la radiografia) L. 50; esame radiologico dell'apparato digerente L. 120.

(Da « Vita Universitaria », n. 1).

CONCORSI.

L'ammissione dei sanitari richiamati ai concorsi per le condotte.

Con decreto pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », le disposizioni del R. decreto-legge 16 dicembre 1935 a. XIV, n. 2172, convertito nella legge 20 aprile 1936-XIV, n. 811, contenente norme provvisorie per l'ammissione dei sanitari richiamati alle armi ai concorsi a posti di medico e di veterinario condotto, cessano di avere effetto, a partire dalla data di entrata in vigore dell'allegato decreto e riprendono vigore le disposizioni dell'art. 34 del regolamento approvato con R. decreto 11 marzo 1935-XIII, n. 281, anche per i concorsi a posti di medico e di veterinario condotto già banditi e non ancora espletati.

Concorsi universitari.

Il Supplemento al N. 237 della « Gazzetta Ufficiale » 12 ottobre 1936, reca il Decreto del Capo del Governo 3 ottobre 1936-XIV, colla « Autorizzazione all'espletamento dei concorsi durante l'anno 1937-XV per pubblici impieghi e colla approvazione dell'elenco riassuntivo dei Concorsi medesimi ». Nella parte spettante al Ministero dell'Educazione Nazionale sono segnati per le RR. Università degli Studî 150 posti di professore straordinario, gruppo A-7.

POSTI VACANTI.

BARI. *Consorzio Prov. Antitubercolare Vittorio Emanuele III.* — Concorso, per titoli ed esami, al posto di Direttore della Sezione Dispensariale di Andria; L. 9000 lorde; 4 quinquenni del decimo. Limite di età: anni 40. Scadenza: ore 12 del 15 dicembre 1936. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia).

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Scad. 1 dicembre. Sono riaperti i termini per l'ammissione al concorso per esami per la nomina di 60 Assistenti medico-chirurghi. Età massima, alla data del 23 ottobre, anni 30 s. e. l. Tassa di concorso L. 50. Domande e documenti alla Segreteria del Pio Istituto. Chiedere copia del bando.

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.* — È aperto un concorso per esami a centocinquanta posti di Medico Assistente presso gli ospedali sanatoriali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Scad. 15 dicembre. Chiedere annunzio alla Direzione Generale dell'Istituto (Servizio personale) in Roma, via Minghetti 22. Età limite 35 anni al 25 ottobre. Stip. L. 9114, aggiunta di famiglia, alloggio (o assegno).

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.* — Il termine di presentazione delle domande di ammissione al concorso per titoli e per esami a Medico presso l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, concorso che era stato sospeso, è prorogato al 15 dicembre 1936-XV e il numero dei posti messi a concorso è elevato da quindici a venticinque. Chiedere avviso di concorso alla Direzione Generale dell'Istituto (Servizio personale) in Roma, via Minghetti 22. Età limite 35 anni al 30 settembre. Stip. L. 24.000 e aggiunta di favore. Non è consentito l'esercizio professionale privato.

CONCORSI A PREMI.

« Premi Wassermann » delle Assise Italiane di Medicina Generale.

Le Assise Italiane di Medicina Generale hanno istituito per il 1937 tre premi da mille lire. Ogni premio verrà assegnato al medico-condotto e membro delle Assise di Medicina, che avrà data la migliore risposta ad uno dei tre temi annuali di inchiesta.

Per informazioni, rivolgersi alla Segreteria Generale delle Assise Italiane di Medicina, presso la R. Clinica Medica, via F. Sforza 35, Milano.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il « Bollettino Militare » reca la seguente promozione riguardante l'on. Chiurco, tenente medico, al quale è consentito l'avanzamento straordinario per meriti eccezionali, con la motivazione: « Benemerito della Causa fascista, deputato per due Legislature, direttore dell'Istituto di patologia chirurgica della R. Università di Siena, durante la guerra contro l'Abissinia ha organizzato sapientemente l'ospedale chirurgico N. 185 da lui diretto, svolgendo preziosa opera assistenziale verso i militari feriti e verso le popolazioni locali civili, con resultati efficacissimi nei riguardi della propaganda e della penetrazione in A. O. — 4 dicembre 1935 - 15 maggio 1936-XIV ».

All'on. Chiurco vivissime congratulazioni.

Il prof. Alessandro Alessandrini è incaricato dell'insegnamento dell'igiene nella Facoltà di Farmacia dell'Università di Roma.

Ce ne compiacciamo con l'insigne studioso.

Il prof. Giuseppe Pollaci, che con tanta competenza ha retto l'ufficio di medico capo del Comune di Palermo, è stato insignito della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti sentiti.

Il dott. Mario Marinacci, medico governativo al Policlinico Umberto I di Roma, su proposta di S. E. il Capo del Governo, è stato nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti cordiali.

POSTA AMMINISTRATIVA

Modificazioni sulla fascetta di spedizione:

Dovendosi quanto prima approntare il rifornimento delle fascette per la spedizione dei fascicoli del "Policlinico,, agli abbonati, l'amministrazione prega coloro che desiderano apportarvi correzioni, aggiunte, ecc. di volerne dare sollecita comunicazione, mediante cartolina postale affrancata con 30 centesimi, applicandovi possibilmente copia della fascetta con le varianti desiderate.

L'editore L. POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

NOTIZIE DIVERSE

Convegno italiano sul reumatismo e sul ricambio.

Per accordi intervenuti tra il Comitato Italiano contro il reumatismo ed il Gruppo Italiano per lo studio del ricambio, si terrà una riunione in comune a Milano nella primavera del 1937. Saranno discussi nelle sedute i seguenti temi, che sono stati affidati ai relatori indicati: « Poliartrite cronica primitiva »: etiopatogenesi, anatomia patologica e clinica: sen. prof. F. Micheli, prof. A. Robecchi; diagnosi radiologica: prof. M. Lupo; cura medica: prof. A. Lunedei; cura ortopedico-chirurgica: prof. R. Galeazzi; « Patologia e clinica della gotta »: prof. O. Cantoni.

Per adesioni e informazioni rivolgersi alla R. Clinica Medica, via F. Sforza 35, Milano.

Al Policlinico di Bologna.

Durante la sua recente permanenza a Bologna, il Duce si è recato alla R. Università. Al Policlinico ha visitato la Clinica ostetrica, diretta dal prof. Bacialli, la Clinica medica, diretta dal sen. Viola e quella chirurgica, diretta dall'on. Raffaele Paolucci. Qui, nell'anfiteatro, ai giovani medici e agli infermieri che formarono in terra d'Africa l'autoambulanza Paolucci, Mussolini ha rivolto brevi parole dicendo: « Avete avuto il privilegio di lavorare per l'Impero; è stata per voi una fortuna. Vi elogio ».

Il Duce ha visitato successivamente la sede del Rettorato, della Direzione e dell'Amministrazione dell'Università e l'Aula Magna, dove lo attendeva il Senato accademico in toga.

Dopo la visita del Duce, il rettore prof. Ghigi ha indirizzato al Capo del Governo il seguente telegramma:

« Il glorioso Ateneo della Vostra terra conserverà sempre fra i suoi più insigni ricordi la Vostra visita a questa città universitaria per volontà Vostra resa degna delle sue millenarie tradizioni. Corpo accademico e goliardi, gratissimi per l'opera Vostra, riconfermano la loro immutata fede e devozione ed i propositi di lavorare per la grandezza imperiale dell'Italia fascista nel mondo ».

L'Ospedale sanatoriale di Grosseto.

L'11 novembre la Principessa Maria di Savoia ha inaugurato l'Ospedale sanatoriale di Grosseto, fatto erigere dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.

Dopo la benedizione impartita alla nuova costruzione dal Vescovo di Grosseto, hanno parlato il podestà, il presidente del Consorzio Antitubercolare di Grosseto ed il presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.

La Principessa ha successivamente visitato i locali del nuovo Ospedale sanatoriale, capace di 205 letti.

I medici argentini ai colleghi italiani.

Il dott. Carlos Mainini, presidente dell'Associazione Medica Argentina, pel tramite del prof. Carlo Foà ha inviato all'on. prof. Eugenio Morelli un messaggio, diretto ai membri del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici ed a tutta la Classe medica italiana. Si dichiara in esso di gradire e controcambiare molto cordialmente la elevata parola che l'on. Morelli, segretario generale del Sindacato, ha rivolto alla Classe medica argentina, nel messaggio trasmesso dal prof. Foà, assicurando i medici d'Italia che possono contare sulla collaborazione entusiasta dei colleghi argentini, in tutte le opere che portino ad una più intima unione fra i due Paesi, già tanto legati da molteplici vincoli di sangue, di affetto e di cultura.

La Croce Rossa contro la presa di ostaggi.

Il Comitato internazionale della Croce Rossa di Ginevra ha inviato alle autorità di Madrid, di Barcellona, di Bilbao, di Santander, di Malaga e di Salamanca un manifesto col quale si stigmatizza la presa di ostaggi inconciliabile coi metodi di guerra degli Stati civili. Esso riprova il fatto di assimilare agli ostaggi numerosi prigionieri non combattenti trattenuti dalle autorità belligeranti. Il Comitato internazionale proclama in proposito che a varie categorie di persone, come le donne, i fanciulli, i vecchi ed i malati, alle quali non si può rimproverare alcuna attività politica, ed ai medici, si deve garantire la massima possibile libertà. D'altra parte il Comitato internazionale afferma che queste categorie non potrebbero in alcun caso essere oggetto di rappresaglia.

Il prezzo dei medicinali non dev'essere aumentato.

Il Ministero dell'Interno ha fatto presente che il R. D. L. 5 ottobre 1936-XIV, n. 1746 recante disposizioni intese a combattere perturbamenti del mercato nazionale ed ingiustificati inasprimenti del costo della vita, è applicabile per effetto dell'articolo 1, capoverso 2° ai prezzi dei medicinali. Ed ha pertanto disposto in conseguenza, che nessun aumento sia consentito o comunque tollerato per i prezzi di vendita al pubblico dei medicinali e delle specialità medicinali.

Un po' dovunque.

Al nuovo ministro dell'Educazione Nazionale on. Giuseppe Bottai, di cui sono generalmente note ed apprezzate le doti di fattività, di intelligenza, di equilibrio e la devozione al Regime, il nostro augurale saluto.

Il 15 novembre è stato solennemente inaugurato l'8° anno della Reale Accademia d'Italia, presente S. M. il Re Imperatore, con un discorso di Marconi, una relazione di Formichi e un'orazione inaugurale di Giovannoni.

In questi giorni vengono inaugurati gli anni accademici delle Università, con relazioni dei rettori magnifici e dei segretari del Guf; le cerimonie, che rivestono carattere culturale e militare, si svolgono alla presenza di alte autorità.

A Roma v'è intervenuto il presidente del Senato S. E. Costanzo Ciano; a Napoli il Principe di Piemonte.

L'Accademia Lancisiana di Roma ha inaugurato l'anno accademico il 12 novembre, con l'intervento del migliore pubblico medico della città; l'on. prof. E. Fioretti espose il resoconto morale; il prof. G. Galli tenne una commemorazione del prof. Sante Marino Zuco; il prof. sen. Pende pronunziò un'ascoltatissima conferenza, sulla fisiopatologia e sulla cura chirurgica dell'ipertensione arteriosa essenziale (funzionale).

L'Associazione medica egiziana terrà il suo 9° Congresso al Cairo dal 14 al 18 dicembre; quota: 1 L. E.: essa dà diritto alle facilitazioni di viag-

gio, ai ricevimenti, alle escursioni ecc. La corrispondenza va diretta a: The Secretary General of the Egyptian Medical Association, Kasr El-Aissi Post Office, Cairo, Egitto.

Il 2° Congresso argentino di medicina corporativa e sociale si è tenuto a Cordoba dal 30 ottobre all'1 novembre.

Il prof. Vittorio Vanni ha tenuto la prolusione al corso ufficiale di parassitologia medica nell'Università di Roma, con una rievocazione dei grandi parassitologi italiani; si è fermato specialmente su Redi, Spallanzani, Perroncito, Grassi, dalla vita semplice ed eroica, e sul suo predecessore, G. Alessandrini.
Ha messo in evidenza l'opera svolta dal sen. Castellani in A. O., quale scienziato e quale organizzatore dei servizi sanitari.

Si tiene a Napoli un corso di perfezionamento in medicina tropicale, negli Ospedali degli Incurabili e della Pace e nell'Istituto d'Igiene dall'Università; è diretto dal prof. G. Castronuovo.

Si è iniziata a Roma la pubblicazione di « Vita Universitaria », di cui ha assunto la direzione il Rettore Magnifico della R. I. Università di Roma, on. De Francisci; ne è redattore capo il dott. Nicola Spano. Il periodico uscirà il 5 e il 20 di ogni mese e recherà gli atti dell'Ateneo romano e notizie e informazioni utili a tutti i docenti e discenti che partecipano alla vita accademica.
Un cordiale benvenuto.

Il 28 ottobre il Re Imperatore ha inaugurato a Pisa le nuove cliniche pediatrica ed ostetrico-ginecologica.

S. M. la Regina Imperatrice ha visitato, al Policlinico Umberto I di Roma, i padiglioni « Regina Elena » ove sono in cura 170 degenti con postumi di encefalite.

Si è fondato a Londra un Ufficio sull'eredità umana; esso raccoglierà osservazioni ed informazioni, che saranno sottomesse a specialisti di varie Nazioni. I medici che hanno compiuto studi o rilievi sui caratteri umani normali o anormali sono pregati di inviarli all'Ufficio predetto: Board of Human Hredity, Gow Street 115, London W. C. 1., Inghilterra.

Il Governo belga, su proposta del Ministro della sanità pubblica, creerà una seconda Scuola superiore di educazione fisica, simile a quella già annessa alla Facoltà medica di Gand; verrà annessa alla Facoltà medica di Liegi. È in previsione una terza Scuola congenere, di cui verrebbe dotata l'Università di Bruxelles.

A Sansepolcro il Municipio e la cittadinanza hanno commemorato, l'8 novembre, la fondazione — avvenuta 110 anni or sono — della Casa Buitoni da parte di Giovanni Buitoni, del quale è stato scoperto un busto in bronzo. Alla solenne cerimonia intervenne, per il Governo, S. E. Lantini, che in un efficace discorso esaltò l'importante industria alimentare. Questa occupa ora circa 3800 dipendenti.

Il prof. Benedetto De Luca prepara una monografia sulla ematosierologia della malaria. Sarà molto grato a tutti gli studiosi di malariologia che vorranno inviargli copia dei lavori attinenti. Indirizzare al prof. Benedetto De Luca, Ospedale, Grosseto.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 5 ottobre all'11 ottobre 1936: Morbillo 84 (235); Scarlattina 154 (308); Pertosse 106 (293); Varicella 53 (69); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 431 (811); Infezioni paratifiche 110 (151); Febbre ondulante 26 (29); Dissenteria 19 (36); Difterite e croup 306 (544); Meningite cerebro-spinale epidemica 11 (11); Poliomielite anteriore acuta 46 (55); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 4 (8); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 42 (65), dichiarata — (—); Pustola maligna 29 (30); Parotite epidemica 37 (61); Leishmaniosi 5 (5); Febbre puerperale 26 (29).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 30 Novembre 1936 - XV Num. 48

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.)	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. L. P. BOSELLINI.

Lo studio di una attino-dermatosi col metodo interferometrico.

Dott. B. RICCIONI
Vice Dir. dei Labor. Biologici
della R. A. F. E. F. (Roma).

Tra i numerosi casi clinici da me seguiti per mezzo dell'esame interferometrico del sangue, uno appare notevole sopra tutti per la precisione dell'indicazione diagnostica data da detto esame, e per la normalizzazione graduale della curva di livello da esso indicata, in assoluta corrispondenza con il procedere della cura e il miglioramento delle condizioni della paziente.

Si tratta di un caso di « prurigo aestivalis » aggravatosi in 4 anni, non soltanto per le manifestazioni morbose a carico della cute, ma fino al punto da perdere il carattere stagionale.

Secondo Darier la malattia va compresa nel gruppo di quelle da lui distinte come attinodermatosi, si presenta all'esame obbiettivo con forme molto varie di lesioni cutanee, conseguenti ad esposizione della pelle ai raggi solari. Di etiologia imprecisata, sempre secondo Darier, dovrebbe coincidere con la presenza di una sostanza fotodinamica, che non è provato essere l'ematoporfirina; si sospetta che abbia la sua origine dal tubo digerente presso quei soggetti che presentano ipocloridria e fermentazioni intestinali abnormi.

Recentemente A. B. Selisky (*Dermatologische Wochenschrift*, 101, 1935, pag. 1299) sotto il titolo « Nuovi metodi di cura della fotodermatosi » descrive 28 casi clinici, fra i quali molti di prurigo aestivalis, da lui curati con prodotti di disintegrazione di organi glandolari animali. Mentre rimando alla suddetta rivista per più precisi dettagli, noto che i preparati con cui Selisky ha curato i suoi pazienti sono stati ottenuti per idrolisi da un grande numero di

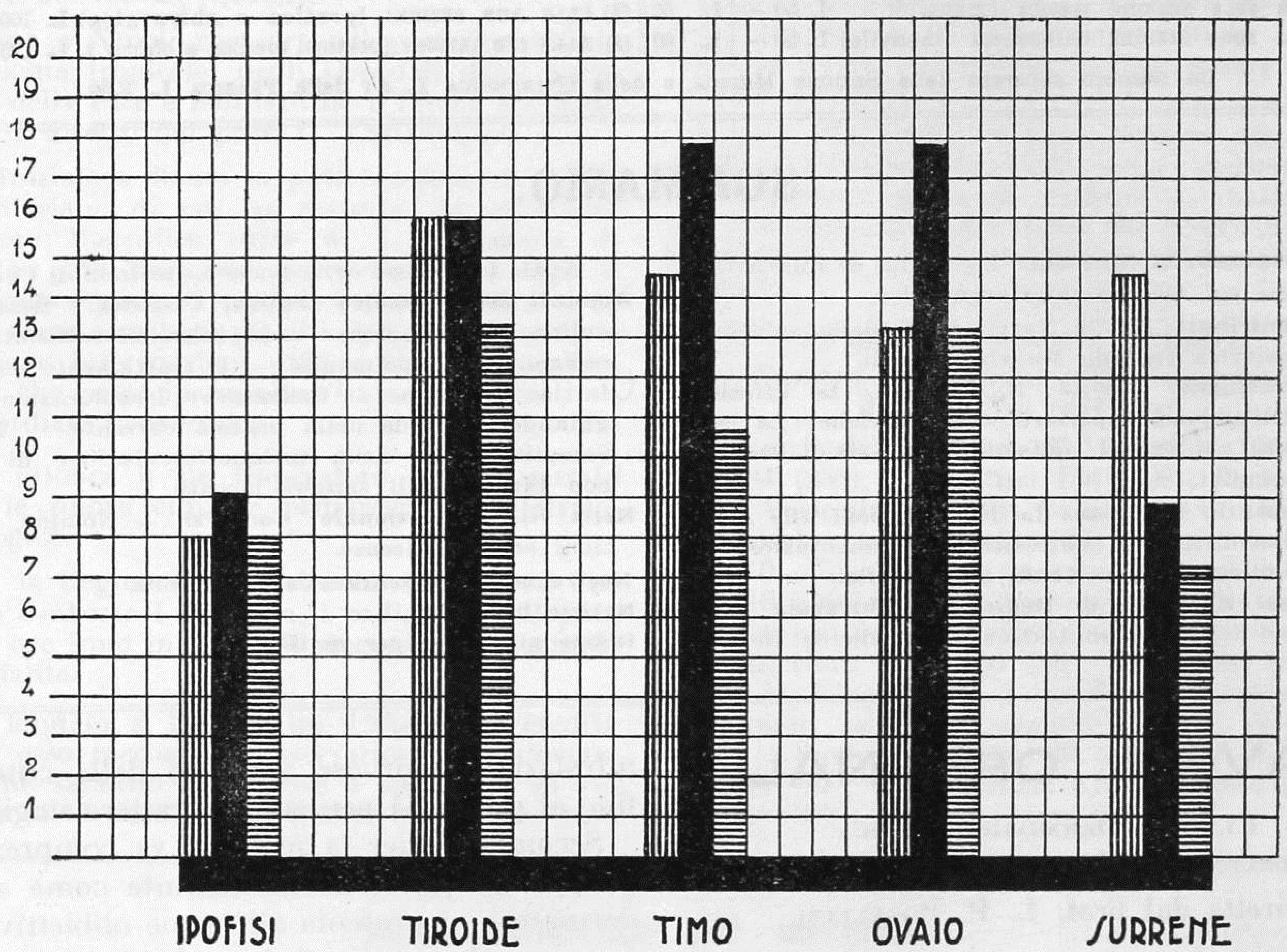
ghiandole endocrine (testicolo, timo, tiroide, ipofisi anteriore ecc. escluso il surrene). Selisky, soprattutto in base ai risultati sorprendenti delle sue cure, sostiene che la malattia ha origine da disfunzione endocrina, nè pensa che possa essere contraria al suo asserto la formazione contemporanea nel fegato di sostanze fotosensibilizzanti.

Questa nuova teoria del Selisky, basata su di una casistica che, senza essere imponente, è tuttavia ragguardevole, mi ha spinto a fare l'esame interferometrico del sangue della paziente di cui riporto il protocollo.

tipo suddetto, ma che si estese subito su tutta la superficie cutanea ed in forma molto più grave. D'allora in poi la P. ebbe cura di evitare i raggi solari diretti.

Nel 1934, essendo stata in giardino esposta al sole, ebbe una nuova eruzione sulle parti scoperte. D'allora la malattia è andata sempre aggravandosi, tanto che la P. è costretta ad uscire quasi esclusivamente di sera, in quanto la dermatosi compare per semplice esposizione alla luce diurna. E mentre nei primi anni era limitata alla stagione estiva, ora la comparsa dell'eruzione non è più legata altro che all'esposizione alla luce di provenienza solare, anche indiretta.

E. O. — Normotipo. Pannicolo adiposo discretamente conservato. Masse muscolari normali, toni-



In nero: valori interferometrici normali secondo MONACELLI e RICCIONI.
In tratteggio longitudinale: esame interferometrico del sangue della p. eseguito il 1° aprile 1936.
In tratteggio trasversale: id. id. eseguito il 15 luglio 1936.

Marzo 1936. R. V., anni 26, nubile.

Madre morta di nefrite in seguito ad infezione tifosa. Padre vivente, sano e ha sempre goduto ottima salute.

La P. è nata a termine, ha avuto allattamento materno, non accusa malattie dell'infanzia. A tre anni soffrì di una breve febbre intestinale accompagnata da fenomeni convulsivi, che le lasciarono un leggero strabismo convergente. È stata poi sempre bene fino al 1930. In quest'epoca essendosi trovata al terremoto di Senigallia in circostanze tragiche, subito dopo soffrì grave deperimento organico, insonnia, qualche volta vomito, notevole depressione nervosa a tipo melanconico.

Nel 1932 eruzione papulosa, pruriginosa, nella regione flessoria degli arti superiori, che durò dall'agosto al settembre.

Nel 1933 parotite epidemica, e nello stesso anno, dopo esposizione al sole, nuova eruzione del

che, Mucose visibili rosee piuttosto pallide, nessuna pigmentazione a carico delle mucose. Sistema scheletrico regolare, collo regolare.

Torace: bene sviluppato, cilindrico, simmetrico. Nulla a carico dei polmoni e del cuore.

Addome trattabile, indolente. Milza e fegato nei limiti.

Cute: di colorito piuttosto bruno e pallido, secca, a scarsa secrezione grassa, sistema pilifero bene e normalmente sviluppato, se si eccettua la presenza di qualche pelo nella zona areolare delle mammelle.

Riflesso pilomotore normale, simmetrico, unilaterale.

Riflesso mammillo-areolare pronto, unilaterale, normale per durata.

Dermografismo bianco appena accennato.

In corrispondenza delle regioni scoperte: faccia, collo, dorso delle mani si nota una eruzione molto

pruriginosa; esiste un fondo eritematoso-edematoso diffuso nelle regioni colpite, e su questo fondo si notano qua e là elementi polimorfi: eritema urticato, elementi vescicolari a tipo eczematoso, elementi crostosi. Sul collo e sul dorso delle mani la cute tende ad ispessirsi e alla lichenizzazione.

Urine: normali; ematoporfirina assente.

Pressione del sangue: min. 87, max. 98.

L'esame interferometrico, eseguito il 1° aprile 1936, ha dato le seguenti cifre di percentuale di degradazione in peptone delle albumine degli opzimi (1):

Ipofisi: 8;
Tiroide: 16;
Timo: 14,6;
Ovaio: 13,3;
Surrene: 14,6;

dove è evidente una disfunzione surrenale.

Volendo sottilizzare, e accettando le idee di Guillaumin sul significato dei valori interferometrici, alti e bassi, si potrebbe dire che le capsule surrenali presentano accentuata ipofunzione, mentre le ghiandole gen. tendono ad una iperfunzione, che può anche interpretarsi come un tentativo dell'organismo di compensare quella.

Ma senza giungere a tal punto, è certa l'indicazione di disfunzione del surrene. In seguito a ciò è stata consigliata alla P. una cura di estratto di surrene totale per os, col seguente sistema: cura della durata di 20 giorni, a dosi rapidamente crescenti nei primi 3 o 4 giorni, stabilizzate al massimo per 10 giorni, lentamente decrescenti nell'ultima settimana.

Nel periodo che va dal 1° aprile al 23 maggio la P. ha preso estratto surrenale per due volte, con alcuni giorni di intervallo. Si è avuto un miglioramento lento e graduale, e la P. ha cominciato ad esporsi alla luce diurna, senza riportarne alcun danno.

L'esame interferometrico del 23 maggio rappresenta con i suoi valori:

Ipofisi: 6,7;
Tiroide: 13,3;
Timo: 12;
Ovaio: 12;
Surrene: 9,3;

un periodo di transizione, in cui la distrofia surrenale già riscontrata tende a ridursi.

Incoraggiati sia dal miglioramento soggettivo, sia dalle modificazioni della curva di livello interferometrica, la cura è stata proseguita con le medesime modalità. Al 15 luglio, dopo aver ripetuto ancora i due cicli di somministrazione del surrene, i valori riscontrati all'interferometro erano i seguenti:

Ipofisi: 8;
Tiroide: 13,3;
Timo: 10,7;
Ovaio: 13,3;
Surrene: 7,3.

La curva quindi è tornata normale; mentre la P., non soltanto esce di giorno e fa passeggiate in campagna, ma ha esposto ripetutamente l'intera superficie epidermica per periodi di tempo fino a 10 minuti al sole di mezzogiorno del luglio di Roma.

Non è il caso di trarre conclusioni da un lavoro così ristretto, ritengo che si possa però dire che l'esame interferometrico in questa paziente ha confermato le vedute di Selisky, precisando notevolmente la disfunzione endocrina.

RIASSUNTO.

L'A. applicando il metodo interferometrico di Hirsch in un caso di « prurigo aestivalis » ha potuto constatare come sia giusta l'opinione di Selisky, il quale attribuisce a disfunzioni endocrine la causa delle fotodermatosi in generale; non solo, ma, per mezzo del metodo suddetto, ha potuto precisare facilmente la disfunzione endocrina nel caso specifico e seguirne il processo di guarigione.

(1) V. « Dell'interferometria di Hirsch e della curva interferometrica normale ». MONACELLI e RICCIONI. Policlinico, Sez. Med., 1935; e « L'interferometria di Hirsch in fisiologia » RICCIONI. Rivista di scienze applicate all'Ed. Fisica e Giov. », dicembre 1935.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO AUTONOMO PER LA LOTTA CONTRO LA MALARIA NELLE TRE VENEZIE.

Cura della splenomegalia malarica secondo Maurizio Ascoli.

Iª NOTA

Dott. UGO DE NEGRI,
Malariologo per la provincia di Rovigo.

Qualche anno fa e precisamente nel 1932 Maurizio Ascoli ha iniziato delle esperienze per la cura della malaria cronica con l'adrenalina per via endovenosa.

L'adrenalina viene spesso usata nella malaria a scopo diagnostico; data la sua azione vasocostrittrice può far apparire in circolo dei parassiti annidati negli organi interni e specialmente nella milza; qualche tentativo di utilizzarla a scopo terapeutico (Izar, Peserico, Starnotti ed altri), era fallito.

Maurizio Ascoli ha il merito di avere scelto la via endovenosa per introdurre l'adrenalina nell'organismo.

Con questo metodo la milza viene aggredita per via più diretta ed i risultati ottenuti sono stati molto evidenti sia per la riduzione dell'organo, sia per il miglioramento delle condizioni generali.

L'aver trovato questa via d'introduzione ha permesso all'A. di ottenere una data concentrazione di adrenalina nel sangue; concentrazione impossibile ad ottenere per via cutanea o muscolare per la parziale distruzione del farmaco in sito e per la lentezza del riassorbimento.

Per ottenere la stessa concentrazione per altra via sarebbe stata necessaria una dose 100 volte maggiore di adrenalina e perciò si sarebbe giunti a dosi superiori a quelle tollerate dall'organismo.

Vari altri Sperimentatori (Diliberto, Riolo, De Luca, Cicchitto, Jerace), dopo Maurizio Ascoli, hanno provato il metodo ottenendo sempre ottimi risultati.

Secondo questi AA. il metodo darebbe buoni risultati anche nella malaria acuta associando alla cura adrenalinica una certa quantità di chinino, come concludono anche Greppi e Galdi.

M. Ascoli nelle sue esperienze ha usato il seguente metodo, adottato anche dai suoi Collaboratori: Iniezioni venose quotidiane di dosi da 1/100 di mmg. salendo via via al massimo di 1/10 di mmg., dose quest'ultima ripetuta 20-30 volte.

Ad un trattamento completo sono sufficienti complessivamente da 2 a 4 mmg.

Avendo a disposizione ambulatoriamente parecchi casi di malaria cronica e non potendo, per ragioni ovvie, provvedere alla loro cura in clima montano, cura che ha dato sempre i migliori risultati, ho voluto provare il metodo.

Ho scelto un primo gruppo di sette malarici di varie età, dai 15 ai 50 anni, con l'intenzione di continuare in seguito le esperienze su un numero più notevole di pazienti.

In questa prima nota pubblicherò i risultati complessivi ottenuti, riservandomi di pubblicare successivamente i dettagli di ogni singolo caso.

Ho usato lo stesso metodo suggerito dall'Ascoli, con la piccola variante che ho eseguite le prime 5 iniezioni a giorni alterni. Questo mi è stato consigliato da ragioni di prudenza per il fatto che gli ammalati non erano ricoverati ed in continua osservazione, ma venivano trattati ambulatoriamente e molti avevano dei chilometri da percorrere a piedi o in bicicletta per venire in ambulatorio.

Ho iniziato il trattamento contemporaneamente su tutti i 7 casi usando la « Surrenasi deproteinizzata e stabilizzata » (gentilmente fornitami dall'Istituto Naz. Farmacologico Serono), preparazione che rende la cura praticamente attuabile, fornendo le diluizioni di farmaco occorrenti stabilizzate e pronte per l'uso e risparmiando l'allestimento estemporaneo volta per volta delle diluizioni occorrenti.

Prima dell'inizio della cura ho eseguito l'esame obbiettivo dell'ammalato ed i vari esami ematologici per controllarne le variazioni a fine cura. Nessun paziente aveva parassiti in circolo. I pazienti prima della cura sono stati anche pesati.

La milza in 2 casi sorpassava l'ombelico di 2 dita traverse, in 3 casi arrivava all'ombelico ed in 2 casi debordava 2 dita dall'arco costale.

Una delle pazienti, era stata ricoverata in ospedale due anni fa per cachessia malarica.

Nessun sintomo apprezzabile alle prime 3 iniezioni di 1/100, 1/90 ed 1/80 di mmg., alla 4ª iniezione in due casi (malarici relativamente recenti con milza non molto dura) ho cominciato a notare una diminuzione evidente di 15 mm. del volume della milza, diminuzione che ha progredito con le altre iniezioni.

Lo stesso fatto (diminuzione progressiva del volume della milza) è avvenuto in altri 4 casi alla 5ª, 6ª, 7ª e 8ª iniezione rispettivamente di 1/60, 1/50, 1/40, ed 1/30 di mmg.

La più resistente era una milza di natura fibrosa, durissima per malaria contratta molti anni addietro, ma anche questa alla 9ª iniezio-

ne ha cominciato a diminuire in modo evidente.

In un caso appena eseguita la 4ª iniezione di 1/70 di mmg. la paziente ha avuto malessere generale, pallore in viso, fatti che durarono circa mezz'ora, scomparendo poi e lasciando solo un leggero mal di capo.

In un altro caso appena eseguita la 10ª iniezione di 1/10 di mmg. la paziente ha avuto grave malessere con perdita quasi completa della coscienza, pallore generale.

Questi fatti durarono circa un'ora e poi scomparvero. In seguito a ciò ho ripreso le iniezioni del farmaco con una dose inferiore ritenendo il paziente intollerante per la concentrazione ad 1/10 di mmg. ed ho continuato con 1/30 e 1/20 di mmg. fino al termine della cura.

In nessun caso dopo le iniezioni si sono riscontrati sintomi febbrili; non ho potuto fare il controllo continuo diretto della temperatura ma ho dovuto fidarmi delle affermazioni dei pazienti.

Negli strisci di sangue, fatti ripetutamente durante la cura, non ho mai trovato parassiti malarici giovani; in due casi, dopo la 4ª iniezione nel primo e dopo la 6ª nel secondo sono comparse in circolo rare semilune; ho associato allora alla cura adrenalina, una cura di chinoplasmina per iniezioni endomuscolari, ottenendone la scomparsa.

La cura ha durato complessivamente circa 40 giorni.

Alla fine l'esame degli ammalati ha dato il seguente esito: condizioni generali di sanguificazioni migliorate notevolmente in tutti; aumento del peso corporeo in 5 casi da 2 a 3 kg., in un caso 1 kg., in un altro niente.

Milza ridotta in tutti i 7 casi da 3 a 4 cm. in 5 casi; 2 cm. negli altri 2.

I pazienti, per loro dichiarazione spontanea, si sentirono tutti notevolmente migliorati ed hanno potuto riprendere le loro normali occupazioni, prima interrotte.

Da queste prime esperienze, quì succintamente esposte, risultano evidenti le seguenti conclusioni:

1) Le iniezioni di adrenalina a piccole dosi crescenti, secondo il metodo di Maurizio Ascoli, sono perfettamente tollerate per via endovenosa nella maggioranza dei casi fino ad 1/10 di mmg., in qualche caso a dose un po' inferiore.

2) Il metodo corrisponde in modo evidente allo scopo prefissosi dall'A. di curare la splenomegalia malarica con vantaggio palese per tutto l'organismo, e dai risultati ottenuti è evidente la grande portata economica e sociale che potrà avere nella pratica tale terapia, sostituendosi in molti casi ad altre cure molto più lunghe e dispendiose.

3) Il metodo dà migliori e più rapidi risultati nei malarici di data abbastanza recente, con milza congesta non molto dura, mentre dà risultati pure buoni ma più lenti nei malarici di vecchia data, con milza di natura prevalentemente fibrosa e molto dura.

4) La cura con questo metodo può far riapparire in circolo dei parassiti annidati negli organi interni e specialmente gameti, come nei due casi su accennati. Questo fatto è assai importante perchè è così possibile completare la cura aggredendo con altri farmaci specifici il parassita stesso.

RIASSUNTO.

L'A. ha sperimentato in 7 pazienti di varie età, il metodo lanciato da Maurizio Ascoli per la cura delle splenomegalie malariche: Iniezioni venose quotidiane di adrenalina a dosi minime (da 1/100 ad 1/10 di mmg.) per un periodo di 30-40 giorni.

I risultati sono stati buoni, in tutti i casi si è verificato una evidente diminuzione del tumore di milza.

BIBLIOGRAFIA.

M. ASCOLI. *Nuovo trattamento delle splenomegalie malariche.* Rendiconti R. Ist. Lomb. scienze e lettere, 1935.

ID. *Sulla cura della infezione malarica cronica.* Riforma Medica, 1936, n. 11.

P. RIOLO. *La terapia adrenalinica venosa delle splenomegalie malariche.* Rivista Malariologica, 1935, Sez. I.

JERACE. *La splenomegalia malarica nei bambini cura con il metodo di Maurizio Ascoli.* Policlinico, Sez. Pratica, 1936, n. 35.

SUNTI E RASSEGNE.

ADDOME.

Le affezioni acute dell'addome superiore.

(N. C. LAKE. *British Medical Journal*, 20 giugno 1936)

A) Le vere affezioni acute dell'addome superiore sono:

1. Perforazione di un'ulcera gastrica semplice o cancerosa. 2. Emorragia da un'ulcera gastrica. 3. Gastrite acuta. 4. Dilatazione acuta dello stomaco. 5. Volvulo acuto dello stomaco. 6. Perforazione di un'ulcera duodenale. 7. Ileo duodenale acuto. 8. Perforazione di ulcera anastomotica. 9. Colecistite acuta e perforazione della cistifellea. 10. Colica biliare. 11. Ascesso del fegato ed infezione di cisti da echinococco. 12. Pancreatite acuta. 13. Emorragia in una cisti pancreatica. 14. Infarto splenico. 15. Rottura spontanea della milza. 16. Strozzamento di ernia paraduodenale. 17. Occlusione di ernia diaframmatica. 18. Aneurisma dissecante dell'aorta. 19. Emorragia ed infezioni retroperitoneali specie in vicinanze dei gangli simpatici.

B) Le condizioni del basso addome che talvolta possono dare una sintomatologia rassomigliante a quelle delle lesioni dell'addome superiore, sono:

1. Appendicite con peritonite generale. 2. Rottura di gravidanza ectopica. 3. Peritonite primitiva, di solito da pneumococco. 4. Perforazione del colon, stercoracea o cancerosa. 5. Trombosi mesenterica. 6. Occlusione del digiuno superiore.

C) Altre condizioni che possono simulare lesioni dell'addome superiore sono:

1. Pneumotorace. 2. Pleurite e pulmonite basale. 3. Angina di un tipo addominale o vera angina pectoris. 4. Tabe, tumori midollari, e tubercolosi vertebrale nei ragazzi. 5. Ipoglicemia ed iperglicemia. 6. Uremia.

La diagnosi differenziale delle affezioni acute offre ancora notevoli difficoltà malgrado i progressi dei mezzi d'indagine. Per formulare una diagnosi in tali casi, e sopra tutto una diagnosi rapida quale è richiesta dalle urgenti necessità terapeutiche, occorrono esatte nozioni anatomiche, fisiologiche e patologiche, ma anche una specie d'intuito che il medico può formarsi solo con l'esperienza.

Tenuto conto che nelle affezioni acute dell'addome superiore il dolore è il sintoma preminente e talvolta il più significativo occorre sempre tener presente la distribuzione dei nervi di quella parte. Il peritoneo parietale e la parte posteriore della radice del mesentere è innervato dal 6°, 7°, 8° e 9° paio dei nervi toracici. Il peritoneo della cupola diaframmatica e di altre parti vicine è innervato dal 3°, 4° e 5° paio cervicale a mezzo del frenico. I visceri sono innervati attraverso lo splancnico grande dal 5°, 6°, 7°, 8°, 9° e 10° segmento toracico. Infine il vago innerva l'intestino con le sue fibre acceleratrici, e provvede anche fibre sensitive speciali alla mucosa dello stomaco.

Il dolore, di tipo somatico, deriva dagli impulsi eccitanti la parete addominale anteriore o il diaframma. È ben definito e localizzato, e di solito accompagnato da rigidità muscolare e da una certa iperestesia.

Questi dati anatomici e funzionali possono essere in certo modo sfruttati per la diagnosi delle affezioni acute dell'addome superiore. Al riguardo si può prendere ad esempio una delle più comuni cause di dolore addominale acuto, ossia la perforazione di un'ulcera gastrica o duodenale. Essa può verificarsi attraverso una piccola apertura che è immediatamente chiusa dall'omento, oppure attraverso una larga breccia che provoca un'invasione massiva dell'addome. È quest'ultima che provoca la catastrofe, che si manifesta con impressionante rapidità. Il dolore è nettamente improvviso; il paziente è in grado di precisare con estrema esattezza il momento nel quale si è iniziato l'attacco.

Quasi subito dopo ci può essere qualche conato di vomito, dovuto all'eccitazione delle terminazioni del vago determinato dalla presenza di sostanze irritanti nello stomaco. Ma di solito il vomito manca in ragione dell'inibizione motoria della parete gastrica prodotta dall'irritazione peritoneale, nonchè dal fatto che la contemporanea rigidità della parete addominale limita l'uso dei mezzi accessorî per la produzione del vomito. Quindi mentre c'è l'eccitazione sensitiva della mucosa gastrica, c'è dall'altra parte il blocco del meccanismo motore: da ciò la presenza di nausea e la mancanza di vomito.

Il dolore somatico improvviso e atroce è dovuto all'irritazione del peritoneo parietale che è una membrana molto sensibile. Successivamente a questo dolore si aggiunge quello a mo' di crampo prodotto dalla contrazione dei muscoli della parete addominale. Come tutte le sensazioni somatiche il dolore peritoneale è molto ben localizzato nella prima fase. In seguito con la diffusione dell'essudato il dolore tende a scomparire dalla sede iniziale e può così localizzarsi nella regione pelvica simulando quello dell'appendicite o della rottura di una gravidanza ectopica.

D'altra parte l'irritazione di fibre del frenico può determinare un dolore nella sua distribuzione superficiale cutanea, si può avere insomma un dolore riferito sulla regione acromio-clavicolare e nella parte bassa della nuca. Questo dolore è invariabilmente presente nella perforazione dell'ulcera, può rimanere

inavvertito perchè sopraffatto dal dolore addominale.

Poichè ogni movimento della parte produce un'accentuazione dei muscoli già contratti e quindi una pressione sul peritoneo, i pazienti rimangono immobili, rigidi, senza fare altri movimenti oltre quelli respiratori. Ciò contrasta con l'irrequietezza dei pazienti di coliche o con emorragia intraperitoneale.

Nella fase iniziale il polso è di solito lento in rapporto forse ad un'eccitazione del vago o più probabilmente ad un'inibizione del simpatico prodotta dal dolore. Per la stessa ragione si ha un abbassamento della pressione vasale.

Una sindrome che può essere confusa con la perforazione è quella data dalla pancreatite acuta di tipo fulminante. L'inizio, quantunque rapido, non è così improvviso come nella perforazione, ma come in questa può essere provocato dall'ingestione di cibi. Di solito nella pancreatite non ci sono precedenti morbosi, il dolore è ancora più atroce, la tinta della pelle oltre che pallida è alquanto cianotica. Il paziente è più irrequieto ed ha spesso dispnea. Però la rigidità della parete addominale è meno intensa che nella perforazione ed è perciò più facile provocare dolore alla pressione. In verità i segni locali fanno esitare fra la diagnosi di perforazione di ulcera e quella di colecistite acuta. L'essudato nella parte posteriore del pancreas irrita il frenico sinistro per modo che in molti casi si ha un forte dolore alla spalla dello stesso lato. Nella pancreatite il polso è molto debole e lo choc profondo.

Per la diagnosi di colecistite acuta bisogna tener presente che la cistifellea si sviluppa come organo mediano e che la sua innervazione splancnica riflette questa sua origine, per modo che il dolore dovuto allo spasmo della muscolatura della sua parete (colica biliare) è riferito all'epigastrio per lo più, ma non sempre, nella parte destra.

Ma oltre al dolore colico c'è un dolore somatico riferito dovuto all'irritazione del peritoneo vicino, e che può essere localizzato sull'estremità della nona cartilagine costale. Oltre a ciò si può avere un dolore alla sommità della spalla destra dovuto all'eccitazione delle fibre del frenico del forame di Winslow. Non bisogna confondere questo dolore con l'abituale dolore della spalla destra delle coliche biliari, che è riferito alla parte bassa della scapola ed è dovuto ad impulsi provenienti dai nervi splancnici. Ad ogni modo è notevole il fatto che nella pancreatite e spesso anche nella perforazione il dolore è riferito a quella sinistra.

Inoltre nella colecistite si ha temperatura febbrile, mentre nelle altre condizioni è subnormale; il polso, quantunque frequente, non è proporzionato alla febbre. Il brivido iniziale è più per la diagnosi di colecistite. In questa, per altro, può essere presente una leggera tinta itterica, e la rigidità ed il dolore alla pressione sono più nettamente localizzati.

La distinzione fra le varie condizioni (colecistite acuta, perforazione e pancreatite acuta) ha in questi ultimi tempi assunto una maggiore importanza perchè si ha tendenza a ritenere che l'intervento immediato non è indispensabile e forse neppure utile nella pancreatite, potendosi in quest'ultima ottenere migliori risultati da una cura di attesa.

La diagnosi differenziale fra le affezioni acute dell'addome superiore e quelle del torace ha sopra tutto interesse per il pneumotorace spontaneo, la pulmonite e la pleurite che talvolta possono dare sintomi addominali.

È a tenere presente che nel pneumotorace l'inizio è nettamente improvviso e può essere provocato da un colpo di tosse, ma anche dopo un pasto. Si può avere un senso di costrizione al petto e gran difficoltà di respiro proprio come nella colica biliare e nell'angina pectoris. Però l'inizio della colica epatica non è così improvviso e non ha mai rapporto con la tosse. Oltre a ciò anche quando la dispnea del pneumotorace è cessata, il respiro continua ad essere frequente ed è presente una leggera cianosi non dissimile da quella della pancreatite. La rigidità della parte superiore dell'addome è sempre poco marcata e limitata al lato affetto. Non si constata riduzione della ottusità epatica, non presenza di liquido nell'addome, non precedenti di sofferenze gastriche. Segni positivi sono la leggera sporgenza di una metà del torace e la riduzione delle escursioni respiratorie. Per altro l'ascoltazione fornirà elementi non dubbi per la diagnosi che può eventualmente essere confermata dall'esame radiologico.

Possibilità di confusione diagnostica con la pulmonite e la pleurite. si possono verificare solo per i bambini perchè in questi si può avere una notevole rigidità addominale riflessa e dolore alle pressione della parte dell'addome. Comunque la febbre, l'aumento della frequenza del respiro, l'alterazione del rapporto polso-respiro, la faccia arrossata con occhi brillanti, la cute calda, l'espansione respiratoria delle narici sono elementi sicuri per la diagnosi. Questa diventa veramente difficile, se non impossibile, quando esiste la complicazione di una peritonite pneumococcica.

DR.

La cura del dolore nei cancri addominali e pelvici inoperabili o recidivi.

(R. LERICHE. *Gazette des Hôpitaux*, 24 giugno 1936)

Il dolore è il sintoma più tormentoso di molti cancri inoperabili o recidivi. I comuni analgesici a lungo andare diventano inefficaci. Le speranze che si erano fondate sul veleno

di cobra e poi della vipera non hanno sempre corrisposto. Le ricerche con i virus neurotropi sono ancora allo stato di tentativi. La radioterapia nei tumori profondi non dà risultati apprezzabili, e risulta veramente efficace solo nelle metastasi della colonna vertebrale.

L'unico medicamento che domina il dolore del cancro rimane sempre la morfina. Ma se esso calma il dolore fisico, provoca altri generi di sofferenze non trascurabili. E quando il dolore è violento e persistente le dosi da impiegare devono essere tali da non potere essere tollerate.

Sta di fatto che in parecchi casi la soppressione del dolore che dia un vero sollievo non può essere ottenuta che con gli interventi chirurgici sul sistema nervoso.

Il dolore dei cancerosi può assumere tre tipi: localizzato e fisso; diffuso a topografia gradualmente più estesa; rachideo noto da molto tempo come paralisi dolorosa dei cancerosi.

1) Il dolore del primo tipo compare improvvisamente come il primo sintoma della malattia, o uno o più anni dopo l'asportazione chirurgica di un tumore. È un dolore brutale che colpisce spesso la sezione dorsale o lombare della colonna vertebrale, che impaccia ma non impedisce i movimenti. Talvolta allo inizio il dolore è sordo, ma a poco a poco diventa intollerabile, non dà tregua.

Per lo più si tratta di un'adenopatia fissata contro la colonna, la metastasi di un piccolo cancro viscerale che non provoca alcun disturbo funzionale. L'asportazione del tumore primitivo non migliora la situazione. Il dolore fisso che caratterizza questo tipo, spesso radicolare, resta inalterato fino alla fine, talvolta sempre più gravativo e un po' più esteso. Si tratta di un dolore da compressione tronculare o radicolare extrarachidea.

2) Il secondo si ha sopra tutto nei cancri pelvici o addominali, specie dell'utero o della prostata, recidivi dopo operazione, o che hanno continuato a progredire dopo la radioterapia. Ha per carattere essenziale di essere diffuso. Al principio è una semplice sensazione penosa, vaga, diffusa, indefinibile, un po' da per tutto: nel ventre, al dorso, nelle coscie, al perineo, ora da un lato ora dall'altro, spesso ad ambo i lati. Gli aspetti e le sedi del dolore sono variabili, e spesso i malati richiamano la attenzione solo sulle irradiazioni del momento e si lagnano di dolori al retto, al dorso, al pene, dimenticando tutto il resto delle loro sofferenze.

In effetti il dolore è essenzialmente pelvico ma sempre diffuso ed accompagnato da crisi vasali. È un dolore simpatico. Ben presto si aggiungono disturbi vescicali e rettali. L'infelice paziente soffre terribilmente. La morfina calma momentaneamente i suoi tormenti, ma ben presto bisogna ripetere le iniezioni a brevissima distanza determinando uno stato d'intossicazione che aggrava ancora più la situazione.

In questi casi i dolori non sono dovuti a compressioni localizzate ma ad una specie di linfoangioite banale o neoplastica, che avviluppa, ingloba, comprime le pareti delle arterie risalendo con queste fino alle branche simpatiche della catena lombare.

Nelle donne sottoposte alla radioterapia si aggiunge un'altra causa di dolore; talvolta le trombe s'infiammano e distese dal pus o dal sangue si accollano alle arterie iliache, talaltra delle adenopatie suppurate aderiscono alla iliaca primitiva.

3) Nel terzo tipo il dolore non è pelvico, nè addominale, ma rachideo. Il malato è stato già operato di asportazione di un tumore pelvico o addominale, quando a distanza di un anno o più compare un dolore sordo al dorso o ai lombi. A poco a poco questo dolore diventa sempre più molesto (puntorio, sordo, costante, fisso, esagerato dai movimenti) fino a che si stabilisce una paraplegia spastica, la classica paraplegia dolorosa dei cancerosi. Contemporaneamente si manifestano nevralgie a topografia radicolare, per lo più a cintura, con diffusione varia a secondo il numero delle radici interessate, a seconda che i nervi sono compressi o invasi.

L'insieme del quadro rivela una metastasi del tumore in una vertebra.

Le operazioni capaci di eliminare questi tre tipi di dolore sono:

La *radicotomia posteriore* prima per considerazioni teoriche e per le minori difficoltà tecniche era ritenuta la più indicata. Ma l'esperienza ha poi dimostrato che anche con la sezione di parecchie radici non sempre si avvera la scomparsa definitiva del dolore. Gli insuccessi si possono mettere in conto della presenza di fibre sensitive nelle radici anteriori e del fatto che il dolore spesso è simpatico o non è localizzato a campi radicolari e quindi di origine complessa. Pertanto la radicotomia posteriore va riservata solo a quei casi nei quali il dolore è chiaramente dovuto a compressioni di radici posteriori.

La *mielotomia trasversale* ha lo scopo di sezionare le vie sensitive nel loro tragitto midollare. È un'operazione alla quale si può ricorrere solo in casi disperati. Essa annulla la sensibilità di tutta la parte sottostante e quindi determina la cessazione di ogni dolore.

La *cordotomia* può convenire solo nei casi nei quali esiste paraplegia completa con notevoli disturbi sfinterici. Si tratta di praticare la sezione bilaterale dei cordoni antero-laterali e più specialmente del piccolo settore midollare compreso tra la radice anteriore ed il legamento dentato. Sono stati vantati eccessivamente i vantaggi di questa operazione. Ma gli inconvenienti sono molti: comparsa di dolori a cintura, paralisi degli sfinteri, infezioni delle vie urinarie.

La *sezione della commissura posteriore* fu praticata una sola volta da Leriche con esito incerto.

Le *operazioni simpatiche* sono quelle che hanno avuto il maggior numero di successi. La liberazione della guaina che avviluppa le iliache primitive e la biforcazione dell'aorta produce la scomparsa totale del dolore. Ciò in relazione al fatto che nella maggior parte dei casi il dolore non è dovuto alla compressione o all'infiltrazione neoplastica dei tronchi e delle radici nervose, ma all'irritazione dell'avventizia dei vasi del bacino da parte della linfangioite, neoplastica o non, che risale fino alla vena cava ed all'aorta e quindi lungo le catene lombari.

Per essere più sicuri dei risultati si può aggiungere alla simpatectomia peri-arteriosa iliaca ed aortica la resezione del presacrale e talvolta anche quella del plesso mesenterico inferiore ed eventualmente di un frammento delle due catene lombari.

La simpatectomia è certamente superiore alla cordotomia. Non aggrava mai il dolore, nè ne suscita altri. Offre il vantaggio di una esplorazione addominale completa, il che può essere anche non inutile. Non espone a infezioni renali. Solleva veramente l'infermo.

Ma è ovvio che il metodo non può essere generalizzato. Alle compressioni radicolari localizzate conviene sempre la radicotomia posteriore.

Gli *innesti ossei* intesi a determinare l'irrigidimento della colonna vertebrale sono indicati in quelle forme nelle quali il dolore è provocato da alterazioni e deformità vertebrali da metastasi cancerigne, per le quali ogni movimento provoca fortissimi dolori.

Naturalmente prima di decidere qualsiasi intervento chirurgico del genere bisogna fare un bilancio esatto dello stato di resistenza dell'infermo. Bisogna accertare che non vi siano metastasi pulmonari o epatiche capaci di rendere vano ogni tentativo. Bisogna esaminare la funzione renale, la funzione globale, l'eliminazione della fenolftaleina, ed il tasso dell'azotemia. Bisogna accertare che non vi siano infezioni delle vie urinarie.

Ma se tutto è favorevole, se il cuore ed i pulmoni sono sani, vale la pena di affrontare il triste giuoco.

E secondo il tipo di dolore si deciderà il genere d'intervento: la *radicotomia posteriore* nelle compressioni tronculari o radicolari; la *simpatectomia* eventualmente con resezione del presacrale e del plesso mesenterico inferiore nei dolori addominali diffusi e con sezione delle due catene lombari nei cancri del retto e della prostata; l'*innesto osseo rigido* nel morbo di Pott canceroso. Alla *cordotomia* ed alla *mielotomia commissurale* si potrà ricorrere nei casi disperati quando gli altri interventi siano riusciti infruttuosi. Dr.

*

DIVAGAZIONI

Le modificazioni alle abitudini alimentari e le necessità dell'alimentazione.

In un brioso articolo P. Desfosses (*Presse médicale*, 23 novembre 1935) accenna anzitutto alle modificazioni alle abitudini alimentari, introdotte dalla moda, dal desiderio di conservare *la linea*, su cui fanno ampia propaganda numerose riviste e giornali. La donna può conservare la linea, vi si dice, soltanto se mangia poca carne; questa ingrassa e fa venire i « pedicelli »; d'altra parte, una donna che giustamente si curi della sua bellezza non deve lesinare sulla qualità delle ciprie, dei lapis e dei belletti, nè sulla scelta del parrucchiere, un vero artista con cui non si può mercanteggiare. E sull'esempio delle stelle del cinema, che vengono seguìte in tutti i particolari, il regime-tipo della donna elegante deve essere: alla prima colazione, un bicchiere di succo di frutta ricco di vitamine, a mezzogiorno, niente altro che delle verdure e delle frutta ed alla sera, un'insalata ed un grappolo d'uva....

Ma la civetteria non è il solo fattore nella modificazione delle abitudini alimentari; la diminuzione dei bilanci, unìta al legittimo desiderio di mostrarsi di elevata posizione sociale, la strettezza degli alloggi moderni, il lavoro della donna e, per gli ambienti più elevati, la difficoltà di avere una cuoca, tutto questo induce a restringere l'alimentazione, a semplificare la cucina, limitandosi a cibi di facile preparazione, sempre gli stessi. Ne viene che, specialmente nelle grandi città, troppa gente impone a sè stessa ed ai propri figli un regime insufficiente per quantità, qualità e varietà, mentre invece, specialmente per questi ultimi, è necessaria una nutrizione buona ed abbondante.

Due fatti paralleli, aggiunge l'A. risaltano all'osservazione della società odierna: le restrizioni alimentari e la mancanza di esercizi muscolari negli abitanti delle città; la graduale eliminazione degli uomini delle classi colte, per ciò che riguarda i posti direttivi, davanti ad individui che non li equivalgono per intelligenza e per cultura, ma che non hanno abdicato all'energia fisica indispensabile ai condottieri di uomini.

Una gran parte della crisi deriva da questa aberrazione delle classi colte di non preoccuparsi abbastanza per mantenere il loro potenziale combattivo.

Gli esercizi fisici, la nutrizione e l'ambiente vengono modificando le disposizioni ancestrali; sono questi elementi che modificano i temperamenti. Senza andare a sottili distinzioni, un americano ha distinto recentemente i tipi umani in magri e grassi, ammettendo il tipo

intermedio dei magri grossi, cioè dei magri che si sono venuti lardellando. Tipi, del resto, che corrispondono a quelli immortalati da Cervantes; di fatto, tutti i Don Chisciotte hanno gli stessi polmoni ed un po' la stessa mentalità, come tutti i Sancio Panza hanno la stessa pancia e lo stesso umore gioviale. Gli uni dal vitto scarso e dalle cattive digestioni, gli altri dal vitto abbondante e bene assimilato. Del resto, è di osservazione antica che i popoli più intraprendenti ed invadenti sono grandi mangiatori di carne, mentre quelli granivori e frugivori tendono ad essere pacifici. (Veramente la storia di Roma dimostra che un popolo può essere un grande conquistatore ed avere un'alimentazione essenzialmente frugivora; nel vitto degli antichi Romani, di fatto, entrava raramente ed in scarse proporzioni la carne e fu soltanto all'epoca imperiale che essi ricorsero ad un'alimentazione più abbondante e ricercata. *N. del redatt.*).

Il medico conosce come la nutrizione viene a modificarsi per la deficienza o l'iperfunzione di date ghiandole endocrine e si incomincia ora ad intravedere l'armoniosa collaborazione degli ormoni che reggono le funzioni vitali essenziali e determinano la nostra individualità fisica, biologica ed intellettuale.

E come la terapia utilizza l'azione morfogenetica della tiroide, dei surreni, ecc. sarebbe anche utile servirsi nell'alimentazione specialmente dei bambini di questi stimolanti normali della vita; ritorneremmo così a pratiche ancestrali dell'alimentazione mediante le frattaglie (fegato, intestini in forma di trippe, cuore, midollo, ecc.) che non compaiono mai alla tavola dei ceti sociali un po' elevati. Le ricerche di Whipple hanno messo di moda la consumazione del fegato crudo; d'altra parte sono noti i racconti di esploratori polari che vinti dalla fame, si sono salvati mangiando il fegato crudo ed abbeverandosi del sangue caldo di animali appena uccisi.

L'igiene alimentare non può più accontentarsi di contare le calorie che possono fornire gli alimenti; la mancanza di una data sostanza sia pure in minima quantità può determinare delle insufficienze gravi specialmente nel periodo della crescenza. Una razione conveniente non utilizzerà soltanto le albumine, i grassi, i carboidrati ed i sali minerali, ma dovrà comprendere anche le vitamine, che noi crediamo di conoscere e gli ormoni che incominciamo a scoprire ed anche altre sostanze che tuttora ignoriamo.

Un grande progresso si compirà quando la cucina si preoccuperà di prendere dalle piante come dagli animali tutto quanto può meglio agire sulle forme, sulla costituzione, sugli istinti, sulla mentalità del bambino.

fil.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. PIERI. *Fisiopatologia del simpatico nell'uomo.* Volume di pag. 80, e 41 illustrazioni, con prefazione del prof. Cesare Frugoni. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 14.

Riportiamo la Prefazione con la quale il chiarissimo prof. Frugoni presenta questa Monografia del prof. Pieri.

« Gino Pieri persevera nella sua opera di sperimentatore, di biologo e di clinico; tre forme di procedimento mentale che si fondono in una armonia di fatti positivi e concreti, acquisiti attraverso metodica indagine in un campo tutt'ora pieno di zone opache e nascoste alla nostra conoscenza. La fisiologia stessa del simpatico (trattasi qui solo del periferico) è in gran parte ancora da fare specie poi sull'uomo, poichè l'invito alla collaborazione dei fisiologi coi clinici e l'augurio che i fisiologi dedichino la loro attenzione e studio direttamente all'uomo — il che darebbe maggiore diretto interesse al loro insegnamento per le facoltà di medicina almeno — sono rimasti purtroppo per ora quasi lettera morta.

« E allora è il chirurgo che getta le basi di questo capitolo e che si fa sperimentatore e biologo col grande vantaggio di ricevere altresì dalla natura completamento di quadri e di nozioni attraverso la figurazione delle morbose innormalità.

« L'autore al quale è universalmente riconosciuta alta competenza in questo campo e al quale già si devono larghi e interessanti contributi, ha studiato l'appassionante problema usufruendo di un grande materiale (oltre quattrocento casi). Egli metodicamente espone, sempre su materiale umano, gli effetti della stimolazione e delle paralisi del simpatico e le corrispondenti sindromi cliniche, creando altresì ex novo una fisiopatologia post-operatoria di estremo interesse.

« Il procedimento e l'indirizzo mentale seguiti sono rigorosamente scientifici e squisitamente clinici, e i fatti accertati, i problemi impostati interessano tutti, biologi, medici e chirurgi.

« La Scienza Italiana conta col libro di Pieri una nuova e forte affermazione del suo valore, della sua vitalità e del suo indirizzo ».

Roma, 1° novembre 1936-XV.

CESARE FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Th. BRUGSCH. *Lehrbuch der inneren Medizin.* III edizione. Vol. II. Un vol. in 8° di 831 pag., con 264 fig. e 14 tav. colorate. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1936.

Abbiamo già data notizia del I volume di questa III edizione aggiornata del noto trattato di Brugsch.

Sono qui considerate le malattie degli apparati: respiratorio, digerente, del peritoneo, del fegato e vie biliari, della milza, del pancreas, dei reni, delle ossa ed articolazioni, dei muscoli e del sistema nervoso. In due capitoli a parte, sono trattate le malattie professionali a denuncia obbligatoria e le intossicazioni.

fil.

I Internationale mediz. Woche in der Schweiz. Resoconti. Un vol. in 8° di 477 pag. B. Schwabe e Co., ed. Basel. Prezzo fr. svizzeri 20.

Lo scorso anno ebbe luogo a Montreux la Prima settimana medica internazionale svizzera a cui presero parte numerosi rappresentanti delle varie nazioni. L'Italia fu rappresentata dal prof. Sanarelli, che vi tenne una conferenza sulle allergie emorragiche nella patologia umana e sperimentale.

I resoconti delle singole conferenze con le relative discussioni si trovano riuniti in questo volume che fornisce così al lettore una visione sintetica delle odierne vedute su vari importanti problemi nel campo medico.

Ognuna delle sei giornate della riunione è stata dedicata ad un argomento speciale. Facciamo menzione di qualcuna delle conferenze. 1) *Terapia generale*: 150 anni di digitale (W. Straub). 2) *Vitamine ed ormoni*: Il nuovo sviluppo delle ricerche sulle vitamine (P. Karrer). Rapporti fra la dottrina dell'ereditarietà e l'endocrinologia (J. Bauer). 3) *Patologia interna*: L'insufficienza respiratoria ed il suo trattamento (R. Staehelin). Patologia clinica delle nefropatie (L. Michaud). 4) *Pediatria ed alimentazione*: Le insufficienze dell'accrescimento di statura (P. Nobécourt). L'acrodinia infantile (E. Feer). 5) *Cancro e radio-terapia*: La tubercolina ed il BCG nei cancerosi (I. Holmgren). Nuove vie scientifiche della balneologia (E. Bürgi). La radioterapia funzionale (A. Rosselet). 6) *Questioni di attualità*: La patologia dell'assorbimento intestinale (F. Verzàr). La biologia delle tossicomanie (H. W. Maier).

Sono state anche considerate delle questioni d'indole generale, p. es., da A. Gigon nel discorso inaugurale, che ha parlato sul modo di pensare in medicina e da H. E. Sigerist, sull'inquietudine attuale nel mono medico.

fil.

G. JANNENEY-HIRTZ. *Formulaire endocrinologique du praticien.* Volume in-8° di 160 pagine con 22 figure nel testo. G. Doin ed., Paris, 1936. Fr. 20.

Di fronte al dilagare di nuove pubblicazioni in tema di endocrinologia e al sorgere di sempre nuove sindromi via via più complesse, lo stato d'animo di molti medici pratici si fa sempre più incerto e diffidente. Nè di ciò si può far loro colpa, qualora si ponga mente alle difficoltà che i non iniziati incontrano ad ogni piè sospinto per orientarsi in un campo vastissimo, ancora in molti tratti oscuro, qual'è quello dell'endocrinologia.

Gli AA. di questo formulario hanno cercato di risolvere l'arduo problema di essere chiari e, nei limiti del possibile, completi in un lavoro del genere, senza eccedere le proporzioni di un libro tascabile.

La materia è divisa in tre parti. Nella prima è contenuto un riassunto di *semeiologia endocrinica*, che si raccomanda per la ben nota perspicuità francese e che costituisce una ottima guida per il pratico riguardo alla diagnosi.

La seconda parte comprende la *cura delle varie endocrinopatie*, ciascuna delle quali però viene prima succintamente descritta nei suoi caratteri essenziali. Molte forme sono illustrate da buone figure; oltre alla terapia medica, a base di prodotti endocrinici ed organici, sono esposte in modo breve, ma efficace, le cure chirurgiche e fisioterapiche delle varie sindromi.

La terza parte si riferisce allo impiego dei prodotti endocrinici nel *trattamento di malattie non riguardanti le ghiandole a secrezione interna.*

È da notarsi che le prescrizioni terapeutiche, le quali formano naturalmente la parte più importante di quest'opera, sono molto precise e razionali, per cui tanto il medico generico che lo specialista possono trarne notevole vantaggio.

O. VIANA.

Le corbellerie di Ellem. Un vol. in 16° di 94 pag. rilegato. Edizione Labor, Milano. In vendita presso il Dr. Arturo Bonelli, Viale Abruzzi 13, Milano. Prezzo L. 5.

Si racconta che un altissimo prelato richiedesse all'Ariosto dove egli avesse preso tutte le « corbellerie » dell'Orlando Furioso. Qui, invece, è lo stesso autore che dà ai suoi scritti il titolo di corbellerie, evidentemente non per una pudibonda modestia, ma per quel simpatico modo di considerare le cose della vita per cui ci si sente di esprimere un giudizio sano ed equilibrato, pur essendo convinti che non sarà la nostra voce a trascinare le turbe verso una rotta diversa. In questi trafiletti che L. M. è venuto pubblicando in *Pratica Pediatrica* ed in *Malati, medici e farmacisti*, vi è una filosofia bonaria, con qualche spunto di amaro e di ironico, il tutto espresso in uno stile garbato. Ecco le osservazioni sul ciarlatanismo, che concludono col dire che se tutti i ciurmadori dovessero finire in galera, chi resterebbe fuori? ed altre sui Congressi, dove le cose andrebbero molto meglio se si abolissero le aperture e le chiusure solenni, ove fioriscono le menzogne convenzionali obbligate o volontarie; altre osservazioni argute sugli Istituti di « bruttezza », sulle accademie, sull'eutanasia, ecc. E sentiamo di essere pienamente in accordo con l'A., che sa sempre trovare la nota giusta e ci fa passare le *horae subsecivae* in una piacevole lettura.

fil.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XLII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(*Continuazione e fine; vedi num. prec.*).

Sed. ant. - 20 ott.

Presidenza: Prof. C. FRUGONI.

Risposta dei Relatori.

R. SILVESTRINI (Perugia). — Ringrazia tutti coloro che hanno portato nella discussione ammaestramenti ricavati dalla loro personale esperienza. Al collega Frugoni, che ha ricordato il minore o maggior grado d'invasione sanguigna da parte di bacterî riuniti nei *foci*, dice di condividere con lui l'opinione che l'estirpazione del *focus* possa giovare anche quando c'è una certa diffusione bacterica. È noto che in certi stati lievemente setticemici della polmonite, della tifoide i germi che si isolano dal sangue sono poco virulenti ed hanno talora alcuni dei loro caratteri biologici mutati: gli stessi germi della tubercolosi circolanti nel sangue possono non svilupparsi in cultura o mostrare una virulenza molto attenuata.

A proposito di sensibilizzazione e di nefriti ematuriche annunzia che per esperimenti fatti nell'Istituto da lui diretto — esperimenti ancora in numero troppo scarso per trarne deduzioni sicure — risulterebbe che iniettando una cultura sterile di colibacillo nell'arteria renale di conigli preparati con altra tossina si ottiene in un'alta percentuale degli animali così trattati la nefrite ematurica.

Ringrazia i colleghi Cesa-Bianchi e Greppi per i contributi portati a riaffermare la conclusione della Relazione sfavorevole all'intervento chirurgico nelle degenerazioni parenchimali e nelle glomerulonefriti diffuse.

Fa osservare al collega Antonelli che delle sue osservazioni ha tenuto conto nel suo lavoro ricordando le glomerulonefriti senza ipertensione. La mancanza d'ipertensione può esser attribuibile allo stato del cuore, come ammette lo stesso Volhard, o, come da altri osservatori è stato dimostrato, da ipotonicità vasale, o forse, come si potrebbe pensare osservando preparati istologici di certe glomerulonefriti, dal modo con cui il processo infiammatorio colpisce il glomerulo perchè, mentre in certe glomeruliti i fatti infiammatorii sono addensati attorno al picciòlo del glomerulo, in altri interessano le anse così che si può pensare a una esclusione delle anse stesse e quasi ad una diretta continuazione dell'arteria afferente nella arteria efferente.

E. MINGAZZINI (Roma). — Il R. ringrazia tutti coloro che sono intervenuti nella discussione del tema di relazione portandovi il loro contributo personale, la loro preziosa collaborazione. In complesso si può dire che non vi sono state voci discordi. L'accordo si può dire veramente pacifico e completo.

Il prof. Lasio ha distinto esattamente le varie nefriti mediche dalle forme di nefralgia ematurica e dolorosa. Il R. è perfettamente d'accordo con lui che queste due ultime forme dovrebbero essere radiate dalle nefriti tuttavia questa decisione così drastica trova la sua limitazione nel fatto che effettivamente le nefriti emorragiche qualche volta trovano il loro substrato anatomico in nefriti parcellari, nefriti parziali dunque ma vere e proprie nefriti. La forma di nefrite apostematosa con ascessolini miliari guarisce con lo scapsulamento è vero ma anche questa è una forma che deve essere esclusa dalle forme mediche nelle quali predomina il concetto della non suppurazione. Il suo contributo di due casi collima con la nostra esperienza, e che è quella di altri autori. Il contrasto da lui accennato: la divergenza profonda tra sintomatologia clinica e subiettiva da un lato e reperto anatomo-patologico dall'altro è perfettamente esatto e conferma quanto hanno detto altri tra i quali da noi il Giordano, il Gallizia e noi stessi.

Di Jura ha accennato lo studio sulla colibacilluria ed è d'accordo con lui quando afferma l'importanza dei vasi polari inferiori renali nell'attecchimento del germe. Ma questa anomalia vasale non sempre si trova e del resto le cause di rallentamento del circolo possono essere molte non esclusa la discenesia delle vie urinarie superiori con tutte le sue conseguenze.

Interessanti sono i casi del Ciminata di cui il R. conosceva i lavori per averli letti personalmente e l'esito infausto conferma purtroppo la inefficacia dell'intervento chirurgico nelle nefriti croniche. La cura del focus sul quale con tanta autorevolezza ha insistito il prof. Frugoni rappresenta un passo avanti nella cura delle nefriti in quanto che lo scopo della medicina è veramente quello di prevenire più di quello di curare.

A Marcolongo si può osservare che nelle nefrosi da sublimato la fenomenologia renale è una parte del tutto: siamo d'accordo che il sintomo minaccioso è l'anuria. Se si può averne ragione si può salvare l'individuo ma dagli studi di Gaal risulta che l'elemento vascolare non è affatto interessato: perciò qualunque intervento direttamente o indirettamente su di esso deve forzatamente rimanere senza risultato. L'efficacia della terapia con il cloruro di sodio deve essere sempre tentata poichè ha già dato in mano di parecchi autori risultati insperati.

È lieto che il prof. De Gironcoli abbia rivendicata questa gloria italiana è proprio vero che « nemo profeta in Patria ». Si rallegra vivamente con il prof. Cappelli che ha portato un'importante casistica.

In conclusione al R. sembra che tutti si è d'accordo.

Sed. ant., ore 9 - 21 ott.

Presidenza: Proff. C. FRUGONI e L. D'AMATO.

Adiposità e magrezze patologiche.

Prof. F. GALDI (Pisa), Relatore
con la collaborazione dei proff. C. CASSANO, G. MONASTERIO, G. LAMI.

(*Riassunto*).

Quali sono innanzi tutto le adiposità e le magrezze, che, secondo lo spirito del tema debbono essere considerate come patologiche? Nell'ambito della fisiologia si possono identificare stati di adiposità e di magrezza, dei quali la Relazione non deve occuparsi e che per essere legati al tipo morfologico o costituzionale dell'individuo (megalosplancnico, ipervegetativo, con prevalente orientamento anabolico dei ricambi; microsplancnico, ipovegetativo, con prevalente orientamento cata-

bolico) vanno denominati *costituzionali;* il loro campo confina insensibilmente con un altro campo di obesità e magrezze, ugualmente costituzionali, che però si indicano come patologiche avendo assunto caratteristiche morbose vere e proprie, obesità e magrezze che, per intendersi sulla chiarezza delle denominazioni, vengono indicate come *essenziali.* In esse domina il fattore ereditario, e non si riesce, allo stato attuale, a scoprire nessuna alterazione di ghiandole a secrezione interna o di centri nervosi e vegetativi, cui possa essere imputato rispettivamente l'aumento o la diminuzione del grasso, contrariamente a quanto accade per altre forme di adiposità e di magrezza che, per essere riferibili a fattori patogenetici noti, vengono denominate *sintomatiche* o *secondarie.*

La diagnosi di adiposità o magrezza patologica deve essere fondata sopra criteri *ponderali, morfologici* e *clinici.* I soli criteri ponderali non sono sempre sufficienti; l'esame clinico del soggetto con rilievo non soltanto del suo peso, ma anche del suo aspetto generale, della distribuzione del tessuto adiposo e delle condizioni dei varii organi ed apparati, permette di riconoscere le adiposità e le magrezze e di individuare quelle che per i disturbi generali che le accompagnano, o per i disturbi riferibili a condizioni neuro-endocrine, vanno considerate come patologiche, anche se la loro entità è modesta.

La Relazione fa una sintesi della *fisiopatologia dei ricambi organici in rapporto con la regolazione del peso corporeo,* soffermandosi in particolare sulla fisiopatologia del senso di fame e sulla regolazione della termogenesi e del consumo di lusso. Il peso corporeo è regolato da un complesso e delicatissimo congegno neuro-ormonico, costituito da numerosi centri vegetativi diencefalici e da una costellazione di ghiandole endocrine, tra cui importanza preminente spetta all'ipofisi; questa è strettamente solidale, anatomicamente e funzionalmente, col diencefalo, onde deve essere considerata come un tutto unico con questo, sotto la denominazione di sistema diencefalo-ipofisario. La sensazione di fame si produce in conseguenza di reazioni motorie e secretorie determinantisi attraverso le vie vagali periferiche in seguito alla eccitazione del « centro della fame », ammesso da pressochè tutti gli Autori, centro sottoposto ad influenze importanti provenienti dal mantello cerebrale e dalle ghiandole endocrine. Già teoricamente si possono ammettere a carico del centro della fame, disestesie primitive e disestesie secondarie di origine corticale, periferica, ormonica, il cui risultato comune è il disturbo della correlazione normale fra senso dell'appetito, dal quale dipende la introduzione del cibo, e bisogni energetici, organici. Per la obesità, un aumento primario del senso dell'appetito, come fattore squisitamente esogeno, viene in massima negato dai Relatori; invece i disturbi del senso dell'appetito sono comuni nelle magrezze e hanno nella patogenesi di questi stati morbosi un'importanza grandissima. Questa patogenesi non è infrequente ed anzi vale a spiegare il maggior numero dei casi di magrezze essenziali; questi casi sono fra l'altro caratterizzati dalla possibilità di raggiungere aumenti di peso aumentando la introduzione di cibo.

La *regolazione del consumo energetico* rappresenta un complesso meccanismo di adeguamento, per cui alle quote alimentari introdotte è commisurato il consumo di energia. Solo per questa coordinazione fisiologica fra introito e dispendio ogni eccessivo regime alimentare (e il regime comune è di norma caratterizzato da un eccesso calorico alimentare) non si traduce in accumulo abnorme di prodotti di riserva (grasso) e quindi in un morboso aumento di peso. Se nella massima parte dei casi il peso corporeo resta contenuto entro certi limiti fisiologici che sono abbastanza fissi, ciò dipende dal fatto che l'organismo ha la possibilità di innalzare il dispendio energetico in proporzione all'apporto eccessivo di alimenti. Comincia ad aversi accumulo solo quando vengano superati i limiti della regolazione che adegua il dispendio al sovrappiù di introito, limiti la cui ampiezza è assai variabile, già in condizioni normali. La regolazione del consumo energetico è orientata essenzialmente in senso eccitocatabolico; le quote di consumo energetico innestate come sovrappiù in aggiunta al metabolismo basale e al dispendio relativo al lavoro corporeo costituiscono quello che si dice il « consumo di lusso », denominazione impropria poichè si tratta di una regolazione squisitamente fisiologica, legata a un sovrappiù di dispendio, da considerarsi non come un lusso, ma come una necessità biologica. Le variazioni individuali del peso corporeo, dai gradi iniziali, ancora fisiologici, di adiposi costituzionale e da quelli di magrezza, sono riportabili essenzialmente alle variazioni di questa capacità di regolazione: la *regolazione del consumo di lusso* diventa così problema centrico nella fisiopatogenesi delle variazioni patologiche del peso corporeo. La quota di gran lunga più importante del consumo di lusso è costituita dall'azione dinamico-specifica dei cibi, la quale rappresenta un riflesso vegetativo all'azione eccitatrice dei prodotti di scissione degli alimenti. La regolazione del consumo di lusso è dunque funzione essenziale del sistema vegetativo, neuro-endocrino. Nella ipoalimentazione si ha perdita di peso solo quando l'organismo continui ad avere un dispendio aumentato rispetto ad un'introduzione di calorie che può essere anche cospicua.

Il motore principale delle combustioni organiche è la tiroide; la surrenale è il motore ausiliario che entra in azione nei momenti in cui è richiesto un brusco aumento delle combustioni; la preipofisi ha influenza diretta sulla regolazione del consumo di lusso (azione dinamico-specifica dei cibi) e indiretta sul metabolismo basale attraverso l'ormone tireotropo (eccitazione dell'attività tiroidea) e inoltre sugli *equilibri metabolici intermedi,* ossia sugli stretti rapporti fra ricambio dei carboidrati e dei grassi, rapporti alla cui regolazione prende parte importantissima anche l'organo insulare. L'ormone insulare produce essenzialmente tre ordini di processi: combustione del glicogene, polimerizzazione del glucosio a glicogene, trasformazione del glucosio in grasso. È evidente che alla misura nella quale il glucosio viene bruciato, trasformato in grasso, o accumulato come glicogene *(equilibri chimici intermedi reversibili)* è strettamente legata la regolazione del peso corporeo.

La Relazione passa a studiare *l'etiopatogenesi delle obesità e delle magrezze,* considerandole innanzi tutto dal punto di vista energetico. È ovvio per il principio della conservazione dell'energia che ogni obesità presuppone un disturbo dei bilanci finali energetici, o per eccessiva introduzione di calorie, o per diminuzione del dispendio, o per ambedue le cause; l'inverso può dirsi per le magrezze. In numerosi casi di obesità il bilancio può apparire, ai nostri incompleti mezzi d'inda-

gine, passivo (metabolismo basale e azione dinamico-specifica dei cibi normali; introduzione normale o inferiore alla norma di calorie); è però necessario ammettere che esso sia in realtà attivo, o per lo meno in pareggio, in virtù di una diminuzione del dispendio (e prevalentemente del consumo di lusso) che sfugge a una dimostrazione sperimentale diretta. Il nucleo della questione è però in certo senso indipendente e anteriore rispetto alle condizioni del bilancio e consiste nella abnorme tendenza ad accumulare e trattenere grasso. L'aumento dell'appetito e la sovralimentazione non conducono di per sè stessi all'obesità, come non vi conduce necessariamente la diminuzione del dispendio energetico, per l'entrata in funzione dei meccanismi di regolazione. Pertanto la voracità che si osserva in alcuni obesi non dev'essere considerata come fenomeno primitivo, ma bensì secondario; l'obeso ingrassa, perchè mangia di più, ma introduce una quantità eccessiva di materiale nutritizio per una maggiore avidità dei suoi tessuti, dai quali partono stimoli più frequenti e vivaci al centro della fame. Perciò non esistono adiposità esogene, anche quando il fattore esogeno (iperalimentazione, inerzia ,ecc.) sembra essere in primo piano; esso appare secondario ai fattori endogeni, consistenti nella costituzionale aumentata avidità dei tessuti per il materiale nutritizio.

Nella maggior parte delle magrezze, invece, il fattore di primo piano è l'ipoalimentazione. Poichè il fattore determinante dell'ipoalimentazione è l'anoressia, momento fondamentalmente endogeno, le magrezze patologiche debbono anch'esse essere considerate come endogene. In alcuni casi, come nelle magrezze tiroidee ed eventualmente in alcun magrezze essenziali, vi è aumento del dispendio (aumento del metabolismo basale e del consumo di lusso) e pertanto sussiste magrezza anche con un apporto energetico notevole.

Poichè il sistema nervoso vegetativo e le ghiandole endocrine esercitano la loro funzione regolatrice sui tessuti, la etiopatogenesi delle adiposità e delle magrezze non può prescindere nè dagli apparati regolatori nè dagli organi sui quali essi agiscono: i tessuti. Questi sebbene sottoposti all'influenza regolatrice del sistema neuroormonico, hanno una loro autonomia, onde possono presentare, oltre ad errori funzionali secondari a un disturbo della regolazione, anche errori primitivi, autoctoni. Nelle adiposità essenziali e in genere in quelle costituzionali, regolazione neuro-endocrina e tessuti sono congenitamente disposti all'accumulo, senza che si possa distinguere nettamente quanto spetti all'una e agli altri in tale particolare atteggiamento funzionale. Una direzione importante di ricerche sulla patogenesi dell'obesità, direttiva seguita dai Relatori, è l'identificazione dei meccanismi attraverso i quali si manifesta la tendenza all'accumulo.

Della tesi che l'adiposità sia dovuta all'esaltazione delle attività adipopessiche della cellula adiposa, donde la cosidetta « tendenza lipomatosa » degli obesi, il più autorevole assertore è stato von Bergmann. La cellula adiposa, anzi il tessuto adiposo in senso stretto, ci appare non come inerte deposito di materiale energetico, ma come deputata a svariate e complesse funzioni nel ricambio lipidico. Molte ricerche stanno a provare che il tessuto adiposo degli obesi ha proprietà e caratteri biochimico-funzionali diversi da quello dei normali. Oltre che della *lipofilia* occorre tener conto anche della spiccata *idrofilia* di tale tessuto. Mentre nelle adiposità sintomatiche la tendenza lipogena dei tessuti appare secondaria a un disturbo manifesto della regolazione endocrina e nervosa, nelle adiposità essenziali tale tendenza sarebbe primitiva ed insita, quale carattere congenito, nel tessuto adiposo, pure con la collaborazione di un errore costituzionale della regolazione.

L'errore della regolazione è dovuto nella massima parte delle adiposità sintomatiche e in un certo numero di magrezze sintomatiche, all'alterazione del sistema diencefalo-ipofisario. Tale apparato è infatti il vero cervello vegetativo dell'organismo, che regola e coordina i varii processi della vita animale, fra l'altro la funzione di quasi tutte le ghiandole a secrezione interna. Perciò le alterazioni del sistema diencefalo-ipofisario, oltre a dar luogo ai più diversi e talora complessi disordini funzionali, si accompagnano di solito ad alterazioni di una o più delle varie ghiandole endocrine satelliti. Lesioni di tale apparato localizzate al solo diencefalo od alla sola ipofisi possono provocare sindromi morbose identiche, onde non è possibile distinguere la adiposità e le magrezze di origine diencefalica da quelle di origine ipofisaria. La concezione unitaria delle adiposità e magrezze diencefalo-ipofisarie dai Relatori adottata non è quindi dovuta soltanto a considerazioni di ordine fisio-patologico, ma anche di ordine clinico. L'anatomia patologica ha svelato inoltre che lesioni apparentemente identiche del sistema diencefalo-ipofisario possono dar luogo a stati morbosi opposti: l'adiposità e la magrezza. Adenomi basofili dell'ipofisi sono stati riscontrati nel morbo di Cushing, nell'adiposità essenziale e nella magrezza ipofisaria; l'atrofia della ghiandola (infiammatoria, da emorragie, da compressione, ecc.) può osservarsi sia nell'adiposità diencefalo-ipofisaria che nel morbo di Simmonds; lesioni del peduncolo ipofisario possono dar luogo ad adiposità od a magrezze, ecc. Si è visto inoltre che adiposità diencefalo-ipofisarie nella loro ulteriore evoluzione possono trasformarsi in magrezze (morbo di Simmonds). Le adiposità diencefalo-ipofisarie si stabiliscono in seguito ad un disturbo della regolazione neuro-ormonica del ricambio nelle cellule adipose ed in senso più largo nelle cellule connettivali. In conseguenza delle alterazioni del centro o dei centri che presiedono al ricambio lipidico, o delle vie nervose che li collegano alla periferia, aumenta l'avidità dei tessuti per i glicidi e per i lipidi, si rende più intensa la trasformazione dei glicidi in grasso e viene inibita la mobilizzazione dei lipidi. Le stesse conseguenze ha l'ipofunzione dell'ipofisi perchè l'ormone o gli ormoni ipofisari che regolano il ricambio lipidico in seno ai tessuti, agiscono attraverso i centri diencefalici che presiedono a tale ricambio. Le conseguenze della ipofunzione pituitaria e quelle della ipofunzione dei centri diencefalici sono pertanto identiche: infatti questi ultimi per potere esercitare la loro azione debbono essere sottoposti continuamente allo stimolo degli ormoni ipofisari, onde alla diminuzione e all'assenza di tali ormoni segue una insufficienza dei centri vegetativi; all'incontro se i centri sono alterati, gli ormoni ipofisari, anche se secreti in quantità normali, non possono agire perchè è leso il loro punto di attacco. Anche nelle adiposità diencefalo-ipofisarie la causa dell'adiposi è dovuta dunque a un disturbo funzionale dei tessuti e specialmente del tessuto adiposo, che però, a differenza delle adiposità essenziali, è chiaramente se-

condario ad un errore della regolazione. È appunto in questo che la etiopatogenesi delle adiposità diencefalo-ipofisarie differisce da quello delle adiposità essenziali. Circa gli ormoni ipofisari in seguito alla cui diminuzione od assenza si stabiliscono le adiposi o le magrezze, conviene ricordare che Raab ha descritto la *lipoitrina*, che provocherebbe l'accumulo del grasso, mentre la *orofisina* descritta da Magistris favorirebbe la combustione dei grassi aumentando la chetonemia.

Per quanto riguarda le *magrezze diencefalo-ipofisarie* non sono evidenti errori tissurali cui possa essere imputata la magrezza; questa appare dovuta invece all'anoressia secondaria alle alterazioni del sistema diencefalo-ipofisario, dove sembra risiedere il centro dell'appetito; non si può però escludere che alla genesi della magrezza collaborino anche disturbi tissurali. È però oscuro come lesioni apparentemente uguali provochino in un caso l'adiposi e nell'altro la magrezza; sappiamo soltanto che di solito nelle magrezze si riscontrano lesioni più estese e gravi. Ancora più oscura è la genesi delle adiposi (obesità ad impronta pletorica con virilismo) che si accompagnano a stati di iperfunzione dell'ipofisi; se queste in alcuni casi paiono dovute all'ipersurrenalismo secondario all'iperpituitarismo, nei casi in cui l'ipersurrenalismo manca e sono presenti lesioni ipofisarie, la loro genesi è ancora misteriosa. Le adiposità possono dunque essere dovute oltre che a lesione del sistema diencefalo-ipofisario anche alla iperfunzione della corteccia surrenale. Ma ignoriamo ancora come gli ormoni di questa agiscono sui tessuti. L'ipofunzione dei surreni provoca, invece, stati di magrezza, di cui l'esempio più classico ci è offerto da quelle che sogliono accompagnarsi al morbo di Addison, le quali sono dovute a diversi fattori e principalmente alla anoressia secondaria alla discrinia surrenale.

Per quanto riguarda l'epifisi, adiposità accompagna generalmente la macrogenitosomia precoce di Pellizzi e Sarteschi. La fisiopatologia sperimentale e clinica dell'epifisi è tuttora oscura, nè può concludersi in proposito alcunchè di sicuro.

Nella etiopatogenesi delle adiposità non possiamo oramai attribuire più alcuna importanza alla tiroide, dopo che una larga esperienza ci ha dimostrato che ipotiroidismi non si accompagnano di regola ad obesità. Il risparmio di energia dovuto al metabolismo basale è verosimilmente compensato negli ipotiroidismi dagli altri meccanismi che regolano il peso corporeo; solo quando tali meccanismi sono lesi l'insufficienza tiroidea si accompagna ad una adiposi; questa non può attribuirsi pertanto all'ipotiroidismo, ma ad altri fattori. Il concetto di *adiposità tiroidea* è perciò puramente clinico e non etiopatogenetico, dovendosi intendere sotto tale nome quelle adiposità che si accompagnano ad ipotiroidismo o riferibili a fattori diversi non individualizzabili esattamente. Nella etiopatogenesi delle magrezze la tiroide ha invece un'importanza notevole perchè dall'aumento delle ossidazioni da essa provocato deriva un *deficit* del bilancio energetico e quindi la magrezza.

Per quanto riguarda le gonadi, l'adiposità che segue alla loro insufficienza od inattività, sembra essere in rapporto con i disturbi che si stabiliscono secondariamente nell'ipofisi; infatti l'ablazione delle gonadi o la loro inattività non è seguita regolarmente da una adiposi, ma in alcuni casi anzi da una magrezza (castrati magri), mentre le reazioni secondarie dell'ipofisi sono diverse da caso a caso. Gran parte delle adiposità, considerate come di origine genitale primaria, sono evidentemente delle adiposità diencefalo-ipofisarie in cui l'ipogenitalismo è chiaramente secondario all'ipopituitarismo.

L'adiposità climaterica poi sembra essere una adiposità costituzionale risvegliata dal climaterio.

Infine, le insule pancreatiche si sono dimostrate prive di ogni significato nella etiopatogenesi delle adiposità e delle magrezze patologiche.

Dopo l'etiopatogenesi, la Relazione passa a studiare i varii ricambi nelle obesità e nelle magrezze patologiche, a cominciare dal *ricambio energetico*. Il metabolismo basale nelle adiposità è di regola normale, ad eccezione delle adiposità tiroidee o con ipotiroidismo secondario, in cui è abbassato; l'azione dinamico-specifica degli alimenti è di solito scarsa nelle adiposità diencefalo-ipofisarie, e abbastanza spesso diminuita nelle adiposità essenziali; nelle adiposi di una certa entità il consumo di ossigeno nel lavoro muscolare è aumentato, essendo maggiore l'extra-lavoro. La tendenza all'inerzia propria di molti obesi può concorrere al mantenimento e all'aumento dell'accumulo. La diminuzione del metabolismo basale è di regola dovuto all'ipotiroidismo, mentre la diminuzione dell'azione dinamico-specifica degli alimenti nelle adiposità diencefalo-ipofisarie rappresenta un errore nella regolazione centrale di tale fenomeno. Tali alterazioni della termogenesi che in altre condizioni non influiscono sul peso corporeo per l'intervento dei varii meccanismi regolatori, negli obesi, in cui questi meccanismi sono alterati, debbono contribuire alla genesi dell'adiposità.

Nelle magrezze il ricambio energetico è sovente alterato: il metabolismo basale è molto variabile in quelle essenziali pur oscillando di regola nei limiti della norma; e più o meno cospicuamente aumentato nelle magrezze tiroidee ed abbassato nelle magrezze surrenali e diencefalo-ipofisarie (in queste ultime in maniera cospicua). L'azione dinamico-specifica degli alimenti è molto irregolare nelle magrezze essenziali; e diminuita nelle tiroidee e in quelle diencefalo-ipofisarie.

Il *deficit* rilevabile nel bilancio energetico delle varie magrezze patologiche non pare dunque dovuto ad un consumo eccessivo di energia, se si eccettuino le magrezze tiroidee; anzi le alterazioni del ricambio energetico sono di solito tali (abbassamento del metabolismo basale e dell'azione dinamico-specifica degli alimenti) da favorire il risparmio di energia, come accade appunto nella iponutrizione cronica. Ma nelle magrezze essenziali manca di regola tale adattamento alla diminuzione delle entrate, essendo alterati i meccanismi regolatori del ricambio energetico. Mentre nella patogenesi dell'adiposità i fattori esogeni, secondari a quelli endogeni, hanno uno scarso significato, nella patogenesi delle magrezze sembrano avere di solito un'importanza di gran lunga maggiore; ma la diminuzione dell'apporto energetico che rappresenta di solito la causa principale della magrezza, è secondaria all'anoressia, cioè al fattore endogeno fondamentale di tale stato morboso. Invece nella magrezza tiroidea il *deficit* del bilancio energetico è dovuto all'aumento delle uscite (elevazione cospicua del metabolismo basale) rispetto alle entrate, che possono anche essere superiori alla norma.

Per quanto riguarda il *ricambio glicidico*, la glicemia dell'obeso è di regola normale a digiuno, mentre dopo carico glicidico subisce, con qual-

che eccezione, aumenti modesti e fugaci. Il glucosio somministrato all'obeso per via orale è da questo rapidamente e largamente depositato nei tessuti; la sua combustione, di solito normale, è in qualche caso modesta o manca affatto, verosimilmente perchè il tessuto adiposo lo fissa vivamente sottraendolo al fegato; la trasformazione del glucosio in grasso nelle cellule adipose è lenta, ma avviene più largamente che di norma, dato che l'obeso a digiuno si rivela povero di riserve glicogeniche; infatti il quoziente respiratorio a digiuno è di solito basso nelle adiposi di una certa entità e gli stimoli attivanti le combustioni (alimenti, adrenalina, ecc.) provocano un abbassamento ulteriore del quoziente respiratorio. Ciò dimostra che le combustioni, sia in condizioni di riposo che in seguito ai vari stimoli, si compiono specialmente a spese dei grassi. L'obeso dunque, anche se introduce in larga copia i glicidi, ne è sempre povero per l'errore funzionale delle cellule adipose le quali trattengono più largamente il glucosio sotto forma di glicogene per poi trasformarlo lentamente in grasso. L'erore tissurale che provoca l'abnorme condotta del ricambio glicidico nell'obeso può essere prevalentemente autoctono oppure secondario a un disturbo della regolazione diencefalo-ipofisaria o della regolazione neuroendocrina in senso più largo. Infatti il taglio dei nervi, che si distribuiscono al tessuto adiposo, provoca in questo, parallelamente all'aumento dei glicidi, l'aumento del glicogeno. Pertanto i disturbi del ricambio glicidico nell'obeso sono strettamente ingranati a quelli del ricambio lipidico.

Per quanto riguarda il *ricambio lipidico*, dalle ricerche dei Relatori, che sono le prime sull'argomento, risulta che i lipidi totali del sangue sono di regola normali ma vicini ai limiti superiori della norma; sono aumentati solo nel m. di Cushing, mentre nelle altre adiposità sintomatiche l'aumento si osserva solo in qualche caso. I grassi neutri sono sempre aumentati di regola in misura notevole, mentre il tasso della colesterina è di solito normale o diminuito e quello dei fosfatidi è quasi sempre diminuito. Dopo carico lipidico, i lipidi totali aumentano di regola in misura più modesta che di norma; l'aumento è dovuto ai grassi neutri. Dopo carico glicidico invece i lipidi totali diminuiscono a causa della diminuzione del tasso dei gliceridi. La mobilizzazione dei grassi neutri dai depositi in condizioni normali di nutrizione sembra essere negli obesi più cospicua, forse perchè le combustioni avvengono in massima parte o esclusivamente a spese di tali sostanze, ma con ritmo normale e talora anche ritardato. Nella iponutrizione invece la mobilizzazione dei gliceridi è nell'obeso più scarsa che di norma; in tale condizione si svela così l'errore funzionale della cellula adiposa consistente nel trattenere con maggiore tenacia le sue provviste di grasso, allorchè questo tende a diminuire. Le ricerche sul ricambio lipidico nelle adiposità hanno svelato dunque degli errori che ne chiariscono la patogenesi e cioè: una aumentata avidità del tessuto adiposo per il grasso ed una maggiore tenacia a trattenerlo nella iponutrizione. La *tendenza lipogena* ammessa da von Bergmann negli obesi, quale fattore fondamentale dell'adiposità, ha trovato dunque la riprova sperimentale in tali ricerche. Nelle magrezze, invece, il ricambio glicidico ha svelato errori imputabili a disturbi della sua regolazione neuro-ormonica, ma senza alcun significato per la loro patogenesi. I soggetti parrebbero reagire alla immissione in circolo dei gliceridi con un aumento veramente notevole della loro combustione, quale non si ha mai in condizioni normali.

Per quanto riguarda il *ricambio proteico*, dalle poche ricerche eseguite da altri studiosi risulta che nell'obesità esiste una tendenza pronunciata alla positività del bilancio proteico, in quanto il grasso accumulato costituisce una riserva di energia che copre il fabbisogno calorico dell'individuo e lo protegge pertanto dalla disintegrazione proteica, quando gli venga fornita la quantità di proteina necessaria per l'equilibrio minimo. Mancano ancora ricerche sul ricambio proteico nelle magrezze.

Nella adiposità sono presenti abbastanza spesso disturbi del *ricambio idrosalino*, dovuti qualche volta ad alterazioni renali o all'insufficienza cardiaca, ma più spesso a disordini tissurali autoctoni o secondari a disturbi della regolazione; il tessuto adiposo dell'obeso rivela infatti in alcuni casi la tendenza a trattenere insieme ai lipidi anche l'acqua, donde la denominazione di *idrolipomatosi* data da J. Bauer a tale errore.

Per quanto riguarda la *nosografia clinica*, la classificazione proposta dai Relatori si fonda su criteri essenzialmente etiopatogenetici e distingue le adiposità patologiche in: A) Adiposità essenziale; B) Adiposità sintomatiche; I) Adiposità endocrine: Adiposità tiroidea; 2) Adiposità genitale; 3) Adiposità pineale; 4) Adiposità endocrine complesse: a) Obesità ad impronta pletorica con virilismo (m. di Cushing); b) Matronismo precoce di Pende. II) Adiposità diencefalo-ipofisarie: 1) Sindrome di Fröhlich; 2) Adiposità diencefalo-ipofisaria propriamente detta; C) Adiposità circoscritte e lipomatosi.

Si è già parlato della distinzione fra adiposità essenziali e sintomatiche. La classificazione delle adiposità endocrine non è strettamente etiopatogenetica, dato che le adiposità tiroidee e quelle genitali non possono riferirsi rispettivamente alla insufficienza della tiroide e delle gonadi. Le prime sono delle adiposità non ancora note nella loro etiogenesi, che si accompagnano a manifestazioni di ipotiroidismo, le quali conferiscono un aspetto particolare alla adiposità e permettono così di riconoscerla. Ma se l'ipotiroidismo è riferibile ad una insufficienza ipofisaria, l'adiposità deve essere considerata come diencefalo-ipofisaria e non come tiroidea. *L'adiposità genitale* non è dovuta direttamente alla insufficienza delle gonadi, ma alle reazioni che queste risvegliano nelle altre ghiandole endocrine, sopratutto nella preipofisi. Anche in questo caso dunque il concetto cui è improntata la classificazione dei RR. non è strettamente etiopatogenetico.

Per quanto riguarda l'*adiposità pineale* che s'incontra nei tumori dell'epifisi ignoriamo ancora se sia dovuta ad una discrinia epifisaria ovvero a lesioni dei centri vegetativi contigui provocate dai tumori della ghiandola. L'obesità ad impronta pletorica *con virilismo* (m. di Cushing) sembra essere dovuta a cause diverse da caso a caso ed il *matronismo precoce*. di Pende a disturbi pluri-ghiandolari; perciò tali adiposità sono state dai Relatori comprese fra le adiposità endocrine complesse.

Le *adiposità riferibili a lesioni del sistema diencefalo-ipofisario*, le più frequenti fra le adiposità sintomatiche e le meglio note nella loro etiopatogenesi, si presentano con aspetti diversi nel periodo prepuberale ed in quello postpuberale: nel primo periodo sono di regola delle sindromi di Fröhlich, in cui l'adiposi è di solito modesta e può anche mancare ed è presente soltanto una di-

stribuzione abnorme e caratteristica del grasso; nel secondo periodo invece, l'adiposi è di solito più cospicua e non presenta sempre una distribuzione caratteristica del grasso; essa si accompagna sovente a discrinie più o meno complesse per la partecipazione alla sindrome morbosa delle ghiandole endocrine satelliti del sistema diencefalo-ipofisario.

Le *adiposi circoscritte e le lipomatosi* costituiscono un gruppo a sè, non potendo essere comprese tra le adiposità perchè manca un aumento diffuso del grasso, ma questo si accumula in zone limitate; la parentela etiopatogenetica però di tali adiposi con le adiposità sintomatiche è così stretta, che non possono essere omesse nella trattazione di tali stati morbosi.

Per quanto riguarda le magrezze la loro nosografia clinica, sebbene molto recente, non è improntata a esatte vedute etiopatogenetiche, nè a criteri clinici. Si è infatti cercato di distinguere il maggior numero possibile di forme di magrezza patologica, comprendendovi talora stati morbosi simili, ovvero profondamente diversi da esse. La classificazione dei Relatori, che corrisponde perfettamente a quella delle adiposità, divide le magrezze in: A. *Magrezze essenziali*: 1) Magrezza da anoressia primaria; 2) Magrezza con appetito normale od aumentato. B. *Magrezze sintomatiche*: I. Magrezze endocrine: 1) Magrezza tiroidea; 2) Magrezza surrenale. II. Magrezze diencefalo-ipofisarie. C. *Lipodistrofia progressiva.*

Fra le magrezze sintomatiche, la *magrezza tiroidea* si identifica clinicamente col m. di Basedow complicato a magrezza; la *magrezza surrenale* è propria degli iposurrenalismi gravi, e specialmente dell'Addison.

Le *magrezze diencefalo-ipofisarie* si identificano di regola col *m. di Simmonds*. La conoscenza di quest'ultimo è oramai così progredita, con l'estendersi delle osservazioni cliniche, che s'impone una sua concezione etiopatogenetica e clinica unitaria. La magrezza ipofisaria di v. Bergman ed altre forme di magrezza ipofisaria debbono essere considerate degli stadi iniziali o delle forme fruste della malattia e non degli stati morbosi a sè, come s'è cercato di fare da parte di numerosi Autori. È praticamente molto importante l'esatto riconoscimento di tali casi: essi sono molto più frequenti di quanto non si creda e possono cedere ad una cura opoterapica preipofisaria tempestiva.

La *magrezza cerebrale*, di cui esistono rarissime osservazioni, è anch'essa di regola identificabile col morbo di Simmonds, il quale d'altra parte non può essere considerato più come una magrezza ipofisaria, potendo stabilirsi in seguito a lesioni del solo diencefalo.

Anche la *sclerosi multipla delle ghiandole endocrine* di Falta, semplice *atrofia delle ghiandole endocrine* di Lindemann ed altre consimili sindromi morbose debbono essere ormai considerate delle magrezze diencefalo-ipofisarie, essendo identica la etiopatogenesi ed il quadro clinico. Infatti il morbo di Simmonds è caratterizzato come le precedenti sindromi morbose dalla sclerosi e atrofia delle ghiandole endocrine satelliti del sistema diencefalo-ipofisario, secondarie a lesioni di questo.

La *lipodistrofia progressiva* è una magrezza circoscritta e perciò è stata considerata a parte e in appendice, analogamente a quanto è stato fatto per le adiposi circoscritte. Essa peraltro deve essere compresa fra le magrezze e non fra le adiposità, come è stato fatto da alcuni Autori, perchè i caratteri fondamentali di tale forma morbosa è la magrezza circoscritta alla metà superiore del corpo e non l'adiposi, che può anche mancare.

L'associazione di una adiposi ad una magrezza nello stesso soggetto, che si riscontra abbastanza spesso nella lipodistrofia progressiva e l'evoluzione di adiposi in magrezze (m. di Simmonds) dimostrano come sia stretta la parentela etiopatogenatica di tali stati morbosi, pur così differenti fra loro clinicamente. Tale fatto non desta più meraviglia perchè sappiamo che stati di adiposità e di magrezza sono dovuti a lesioni dello stesso apparato e cioè del sistema diencefalo-ipofisario: le lesioni, aggravandosi nella loro evoluzione, possono provocare processi morbosi opposti. Ma gl'intimi meccanismi di tali fenomeni ci sfuggono ancora e soltanto ulteriori ricerche sulla fisiopatologia del sistema diencefalo-ipofisario, che assomma in così poco spazio tante e così complesse funzioni, potranno sollevare qualche altro velo.

Riguardo alla *terapia delle obesità patologiche* la Relazione pone in rilievo l'importanza, dal punto di vista terapeutico, di un esatto concetto diagnostico. Si devono anzitutto correggere eventuali abitudini di vita errate (iperalimentazione, esagerata introduzione di liquidi, alcoolici o non, sedentarietà). Il trattamento fondamentale dell'obesità essenziale e anche di molte obesità sintomatiche rimane quello dietetico. Conviene adottare dapprima una dieta inferiore del 20 % al bisogno energetico, per passare quindi a riduzioni più severe fino ad un minimo che le più recenti esperienze tendono a fissare a circa 1000 calorie quotidiane. La distribuzione qualitativa delle calorie totali fra proteine, grassi e carbidrati ha per lo meno la stessa importanza, se non maggiore, della limitazione quantitativa delle calorie totali introdotte. Di essenziale importanza è spostare la composizione della dieta a favore delle proteine e a scapito dei grassi e dei carboidrati. La quantità di un grammo di proteine per chilogramma di peso può anche notevolmente essere sorpassata. Le proteine aumentano il consumo di lusso ed eccitano l'attività tiroidea. Converrà regolare il ricambio idrico limitando opportunamente l'ingestione di liquidi.

L'esperienza clinica più recente è piuttosto favorevole al prudente uso dei diuretici mercuriali nelle cure dimagranti. Converrà poi aumentare il dispendio energetico correggendo la sedentarietà e prescrivendo il moto. Circa il trattamento medicamentoso, è da dire che salvo nei casi di insufficienza tiroidea patente (mixedema) il trattamento dell'obesità con estratti tiroidei non va mai istituito inizialmente, ma sempre se il trattamento dietetico severo e razionale non dia risultati; inoltre non va mai istituito da solo, ma sempre in combinazione con le limitazioni dietetiche; è dimostrato che senza limitazione della dieta le sostanze tiroidee di regola non agiscono. Non sono affatto rari i casi refrattari alla terapia tiroidea, per la quale non infrequente è una spiccata intolleranza. Anche nell'obesità essenziale, oltre che s'intende in quelle diencefalo-ipofisarie, possono essere utili gli estratti totali preipofisari. Circa il dinitrofenolo, si deve deplorare che da parte di alcuni Autori si sia passato al vasto esperimento clinico e all'introduzione nel grande pubblico, senza un adeguato studio farmacologico e tossicologico.

Nella *terapia delle magrezze patologiche* è importante accertarsi se non esista un aumento abnorme del ricambio. Il più spesso il fattore patogenetico decisivo è costituito dalla limitazione delle en-

trate, per cui il più importante e frequente problema terapeutico è nelle magrezze l'aumento dell'introduzione di calorie. A questo scopo provvedimenti terapeutici speciali richiede l'anoressia (cambiamento di ambiente e di clima, terapia suggestiva, eupeptici, ecc.). Circa la terapia dietetica, il numero globale di calorie può superare il bisogno energetico totale del paziente del 200 % e più. Conviene poi limitare l'introduzione di proteine a favore di quella di idrati di carbonio che di grassi. Importante è una abbondante introduzione di vitamine. Converrà poi cercare di limitare il dispendio energetico (cure di riposo, ecc.). Le diverse forme di magrezza sintomatica da discrinie sono suscettibili delle rispettive cure ormoniche. Nella magrezza diencefalo-ipofisaria, anche nelle forme gravi, si ottengono sorprendenti successi terapeutici con gli estratti preipofisari. Una parte di non secondaria importanza spetta nella cura delle magrezze alla terapia del sistema nervoso vegetativo, intesa a combattere la labilità neurovegetativa, così frequente in questi pazienti. Si è dimostrata utile la combinazione di depressori vagali (belladonna) con depressori simpatici (ergotamina).

Seduta pomeridiana - ore 15.

Presidenza: Prof. C. FRUGONI e L. D'AMATO.

Discussione della Relazione.

S. BAGLIONI (Roma). — La relazione del collega Galdi e dei suoi valenti allievi è una eccellente rivista e messa a punto di un capitolo importantissimo nella medicina e nella fisiologia, secondo le recenti acquisizioni della clinica e della patologia. Per giungere alla soluzione del problema è necessario risalire al concetto delle normali *funzioni del tessuto adiposo*. L'O. fa una rapida rassegna di queste funzioni, considerandole dal punto di vista morfologico protettivo e come sede degli scambi biochimici del metabolismo intermedio. Ne trae alcune conclusioni che possono interessare il difficile problema fisiopatologico.

P. STANGANELLI (Napoli). — Alla relazione del prof. Galdi, densa di dati di fisiologia e di fisiopatologia, ma ispirata a quel sano realismo clinico che è prerogativa delle nostre Scuole, nulla si potrebbe aggiungere, tanto essa è completa in ogni parte. Sia consentito però sottolineare il punto centrale della relazione, che il sistema diencefalo-ipofisario è il vero responsabile della funzione di quasi tutte le glandole a secrezione interna e che non è possibile stabilire a quali lesioni di questo sistema sia da attribuire la magrezza e a quali la adiposità, se è vero che l'anatomia patologica ha svelato che lesioni apparentemente identiche di questo sistema possono dare stati morbosi opposti: adiposità e magrezza.

Di qui la necessità, che la clinica suggerisce, di fare entrare in gioco quelle alterazioni di una o più glandole endocrine satelliti, di cui il prof. Galdi ha parlato, e che vanno designate come espressioni di correlazione e di sinergie umorali e dinamiche. Limitata a più modesti confini l'importanza della tiroide e delle gonadi nell'etiopatogenesi delle adiposità e delle magrezze, esse riacquistano in clinica almeno parte della loro posizione gerarchica in quanto fanno parte di quel complesso sistema tiro-ipofisi-genitaliche, in cui, più che altrove, si manifestano correlazioni e consensi, prevalenze e fenomeni di « deficit ». La clinica infatti mostra da una parte quadri in cui l'alterazione genitalica campeggia e dell'altra quadri molteplici in cui è malagevole districare l'alterazione dell'una da quella dell'altra glandola. Soccorre il dato terapeutico, secondo la statistica personale dell'O., sicchè basta talora sollevare le funzioni dell'apparato genitalico per vedere ripristinarsi l'equilibrio ponderale e l'armonia e la plastica delle linee. Questa terapia genitalica, fatta con questa o con quella frazione di ormone, merita un posto d'onore in molti stati di magrezza e di adiposità.

Ma un'altra glandola merita di essere attentamente considerata nella patogenesi di molte magrezze, il fegato, non solo in considerazione della funzione eccito-catabolica propria, ma anche della capacità di elaborare, a preferenza di altri organi e tessuti, quei fermenti lipolitici che tanta importanza hanno, per le moderne ricerche, nel ricambio dei grassi.

Infine, non sarà forse inutile passare sotto silenzio la parte distrofizzante che, più della tubercolosi, ha la sifilide in certe forme di magrezza essenziale, in cui, per intenderci, non è possibile ancora mettere in evidenza una lesione ormonica. In queste magrezze, ribelli a qualsiasi terapia dietetica, ormonica, climatica, un'indagine e una terapia nel senso della lue o dell'eredo lue sarà giustificata e spesso seguita da brillanti risultati.

L. GIUFFRÈ (Palermo). — Della completa ed esauriente Relazione del prof. Galdi e dei suoi collaboratori è la parte che riguarda l'etiopatogenesi quella cui è stata richiamata di più l'attenzione. In proposito si limita ad osservare in via preliminare che la genesi della grassezza e della magrezza è in tutto legata all'attività del metabolismo organico, poichè è evidente che se prevale quella della fase anabolica si verifica l'accrescimento dei tessuti ed è favorito in essi il deposito e l'accumulo dei grassi; e viceversa se prevale l'attività della fase catabolica, ed è innegabile che sull'una e sull'altra fase influisce moltissimo la funzione regolatrice del sistema endocrino simpatico; per cui si sono distinti tre gruppi di glandole, l'uno eccito-anabolico e l'altro eccito-catabolico. Pertanto in alcuni casi la grassezza patologica è dovuta a disfunzione delle une o delle altre glandole. Però non bisogna esagerare.

In molti casi bisogna dare la maggiore importanza all'alimentazione scarsa o sovrabbondante, alla vita attiva o inerte, all'eccesso o difetti di esercizi muscolari, ecc.

Quanto all'alimentazione ha molto importanza, così è noto, non solo la quantità dei cibi e delle bevande, ma anche la qualità, e questo è ben noto agli allevatori di bestiame; ed è noto quanto ai grassi, che alcuni individui assimilano meglio quelli di origine animali, ed altri quelli di origine vegetali: e che alcuni casi di magrezza sono dovuti ad una vera *carenza di assimilazione*.

Certo queste osservazioni, e le altre che riguardano il tenore della vita in genere e tante altre ancora, si riferiscono principalmente all'ingrassamento o dimagramento in condizioni fisiologiche, ma da questo alle patologiche è breve il passo.

È il determinismo clinico, che nei singoli casi ci deve guidare alla valutazione di essi.

G. BORRUSO (Roma). — Ringrazia anzitutti i Relatori che hanno voluto ricordare nella loro mirabile relazione le sue ricerche concernenti l'azione esercitata da alcuni estratti ipofisari sulla lipemia nella magrezza, sulla lipemia e chetonemia nella obesità ed è lieto di constatare che essi hanno potuto confermare molti dei risultati da lui ottenuti, come ad esempio per quanto riguarda il decorso pianeggiante delle curve lipemiche da ca-

rico lipidico negli obesi, che anche l'O. come i relatori, ha interpretato in possibile rapporto ad una aumentata lipofilia tissurale nel senso di Bergmann.

Giustamente è stato notato che le sue osservazioni sulla magrezza non rientrano strettamente nell'argomento trattato dalla relazione, perchè esse riguardano sopratutto casi appartenenti alla così detta cachessia senile; inoltre che i dati da lui ottenuti non possono essere paragonati a quelli dei Relatori perchè ha determinato esclusivamente la frazione petrol-eterea del sangue e aggiunge perchè le curve da lui ottenute sono state tracciate servendosi di determinazioni orarie eseguite nello spazio di quattro ore dal carico, mentre i Relatori hanno praticato la determinazione dei lipidi dopo tre e sei ore dal carico.

Crede però di dover far notare che dei 12 casi da lui studiati otto erano rappresentati da individui affetti da cachessia senile, ma in due si trattava di magrezza con sintomi diencefalo-ipofisari (in individui rispettivamente di 54 e 34 anni), in due infine di cachessia cancerigna, casi questi ultimi, che possono servire di controllo.

Trattasi certamente di materiale troppo scarso per autorizzare a conclusioni categoriche, tuttavia colpisce il fatto che in sei casi su dieci, sia che si trattasse di cachessia primaria dei vecchi, sia di magrezza diencefalo ipofisaria, risulta dal confronto delle due curve lipemiche, ottenute da ciascun soggetto praticando una prima volta la curva lipemica da solo carico di grasso, una seconda volta da carico di grasso e contemporanea iniezione di un preparato ipofisario, specialmente ricco di lipoitrina (Pituisan Sanabo), una reazione anormalmente intensa allo stimolo dipoitrinico. Nei due casi di cachessia cancerigna si ebbe invece un comportamento del tutto normale.

Normalmente è stata osservata dal Raab in individui di età media una differenza tra le due curve, rispettivamente da solo carico lipidico e da carico lipidico e contemporanea iniezione di lipoitrina, di 49 milligrammi e da lui, in soggetti anziani, di 57 milligrammi per cento; la differenza media nei casi di magrezza da lui studiati (compresi i 4 casi di cachessia senile a comportamento normale) è stata di 87 milligrammi. In un caso di magrezza diencefalo ipofisaria la differenza tra le due somme era enormemente accentuata (149 milligrammi mentre in individui normali ho ottenuto una diminuzione massima per opera della lipoitrina di 62 milligrammi).

È lieto di poter constatare che i Relatori hanno trovato un comportamento simile in un caso di morbo di Simmonds da loro studiato in cui, dopo iniezione di un estratto totale di ipofisi anteriore, la lipemia era scesa alla sesta ora al di sotto del livello iniziale, mentre nella prova precedente con solo carico di grasso la lipimia non aveva presentato modificazioni evidenti; fenomeno quest'ultimo che ha potuto anche l'O. constatare in un suo caso. È però da notare che nel caso di Simmonds, studiato dai Relatori; la cospicua diminuzione era a carico dei fosfatidi.

Il comportamento da lui trovato nella magrezza fa spiccato contrasto con quanto è stato osservato dal Raab e dall'O. nella obesità in cui di regola si constata una diminuita o mancante azione della lipoitrina; per quanto riguarda l'orofisina ha potuto dimostrare nelle sue ricerche sugli obesi che in questi malati la sua azione è assai più debole che normalmente.

Poichè dalle ricerche di Raab, Coope e Chamberlain, Steppuhn, ecc. risulta che l'azione fisiologica della lipoitrina consiste in una diminuzione del grasso circolante e assorbimento maggiore di questi nel fegato, ove verosimilmente ne prepara anche la distruzione, che è condotta a termine dall'orofisina, sembra logico ritenere che nella magrezza si abbia accanto a una più spiccata diminuzione dei grassi dal sangue circolante un loro maggiore assorbimento da parte del fegato, che quindi in minore misura possono essere veicolati e accumulati nei depositi periferici.

All'O. sembra che questo punto di vista sia confermato da successive ricerche eseguite da lui insieme con il dott. Ruggieri. Sono stati studiati otto casi di cachessia senile e determinati i valori della chetonemia a digiuno, dopo carico lipidico, dopo detto carico e contemporanea iniezione di lipoitrina (preparato usato Pituisan Sanabo) metodi di determinazione Engfeldt-Pincussen; Rappaport.

È stato constatato che:

1) il tasso dei corpi chetonici nel sangue a digiuno nella cachessia senile è compreso entro limiti normali;

2) le curve chetonemiche da carico di grasso mostrano un aumento dei corpi chetonici spesso già evidente dopo un'ora dal carico, massimo alla quarta ora.

3) caratteristica della magrezza è invece l'inversione del normale effetto della Lipoitrina, aumento evidente, sebbene non molto forte, dei corpi chetonici per iniezione di Lipoitrina (invece della leggera diminuzione propria dei normali), che fa spiccato contrasto con quanto è stato già osservato dall'O. nell'obesità.

Questo speciale modo di reazione al Lipoitrin sembra all'O. debba essere considerato in rapporto con la intensa azione esercitata della Lipoitrina sui grassi nel sangue circolante nella magrezza endogena per cui una quantità di grassi notevolmente superiore al normale viene assorbita dal fegato.

Con ciò il fegato deve attaccare una quantità di grassi molto maggiore che normalmente; si può quindi ammettere che le sue riserve glicogeniche non siano più sufficienti per svolgere completamente la loro azione antichetonica rispetto alla sovrabbondante quantità di grasso attaccata ed è perciò constatabile un aumento dei corpi chetonici nel sangue per iniezione di lipoitrina.

All'O. sembra però logico ritenere, in accordo con i relatori, che nella magrezza il fegato possegga cospicue riserve glicogeniche, perchè, anche nelle speciali condizioni sperimentali suddette, la chetonemia provocata si mantiene modesta; queste ricerche indicano anche che la lipoitrina oltre che agire sulla adipopessi da parte del fegato può anche intervenire nei processi di distruzione intraepatica dei grassi.

Deve inoltre ricordare le ricerche di Raab che hanno mostrato che l'iniezione nei ventricoli laterali e nel terzo ventricolo di piccole dosi di lipoitrina ha un effetto così forte come non si osserva mai in seguito a iniezione sottocutanea anche con grandi dosi, che l'azione della lipoitrina manca dopo lesione meccanica della regione del *tuber cinereum*, dopo taglio degli splancnici, per paralisi farmacologica dei centri del cervello intermedio da antipiretici a punto di azione centrale, per paralisi del simpatico con ergotamina; per avvelenamento del fegato con fosforo, risultati che sono in perfetto accordo con quelli di Wertheimer che dimostrò che dopo la sezione del midollo all'altezza del VI-VII cervicale si osserva la completa mancanza dell'accumulo di grasso nel

fegato che in condizioni normali segue all'avvelenamento da florizina. Dunque perchè la lipoitrina agisca è necessario la integrità della regolazione nervosa; essa agisce attraverso la stimolazione dei centri del cervello intermedio.

Per queste ragioni ha creduto di dovere ammettere in accordo con Raab che nell'obesità esista uno stato di diminuita o mancante capacità di risposta dei centri diencefalici alla lipoitrina e all'orofisina, nella magrezza uno stato di maggiore reattività, il quale nella cachessia senile potrebbe riportarsi a disturbi trofici, probabilmente di origine vascolare; ma con ciò naturalmente non si vuole giungere a una spiegazione della cachessia senile basata sola su alterazioni neurovegetative, alla identificazione di essa con la magrezza cerebrale e tanto meno ad una riduzione a quest'ultima di tutte le forme di magrezza.

L'interpretazione fornita dall'O. ai risultati ottenuti sembra perfettamente in accordo con la concezione fisiologica neuro-ghiandolare di Pende secondo la quale il secreto ipofisario agisce sui centri della regione ipotalamica « centri stimolatori del sistema nervoso vegetativo, delle ghiandole endocrine (genitali, tiroidi, surreni) e del fegato, organo esecutore dei processi del ricambio materiale ».

Interpretazione dunque che, se tiene a porre in luce l'importanza del sistema diencefalo-ipofisario, non vuole, come è forse sembrato ai Relatori che l'O. intendesse, dare delle varie forme di obesità e di magrezza una spiegazione patogenetica unitaria centrale. Tanto varrebbe voler desumere dai risultati delle punture diabetogene un'origine centrale di tutti i disturbi del ricambio degli idrati di carbonio! La speciale reazione alla lipoitrina nell'obesità e nella magrezza non fa altro che mettere in evidenza un fattore centrale, che può essere presente anche in casi in cui manchino altri sintomi röntgenologici clinici di forma cerebrale, ma che per quanto importante rimane pur sempre uno dei fattori.

Nelle ricerche l'O. ha espressamente esclusi i casi di magrezza tireoidea e gli sembra evidente che i disturbi del ricambio vadano studiati partitamente nelle diverse forme di magrezza.

N. PENDE (Roma). — L'O. afferma che i confini divisori anche relativamente labili, ammessi dal relatore tra adiposità — rispettivamente magrezza — fisiologica e adiposità — rispettivamente magrezza — patologica, non sono sostenibili nella pratica: nessuno può accettare che l'adiposità o la magrezza diventano patologiche quando il paziente presenta sintomi clinici di sofferenza: molte gravi adiposità e magrezze decorrono asintomatiche, con apparente salute. Neppure è accettabile la distinzione in essenziali e secondarie: una adiposità che per un medico appare *essenziale* o *criptogenetica* per un altro che arriva a scoprirne il fattore, per es., in una insufficienza ipofisaria, diventa secondaria. E così non appare sempre giustificata la distinzione delle adiposità e magrezze patologiche in *costituzionali* e *acquisite*, e la comprensione in questo secondo gruppo delle adiposità e magrezze da lesioni endocrine. Si sa che il fattore endogeno e costituzionale, nelle endocrinopatie, è sempre presente, il fattore esogeno è accessorio.

Infine l'O. crede che non è possibile distinguere obesità e magrezze d'origine cellulare o tissurale primaria, da alterato metabolismo protopatico dei tessuti, e obesità e magrezze neuroendocrinopatiche. Fin dai primissimi giorni della vita endouterina tessuti e sistema regolatore neuroormonico, cioè organi regolati ed organi regolatori del ricambio, si uniscono in maniera indissolubile: possiamo dire perciò che in ogni adiposità o magrezze, specialmente in quelle localizzate e segmentarie, si può invocare un fattore tissurale primario accanto a fattori neuroendocrini.

Riguardo alla classificazione pratica delle obesità e magrezze, l'O. crede che la migliore è quella in *ipercriniche* ed *ipocriniche*. Vi sono obesità ipocriniche come quella ipotiroidea, ipopituitarica, ipogenitale e pluriglandolari, ed obesità ipercriniche come quella da basofilia ipofisaria, da ipercorticalismo, da iperpancreatismo, da ipertimismo, ed anche da iperluteinismo. E così magrezze ipocriniche, come quella ipofisaria fino alla cachessia di Simmonds, quella da iposurrenalismo, da ipopancreatismo, da ipotiroidismo fino alla cachessia tiroidea, perfino da ipogenitalismo, perchè la castrazione può anche essere seguita da magrezza, non sempre da adiposità. L'O. ricorda poi una forma di magrezza periodica ipoipofisaria da lui studiata, in associazione coll'adinamia periodica neuroipofisaria pure da lui individualizzata. E ricorda poi le magrezze ipercriniche, come quella ipertiroidea, e quella iperpituitarica. La stessa glandola malata, come l'ipofisi, può dare adiposità ipofunzionale ed iperfunzionale, magrezza ipocrinica e magrezza ipercrinica.

M. MESSINI (Roma). — Riguardo all'importanza che le alterazioni del ricambio idrico hanno nella patogenesi di alcune obesità, richiama l'attenzione sulla funzione che il timo ha in detto ricambio. Si basa soprattutto su osservazioni cliniche e sperimentali e riafferma il principio che il timo deve essere considerato come una ghiandola funzionante anche nell'adulto. Accenna infine ai rapporti fra così detto stato timicolinfatico e obesità.

E. GREPPI (Siena). — L'O. si sofferma a parlare delle obesità così dette ipertoniche: denominazione empirica non comune ed espressiva, perchè comprende in genere tutti gli stati di floridezza nutritiva con eccesso ponderale combinati a ipertonia arteriosa, a note vasali e sanguigne di tipo pletorico, spesso anche a diabete iperglicemico ed a segni vari di neuro-artritismo, domandandosi se per obesità ipertonica tipo Cushing si deve intendere solo i casi a sindrome completa e grave con tutto il complesso metabolico e funzionale con il documento anatomico del doppio adenoma-preipofisi basofila, perchè se così è, certamente non è allora contingenza frequente fra tante obesità e pletore ipertoniche più comuni e più modeste.

L'O. si chiede cioè se la sindrome così definita in senso stretto non possa considerarsi come paradigma clinico e patogenetico per quel mondo assai più vasto di obesità associate a ipertonia, pletora, diabete, neuroartritismo che più giustamente si dovrebbero chiamare floridezze o eccessi nutritivi a tipica impronta costituzionale, ma che insomma per i loro aspetti qualitativi ripetono assai spesso in modo chiaro le note proprie del m. di Cushing. L'O. simpatizza personalmente con questa idea e come primo esempio di osservazione clinica giudicata *ad hoc* si permette di presentare per sommi capi l'esperienza raccolta durante il suo soggiorno medico in Sicilia. Su circa 600 individui veduti a privata consultazione, l'O. riferisce che ben 150 (95 uomini e 55 donne) erano soggetti più o meno ipertonici in atto o in tendenza, floridi ipernutriti in eccesso ponderale, più o meno francamente obesi.

Sulla semplice osservazione clinica, sui pochi rilievi funzionali, sulla storia individuale molto spesso significativa, l'O. crede non solo giustificato, ma quasi inevitabile l'affermare una netta impronta tipo Cushing per almeno 20 di queste pazienti, anche senza pretendere caso per caso, i caratteri completi ed estremi della sindrome illustrata dal geniale neuro-chirurgo americano.

Riconosciuta l'impronta Cushing netta per un numero considerevole di soggetti, viene fatto di domandarsi quali differenze e quali somiglianze esistono, e se di più grado o più di qualità, fra i pazienti così definiti e tanti altri soggetti che, pur restando lontani da quella misura di fatti morbosi, figurano tuttavia nel campo medesimo della floridezza ipertonica con possibile avviamento verso l'obesità e l'ipertensione.

L'O. pur ritenendo che tali casi non siano da considerare altrettanto Cushing, tuttavia in buona parte di questi pazienti si può sorprendere una gradazione di note metaboliche e funzionali, come se tutto il complesso di tendenze e fatti si sviluppasse da una sorta di nocciolo centrale relativamente unitario.

È assai probabile che nel sistema diencefalo-ipofisario ed in rapporto facile ma non assoluto con l'elemento basofilo, esista un nocciolo, centrale, unitario, responsabile della sindrome di Cushing. E poichè da tutte le ricerche attuali emerge la spiccata frequenza del basofilismo ipofisario nelle ipertensioni in genere e molte di queste offrono parallelamente note tipiche di floridezze nutritive non è affatto azzardato pensare che quel nocciolo centrale interessi non soltanto il grande quadro alla Cushing, sulla base del doppio adenoma, ma anche i più comuni e facili complessi di obesità pletora ipertonica che non differiscono se non quantitativamente dalla sindrome madre: una sorte di « piccolo Cushing » insomma, una tendenza metabolica e funzionale a patogenesi qualitativamente simile suscettibile di vario sviluppo per fattori sia interni che acquisiti.

Ciò che l'O. propone per il Cushing, dalla grande sindrome alle semplici note dell'abito e delle tendenze funzionali, gli sembra s'appoggi ad un insieme non trascurabile di osservazioni cliniche, anatomiche e sperimentali nel campo dell'ipertensione e dei disturbi metabolici associati.

L'O. infine si sofferma a parlare dei criteri che debbono orientare la terapia in tali casi.

G. BASTAI (Firenze). — Mette in rilievo la notevole importanza delle forme di magrezza ipofisaria giovanile. Si tratta di forme facilmente diagnosticabili, purchè si tenga presente la possibilità delle diagnosi, e che opportunamente curate vanno inscritte nel massimo numero dei casi. Quando la terapia ormonica comune non sia sufficiente è opportuno ricorrere al trapianto di ipofisi.

L. CANNAVÒ (Palermo). — Uno dei capitoli cui finora sembra all'O. non si sia dato eccessivo sviluppo nello studio delle adiposità e delle magrezze patologiche, crede sia quello del ricambio minerale e del contenuto in joni metallici e metalloidici del sangue.

Ora, come è noto, proprio quelle ghiandole a secrezione interna che dirigono e regolano il ricambio minerale, sono le più interessate nella genesi dell'adiposità e della magrezza. Così ad es., nella sindrome di Cushing, accanto all'obesità, di tipo particolare, sono evidenti delle lesioni osteoporotiche che rappresentano anche uno dei sintomi fondamentali di tale complessa affezione.

Le ricerche sistematiche sul ricambio minerale di questa particolare categoria di infermi, sono di assai difficile esecuzione: si tratta, come è noto, di soggetti che non si prestano di solito ad assoggettarsi a lunghe ricerche e che si stancano presto; ciò non pertanto alcuni dati che nella Clinica di Palermo sono stati rilevati sugli elettroliti del siero di sangue, gli sembrano degni di essere riferiti.

Poco o nulla si è rilevato per quel che concerne il calcio: in tutti i casi che ha avuto occasione di esaminare, sia in obesi che in soggetti patologicamente magri, il tasso calcemico si è rivelato normale. Per quanto riguarda il magnesio, ha notato viceversa un comportamento che sembra degno di interesse: in alcune sindromi fröhlichiane dall'O. esaminate, il tasso magnesiemico era normale, se pur ai limiti inferiori della norma; in due osservazioni di sindrome di Cushing invece, si aveva una netta e notevole ipermagnesiemia che, ripetuti i dosaggi alquante volte, si dimostrò costante. In questi infermi si aveva contemporaneamente iperprolanuria di grado più o meno elevato. In una inferma, cui a scopo terapeutico fu praticata una serie di applicazioni di raggi Röntgen sulla regione sellare, si assistè contemporaneamente al migliorare delle condizioni generali, al ritorno nei limiti normali del tasso magnesiemico ed alla scomparsa della prolanuria.

Per quanto riguarda il ricambio glicidico, è interessante, a parere dell'O., quanto ha detto il prof. Cassano. Accanto agli obesi però, che egli così bene ha tratteggiato, nei quali gli zuccheri somministrati modificano solo in misura modestissima e fugace il tasso glicemico e la glicemia a digiuno è sistematicamente normale, vi sono gli obesi prediabetici e quelli addirittura diabetici, e spesso si assiste ad un graduale passaggio dall'una all'altra forma, in quanto soggetti che in un primo periodo tolleravano perfettamente i carichi idrocarbonati, divengono in prosieguo di tempo iperglicemici e glicosurici.

Le sindromi adiposo-genitali con diabete mellito, sono tutt'altro che eccezionali; nelle forme cushinghiane poi, il diabete mellito è un appannaggio assai frequente e comune e vi è una categoria particolare di diabeti, quelle forme che iniziano verso i 50 anni e si accompagnano ad ipertonia e floridezza delle condizioni generali, forme che Greppi interpreta come diabeti ipertonici a sfondo ipofiso-surrenale, nelle quali l'obesità è frequente compagna della sintomatologia diabetica.

Per quanto riguarda il ricambio lipidico, sono indubbiamente assai interessanti i risultati ottenuti da Monasterio con lo studio delle frazioni lipidiche del sangue ed è certo che proseguendo su quella via si debbano incontrare dati di notevole valore dottrinale e pratico.

Un certo interesse, crede, dovrebbe avere anche lo studio della chetonemia. È indubbio che anch'essa sia come valore isolato, a digiuno, che come valore da carico lipidico e glucidico, possa svelare deviazioni del ricambio lipidico. E ricorda a tal uopo un caso recentemente osservato nella sua clinica: una ragazza ventenne, con note somatiche di obesità pletorica e virilismo, e nella quale non era difficile inquadrare la sintomatologia presentata in una sindrome cushinghiana, dall'età di 6 anni si aveva un orientamento chetogeno del ricambio che si rivelava con chetonuria ed iperchetonemia persistenti. Lo studio, che fu protratto in clinica per parecchi mesi, permise di escludere ogni affezione — fra quelle note — decorrente con chetosi e fece pensare ad un disturbo dien-

cefalo-ipofisario del ricambio dei grassi, rivelantesi alla tappa chetonica della lipodieresi, in un soggetto con adiposità cushinghiana.

F. SERIO (Palermo). — L'O. si sofferma brevemente riguardo a un caso di m. di Simmonds seguìto nella Clinica di Palermo per ben cinque anni, che per le caratteristiche del ricambio, del decorso e della singolare risposta alla terapia istituita sembrò non privo di interesse.

Si trattava di un giovane di 18 anni della statura di m. 1,54 il cui peso si era gradatamente abbassato fino a ridursi, nel volgere di pochi mesi, a soli 19 Kg. La sintomatologia clinica subbiettiva e obbiettiva del m. di Simmonds era tipica e completa come forse in ben pochi fra i casi consegnati nella letteratura: dall'adinamia alla diarrea, dall'ipotermia alla notevole depressione del metabolismo basale, dai fenomeni tropici — rappresentati nel caso oltre che dalla caduta dei capelli, da un'ulcera corneale torpida che condusse alla perdita della funzione dell'occhio sinistro — ai disturbi della sfera genitale ai quali faceva riscontro, come dato radiologico, una sella piccola, rotondeggiante, con aditus ristretto ed una zona di opacità in campo sellare.

L'O. ha cercato di studiare in questo ammalato il ricambio azotato e, impostando il bilancio azotato nel periodo di maggior dimagramento, ha notato con sorpresa un attivo di bilancio cui non corrispondeva un corrispettivo aumento di peso, chè anzi questo tendeva piuttosto a diminuire anzichè ad aumentare. Uno studio ulteriore convinse che l'attività di questo bilancio era soltanto apparente in quanto si manifestava solo nel dosaggio dell'azoto negli escreti colla mineralizzazione per via umida alla Kjeldahl, mentre mancava nella determinazione dell'azoto colla analisi elementare per combustione alla Dumas. Esisteva pertanto in questo caso un cospicuo aumento di quell'indosato azotato al Kjeldahl, che minimo negli escreti e nel sangue dei normali, aumentava considerevolmente in alcuni stati patologici. La deviazione del ricambio azotato appariva dunque nel paziente non quantitativa, ma qualitativa dovuta cioè ad un pervertimento del metabolismo proteico per cui si giunge alla formazione di prodotti non utilizzabili dallo organismo (funzioni ossidate dell'azoto) o alla mancata utilizzazione di altri (amino-acidi a nucleo aromatico ecc.). Rinuncia alla ulteriore disamina di queste condizioni metaboliche che esorbita dal tema della relazione odierna.

Fu istituito un trattamento anteipofisario a base di prolan per via sottocutanea dapprima, poi per via orale che condusse nel giro di pochi mesi alla completa guarigione dell'ammalato. I disturbi scomparvero completamente: l'ulcera corneale si rimarginò, crebbero nuovamente i capelli, il metabolismo si portò a una cifra quasi normale, il peso aumentò progressivamente fin quasi a 60 Kg. È da notare la disposizione del grasso che era uniforme e non regionale a tipo ipofisario. L'infermo fu dimesso e potè tornare per tre anni alle sue abituali occupazioni.

Senonchè dopo tre anni, quasi avesse esaurite le riserve di ormone antiipofisario costituitesi durante il periodo di trattamento, ricominciò a dimagrire e a presentare, sia pur abbozzo la sintomatologia per la quale aveva fatto ricorso la prima volta alle nostre cure. Quando ritornò in Clinica aveva perduto più di venti Kg. di peso.

L'O. si permette di richiamare appunto l'attenzione su questa particolarità di decorso della malattia, su questa recidiva della sintomatologia della quale non ha trovato menzione negli altri casi consegnati nella letteratura, che fa pensare all'esistenza di una forma particolare della m. di Simmonds che chiamerebbe forma ricorrente del Simmonds.

Questa volta però anzichè ricorrere per la terapia della ricaduta al prolan, come la prima volta, lasciandosi guidare dall'esistenza di uno stato anemico seppur non grave, fu iniziato un trattamento epatico parenterale che con sorpresa condusse alla remissione completa della fenomenologia, alla guarigione dalla ricaduta.

Purtroppo non è in grado di spiegare il meccanismo d'azione del successo della epatoterapia nel caso; ma nell'oscurità in cui ci troviamo circa le vie attraverso le quali l'ipofisi esplica la sua azione non sembra fuor di luogo pensare che una di queste possa essere rappresentata dal fegato, attraverso quell'ormone epatotropo che Anselmino avrebbe recentemente isolato nella preipofisi.

Risposte dei Relatori.

F. GALDI (Pisa). — Deve prima di tutto esprimere il suo animo grato ai vari OO. che hanno avuto parole molto benevole e lusinghiere per la Relazione, ed è contento che le osservazioni fatte gli diano motivo di ribadire alcuni punti già toccati nella presentazione del lavoro, o di completare e chiarire qualche lato rimasto un po' in ombra per mancanza di tempo. I suoi collaboratori risponderanno alle obiezioni di indole più speciale nei riguardi dei ricambi e della terapia.

Il tema svolto ha procurato il piacere di ascoltare da un fisiologo così insigne come il prof. Baglioni lo spunto di un'interessante lezione sulle molteplici funzioni del tessuto adiposo. Fra queste, in realtà, ci troviamo di aver abbastanza largamente rilevata l'importanza dell'attività nel ricambio dei lipidi specie dopo le indagini della Scuola di Quagliariello; anzi all'anomala condotta di tale tessuto è stato riferito una gran parte della patogenesi delle adiposità chiamate *essenziali* per mancanza di una più adatta terminologia. Al prof. Baglioni non piace quest'aggettivo, ed in realtà non piace nemmeno al R.; ma con esso si è voluto significare quelle adiposità, e rispettivamente magrezze, che pure essendo « costituzionali » come le « forme fisiologiche », sono fuori del campo della fisiologia ed appartengono a quello della patologia. Per esse non si riesce ancora a documentare in maniera saldamente dimostrativa un'alterazione di ghiandole endocrine o di centri neuro-vegetativi; ma niente esclude che col volgere dei tempi si arrivi a riconoscere in qualche caso un simile disturbo; ed allora il terreno delle forme essenziali andrà sempre più riducendosi, come è avvenuto per le febbri criptogenetiche. La Relazione non è un trattato, sebbene anche un trattato sia riferibile all'epoca in cui è scritto: in altri termini si è voluto e dovuto esporre i fatti come si presentavano allo stato attuale delle nostre cognizioni, ben sapendo anzi attendendo che in virtù di ulteriori ricerche molte cose appariranno sotto una luce più sicura.

L'espressione di « adiposità e magrezze nel campo patologico » proposta dal Baglioni di contro a quella di « adiposità e magrezze nel campo fisiologico » non riesce a rendere il concetto delle nostre forme « essenziali » perchè « nel campo patologico » si annoverano anche quelle adiposità e magrezze così dette « sintomatiche » o « secondarie » per una dimostrata lesione nel sistema neuro-ormonico. Finalmente non gli sembra nem-

meno troppo chiaro il concetto di « ipoadiposità » o « iperadiposità », poichè talvolta non è tanto la quantità del grasso ma la sua distribuzione che determina la forma morbosa.

Per quanto concerne la lipemia, essa è stata uno dei cardini delle ricerche eseguite, come ha esposto anche oralmente il prof. Monasterio. Come ha rilevato nella critica da lui stesso prospettata alla Relazione, in un campo così vasto di indagini tanto complesse non era possibile far tutto; e perciò nei riguardi dei proteidi i RR. si sono limitati a riportare solamente i dati che esistono in letteratura, tanto più che tale ricambio ha nella fattispecie un valore di secondo ordine. Che i grandi mangiatori di carne non abbiano una particolare tendenza ad ingrassare, è una cosa ben nota; e nella parte terapeutica della Relazione si consiglia nelle obesità una dieta ricca di proteidi sempre che essa venga tollerata dalle condizioni epatiche e renali.

Da ultimo il prof. Baglioni ha parlato di un *centro della sazietà* fra gli altri centri vegetativi; e noi gli siamo grati della notizia aspettando che ulteriori ricerche fisiologiche lo confermino perchè possa tenersene conto anche nei problemi di patologia.

Il prof. Stanganelli si meraviglia giustamente come alterazioni su per già identiche di una stessa ghiandola endocrina diano ora adiposità ed ora magrezze. Questo in realtà è ancora un mistero, come trovasi accennato nella Relazione; e si confida che le ricerche dell'avvenire lo svelino al più presto. Si pensa che alterazioni più vaste, quasi massive, determinino piuttosto la magrezza, mentre le più lievi diano luogo all'adiposità; ma si è ancora nel campo delle ipotesi. Riflettiamo che l'anatomia patologica è ancora ai primi passi al riguardo; onde il nostro incitamento ai Colleghi anatomo-patologi che rivolgano sistematicamente il loro studio all'apparecchio diencefalo-ipofisario anche se in vita i pazienti non presentarono alcun particolare disturbo sotto tale aspetto. D'altronde la pluralità degli ormoni che trovansi specialmente in qualche ghiandola come l'ipofisi, le interferenze e gli echi sul sistema nervoso e sulle altre ghiandole endocrine, i rapporti con la funzionalità del tessuto adiposo, sono tante ragioni che possono contribuire al mistero suddetto.

Ma, preoccupati di portare fatti concreti, si è cercato di evitare ipotesi più o meno brillanti e seducenti, le quali possono tentare specialmente i giovani in un campo come questo. Così non è stata detronizzata alcuna ghiandola endocrina, come forse è parso al prof. Stanganelli; ma è stato dato a ciascuna di esse quella importanza che le ricerche positive permettono oggi. Forse domani si riescirà a porre in rilievo qualche ghiandola che adesso sembra meno importante; e con la stessa obiettività si potrà integrare questa o quella parte della Relazione. Senza dubbio però al sistema ipofiso-tireo-genitale è stata rivolta dai RR. la migliore attenzione, assegnando alle gonadi quel tanto che loro spetta su base concreta.

Pur troppo, è mancato il tempo di dedicare speciali ricerche alla funzionalità epatica; ma su questo argomento i RR. si propongono di tornare con ricerche già progettate ed iniziate, che del resto potranno fare con maggiore larghezza di mezzi anche altri osservatori, per vedere anche quanta parte vi abbiano i fermenti lipolitici invocati dallo Stanganelli. Che poi nella cura di queste aberrazioni nutritive riferibili ad alterazioni del sistema neuro-endocrino debba tenersi conto di un'eventuale lue ereditaria od anche acquisita, è un canone logico ed ovvio per tutte le malattie e specialmente per le anomalie della crescita.

Il prof. Giuffrè, la cui parola dialettica e vivace si ascolta sempre tanto volentieri come quella di un Maestro di larga esperienza e di acute osservazioni, ha notato che sarebbe stato concesso troppo campo al sistema neuro-endocrino e forse troppo poco al fattore alimentare ed alle abitudini di vita. L'osservazione in generale è giusta anche perchè si fonda su quanto avviene nell'ingrassamento degli animali; i RR. però hanno considerato il sistema neuro-endocrino come un sistema regolatore, non come un sistema a cui tutta si riferisca la patogenesi delle adiposità e delle magrezze. Basterebbe il solo accenno all'importanza del tessuto adiposo; ma poi vi è di mezzo la questione dell'assimilazione degli alimenti, del fegato ecc., onde si organizza il metabolismo, costituito da una fase anabolica e da una fase catabolica, come ricordava il prof. Giuffrè. Solo non è possibile sottoscrivere all'opinione di coloro che vorrebbero fare della patogenesi dell'adiposità una semplice questione di apporto alimentare esuberante secondo la teoria dell'esogenismo. Ripetutamente i RR. hanno osservato che vi sono degli individui che ingrassano anche introducendo alimenti molto al di sotto della norma; ed anche quando aumenti il senso dell'appetito e spinga ad un maggiore apporto alimentare, è sempre un disturbo endogeno quello che dà luogo ad un tale aumento d'introito. Che se si prospetta anche la presenza di un « centro della sazietà » riferitoci dal Baglioni, l'endogenismo trova una conferma ancora più salda. Si può dunque concludere che l'alimentazione, il lavoro e le abitudini della vita hanno soltanto il valore di cause secondarie nell'etiopatogenesi dell'obesità.

Al prof. Greppi che ha avuto amabilmente particolari espressioni di lodi per la Relazione, deve ripetere ancora una volta che lo studio fatto è tutt'altro che *statico*. Lungi dal poter dire l'ultima parola sull'argomento, i RR. sono i primi a riconoscere che le idee sono ancora in fase evolutiva. Non è poi esatto che siano state trascurate le adiposità ipertoniche, alle quali si accenna a pag. 189 della Relazione, mentre a pagina 201 v'è un capitoletto a parte in cui si tratta del morbo di Cushing considerato fra le adiposità endocrine complesse.

È perfettamente d'accordo col Greppi che vi possano essere dei casi di adiposità ipertonica che si avvicina al Cushing senza rappresentarne la sindrome completa, donde la denominazione di « piccolo Cushing » come si potrebbe parlare di « piccolo Simmonds » nei casi di magrezza diencefalo-ipofisaria incompleta. Non sembra al R. però che tutti i casi di adiposità ipertonica con eccedenza di alimentazione e spesso manifestazioni diabetiche rientrino nel quadro del Cushing: molti di essi si riferiscono invece ad ipervegetativismo costituzionale, l'antico « artritismo grasso » con tendenza ad errori nel metabolismo dei carboidrati. Che poi una parte abbastanza cospicua della popolazione del mezzogiorno, e specialmente della Sicilia, possa essere affetto da « piccolo Cushing » gli sembra un po' troppo; comunque lascia giudicare ai Colleghi clinici che hanno in Sicilia la loro sfera di osservazione e di azione.

Interessante è di certo il riferimento che il Greppi fa dell'ipertensione a disturbi della sfera diencefalo-ipofisaria, in base ai rapporti della sindrome ipertensiva con l'adiposità e la glicosuria che si appuntano patogeneticamente alla stessa

sfera per alterazione di particolari centri vegetativi. Quello però che i RR. hanno detto dell'anatomia patologica del Cushing è la esatta riproduzione di quanto si trova registrato dallo studio dei casi concreti venuti all'autopsia: ma i RR. hanno altresì prospettato che le lesioni tra sistema diencefalo-ipofisario e corteccia surrenale possono essere varie; onde sono ben lontani dal volersi cristallizzare in un tema sempre in via di rimaneggiamento. Ciò che bisogna difendere è la larghezza delle vedute ed il monito di una grande prudenza.

Al prof. Pende, che nostalgicamente ricorda la trentennale amicizia e per conseguenza i tempi della giovinezza, bisogna essere grati per la bella conferenza fatta in materia di endocrinologia, portandoci il frutto della sua grande competenza ed esperienza anche nei riguardi terapeutici. Ma nella Relazione, pure appellandosi molto spesso al sistema neuro-endocrino, i RR. si sono proposti come punto fondamentale lo studio dei ricambi intermedi comparativamente al ricambio energetico secondo quella visione unitaria e sintetica della Clinica che trova proprio nel Pende un assertore valoroso ed autorevole. Si è voluto così fissare dei dati il più possibilmente concreti, quali vi potevano venire dal ricambio materiale che è fatto di determinazioni e di cifre. Per quanto concerne le ghiandole endocrine, avremmo dovuto per lo meno ricorrere allo scandaglio delle prove ormoniche; ma qui i metodi e le deduzioni non dànno ancora un completo affidamento.

Perciò il R. è lieto che il Pende abbia integrato quei punti dinanzi ai quali è stato creduto prudente fermarsi perchè sfuggiva una concretezza pari a quella dei ricambi; e sono state apprese delle interessanti vedute che in parte derivano dall'esperienza clinica, in parte sono delle geniali concezioni destinate a trovare nell'avvenire una base dimostrativa.

Il Pende ha mosso l'obiezione che è stata data molta importanza all'indice ponderale di Broca: in verità è stato dato peso non ad un solo carattere, ma ad un complesso di caratteri — ponderali, morfologici e clinici — mettendo più spiccatamente in rilievo i caretteri clinici. Gli *indici di Pende* sono ricordati a proposito delle magrezze quando si parla delle ricerche della Tamburri; nè sono stati menomamente trascurati, nell'insieme dei caratteri morfologici, i dati che concernono le manifestazioni estetiche desunte dall'ectoscopia.

Il Pende che non è tenero per le forme di adiposità e magrezze fisiologiche, avrebbe voluto un limite preciso fra adiposità e magrezze fisiologiche da una parte e adiposità e magrezze patologiche dall'altra; ma se questo è impossibile non è colpa dei RR. come è impossibile tracciare un limite netto fra sanità e malattia. Nè pare al R. che gli indici più o meno ingegnosi possano rispondere esattamente allo scopo, mentre la distinzione fra adiposità asintomatiche e adiposità sintomatiche ventilata dal Pende rappresenta sempre qualche cosa di elastico e di convenzionale. Per tale motivo è stata data, come medici, una maggiore importanza ai caratteri clinici; ma il Pende, come si è detto, tenderebbe a considerare come patologiche tutte le adiposità, in quanto anche le così dette forme fisiologiche, essendo determinate ugualmente da fattori endogeni, portano in sè l'incentivo per una condizione patologica. Il R. si dichiara pienamente d'accordo se si parla sul terreno costituzionale, di predisposizione morbosa: allora tutte le adiposità sarebbero costituzionali e patologiche, anche quelle che riconoscono schiettamente la loro origine da un'aberrazione neuroendocrina. Questo però si potrebbe dire di tutte le malattie a sfondo costituzionale, e si confonderebbe la predisposizione con la malattia; nè sa quanto ci guadagnarebbe il concetto che noi medici dobbiamo formarci degli stati morbosi in rapporto alle loro distinzioni per la relativa diagnosi.

È certo che molti adiposi stanno complessivamente bene come stanno bene alcuni magri; ed in questi casi il medico si forma il concetto di un'adiposità o magrezza ancora nei limiti della fisiologia. La pratica medica ha delle imprescindibili esigenze finchè la ricerca scientifica non avrà mutato certi termini con irrefregabili dimostrazioni. Circa l'appellativo « essenziale » che non piace nemmeno a Pende, sarebbe superfluo ripetere quanto ha risposto al prof Baglioni: non l'hanno creato i RR., ma si trova in letteratura ed è usato da autori di vaglia; lo hanno adoperato solo in via transitoria secondo il concetto innanzi dichiarato.

In questo punto è lieto di constatare che il Pende e il Bauer si siano ravvicinati nelle loro idee circa la genesi dell'obesità: il Pende accettando la parte che vi prendono i tessuti e specialmente il tessuto adiposo, il Bauer invocando anche un meccanismo di regolazione neuro-endocrina. In questo campo non si può essere esclusivisti; s'intende bene che l'uno o l'altro fattore potrà prevalere a seconda che la forma sia più costituzionale o « essenziale » nel senso patologico, o più sintomatica nel senso di un reperto obiettivo a carico del sistema neuro-endocrino.

Non entra, anche per ristrettezza di tempo, nella disamina delle espressioni di « adiposità ipercriniche ed ipocriniche » e di « magrezze ipercriniche ed ipocriniche » proposte dal Pende; come non si permette di discutere se la sindrome da lui descritta come « adinamia neuro-ipofisaria periodica » possa eventualmente rientrare nella serie delle forme incomplete del Simmonds. Sono questioni più che altro inerenti al campo dell'endocrinologia che il Pende ha prospettate con la prestanza del suo ingegno e del suo eloquio; e il R. non può che associarsi cordialmente al plauso tributatogli dall'Assemblea.

Il collega Bastai si è fermato segnatamente sulla *magrezza ipofisaria giovanile*, di cui sono stati illustrati nel suo Istituto quattro casi dal Dogliotti con dei brillanti successi terapeutici, come si è ricordato nella Relazione. Il R. si compiace vivamente con lui che ha potuto raccogliere in un tempo relativamente breve un buon numero di queste osservazioni. Per quanto però concerne la classificazione della forma morbosa, i RR. l'hanno inquadrata, insieme con altre, nella cornice dei Simmonds incompleti, mentre il Bastai tenderebbe piuttosto a fare di questa magrezza ipofisaria di v. Bergmann una sindrome particolare.

Gli argomenti sui quali egli si fonda assommano a cinque: 1) la presenza dei sintomi cutanei, specie la caduta dei peli, che sarebbe costante nel Simmonds ed assai più rara nella magrezza ipofisaria giovanile; 2) le alterazioni della sella turcica che si troverebbero più facilmente nella forma giovanile e meno nel Simmonds; 3) la possibilità della guarigione della forma giovanile specie col trapianto dell'ipofisi; 4) la maggiore frequenza di tale forma nelle donne; 5) la eosinofilia più facile ad incontrarsi nel Simmonds.

Il complesso di tali argomenti potrebbe sembrare imponente; ma nessuno di essi, ad un esame spassionato, è immune da critica. Infatti, non si

può basare una distinzione su alcuni segni cutanei che sono senza dubbio accessori e quindi per sè stessi incostanti, mentre è poi logico che spicchino maggiormente nelle forme più gravi; nè le alterazioni della sella turcica sogliono mancare nel Simmonds, dove sono invece piuttosto frequenti. D'altra parte non sono rari i casi di guarigione del Simmonds se si interviene razionalmente, mentre il sesso femminile è sempre più disposto a tutte queste forme di magrezza come il più labile del sistema neuro-ormonico: finalmente la eosinofilia, essendo un fatto assai variabile, non può meritare molto rilievo.

Da ultimo è perfettamente d'accordo per quanto riflette la possibilità del passaggio tra forme opposte di magrezza e di adiposità, e rinnova, al prof. Bastai, come a tutti gli OO. le migliori azioni di grazie per il modo con cui hanno seguito e commentato la nostra Relazione.

C. CASSANO (Pisa). — Il prof. Baglioni ha ricordato l'importanza che nelle adiposità si deve riconoscere alla ritenzione di acqua. Del resto noi ci siamo largamente intrattenuti a considerare i rapporti che nell'obesità possono occorrere fra le variazioni del peso corporeo ed il variabile contenuto in acqua dei tessuti. Infatti dopo le osservazioni di Grafe è noto che nell'obeso possono perfino prodursi cospicui aumenti ponderali nel corso di un regime di severa ipoalimentazione: si avrebbero alternative di idratazione e di disidratazione tissurale in rapporto, rispettivamente, con fasi di ipoalimentazione e di iperalimentazione (Newburgh e Johnston). Si è cercato di chiarire, fin dove era possibile, il meccanismo di questa palese tendenza alla ritenzione di acqua nei tessuti, a questo scopo sono stati criticamente esposti i risultati delle ricerche eseguite e quelli degli studiosi che ci hanno preceduto.

Il prof. Stanganelli avrebbe desiderato che al fegato si fosse fatta più larga parte nelle patogenesi dell'obesità. Tuttavia deve osservare che il problema del tenore in glicogene del fegato è stato presentato dai RR. come una delle questioni fondamentali e più dibattuta in tema di patogenesi della obesità. Con l'ammissione di una carenza di glicogene epatico la quale sarebbe l'espressione della prevalente lipogenesi periferica, già si tende a porre il fegato nella maggiore evidenza. D'altra parte il fegato è il campo di azione in cui si svolgono gl'impulsi glicogenolitici ed iperglicemizzanti che derivano dal sistema diencefalo-ipofisario. Quando si abbiano alterazioni della preipofisi e del diencefalo, le attività epatiche ridotte o pervertite possono costituire un fondamentale momento nella patogenesi delle obesità. Nè si può, in tema di obesità e di magrezze, separare gli eventuali errori della funzionalità epatica dagli errori della troforegolazione vegetativa.

Il prof. Pende ha opportunamente richiamato l'ammessa azione anabolica della corteccia surrenale. Perciò che ci riferisce alle attività lipogenetiche promosse dall'ormone corticale a spese dei carbidrati, si deve però riconoscere che finora sono stati resi noti risultati assolutamente contraddittori. Fra gli altri, Swingle e Pfiffner, Marañon, Reiss e Marros negano che la cortina promuova la trasformazione dei glicidi in lipidi. La questione è dunque controversa, mentre conosciamo ancora poco la stessa azione della cortina sul ricambio energetico. Dalle ricerche di De Candia risulterebbe che la corteccia surrenale abbassi il metabolismo basale; tuttavia importa notare che la stessa cortina innalza nettamente il depresso metabolismo basale negli addisoniani. D'altro lato, sotto questo riguardo, interesserebbe sapere specialmente quale sia l'influenza della corteccia surrenale sul consumo emergente. I RR. hanno preferito fondarsi su quanto è finora obiettivamente dimostrato.

Messini ha tenuto a mettere in rilievo l'ipertimismo come fattore di ritenzione idrosalina nelle obesità, almeno in quelle obesità in cui si può dimostrare la sopravvivenza di quest'organo. Anche qui si richiede che prove definitive siano date dalla fisiologia sperimentale e dalla fisiopatologia a sostegno di questa influenza del timo sull'economia dell'acqua e del sale. Finora i dati che sono stati forniti a questo riguardo sono incerti e contraddittorii; si veda infatti quanto è largamente riferito da Lenard in uno degli ultimi « Ergebnisse » di medicina interna. Ricorderà che Zondek e Bernhardt affermano di aver trattato con estratti di timo una donna obesa con evidente ritenzione di acqua; tale trattamento opoterapico avrebbe perfino determinato un sensibile aumento della diuresi!

Carnavò tende ad identificare la glicosuria degli obesi col diabete così detto ipofisario che sarebbe dovuto ad iperpituitarismo. I RR. hanno largamente trattato di obesi iperglicemici con bassa tolleranza per gli idrati di carbonio. Hanno ammesso che l'iperglicemia e la glicosuria le quali s'incontrano nelle obesità ad impronta pletorica con virilismo sono dovute verisimilmente all'aumentata increzione degli ormoni iperglicemizzanti preipofisarii. Ed or ora il prof. Galdi conveniva con Greppi nel riconoscere l'opportunità di dilatare i confini di questa categoria di obesità in maniera da comprendervi oltre il genuino Cushing, alcune forme di adiposità congiunte ad ipertensione e a note più o meno spiccate di iperattività surrenale. Con ciò l'ammesso iperpituitarismo — come iperincrezione glicogenolitica ed iperglicemizzante — viene ad essere qualificato responsabile della glicosuria e della iperglicemia che sogliono con una certa frequenza occorrere in questi soggetti.

Non si può però semplicisticamente attribuire all'iperpituitarismo ogni caso di depressa tolleranza per i carbidrati fra gli obesi. Accade di riscontrare facile iperglicemia e glicosuria in obesi per i quali sono da invocare alterazioni minorative a carico del sistema diencefalo-ipofisario.

In questi casi sarebbe certamente fuori di luogo parlare di iperattività ipofisaria, quando invece tutto porta a riconoscere le decadute attività funzionali della ipofisi. Per questa categoria di obesità le lesioni diencefaliche debbono con ogni probabilità determinare condizioni riportabili al « diabete tuberiano ». Nei riguardi della loro patogenesi i disordini della glicoregolazione che occorrono nelle adiposità, non possono dunque essere posti tutti sotto il comune denominatore dell'iperpituitarismo. E d'altro lato si deve ricordare che nel perimetro dello stesso Cushing iperglicemia e glicosuria possono incontrarsi in casi in cui non è dimostrabile al tavolo anatomico una iperfunzione preipofisaria.

G. MONASTERIO (Pisa). — Molto opportunamente il prof. Baglioni ha richiamato l'attenzione sul fatto che i metodi comunemente in uso per la determinazione della lipemia sono infidi. Prima d'iniziare le ricerche sul ricambio lipidico nelle adiposità e nelle magrezze patologiche noi ci siamo infatti preoccupati di risolvere il problema tecnico della determinazione dei lipidi nel sangue.

Dopo lunghe ricerche, il R. è riuscito ad allestire un nuovo metodo per il dosaggio della lipemia, che ha risolto nella maniera più soddisfacente tale problema. Lo studio del ricambio lipidico nelle adiposità e nelle magrezze, per quanto concerne la lipemia, è stato appunto condotto con tale metodo.

Non si è creduto di poter accettare la concezione di Raab, seguita da G. Borruso, sul meccanismo d'azione della lipoitrina perchè, se la lipoitrina in condizioni normali favorisce la combustione dei grassi, rendendone più larga la deposizione nel fegato, dovrebbe intensificare e non inibire la formazione dei chetoacidi. Nè è parso che lipoitrina ed orofisina possano considerarsi lo stesso ormone perchè posseggono azioni opposte: la prima infatti inibisce la chetogenesi e la secondo la favorisce. È più verosimile che le adiposità da insufficienza diencefalo-ipofisaria siano dovute alla diminuzione o alla mancanza di orofisina o alla insensibilità dei centri diencefalici all'ormone secreto normalmente. Ricondurre tutte le adiposità (diencefalo-ipofisarie, essenziali, ecc.) ad una insensibilità dei centri diencefalici alla lipoitrina ed alla orofisina, come vuole Raab, pare al R. molto semplicista e in netta contraddizione con le nostre conoscenze attuali sulla fisiopatologia di tali stati morbosi.

La più intensa reazione dei magri allo stimolo lipoitrinico, osservata da Borruso, merita conferma; tale osservazione per altro non porta alcuna luce sulla patogenesi delle magrezze patologiche, dato che l'ipersensibilità alla lipoitrina è stata riscontrata anche nel m. di Simmonds, in cui si ha una insufficienza diencefalo-ipofisaria.

È pienamente d'accordo col prof. Cannavò che nelle adiposità la lipemia totale sia aumentata solo in alcuni casi; ciò risulta chiaramente dalle nostre osservazioni, le quali hanno inoltre dimostrato in tutti i casi un aumento dei grassi neutri. Più che la condotta della lipemia deve essere presa in considerazione nelle adiposità il comportamento del ricambio intermedio dei lipidi nel suo complesso; questo infatti può essere alterato in varia guisa.

Non è stata studiata la chetonemia a digiuno e dopo carico lipidico e glicidico sia negli obesi che nei magri; ma sono stati riportati solo i dati attendibili, quelli cioè in cui il doppio dosaggio della chetonemia dava valori eguali o quasi; i dati non attendibili sono stati omessi.

L'iperchetonemia osservata da Cannavò in un caso di Cushing potrebbe imputarsi alla ipersecrezione della orofisina, dato che tale ormone della preipofisi intensifica la chetogenesi e che il m. di Cushing è in alcuni casi una sindrome da iperfunzione del sistema diencefalo-ipofisario. Ma questa non è che una ipotesi, sul cui valore solo ricerche ulteriori potranno decidere. I benefici effetti sulla iperchetonemia ottenuti dall'A. mediante la somministrazione del glucosio e dell'insulina debbono riferirsi all'azione antichetogena di tale trattamento, che in questo caso va considerato come puramente sintomatico.

G. LAMI (Pisa). — Il prof. Baglioni ha insistito sull'azione lipolitica delle proteine; la particolare frequenza dell'obesità nelle regioni meridionali, fra popolazioni cioè ad alimentazione prevalentemente carbidratica, è stata ricordata anche dal prof. Greppi; orbene tutto ciò è in pieno accordo con una delle direttive dieto-terapeutiche affermate nella Relazione, direttiva consistente nell'aumento della quota parte alimentare proteica, a scapito di quella grassa e glicidica. Giustamente il prof. Baglioni ha ricordato che durante l'azione dinamico-specifica, che è intensa al massimo dopo pasto proteico, vengono bruciati anche grassi.

Il prof. Stanganelli ha richiamato l'attenzione sopra casi di magrezza dovuti a lue e ad eredolue; la loro evenienza è possibilissima e la direttiva terapeutica da seguirsi è evidente.

Il prof. Greppi ha sostenuto un concetto patogenetico unitario, diencefalo-ipofisario, delle obesità con ipertensione; convengo pienamente con lui che è difficile curare gli obesi ipertesi, i quali non possono certo essere sottoposti a un regime dietetico ipercarneo. Ho insistito nella Relazione sulla necessità di procedere ad un esame del sistema cardiovascolare del paziente, prima di istituire la cura dietetica, anche e sopratutto in previsione di una eventuale ipertensione. Convengo nella utilità, in questi casi, delle cure jodiche protratte.

Sed. ant., ore 9 - 22 ott.

Presidenza: Prof. C. FRUGONI.

Comunicazioni.

G. MACCHIORO (Trieste). — *L'azione terapeutica dello zucchero associato all'insulina negli stati di insufficienza cardiaca.* — L'O. ha sottoposto 32 malati con affezioni cardiache varie al trattamento glucosio-insulina, controllando sistematicamente le variazioni della pressione massima e minima del sangue, la quantità delle urine, le variazioni del polso e del respiro ed in alcuni casi studiando anche la glicemia a digiuno prima e dopo finita la decade del trattamento. L'O. afferma di aver ottenuto in quasi tutti i casi buoni risultati (miglioramento condizioni generali, aumento della diuresi, diminuzione della tachicardia), ma non è d'accordo con gli altri AA. sull'effetto duraturo di tale trattamento in quanto cessato questo i p. poco dopo ricadono nuovamente in scompenso. Ritiene tuttavia che la terapia zucchero-insulina meriti di essere applicata su più larga scala nelle forme d'insufficienza cardiaca, quale integratrice e potenziatrice della comune cura medicamentosa.

G. BOSSA (Napoli). — *Sul metabolismo dei leucociti leucemici.* — L'O. ha eseguito ricerche sistematiche sul metabolismo dei leucociti leucemici ricorrendo ai metodi più moderni di tecnica per lo studio del metabolismo dei tessuti. L'O. ha potuto vedere che i leucociti leucemici hanno un evidente potere deidrogenativo per gli acidi grassi, sia superiori che inferiori. Non sono state potute mettere in evidenza però differenze apprezzabili tra leucociti leuc. della serie granulocitica e quelli della serie linfocitica.

Circa la produzione di acido acetoacetico questa si è dimostrata scarsissima e non proporzionata alla intensità del potere deidrogenativo per gli acidi grassi. Questo fatto che è il punto più interessante delle ricerche eseguite può spiegarsi in vario modo e l'O. si propone con ulteriori ricerche di approfondire questo problema.

C. ORTALI (Roma). — *La sindrome da ritenzione spermatica.* — È caratterizzata da disturbi generali e da alterazioni locali circoscritte alla sfera sessuale, di grande importanza ai fini diagnostici in quanto sono la espressione diretta della stasi spermatica. Esse appaiono di natura vascolare, di rado nervosa e nei casi più gravi di natura infiammatoria. Detta sindrome studiata e determi-

nata dall'O. presenta un complesso di sintomi che sono sufficienti ad attribuirle una fisionomia propria ed a metterla in evidenza nell'indagine clinica.

V. LO BIANCO (Roma). — *Trattamento casuale dell'edema da scompenso cardiaco.* — L'O. illustra il concetto che nelle manifestazioni di edema la terapia deve essere casuale quanto più è possibile e riferisce i risultati ottenuti in tali casi con la terapia strofantinica per via endovenosa. L'esperienza personale induce l'O. a raccomandare di diluire la piccola quantità di liquido in 10 cmc. di soluzione glucosata e di eseguire la iniezione con estrema lentezza.

Illustrata poi l'azione dei rimedi sintomatici, conchiude che l'edema da scompenso può con vari mezzi di cura perfino scomparire, ma la guarigione è una fallace illusione, specialmente se il malato non si rassegna al riposo.

Esaurite tutte le comunicazioni iscritte all'Ordine del giorno, il sen. MARAGLIANO con elevate parole ringrazia tutti i convenuti congratulandosi in particolare con i Relatori per le magnifiche, complete, interessanti Relazioni presentate.

Sede del prossimo Congresso è stata fissata Torino.

I temi all'Ordine del Giorno sono:

I) *Le coliti croniche* (prof. A. FERRATA);

II) *Patologia e terapia delle sindromi neuroipofisarie* (in comune con la Società di Chirurgia): proff. G. DI GUGLIELMO e A. CHIASSERINI;

III) *Patologia della vecchiaia* (prof. P. BASTAI).

Errata-Corrige. — Nel num. 47, pag. 2132, riga 23ª della Comunicazione prof. ANTONELLI, invece di: *nefrosi croniche...* deve leggersi: *nefriti croniche.*

A. POZZI.

XLIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(*Continuazione; v. numero 45*).

Sed. ant. - 21 ott.

Presidenza: Prof. R. ALESSANDRI.

La chirurgia dei nervi cranici.

PARTE II. — CHIRURGIA DEL N. TRIGEMINO E DEL N. FACCIALE.

Prof. M. A. DOGLIOTTI (Modena), relatore.

CHIRURGIA DEL TRIGEMINO. — Dalla storia del trattamento delle nevralgie del trigemino risulta che si è passati dagli interventi più periferici e cioè alcoolizzazioni e sezioni delle branche periferiche, ad interventi sempre più centrali, e cioè sul ganglio ed infine sulla radice retrogangliare nel suo tratto temporale e nel suo tratto ponto-petroso. Il R. non riprende in considerazione gli interventi periferici sia perchè assai noti sia perchè ormai in disuso e non tratta della Gasserectomia per le stesse ragioni. Lo studio del Relatore verte essenzialmente sulla radice retrogasseriana e sull'alcoolizzazione del ganglio.

Dai *cenni anatomici* risultano alcuni dati importanti. Anzitutto la costituzione della radice è analizzata a fondo anche con preparati personali numerosi. Ne risulta una struttura plessiforme che spiega assai bene una quantità di osservazioni cliniche apparentemente paradossali tra le quali la constatazione che quanto più la sezione parziale della radice è fatta in addietro, tanto più l'anestesia periferica è diffusa ed incompleta. Sono inoltre presi in considerazione i rapporti tra la radice e gli involucri meningei e tra radice, protuberanza, vene cerebello-petrose, nervi dell'angolo pontocerebellare.

Dopo avere preso in considerazione, in un capitolo di fisiologia, *le funzioni del trigemino* e sopratutto la distribuzione periferica della sensibilità in rapporto alla struttura radicolare, nonchè le funzioni vasomotorie, secretorie e trofiche del nervo, seguono alcuni cenni di anatomia patologica e quindi vengono prese in considerazione le varie sindromi patologiche trigeminali.

Essendo le nevralgie facciali le forme più frequenti di lesione trigeminale, il Relatore le distingue in tre capitoli tracciandone la sintomatologia fondamentale e fornendo i dati necessari per la diagnosi differenziale. Ne risultano tre gruppi: 1) *nevralgie facciali sintomatiche* o *secondarie;* 2) *nevralgie essenziali tipiche del trigemino;* 3) *nevralgie essenziali atipiche della faccia (simpaticoalgie?).*

Per il primo gruppo le indicazioni terapeutiche sono di solito collegate all'elemento causale della malattia. Tuttavia in alcuni casi anche gli interventi diretti sulla radice o sul ganglio possono essere indicati quando le sofferenze si dimostrino ribelli ad un trattamento causale o questo trattamento non sia possibile (tumori, postumi di fratture o di fatti infiammatori ribelli).

Per il terzo gruppo, e cioè nevralgie essenziali atipiche della faccia, il trattamento è tuttora incerto ed il Relatore ricorda i vari tentativi fatti con interventi sul simpatico, sul trigemino, sul facciale. Egli crede che si debba in molti casi prendere in considerazione in primo tempo una anestesia temporanea del ganglio di Gasser allo scopo di stabilire se interventi definitivi, quali alcoolizzazione del ganglio o neurotomia retrogasseriana, possano dare affidamento o meno di efficacia sul dolore.

Il terzo gruppo e cioè quello che comprende le nevralgie essenziali accessuali tipiche del trigemino è il più importante dal punto di vista chirurgico e per esso si può dire sia sorta la chirurgia di questo nervo.

A parte gli interventi periferici, in disuso e sui quali come si è detto il Relatore non indugia, sono presi in considerazione i seguenti interventi:

a) *interventi sul ganglio di Gasser*: alcoolizzazione, elettrocoagulazione del ganglio, gasserectomia;

b) *interventi sulla radice retrogangliare per via temporale* (Frazier), *per via cerebellare* (Dandy), *per via occipitale sopratentoriale* (Dogliotti).

Per l'alcoolizzazione del ganglio di Gasser si descrive la tecnica di Härtel con modificazioni ed accorgimenti vari tra cui alcuni suggeriti dal Relatore. Alcuni appunti sono fatti alla elettrocoagulazione col metodo di Kirschner ed infine si accenna alla gasserectomia senza soffermarvisi, dato che si tratta di metodo superato e non consigliabile.

Per quello che si riferisce agli *interventi chirurgici sulla radice retrogangliare* si descrive minutamente la tecnica dei vari metodi in uso. Per l'intervento più largamente usato e cioè quello per via temporale si descrive la tecnica di Frazier-Adson soffermandosi sulle modalità consigliabili per l'emostasi della meningea media, per l'apertura del manicotto meningeo periradicolare, per la sezione parziale della radice ed il risparmio della radice motoria.

Un momento importante per tutti gli interventi craniotomici che debbono portare alla radicotomia

retrogasseriana, per qualunque via, è la *decompressione preventiva mediante drenaggio del liquido cefalo-rachideo*, che il relatore ottiene con metodo personale introducendo un piccolo ago flessibile e corto nel terzo o quarto spazio intervertebrale lombare, prima di iniziare l'intervento craniotomico. Con questo accorgimento di grande efficacia l'intervento viene semplificato notevolmente, poichè l'operatore guadagna molto spazio di manovra, nella cavità endocranica. L'ago da drenaggio viene lasciato in posto sino al momento in cui si è reperita la radice retrogasseriana. Viene quindi tolto. Nessuna conseguenza dannosa è risultata da questo drenaggio permanente intraoperatorio del liquido cefalo-rachideo ed il metodo appare quanto mai consigliabile.

Riguardo alla radicotomia per via cerebellare il R. descrive il metodo di Dandy e ne espone i vantaggi, le difficoltà, i pericoli.

Il Relatore descrive infine il metodo personale per arrivare alla radice del trigemino passando per via sopratentoriale. La via d'accesso è rappresentata da una craniotomia limitata retroauricolare sopratentoriale. Si solleva la parte laterale del lobo occipitale esponendo la faccia superiore del tentorio. Riconosciuto il margine della rocca petrosa si incide il tentorio parallelamente a questo margine, a 2 o 3 mm. dietro di esso. Immediatamente sotto al tentorio appare il margine anteriore del cervelletto: scostandolo posteriormente si mette in evidenza, in un piano superficiale, la radice del trigemino, che è assai facile riconoscere e sezionare tutta od in parte risparmiando comunque la radice motoria che si trova in un piano superiore e leggermente mediale.

In un capitolo successivo sono prese in considerazione le varie *complicazioni* ed *incidenti* che possono seguire ai vari interventi prima descritti e sono riportati dati statistici sui *risultati* ottenuti riguardo alla guarigione della nevralgia, e ad eventuali recidive.

Infine il Relatore espone *considerazioni generali sulla scelta del metodo di terapia chirurgica delle algie facciali tipiche*, prendendo in esame alcuni quesiti.

Al primo quesito: *se intervenire subito radicalmente sul ganglio o sulla sua radice oppure se iniziare il trattamento con l'alcoolizzazione delle branche periferiche del nervo*, il R. risponde che ritiene opportuno intervenire subito radicalmente nelle forme tipiche ribelli datanti da molti anni, per le quali si siano dimostrate inefficaci le varie cure mediche praticate. Nelle forme invece relativamente più recenti e sopratutto quando sussistano dubbi che si possa trattare di una nevralgia atipica simpatalgica, od anche in casi di pazienti giovani a temperamento nevrosico, il Relatore consiglia in primo tempo l'alcoolizzazione delle branche periferiche interessate dalla nevralgia. In questo modo si guadagna tempo e nei mesi di sollievo dal dolore si potranno eventualmente modificare gli elementi causali della nevralgia. Inoltre si raggiunge lo scopo di chiarire la diagnosi, poichè se l'anestesia periferica non si dimostra efficace sul dolore o se si manifestano disturbi causalgici molto fastidiosi si dovrà trarne la conclusione che un eventuale intervento radicale sulla radice o sul ganglio, non sarà probabilmente efficace. Infine si fornisce al paziente un saggio temporaneo di quello che dovrà essere la sua condizione dopo il blocco sensitivo del nervo. Alcuni individui male si adattano all'anestesia persistente: in questi, quando sarà ristabilita la sensibilità dopo l'alcoolizzazione periferica, si lascerà al paziente stesso la scelta tra un'anestesia permanente e il dolore.

Nei casi in cui l'anestesia periferica dia risultato buono ma temporaneo, di fronte alla recidiva dopo 6-12 mesi, si dovrà senz'altro passare ad interventi più radicali quali l'alcoolizzazione parziale del ganglio o la radicotomia retrogasseriana.

Al secondo quesito: *alcoolizzazione del ganglio di Gasser o radicotomia retrogasseriana*, il Relatore si mantiene in una posizione di equilibrio in quanto che mentre la sua personale esperienza su 360 alcoolizzazioni di fronte a poche decine di interventi sulla radice posteriore lo porterebbe a dare preferenza assoluta alla alcoolizzazione parziale graduata, egli riconosce che qualora il chirurgo abbia mezzi, mentalità ed esperienza neurochirurgica completa, quali sono possedute dagli operatori che riferiscono su statistiche di centinaia di neurotomie retrogasseriane, allora ritiene essere consigliabile che questi operatori continuino a dare la preferenza all'intervento chirurgico.

Mentre la alcoolizzazione è intervento più semplice, meno pericoloso ed egualmente efficace, la radicotomia è intervento più chirurgico, più sicuramente graduabile e meno empirico. Esso tuttavia presenta un margine di rischio e di mortalità abbastanza notevole soprattutto nelle prime decine di casi di qualunque statistica. L'alcoolizzazione a sua volta richiede grande esperienza e profonde conoscenze anatomiche che il Relatore si lusinga di avere fornito ai Colleghi nella sua esposizione. Comunque chi non abbia esperienza in alcuno di questi due metodi, non creda di arrivare con facilità ad acquistarne la tecnica e prima di cimentarsi in pratica con essi approfondisca le sue cognizioni anatomiche e cliniche sull'argomento e assista di persona ad alcuni interventi praticati da chi ha ormai acquisito la necessaria esperienza. Sarà bene possedere le due tecniche dell'alcoolizzazione e della radicotomia per poterle alternativamente applicare a seconda dei casi.

Al terzo quesito: *neurotomia totale o parziale*, il Relatore risponde dichiarandosi convinto fautore della utilità della neurotomia parziale, che interessi i 2/3 od i 3/4 al massimo della radice, allo scopo di conservare una parte di sensibilità della faccia e sopratutto della cornea e della congiuntiva per evitare le complicazioni trofiche e per evitare il fastidio dell'anestesia facciale totale. Eccezionali sono le vere recidive dopo neurotomia parziale, mentre alcune sindromi causalgiche postoperatorie lamentate da tutti gli AA., si verificano nel 20 % circa degli operati, sia che in essi si sia praticata una neurotomia parziale che totale, sia che in essi si sia praticato il blocco alcoolico del ganglio. È anzi impressione del Relatore che questi disturbi, collegati all'anestesia ed a disturbi dell'innervazione simpatica o a disturbi riflessi di origine centrale siano più frequenti nei casi di anestesia totale che in quelli in cui sia risparmiata una parte della sensibilità periferica.

Al quarto quesito: *quale sia la via chirurgica preferibile per la neurotomia*, risponde ritenendo che allo stato attuale della nostra conoscenza e della nostra tecnica il metodo meno pericoloso perchè essenzialmente extradurale sia quello per via temporale secondo la tecnica di Frazier. Il metodo sottotentoriale di Dandy si accompagna ai rischi di tutti gli interventi sottodurali ed inoltre richiede estrema delicatezza per il pericolo di ledere il facciale e l'acustico, per il pericolo di emorragia delle vene cerebello-petrose e per il trauma cerebellare. Riguardo alla via sopratentoriale che il Relatore per primo ha descritto e pra-

ticato con pieno successo, ritiene che i vantaggi siano notevoli su quella cerebellare di Dandy in quanto che segue uno spazio ampio, di facile e comodo accesso, senza pericoli per nervi e vasi, e permette un'ampia visibilità. È troppo presto tuttavia per esprimere un giudizio qualsiasi su questo intervento, che il R. spera possa trovare un posto definitivo nel trattamento chirurgico delle nevralgie del trigemino.

CHIRURGIA DEL FACCIALE. — Il R. prende in considerazione essenzialmente il trattamento chirurgico delle *paralisi periferiche del nervo facciale* ed il trattamento chirurgico *degli spasmi essenziali del facciale.*

Analizzate rapidamente le varie cause di paralisi periferica, egli ritiene che, mentre nelle *paralisi traumatiche* con sezione totale del nervo sia consigliabile l'intervento immediato o precoce (dopo 10-20 giorni dal trauma), *in tutte le altre paralisi periferiche* si debba attendere alcuni mesi durante i quali si dovranno mettere in opera dal neurologo o dall'otoiatra tutti quei mezzi di terapia causale diretta od indiretta indicati caso per caso.

Qualora la paralisi si dimostri ribelle a questi trattamenti, allora il chirurgo potrà essere interpellato e si porrà il quesito del *tempo in cui l'intervento è opportuno.* Da questo punto di vista il R. crede che l'intervento chirurgico sia giustificato *quando il fisioterapista osservi che la reazione degenerativa dei muscoli mimici*, in luogo di migliorare, *si aggravi progressivamente*: la diminuzione dell'eccitabilità galvanica diretta, e la crescente ipotrofia muscolare, ne sono i segni fondamentali. Attendere di più, a questo punto, vorrebbe dire ridurre in modo notevole le possibilità di successo, poichè dopo qualche tempo, quando manchi qualsiasi segno di persistenza di tessuto muscolare non si potrà più sperare in una neurotizzazione diretta o indiretta, e ci si dovrà limitare ad interventi di plastica cutaneo-muscolare.

Riconosciuta l'indicazione generica all'intervento, si tratta di stabilire quale metodo sia preferibile per la neurotizzazione del nervo paralitico sempre che persista un certo grado di eccitabilità diretta dei muscoli. Il R. ritiene che, eccettuati i casi da tumore maligno ed i casi di gravi alterazioni traumatiche locali, si debba dare preferenza al *metodo di Ballance e Duel* e cioè alla ricerca del nervo, alla vivificazione dei monconi ed all'*innesto nervoso tra i monconi stessi.* L'intervento richiede grande abilità, soprattutto quando occorre aprire ampiamente il canale di Falloppio, per cui sarà di solito l'otologo specializzato il più indicato per eseguire l'intervento. I risultati di questo intervento, quando lo si possa tecnicamente portare a termine, sono perfetti.

Se la ricerca del nervo nel suo decorso intrapetroso non è possibile, allora si potrà ricorrere ad un *incrocio nervoso.* Tra i vari incroci proposti, quelli che han dato i migliori risultati sono: l'*incrocio totale ipoglosso-facciale* e l'*incrocio totale spino-facciale.* La neurotizzazione del facciale si ottiene con relativa costanza, così pure la contrattilità volontaria dei muscoli mimici riesce spesso a rendersi indipendente dalla contrazione coordinata di altri gruppi muscolari. Quello che non si ottiene è il ritorno della contrazione mimica emozionale, per cui l'espressione di questi operati, mentre è perfettamente normale allo stato di riposo per il ripristino completo del tono muscolare e del trofismo muscolare, risulta modificato nell'atto di compiere numerosi atti della vita di relazione che richiedano l'intervento dei muscoli mimici vivi della faccia.

Riguardo all'*operazione di Leriche sul simpatico cervicale* il R. ritiene, anche in base ad osservazioni personali, che essa dia buoni risultati nei casi in cui la paralisi non è totale, per cui persista un certo grado di eccitabilità muscolare diretta. In tal caso la soppressione della innervazione simpatica antagonista e il miglioramento della circolazione e quindi anche del trofismo locale permettono di valorizzare la funzione muscolare residua. Nei casi di assoluta e totale paralisi facciale datante da anni, l'operazione di Leriche non potrà che dare un lieve miglioramento della sindrome oculare grazie allo stabilirsi dell'enoftalmo e quindi miglior chiusura della rima palpebrale.

Nelle paralisi più antiche e totali in cui non vi sia più alcun segno di vita nel sistema muscolare, il R. è in accordo col Sanvenero-Rosselli che si debba ricorrere al suo metodo misto di *plastica cutaneo-muscolare.* Il Sanvenero-Rosselli ha svolto questo capitolo dimostrando le varie possibilità di plastica cutanea, muscolare e tendinea. I risultati sono veramente buoni, soprattutto per quanto riguarda la espressione normale allo stato di riposo.

Nei vecchi infine, affetti da paralisi totali facciali periferiche o centrali, ci si limiterà al *sollevamento ortopedico del labbro* ed alla correzione plastica del lagoftalmo, salvo ricorrere ad interventi plastici più estesi se richiesti dal paziente.

Per il trattamento degli *spasmi essenziali del facciale*, analizzate le varie forme di spasmo che si possono presentare, il Relatore espone brevemente i vari metodi proposti per la cura degli spasmi essenziali: *blocco parziale o totale del nervo* con alcool ed altre sostanze o con la elettrocoagulazione, *neurotomie parziali, incroci nervosi, interventi plastici facciali.* Nessuno dei metodi proposti ha dato risultati duraturi soddisfacenti salvo che si voglia sacrificare la funzione del nervo. Risultati migliori e tali da far sperare in una guarigione definitiva della malattia, il Relatore ottenne mediante un intervento personale, applicato finora in sei casi, e che consiste *nella sezione del nervo, nell'asportazione di una parte* (la metà circa) *del suo moncone centrale e nella neurotizzazione delle due branche periferiche del nervo mediante la porzione residua del moncone centrale.* In questo modo, dopo un temporaneo periodo di paralisi (4-6 mesi) si ottiene un ritorno di funzione in tutti i gruppi muscolari innervati dal facciale senza recidiva dello spasmo, grazie alla riduzione numerica delle fibre nervose del facciale stesso e conseguente diminuzione di efficienza e di tonalità nervosa.

Come conclusione egli crede che il metodo descritto debba essere preferito a tutti gli altri. Pure meritevole di considerazione è la enervazione periferica dei muscoli maggiormente colpiti seguendo il metodo di William-Frazier.

L'incrocio ipoglosso- o spino-facciale, pur garantendo più di tutti dalla recidiva, presenta oltre a vari altri inconvenienti, sopratutto quello di alterare profondamente l'espressione mimica emozionale del volto.

Seduta pomeridiana - 21 ottobre - Ore 15.

Comunicazioni inerenti alla Relazione.

G. SANVENERO ROSSELLI (Milano). — *Plastica muscolare e cutanea nella cura chirurgica della paralisi del facciale.* — Con una cinematografia in

gran parte del tipo cartone animato, l'O. espone la tecnica seguìta in alcuni casi e i risultati ottenuti con il trapianto di lembi dei muscoli masticatori.

VINCENT PUECH e VISALLI (Parigi). — *Interventi nella regione del nervo olfattorio.* — Fra le affezioni di ordine neuro-chirurgico che provocano l'anosmia si riscontra più frequentemente il meningioma olfattivo. L'anosmia dovrà essere confrontata con gli altri segni clinici esistenti con la radiografia del cranio, con l'esame del rinofaringe, spesso con la ventricolografia. Vengono riferiti quattro casi di meningiomi olfattori.

PETIT-DUTAILLIS (Parigi). — *La neurotomia iuxtaprotuberanziale del trigemino; indicazioni e risultati.* — Riferisce di 47 neurotomie eseguite con la tecnica di Dandy; altre 33 sono state eseguite per via temporale. Illustra la tecnica eseguita, i pericoli operatori. I vantaggi nel metodo occipitale sono notevoli di fronte agli altri sia per quanto riguarda la possibilità di sezioni parziali che la durata dei risultati. In 4 casi si è scoperto in questa maniera l'esistenza di un tumore che non si poteva sospettare per l'assenza di altri sintomi. Un altro vantaggio è rappresentato dalla rarità della cheratite, dalla facilità di risparmiare la radice motoria. Gli inconvenienti sono rappresentati dalla possibilità di ledere il facciale e l'acustico, dalla mortalità leggermente più alta. È questione sopratutto di indicazione operatoria tenendo conto dello stato generale della conformazione particolare dei malati. È indispensabile naturalmente una conoscenza perfetta della tecnica dell'intervento.

F. GRANT (Filadelfia). — *La nostra esperienza nel trattamento chirurgico della nevralgia del trigemino.* — Procedimento di elezione è la neurotomia subtotale della radice sensitiva con preservazione della motoria. L'alcoolizzazione preliminare concede un sollievo temporaneo e il malato ristabilito in salute può venire operato. Furono eseguite 949 operazioni con una mortalità dell'1,36 %. Fu sempre preferita la via temporale. L'O. completa la sua ricchissima statistica con uno studio accurato delle cause di morte, con l'esposizione della tecnica operatoria, proiettando numerose figure.

A. G. CHIARIELLO (Bari). — *Contributo alla cura della nevralgia del glosso faringeo e del trigemino associato.* — Riferisce di un caso in cui la semplice sezione del nervo linguale per via boccale gli ha dato la cessazione del dolore che si è mantenuta per un certo tempo, ora però il paziente comunica una ripresa dei dolori.

G. PIERI (Udine). — *Contributi alla chirurgia del trigemino e del facciale.* — Ha operato di sezione delle radici del ganglio di Gasser 11 malati con un decesso. In altri tre casi ha asportato il ganglio cervicale superiore del simpatico con risultati variabili.

Ha operato due casi di paralisi del facciale, uno con trapianti muscolari e risultato dubbio e uno con sezione del simpatico sotto il ganglio cervicale superiore senza risultato. In un caso di spasmo unilaterale del facciale ne ha praticato la sezione e il trapianto dell'ipoglosso nel moncone distale con esito soddisfacente da 7 anni. Nel secondo caso di spasmo bilaterale (principalmente blefarospasmo) ottenne un miglioramento persistente con la sezione delle parti molli a tutto spessore sulla emicirconferenza esterna dell'orbita.

A. NACCIARONE (Napoli). — *Craniotomie plastiche per lesioni delle vie ottiche endocraniche.* — Afferma che i disturbi visivi si hanno anche per lesioni della superficie esterna del lobo occipitale. Si sofferma sulla spiegazione della epilessia traumatica da lesione del lobo occipitale verificatasi in uno dei suoi casi e guarita a seguito dell'intervento locale. Espone il procedimento operatorio e raccomanda nelle lesioni encefaliche infette la soluzione di iodosol.

G. M. FASIANI e LENARDUZZI (Padova). — *Rappresentazione plastica di ventricologramma.* — Gli OO. espongono la tecnica con cui da numerose proiezioni radiografiche eseguite nella ventricolografia costruiscono un modellino che riproduce plasticamente la forma e le dimensioni dei ventricoli. Alcuni modelli vengono mostrati.

Discussione della Relazione.

UFFREDUZZI (Torino). — Si rallegra che il dott. Vincent abbia richiamato l'attenzione sui meningiomi della zona olfattoria che in genere sono poco ricordati. La causa di ciò va ricercata nella rarità di questi casi e nelle difficoltà diagnostiche che si incontrano per la localizzazione. Per quanto la triade sintomatica su cui ha insistito Cushing da tempo raramente è presente. Riferisce un caso in cui la anosmia unilaterale era presente e solo la ventriculografia posteriore bilaterale ha permesso di localizzare il tumore in modo da consentirne la estirpazione e la guarigione del paziente.

PURPURA (Palermo). — Riferisce un caso da lui operato per paralisi facciale con l'incrocio tra la branca esterna dello spinale ed il facciale. Il risultato funzionale è stato ottimo. Ha adoperato tutte le fibre della branca esterna dello spinale. Non è persuaso che sia sempre da darsi la preferenza all'incrocio ipoglosso-facciale a meno che non vi siano precise indicazioni.

FORNI (Venezia). — Ha eseguite tre neurotomie retrogasseriane parziali secondo Frazier. Nel primo caso, ricomparvero dolori a carico della prima branca scomparsi dopo l'exeresi. Gli sembra difficile raggiungere con esattezza sempre la sezione graduale dei due terzi esterni. Crede che la tecnica di Frazier Adson sia rispetto alle altre meno difficoltosa e pericolosa.

Ha osservato due casi di aracnoidite ottico chiasmatica. Il primo caso non ha avuto miglioramenti e la cecità è rimasta completa. Nel secondo venuto a morte dopo l'intervento non si sono osservate che un'infiammazione cronica a tipo sieroso e produttivo, atrofia delle bandelette olfattive e una pachimeningite cronica adesiva.

MAROGNA (Sassari). — In casi di aracnoidite cistica ottico-chiasmatica pensa che nonostante una sintomatologia così chiaramente elencata dal Relatore la diagnosi sia difficile. Nel maggior numero di casi essa è reperto operatorio o altrimenti solo sospettata. Ha visto qualche miglioramento nelle forme cistiche raramente in quelle adesive. Forse si trattava di casi avanzati in cui le alterazioni del nervo ottico erano irreparabili. Ricorda altri autori altrettanto scettici sulla guaribilità operatoria di queste aracnoiditi a differenza di quelle cerebrali, cerebellari, pontobulbari, peduncolari

Ritiene d'altronde che per quanto di facile esecuzione pochi usino l'ampliamento del foro ottico.

A. CHIASSERINI (Roma). — L'O. porta il suo contributo alla chirurgia delle vie ottiche intracraniche, riferendo un caso di acrocefalo-sindattilia osservato nel 1924, ed un caso di aneurisma carotico-cavernoso con esoftalmo pulsante. Parla delle incertezze, che tuttora esistono nel campo della etiologia, patologia ed interpretazione dei meccanismi terapeutici delle aracnoiditi chiasmatiche.

Negli interventi, che mirano alla esplorazione delle vie ottiche intracraniche, è favorevole alla anestesia basale avertinica. Parla degli interventi uni- e bilaterali, e si intrattiene su altre questioni di tecnica chirurgica.

Ricorda anche di aver eseguito 10 sezioni parziali della radice sensitiva del trigemino (di cui 9 per via temporale e 1 per via cerebellare); nonchè alcuni interventi per paralisi del facciale.

G. EGIDI (Roma). — Nelle compressioni delle vie ottiche intracraniche ritiene indicato l'intervento transfenoidale quando il tumore è sviluppato in basso. Certamente così l'operazione non è radicale. Combinando diversi atti di processi operatori ha eseguito un'operazione che gli dà una visibilità discretamente soddisfacente. Mostra ancora un craniometro di sua costruzione che usa nelle resezioni craniche nonchè un ago rotante per la ventricolografia. A proposito delle vie di accesso per la neurotomia retrogasseriana osserva che se la via posteriore permette di asportare i tumori dalla radice quella della fossa cranica media offre le stesse possibilità per i tumori del ganglio.

Per eseguire le iniezioni di alcool nel ganglio dirige l'ago fino nel foro ovale con un istrumento molto semplice che egli ha disegnato.

CAVINA (Firenze). — Ricorda i contributi del fratello Cesare nel campo della chirurgia delle aracnoiditi perichiasmatiche, delle algie essenziali del trigemino delle mioplastiche facciali. La statistica si riassume in 112 alcoolizzazioni del ganglio, due gasserectomie, 120 neurotomie retrogasseriane. Crede che il blocco alcoolico del ganglio di Gasser sia da preferirsi in primo tempo alla neurotomia.

SANTERO (Busto Arsizio). — Si ottengono guarigioni anche durature nelle nevralgie del trigemino con le iniezioni di alcool nelle branche periferiche. In forme più estese usa l'iniezione ai forami di uscita della base del cranio. Nelle recidive ha dato la preferenza alla alcoolizzazione del ganglio. Quattro volte ha eseguito la radicotomia. Fa poi considerazioni sulle complicazioni e sui mezzi atti a prevenirle.

GIOIA (Pavia). — Ha eseguito 15 alcoolizzazioni del ganglio. Ha seguito la via anteriore senza incidenti. Ritiene l'alcoolizzazione preferibile alla radicotomia negli anziani, quando esistono controindicazioni generali e i malati riluttanti all'intervento. Dà molta importanza alle cure profilattiche della neurocheratide.

DOGLIOTTI (*Risposta*). — Ritiene che l'innesto libero permette il ritorno integro della funzione del facciale più di qualsiasi altro e ritiene giustificato un tentativo in questo senso riservando gli incroci e le anastomosi ai casi in cui non sia realizzabile. Crede preferibile nell'incrocio con lo spinale quello totale perchè usando solo la branca esterna il nervo deve assumere una doppia funzione. Pare che l'incrocio con l'ipoglosso sia da preferirsi. Pieri è d'accordo con lui che la ganglionectomia non influenza la paralisi facciale. Riguardo alle osservazioni fatte sulla ricchezza di alcune statistiche osserva che questo si spiega con il fatto che i malati si recano più numerosi da quei chirurgi che hanno dimostrato di avere ottimi risultati in una particolare branca.

Comunicazioni varie.

V. SCHMIEDEN (Francoforte). — *La cura chirurgica della pericardite adesiva.* — Ha operato 22 casi sempre in uno stadio avanzato della malattia. Crede che si possa avere successo unicamente mediante resezione parziale del pericardio nel senso della decorticazione alla Delorme; per evitare pericoli basta eseguire la decorticazione prevalentemente in corrispondenza del ventricolo sinistro le cui pareti muscolari sono sempre molto più spesse e resistenti che non quelle del ventricolo destro. Ha importanza la preparazione preoperatoria. Espone la tecnica operatoria. Speciale attenzione va portata alla liberazione della punta del cuore; se non si riesce a liberarla si eseguirà la frenicectomia. I risultati sono: 30 % di guarigioni assolute, 30 % di miglioramenti notevoli, 5 % morti sul tavolo operatorio, 20 % durante le cure postoperatorie, 10 % dopo miglioramento temporaneo.

Seduta antimeridiana - 22 ottobre - Ore 9.

Presidenza: proff. R. ALESSANDRI e G. PEREZ.

Comunicazioni varie.

POTOTSCHNIG (Vicenza). — *Contributi clinici alla chirurgia del mediastino anteriore.* A) *Mediastinotomia a collare per enfisema acuto.* B) *Mediastinotomia decompressiva.* — Esposta rapidamente la patogenesi e la sintomatologia dell'enfisema acuto del mediastino, ricorda come questa terribile complicazione possa esser sicuramente vinta per mezzo della mediastinotomia a collare, operazione veramente semplice ed alla portata di tutti. Illustra due casi personali e si sofferma su alcune osservazioni fatte in corso di intervento.

Richiama poi l'attenzione sul benefico effetto della mediastinotomia decompressiva (M. longitudinale superiore di Sauerbruch) nei casi di tumori maligni dello spazio mediastinico. Segnala come questa modesta e facile operazione venga egregiamente sopportata anche da malati gravissimi, come essa basti ad abolire in modo immediato e definitivo la compressione degli organi mediastinici, a lenire pertanto le sofferenze di questi poveri infermi e ad assicurare loro una fine meno tragica.

In due casi della propria statistica l'intervento ha dato pure un beneficio grandissimo. Questa operazione, che è indicata in tutti i casi con fenomeni di compressione e così alle volte anche in certi aneurismi dell'aorta, rappresenta un provvedimento palliativo del più alto valore e merita senz'altro una maggior diffusione.

P. VALDONI (Roma). — *Embolectomia della polmonare. Esiti a distanza.* — Presenta un malato operato dieci mesi prima di embolectomia dell'arteria polmonare. L'embolia comparve 12 giorni dopo una operazione per ernia inguinale bilaterale. L'operazione fu praticata in condizioni agoniche; l'estrazione degli emboli riuscì facile mentre fu difficile la sutura dell'arteria polmonare. Per ovviare all'emopneumotorace sinistro stabilitosi per lacerazione della pleura venne applicata una aspirazione pleurica a tenuta. Il risultato a distanza è completo e il malato ha ripreso la sua vita di contadino. Ricorda alcune modifica-

zioni della tecnica originale di Trendelemburg specialmente rispetto all'incisione che è verticale e la resezione di tre costole. Ricorda ancora le difficoltà di una diagnosi sicura che è particolarmente importante qualora si decida di intervenire e in rapporto alle necessità di operare quando l'energia di riserva del cuore non sia già completamente perduta. In alcuni casi (2) non ha osservato alcun miglioramento con l'iniezione endovenosa di eupaverina proposta recentemente.

D. SANTORSOLA (Bari). — *Le ernie addominali dal punto di vista militare e sociale. Obbligatorietà dell'intervento.* — Propone che gli iscritti di leva portatori di ernia siano dichiarati idonei al servizio militare; da questo momento potranno provvedere a correggere il loro difetto. Se non l'avranno fatto, giunti al corpo, saranno inquadrati senza distinzione e quando si accorgeranno che la propria imperfezione è causa di molestia potranno chiedere l'intervento presso un ospedale militare. Il gran numero di soldati che può restituire alla Patria, il numero di operai che può restituire al proficuo lavoro, il beneficio che può portare al corpo ed allo spirito degli individui può fare di questa piccola modificazione della legislazione medico-militare una grande opera di bene.

A. CATTERINA (Genova). — Si compiace della comunicazione fatta per la grande importanza dell'argomento; già nel 1913 propose che i giovani erniosi debbano essere dichiarati idonei al servizio militare. Dalla sua esperienza risulta che nei facchini del porto di Genova anche anziani si ha una percentuale del 18 % di erniosi che con o senza uso del cinto possono accudire al loro gravoso lavoro.

N. SPINELLI (Reggio Calabria). — Si associa alle considerazioni del Santorsola e per la sua recente esperienza di ufficiale medico di complemento della R. Marina richiamato conferma che per il mutato spirito patriottico della gioventù fascista che si presentò alle armi nel periodo della guerra in A. O. una notevole percentuale di portatori di ernia, idrocele, varicocele, emorroidi di nuova leva e la quasi totalità di quelli già sotto le armi chiese di essere sottoposta all'intervento operatorio per poter compiere in pieno il proprio dovere verso la Patria. La modifica del regolamento militare del R. Esercito e della R. Marina verrebbe perciò incontro alla necessità ed al desiderio di questi infermi. Propone che dal Congresso parta un votò netto perchè tale modifica sia apportata ed al più presto.

R. PAOLUCCI (Bologna). — Afferma di avere già in alcuni scritti posto gli stessi principi cui è ispirata la comunicazione. In Africa ha operato moltissimi erniosi che non vollero approfittare di tale infermità per ritornare in Patria. È noto tuttavia che alcuni ne approfittarono. Si dichiara favorevole alla formazione di un ordine del giorno in cui il Congresso di Chirurgia consacri che l'ernia e le imperfezioni similari (idrocele e varicocele) non debbano costituire ragione di riforma. Non mancherà poi alla mente sagace di chi dirige la sanità militare lo studio delle modalità di applicazione pratica dell'ordine del giorno.

NACCIARONE (Napoli). — Propone un ordine del giorno per cui ai fini della valorizzazione gli iscritti al servizio militare siano dichiarati idonei per quel che dipende solo dalle ernie viscerali con diffida a provvedere alla cura chirurgica dell'ernia prima della visita al Distretto e con diritto alla assistenza statale qualora non intendono o non possono provvedervi per proprio conto.

GARGANO (Napoli). — Condivide le idee del Santorsola e degli altri e pensa che agli erniosi si potrebbero affidare degli incarichi sedentari.

V. JURA (Roma). — Fa presente: 1) la necessità di coordinare i criteri di riforma secondo le direttive emerse dalla presente discussione alle doverose cautele da stabilire nell'interesse dello stato ai fini delle conseguenze medico-legali. Per evitare oneri che possono gravare a carico dello Stato è raccomandabile la massima diligenza di accertamenti nella visita di leva e di reclutamento dei militari. Ancora segnala l'utilità di accordi per non creare discrepanze di vedute nella adozione dei nuovi criteri che l'Assemblea crede di suggerire specialmente in rapporto della obbligatorietà dell'intervento ed alle modalità perchè questo sia compiuto.

Il Congresso approva il seguente ordine del giorno: « La Società Italiana di Chirurgia udita la relazione Santorsola, considerato che le ernie addominali non costituscono una debilitazione della validità fisica dell'individuo; che l'atto operativo divenuto facile e sicuro è in grado di emendare in qualunque tempo la imperfezione, tenuto conto dei concetti informativi della nuova legge per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro, fa voto che le Autorità competenti vogliano disporre affinchè le ernie addominali e imperfezioni similari (varicocele, idrocele) non siano tuttora ritenute causa di inabilità al servizio militare.

SANTORSOLA. — Ringrazia per l'accettazione dell'ordine del giorno e si riserva di svolgere più ampiamente l'argomento in altra sede.

L. MORICONI (Viareggio). — *Peritonite traumatica (caso clinico) con conferma anatomopatologica.* — All'autopsia non fu rinvenuta alcuna alterazione. L'O. pensa che la peritonite abbia avuto origine da una filtrazione di germi intestinali attraverso la parete.

S. MARINACCI (Chieti). — *Esofago-cardiotomia extramucosa.* — Espone i metodi operativi e passa a descrivere la tecnica della esofago-cardiotomia secondo Heller illustrando il caso operato con successo con questo metodo.

TADDEI (Firenze). — Ritiene che l'operazione di Heller non sia logica perchè il megaesofago è dovuto a stenosi relativa in corrispondenza dell'iato diaframmatico dell'esofago. Perciò ritiene che l'operazione più logica sia quella da lui chiamata esofago-frenolisi. Ripete brevemente i dati della tecnica operativa.

V. JURA (Roma). — *Le variazioni della eritrocitosi dopo resezione gastrica.* — Ha osservato una diminuzione del numero degli eritrociti e dell'emoglobina in 10 casi su 13. Tali diminuzioni nulle o scarse al primo o al secondo giorno dopo l'operazione divennero progressivamente più marcate persistendo in quasi tutti i casi una diminuzione più o meno rilevabile in confronto alle cifre preoperatorie.

NACCIARONE osserva che le variazioni della emopoiesi vanno severamente assodate non dopo bre-

ve tempo ma a distanza dall'intervento per resezione gastrica oggi molto (forse anche troppo) diffusa.

D. TADDEI (Firenze). — *Anastomosi gastro-digiunale declive marginale posteriore nelle gandi resezioni gastriche.* — L'intervento è così praticato: liberazione della piccola curva al di là dell'ulcera anche se paracardiaca, liberazione della grande curva fino a 4-5 cm. dell'antro, sezione dello stomaco (pinza de Petz). Affondamento dei 2/3 superiori del moncone, passaggio del cono gastrico attraverso una breccia mesocolica. Asportazione del cono gastrico e anastomosi con il digiuno. Illustra con schemi e radiografie il processo rapido, asettico, rispondente ai più moderni indirizzi desunti dai risultati dei vari metodi di resezione dello stomaco.

V. JURA (Roma). — Nel praticare il metodo Reichel-Polya allo scopo di evitare stiramenti fissa l'angolo posteriore della breccia mesocolica alla metà della faccia posteriore del moncone invece che sulla piccola curva. In tal modo l'angolo anteriore della breccia mesocolica viene fissato nel mezzo della faccia anteriore dello stomaco.

G. CAVINA (Firenze). — Il metodo illustrato dall'O. è sostanzialmente quello di Verebely anche nei casi di ulcera gastrica alta situata è possibile applicare utilmente il processo di gastro-digiunostomia orale inferiore secondo Hofmeister-Finsterer.

R. ALESSANDRI (Roma). — *L'ulcera peptica digiunale postoperatoria dopo estese resezioni gastriche ampie.* — Su 115 casi di ulcera peptica 16 volte questa comparve dopo resezione, in 10 casi per ulcera duodenale, in 6 casi per una preesistente ulcera digiunale. La percentuale per le resezioni è quindi dell'1,8 mentre è del 7,8 per le resezioni per ulcera peptica. Rispetto al tipo di resezione la maggiore percentuale (20 %) si ha dopo l'anastomosi a y, segue la Billroth I con il 12,5 %, poi la Billroth II con anastomosi precolica nel 2,7 %, ultima la Billroth II con anastomosi retrocolica 1,3 %. Rispetto alle ulcere peptiche dopo gastroenterostomia si è trovato per 9 di queste una dopo resezione. Mentre in molti casi si può pensare come causa il tipo di anastomosi, l'insufficiente estensione della resezione, esiste un numero di casi in cui non si può ammettere alcuna ragione.

R. PAOLUCCI (Bologna). — Su 40 ulcere post-operatorie 3 erano secondarie a resezione di cui due erano state insufficienti. Le stomie erano ad ansa lunga con Braun.

POTOTSCHNIG (Vicenza). — Su 602 resezioni per ulcera ha osservato 7 ulcere post-operatorie, 3 dopo B I e 3 dopo B. II, una dopo resezione mediogastrica. È intervenuto sempre con resezioni con 6 guarigioni. La resezione è ancora oggi il metodo migliore nella cura dell'ulcera gastroduodenale.

FORNI (Venezia). — Su 20 ulcere post-operatorie 3 erano consecutive a resezione, una dopo B I e due dopo B II.

G. CAVINA (Firenze). — Un caso osservato di ulcera digiunale era secondario ad una resezione escludente con anastomosi precolica. Ritiene che la dieta abbia un grande valore nella profilassi delle recidive.

R. ALESSANDRI (risposta). — L'interesse dell'argomento è molto notevole e sarà oggetto di una relazione per il prossimo Congresso.

G. BAGGIO (Pisa). — *L'appendice da cui derivi peritonite suppurativa è un'appendice perforata.* — Quando l'appendicite abbia portato ad una peritonite si trova una soluzione di continuo a tutto spessore della parete, soluzione limitata perifericamente da tessuto vitale. Distingue l'appendicite semplicemente in infiltrativa ed una appendicite perforativa. Finchè l'alterazione è soltanto infiltrativa la causa può essere rappresentata da elementi digestivi alterati nella costituzione o mescolanza che esercitano la loro azione sulla parete dell'appendice. Nella perforazione dà importanza al coprolito che potenzia l'azione degli elementi digestivi.

Invita i colleghi italiani a rendere noti i referti appendicolari delle appendicectomie per appendicite con peritonite suppurativa.

G. PEREZ (Roma). — Non accetta la distinzione dell'O. e crede più opportuno conservare l'attuale classificazione.

TADDEI (Firenze) — Si spiega male la frequenza della perforazione appendicolare rispetto ad altri tratti del tubo intestinale dove si determinano condizioni dispeptiche e meccaniche analoghe a quelle invocate dall'O. per l'appendice.

FORNI (Venezia). — Non ritiene si possa escludere il concetto della patogenesi batterica nella appendicite flemmonosa. Nella forma perforativa non sempre è necessaria la presenza del calcolo. La genesi dispeptica trova contradizione nella forma embolica di appendice.

G. BAGGIO (risposta). — Nella sua esposizione ha già considerato le osservazioni fatte.

G. POZZI (Milano). — *Contributo casistico alla conoscenza della trombosi primitiva della vena ascellare.* — Accennando ai fattori etiologici del caso osservato dà importanza ad una anomalia congenita della regione che rende possibile a un fattore meccanico di indurre sulla vena lesioni sufficienti a produrre il trombo

G. GENTILE (Roma). — *Trombosi da sforzo della vena basilica destra.* — Il caso è stato controllato all'intervento e completato con esami istologici e batteriologici. Illustra il meccanismo patogenetico.

A. RINDONE (Palermo). — *Ferite da fuoco alla regione frontale con grave lesione dei lobi frontali. Guarigione senza postumi cerebrali.* — Illustra il caso guarito con l'estrazione del proiettile e fà considerazioni sulla funzione del lobo frontale.

C. MARINO ZUCO (Roma). — *Auto-trapianti osteoperiostali preparati con il metodo osteotangenziale nelle artrodesi extrarticolari.* — Parla della tecnica per preparare autotrapianti osteoperiostali discontinua liberi o peduncolati con il metodo osteotangenziale. Per renderla più agevole ha fatto costruire degli scalpelli a curvature adeguate al prelevamento di trapianti dalla tibia o dalla squama iliaca. Lo scalpello per il prelevamento della tibia è costruito in due forme che differiscono per la centinatura del taglio: uno tende ad approfondirsi nell'osso, l'altro a portarsi verso la superficie.

Ciò premesso illustra con proiezioni l'evoluzione di autotrapianti discontinui praticati in casi operati di artrodesi extrarticolare del rachide, dell'articolazione tibiotarsica, del ginocchio.

A. CATTERINA (Genova). — *Ferite d'arma da fuoco delle articolazioni.* — Illustra numerosi casi clinici discutendone la tecnica più indicata a prevenire specialmente le complicazioni infettive e a curarle.

F. GAROFALO (Bologna). — *Tumore del perineo simulante l'infiltrazione urinosa.* — Il paziente era in istato settico grave e soffriva di restringimento uretrale. Il tumore fu asportato ma recidivò rapidamente, nonostante l'applicazione di radio. Il caso presenta interesse per le difficoltà diagnostiche e per la rarità.

C. GARGANO (Napoli). — *Milosi del fegato da coccidiosi.* — Ha constatato che nelle zone colpite dal parassita apparivano numerose figure cariocinetiche. Richiama alcune ricerche da lui eseguite con iniezioni di bile nel parenchima. Produceva così necrosi nella sede di iniezione e nelle zone limitrofe attivazione dei processi mitotici.

Seduta pomeridiana, 22 ottobre - Ore 15.

Presidenza: Prof. G. PEREZ.

P. STEFANINI (Roma). — *Rapporti tra prolan e ipertrofia prostatica.* — Ha studiato l'eliminazione del prolan nell'ipertrofia prostatica con il metodo di Zondek ed ha trovato in 11 casi una reazione prima. Il fatto di trovare in prostatici più spesso che in individui normali (20 %) un aumento della eliminazione del prolan fa ammettere un probabile rapporto causale.

M. PEREZ (Roma). — *L'influenza della gangliectomia nei processi di cicatrizzazione.* — In animali ganglionectomizzati ha osservato un acceleramento della cicatrizzazione rispetto ad animali normali. Tale acceleramento dei processi si nota anche per le ferite profonde e per ulcerazioni prodotte con il taglio dello sciatico.

FORNI (Venezia). — I risultati della esperienza confermano quanto si osserva in clinica dopo simpaticectomie o ganglionectomie per affezioni degli arti. In un primo tempo si osserva la guarigione delle ulcere ma poi pur persistendo la dilatazione vasale periferica persiste una maggiore labilità dei tessuti all'azione di agenti esterni.

A. TROJANIELLO (Napoli). — *Plicatio gastrica. Stato della mucosa dopo l'intervento.* — La plicatio è un intervento agevole a compiersi e scevro di pericoli. In alcuni casi sperimentalmente ha asportato la tunica muscolare affinchè la plicatio della mucosa riuscisse più agevole. Ha controllato istologicamente il processo di guarigione.

V. PETTINARI (Milano). — *L'alzata precoce in chirurgia.* — Dopo averne valutate le indicazioni e le controindicazioni espone le norme da esso seguite nell'attuarla e i risultati favorevoli della sua ormai vasta esperienza. Se ne dichiara fautore convinto ritenendo che se attuato con giusta prudenza e giusto senso clinico costituisca un reale progresso della moderna chirurgia.

F. PAGLIANI (Bologna). — *Effetti della splenectomia sulla struttura del fegato e delle ghiandole linfatiche.* — Sperimentalmente ha trovato uno stato congestizio del fegato poi una proliferazione delle cellule istiocitarie e infine elementi giganti polinucleati con processi di eritrofagocitosi.

Sulle ghiandole linfatiche ha notato un aumento di volume di follicoli e una iperplasia delle cellule reticolari. Le ghiandole stesse diventano sede di processi emocateretici. Ritiene che le ghiandole assumano una funzione splenovicariante.

A. GUACCERO (Bari). — *Per il migliore ricupero statico funzionale dei tubercolotici osteoarticolari. Statistica personale.* — È molto importante di cercare di ottenere la guarigione quando la tubercolosi è all'inizio e le alterazioni anatomiche poco notevoli. Quando il male è inveterato con manovre progressive si cercherà di dare all'arto la posizione più adatta alla funzione. La cura chirurgica di deformità va fatta in casi in cui i focolai sono spenti. Su 501 malati ha avuto 338 casi clinicamente guariti. Gli altri sono ancora in cura.

E. LEO (Mogadiscio). — *Il volto delle ferite da palle dum-dum innanzi che si deformi per complicanze infettive.* — Il lavoro si riferisce ad osservazioni praticate durante le operazioni in A. O. Vengono descritti gli aspetti tipici di queste ferite rilevandone le caratteristiche che ne permettono la distinzione.

A. SOSTEGNI (Milano). — *Il drenaggio di Mikulicz nelle forme peritoneali di origine appendicolare.* — Su 100 operati riconosce che questo piccolo drenaggio nonostante il notevole numero di laparoceli secondari è scevro di inconvenienti la cui importanza è forse maggiore dello stesso laparocele.

Segue la proiezione di alcune films chirurgiche e precisamente:

1) E. ANGELETTI (Bologna). — *Resezione del fegato.*

2) A. JACHIA (Torino). — *Toracoplastica sottoscapolare-ascellare secondo la tecnica di Fruchaud (con dimostrazione della possibilità di resezione totale delle coste superiori con incisione trasversale bassa e senza alcuna sezione di fasci muscolari).*

3) G. SANVENERO ROSSELLI (Milano). — *Plastiche facciali. Film a colori.*

4) G. SANVENERO ROSSELLI (Milano). — *Plastica muscolare e cutanea nella cura chirurgica della paralisi del facciale.*

5) G. SANVENERO ROSSELLI (Milano). — *Plastiche del palato.*

Il 44° Congresso avrà luogo a Torino nella seconda metà di ottobre del 1937.

I temi di relazione sono i seguenti:

— *Risultati lontani delle operazioni per ulcere gastroduodenali* (rel. prof. O. UFFREDUZZI);

— *Risultati lontani della asportazione di calcoli dell'apparato urinario* (rel. prof. D. TADDEI);

— *Patologia e terapia delle sindromi neuro-ipofisarie* (relatori proff. A. CHIASSERINI e DI GUGLIELMO).

P. VALDONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Insulina e circolazione.

Coll'inizio dell'èra dell'insulina il numero dei casi di patologia circolatoria in diabetici è nettamente aumentato: e non soltanto perchè l'uso dell'insulina consente una più lunga sopravvivenza dei diabetici. Ricerche sperimentali, del resto scarse e contraddittorie, ed osservazioni cliniche depongono per una azione dannosa per il circolo svolta dall'insulina.

Così H. E. Meyer (*Zentr. f. inn. Med.*, settembre 1936) inizia un suo lavoro che appunto si intitola: insulina e circolazione. Le sue osservazioni elettrocardiografiche dimostrano che nei soggetti sani di cuore, il grave chok insulinico produce solo lievi aritmie sinusali, slivellamento della T, ma non estrasistoli.

In cuori sani e ammalati altri AA. hanno veduto comparire la fibrillazione auricolare per effetto della insulina. In complesso Meyer ritiene che sia in gioco una diretta influenza della insulina sul muscolo cardiaco. Il livello glicemico non ha importanza.

L'A. ha veduto due casi, in cui l'insulina determinava l'accesso anginoso, forse per costrizione coronarica vagale. Le modificazioni dell'onda T da insulina, sono probabilmente dovute appunto ad alterazioni del circolo coronarico, che possono anche non determinare vere e proprie lesioni anatomiche, come l'A. ha verificato in ratti bianchi.

Per quanto riguarda le estrasistoli da insulina, più frequenti nei cuori ammalati che nei sani, l'A. ritiene che la secrezione compensatoria di adrenalina che segue all'azione insulinica ne determini la cessazione: il che è provato anche dal fatto che non si hanno estrasistoli se si iniettano contemporaneamente insulina e zucchero.

In quasi tutti i casi l'A. ha trovato un aumento della frequenza del polso, che è indipendente dal livello della glicemia. Anche il comportamento della pressione è complesso: in generale si ritiene che la pressione sistolica nei sani e diabetici non complicati aumenti durante l'ipoglicemia, mentre la pressione diastolica si abbassa.

Meyer ha studiato anche la velocità della circolazione, col metodo dell'iniezione endovenosa di cloruro calcico.

La velocità di circolo, in tutti i casi di chok ipoglicemico, è nettamente aumentata; per questo nell'ipoglicemico il colorito del volto è nettamente arrossato e il sangue esce rosso vivo dalle vene.

Nel meccanismo di questo sintoma entrano verosimilmente molti fattori, alcuni molto poco noti.

L'A. ha potuto dimostrare che il contenuto in glicogeno del cuore può variare indipendentemente da quello del fegato e dei muscoli: osservazione questa molto interessante. Comunque nei diabetici con lesioni cardiache bisogna usare la insulina con molto riguardo al cuore.

Le grandi dosi di insulina non solo sono antifisiologiche, ma scatenano anche una iperadrenalinemia che non è indifferente al circolo: se per la cura del coma esse sono necessarie, evidentemente vi si ricorra pure, ma associandovi sempre la somministrazione di zucchero.

M. COPPO.

Le iniezioni sottocutanee di ossigeno nella polmonite.

E. Y. Fiscenzon (*Vracebnoe dielo*, 1936, n. 5) ha trattato, negli ultimi 10 anni, 200 casi di polmonite cruposa con le iniezioni sottocutanee di ossigeno. La dose varia da 200 ad 800 cmc., da somministrarsi 2 volte al giorno nei casi gravi ed una in quelli leggeri. Nei bambini, la dose iniziale è di 50, quella massima di 200 cmc. Il pericolo di embolismo è minimo, in quanto che l'ossigeno è prontamente solubile nel sangue.

L'ossigeno così introdotto viene assorbito e provoca processi di ossidazione, analogamente a quanto accade nei polmoni, sicchè può agire come una respirazione sottocutanea vicariante. L'ossigeno assorbito, inoltre, entra nel circolo ed è in parte assorbito dal plasma, mentre il resto si combina con l'emoglobina.

Tale forma di terapia sembra particolarmente efficace nei casi gravi, con cianosi, debolezza cardiaca e notevole intossicazione. L'effetto favorevole si manifesta sulla respirazione e sulle funzioni cardiovascolari. La dispnea e la cianosi tendono a scomparire, la pressione sanguigna si eleva ed il sistema cardiovascolare funziona più vigorosamente. Notevole è l'effetto nell'abbassamento della viscosità del sangue.

L'A. considera quindi tale terapia come un metodo efficace di combattere lo stato tossico-infettivo, ma non già come specifica. La tecnica di somministrazione è semplice e sicura. L'A. fa inoltre rilevare l'inutilità delle inalazioni di ossigeno, tanto più che gli alveoli, nel processo cruposo, risultano occlusi. *fil.*

Il trattamento della malattia da siero.

B. Karitzky (*Münch. med. Wochens.*, 1936, n. 35) ha usato con vantaggio i bagni sudatori in 6 casi di malattia da siero consecutiva ad iniezioni antitetaniche. Già durante il bagno, scompare il prurito e si attenuano ed impallidiscono i pomfi; l'esantema e la congiuntivite guariscono entro le 4 ore successive. Più ostinati sono l'asma ed i dolori articolari, per cui si rende talora necessario, il giorno dopo, un altro bagno, che li fa scomparire. Non importa il modo con cui si somministra il bagno; l'essenziale è che il paziente sudi abbondantemente. *fil.*

SEMEIOTICA

L'esplorazione della ghiandola tiroide nella pratica corrente.

Secondo P. Sainton (*Le Bulletin Médical*, 31 ottobre 1936) l'esplorazione della tiroide, come generalmente vien fatta, è nella maggior parte dei casi insufficiente, mentre invece un attento esame della ghiandola può evitare errori diagnostici e terapeutici. I mezzi disponibili non sono differenti da quelli in uso per l'esame degli altri organi.

Ispezione: nei soggetti a collo lungo la tiroide è molto appariscente per poco che essa sia aumentata di volume, contrariamente a quanto avviene negli individui a collo corto e negli obesi. Importante è l'esame dei tegumenti: la pelle può essere normale o arrossata per reazione vasomotoria o solcata da numerose vene più o meno dilatate; mobile o aderente. Il gozzo può dar luogo ad un allargamento del collo senza che la tiroide sia molto apparente, ma generalmente la ghiandola è ipertrofica sia in massa, sia da un solo lato, sia nella regione mediana. Se si fa mettere dal paziente il collo in estensione, appaiono nettamente le particolarità del tumore tiroideo, che divengono ancora più evidenti se il p. deglutisce.

Palpazione: stando in piedi dietro il malato seduto e tenendo i pollici delle due mani sulla settima cervicale, si esplora con le dita la regione tiroidea e successivamente l'istmo e ciascun lobo. Con la palpazione ci si rende conto dello spessore della tiroide, ma sopratutto dell'aumento di volume e della consistenza. La tiroide può essere ipertrofica in massa, di consistenza molle, uguale in tutte le sue parti (congestione semplice della ghiandola); oppure inegualmente ipertrofica in una o più parti che presentano consistenza differente (adenoma semplice o leggermente cistico); può essere dura o sclerosata in toto (sclerosi infiammatoria o consecutiva a radioterapia); o indurita e attraversata da briglie cicatriziali (lues); o di consistenza lignea (cancro). Qualche volta però non si riesce a palpare la tiroide: essa può essere atrofica, come nel mixedema, oppure anormalmente situata. La mobilità della ghiandola va ricercata in senso verticale facendo deglutire il paziente e sulla trachea in senso laterale.

Percussione: praticata dalla periferia verso il centro nella regione sternoclavicolare, la percussione permette talora di svelare i limiti della porzione intratoracica del gozzo.

Ascoltazione: permette di avvertire, sopratutto nelle sindromi basedowiane, un soffio sistolico, talora diastolico, sulla tiroide stessa, che dà l'impressione di un soffio aneurismatico.

Esame radiologico: con la radioscopia si possono apprezzare i limiti del gozzo e le deviazioni della trachea. Nei casi di interpretazione difficile è meglio ricorrere alla radiografia: essa fa scorgere le calcificazioni intratiroidee e precisa i rapporti del gozzo a tessuto denso. L'esame radiologico permette infine di scoprire i gozzi endotoracici.

Tutti questi esami debbono essere completati dall'esame laringoscopico, di grande utilità nel caso di paralisi recurrenziali, e dall'osservazione dello stato della pupilla.

Un esame clinico della tiroide così praticato permette di fornire gli elementi necessari per un intervento chirurgico ben condotto e di prevedere anche, entro certi limiti, le difficoltà dell'atto operatorio.

Nei casi infine nei quali c'è dubbio tra diagnosi di gozzo semplice o adenomatoso e cancro tiroideo, sarà bene ricorrere ad un esame istologico estemporaneo nel corso della tiroidectomia, che nel caso di tumore maligno indicherà necessaria una ablazione quasi totale.

F. VICENTINI.

TECNICA.

Semplificazione della melanoflocculazione di Henry con l'impiego di sangue laccato.

La reazione di flocculazione per le diagnosi di malaria si è ormai affermata e diffusa per la sua importanza. Allo scopo di renderne sempre più facile l'esecuzione, molte modificazioni sono state proposte.

L'unica difficoltà che ancora oggi si presenta allo studioso è quella di dover disporre di una discreta quantità di siero per la reazione ed i controlli.

A. Spanedda (*Giornale di Batteriologia e Immunologia*, ott. 1936) allo scopo di rendere la reazione di Henry accessibile anche ai medici pratici, ha ricercato se essa si manifestasse anche con l'impiego, invece del siero, di sangue laccato in acqua distillata (si punge un dito e si fanno cadere 2-3 gocce di sangue in una provettina contenente un centimetro cubo di acqua distillata).

In un certo numero di pazienti sicuramente malarici, l'A. ha eseguito la reazione con questa sola tecnica e in un altro gruppo di pp. pure malarici, ha praticato, oltre a questa reazione con sangue laccato, anche la tecnica normale della reazione di Henry e quella con il siero a gocce. Nei controlli ha pure eseguito la prova col sangue laccato e secondo la classica tecnica di Henry.

In tutti i casi ha riscontrato una perfetta corrispondenza tra i risultati ottenuti con le varie tecniche. L'A. ne deduce che la modificazione di tecnica da lui proposta risponde bene alle esigenze della pratica.

F. VICENTINI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

R. F. VACCAREZZA y R. FERRETTI. *Lobulo pulmonar inferior accesorio.* Semana Medica, Buenos Aires. 1935.

A. SPALTRO. *La terapia cerolitica della tubercolosi.* — Tip. Joele, Napoli, 1936.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

MILANO. — La R. Prefettura comunica: È riaperto pubblico concorso per titoli ed esami per i seguenti posti di medico condotto: Bovisio, Brembio, Cesano Maderno, Desio, Mairago, Marcallo e Mesero, Milano (3 posti), Sesto S. Giovanni, Sovico, Varedo. Il primitivo limite di età di 32 anni è stato elevato a 34 anni. Scadenza del concorso 31 dicembre 1936-XV. Chiedere bando e schiarimenti alla R. Prefettura di Milano (Ufficio Sanitario).

PESCARA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 10 genn., ore 17; direttore del Consorzio e direttore del Dispensario provinciale antitubercolare; stip. L. 16.000, due quadrienni di L. 2000, indennità L. 6000 per la direzione del Consorzio e L. 3000 per la direzione del Dispensario. Età limite 40 anni al 10 nov. Titoli ed esami. Chiedere annunzio alla Segreteria (Palazzo del Governo e della Provincia).

ROMA. *Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori.* — Concorso per titoli ed esami per la nomina del Primario del reparto chirurgico, di 1 capo-servizio sezione Roentgen e di 1 Assistente del reparto fisioterapico. Presentare alla Segreteria dei Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri (viale Regina Margherita 295) non più tardi delle ore 12 del 20 gennaio, la domanda di ammissione, specificante il posto al quale aspirano, corredata dai documenti di rito. Gli aspiranti che risiedono nelle Colonie potranno presentare, ai fini dell'ammissione al concorso, entro il 20 gennaio 1937 la sola domanda, con l'obbligo però, di produrre tutti gli altri documenti prescritti successivamente e non oltre il 20 febbraio. Le norme per l'ammissione e il metodo del concorso, gli obblighi degli eletti, la durata del servizio ecc. risultano dal Regolamento speciale per il personale sanitario e dal Regolamento interno in vigore. Detti regolamenti sono estensibili presso la Segreteria dei Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 30 dic., ore 12. Concorso per esami e titoli a 13 aiuti medici, 13 aiuti chirurghi e 1 aiuto otorinolaringoiatra. Età limite 35 anni al 6 nov. Stip. L. 7300; c.-v. Chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Scad. 1 dicembre. Sono riaperti i termini per l'ammissione al concorso per esami per la nomina di 60 Assistenti medico-chirurghi. Età massima, alla data del 23 ottobre, anni 30 s. e. l. Tassa di concorso L. 50. Domande e documenti alla Segreteria del Pio Istituto. Chiedere copia del bando.

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.* — È aperto un concorso per esami a centocinquanta posti di Medico Assistente presso gli ospedali sanatoriali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Scad. 15 dicembre. Chiedere annunzio alla Direzione Generale dell'Istituto (Servizio personale) in Roma, via Minghetti 22. Età limite 35 anni al 25 ottobre. Stip. L. 9114, aggiunta di famiglia, alloggio (o assegno).

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.* — Il termine di presentazione delle domande di ammissione al concorso per titoli e per esami a Medico presso l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, concorso che era stato sospeso, è prorogato al 15 dicembre 1936-XV e il numero dei posti messi a concorso è elevato da quindici a venticinque. Chiedere avviso di concorso alla Direzione Generale dell'Istituto (Servizio personale) in Roma, via Minghetti 22. Età limite 35 anni al 30 settembre. Stip. L. 24.000 e aggiunta di favore. Non è consentito l'esercizio professionale privato.

SIENA. *Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò.* — Scad. 15 dic., ore 12; medico praticante; nomina biennale; indennità di servizio L. 700 mensili nette, alloggio. Età limite 30 anni. Chiedere annunzio alla Segreteria della Società di Esecutori di Pie Disposizioni, via Roma 41.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Israël Holmgren, clinico medico dell'Università di Upsala, è stato nominato dottore *honoris causa* dell'Università di Parigi.

Il prof. Filippo Neri è trasferito dalla cattedra d'igiene di Firenze a quella di Bologna, ove era già comandato; succede al prof. Donato Ottolenghi.

Alla Facoltà di medicina di Roma sono conferiti i seguenti incarichi ai proff.: Vincenzo Virno, di anatomia umana normale; Giuseppe Vidau, di clinica otorinolaringoiatrica; Giulio Cotronei, di biologia e zoologia generale; Giacomo Andreassi, di istologia ed embriologia generale; Ermanno Fioretti, di anatomia chirurgica e corso d'operazioni; Ermanno Mingazzini, di urologia; Mariano Messini, di idrologia medica; Adalberto Pazzini, di storia della medicina; Aristide Ranelletti, di medicina del lavoro.

Il prof. Silvestro Silvestri è incaricato dell'insegnamento d'idrologia alla Facoltà di Farmacia di Roma.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Carlo Rossi in clinica chirurgica e medicina operatoria; Elio Sechi in clinica dermosifilopatica; Tomaso Sarnelli in clinica oculistica; Gastone Meldolesi in radiologia e terapia fisica (rallegramenti al nostro amico e collaboratore).

Il dott. Giuseppe Barbera, fascista della prima ora, volontario nella grande guerra e in A. O. I. è stato decorato sul campo della medaglia di bronzo al valor militare con la seguente motivazione: « Dirigente il servizio sanitario di una legione CC. NN. partecipava volontariamente a una spedizione di soccorso di un presidio e un treno attaccati ed assediati. Dopo aver affrontato con serenità i pericoli del tragitto ferroviario sotto il tiro dei ribelli, giunto sul posto del combattimento, si esponeva animosamente per accorrere a prodigar le sue cure ai numerosi feriti che giacevano anche oltre la linea di difesa. Provvedeva, sempre calmo e sereno, al loro difficile recupero e diversi ne salvava da sicura morte. Nel giorno successivo, ancora sotto la pressione e la minaccia del nemico, provvedeva al trasporto in luogo più adatto di tutti i feriti. Esempio mirabile di alta capacità

professionale, di nobile abnegazione, di serenità e sprezzo del pericolo ». Congratulazioni ed auguri al valente collega, che è ancora in Africa quale centurione medico.

Il dott. Luigi Beni, di Rosora (Ancona), è stato promosso, a scelta, capitano medico di complemento.

Al distinto e valoroso collega, cordialissimi rallegramenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da New York 3 ottobre :

Importante seduta scientifica alla Società Medica Italiana a New York.

La Società Medica Italiana, Inc., sorta in questa metropoli fra medici laureati in Italia e che qui esercitano la professione, si prefigge non solo scopi di tutela di classe, ma ben anco scopi di propaganda scientifica e culturale. E la sera del 30 settembre tenne una seduta scientifica al palazzo d'Italia nella sala delle adunanze del Regio Consolato Italiano, concessa gentilmente dal Console Generale, comm. Vecchiotti.

Presentato dal prof. Tomasulo, presidente della Società, il prof. Angelo Chiasserini, chirurgo-primario dell'Ospedale Littorio di Roma e docente di chirurgia alla R. Università dell'Urbe, il quale si trova in America a scopo di studio, aderendo al cortese invito della Società Medica Italiana, tenne una dotta ed applaudita conferenza sul tema: « La mia esperienza nella chirurgia della regione ipofisaria », destando il più vivo interesse nell'uditorio.

Dopo la conferenza, il prof. Armando Ferraro s'è intrattenuto, applaudito, sullo stesso argomento, parlando di alcuni esperimenti fatti in America e chiedendo su qualche punto il parere dell'illustre prof. Chiasserini, il quale rispose esaurientemente.

Alla discussione scientifica ha partecipato il prof. Spolverini, direttore della Clinica pediatrica dell'Università di Roma e membro del Consiglio Superiore di Sanità, il quale si trova in America, inviato dal Governo per studiarvi i metodi di difesa contro la « paralisi infantile ».

L'illustre professore cedendo al pressante invito dei presenti, parlò della genesi di questa malattia, dei metodi preventivi e di cura, delle ricerche fatte in Germania, in Svizzera, in altre nazioni e specie in America.

L'oratore trattò l'argomento con una chiarezza e competenza impressionanti e concluse, applaudito, dicendo che questa malattia non ha in Italia carattere epidemico; tuttavia il governo di Mussolini intende far compiere delle ricerche scientifiche in modo che si possa più facilmente premunire il paese in qualsiasi evento.

Tanto il prof. Chiasserini che il prof. Spolverini furono vivamente complimentati.

A questa seduta altamente scientifica erano presenti, oltre il Console Generale comm. Gaetano Vecchiotti, una folla di medici, fra i quali abbiamo potuto notare i dottori E. Secondari, G. P. Spinelli, L. Lonigro, Leto, Giuseppe Tomasulo, Cesare Tomasulo, Alberto Tomasulo, Paolo Cavallaro, Antonio Rizzo, Simonetti, J. P. Arcieri, Antonio Spinelli, Oscar Palatini, Giovanni Paccione, Delle Donne, D'Arienzo, Silvio D'Ambrosio, Vincenzo Cocuzza, Armando Ferraro, V. Grossi, Andronico, Miele, V. La Rocca, Pisani, Laforgia, Quaglia, A. Barbera, Scelsi, Cascio e parecchi altri.

Il Consiglio direttivo della Società Medica Italiana pel 1936 è così costituito: presidente: dott. G. Tomasulo; segretario: dott G. Paccione; tesoriere: dott. P. G. Spinelli; consiglieri: dott. F. F. Arcieri, dott. P. Cavallaro, dott. S. D'Ambrosio e dott. V. La Rocca; comitato scientifico: dott. A. Ferraro, dott. Legiardi-Laura, dott. V. Orlando, dott. E. Secondari e dott. C. Tomasulo; comitato ammissione soci: dott. L. Lonigro, dott. V. Occhiuzzi e dott. S. Reale; comitato feste e relazioni intersociali: dott. F. P. Arcieri, dott. L. A. Buonvicino e dott. V. Cocuzza. P. I. A.

NOTIZIE DIVERSE

Missione scientifica nell'Africa Orientale Italiana.

L'Istituto di Malariologia, diretto dal prof. G. Bastianelli, ha inviato nell'Africa Orientale Italiana una missione per lo studio della malaria. La missione è così composta: prof. G. Lega per la patologia e la clinica; prof. G. Raffaele per l'entomologia, l'epidemiologia e la profilassi generale; dott. A. Canalis, assistente; Antonino Matese, preparatore. La missione eseguirà rilievi in varie località; organizzerà una stazione centrale di studî.

Officine ortopediche dei mutilati a Roma.

Sono state inaugurate a Roma il 16 novembre, con l'intervento dell'on. Ruggero Romano, segretario dell'Associazione nazionale mutilati e invalidi di guerra, e di un folto gruppo di invitati, le officine ortopediche dei mutilati di guerra, nella nuova sede della Città universitaria, dove funzioneranno sotto il controllo tecnico della Clinica ortopedica diretta dal prof. Riccardo Dalla Vedova.

Dopo la benedizione e la visita dei locali, l'on. Romano in nome del presidente dell'Associazione, on. Delcroix, ha pronunciato brevi parole, ricordando l'opera insigne nel campo della scienza, ed altamente benemerita nel campo della rieducazione dei mutilati, del prof. Dalla Vedova che l'Associazione annovera fra i soci d'onore, auspicando che la vasta esperienza ortopedica di guerra possa servire, con maggiore efficacia, le necessità civili specialmente nel campo degli infortuni sul lavoro.

Sviluppo della Scuola medica di Oxford.

L'Università di Oxford ha ricevuto una donazione ingentissima, da parte di Lord Morris, che ora ha avuto anche il titolo di Lord Nuffield, proprietario di una grande fabbrica di automobili. La donazione importa 1.250.000 sterline, ossia circa 130 milioni di lire it., ed è destinata allo sviluppo degli istituti di ricerca medica. In una lettera il donatore spiega quali sono i suoi intendimenti. Uno dei compiti degli istituti sarà di addestrare i giovani medici al lavoro scientifico. Sono previsti quattro istituti: di medicina interna, di chirurgia, di ginecologia e per l'anestesia: così Oxford avrà la prima cattedra inglese di anestesia (negli Stati Uniti ve ne sono parecchie). I direttori degli Istituti saranno stipendiati in misura tale, che possano dedicare tutto il loro tempo allo studio e all'insegnamento.

Prolungamento di studi medici in Francia.

Il direttore del Servizio sanitario della Marina di guerra in Francia, dott. Cazeneuve, all'inaugurazione dei corsi della Scuola di Sanità navale in Rochefort, il 4 novembre, ha annunziato che la durata degli studi nella sanità navale è stata prolungata ad otto anni, in vista degli sviluppi continui della medicina: dopo l'anno per conseguire il diploma in scienze fisiche, chimiche e biologiche, si richiederanno sei anni nelle Scuole di medicina navale di Rochefort e di Bordeaux ed un anno nelle Scuole d'applicazione di Marsiglia o di Tolone. Dunque solo dopo otto anni gli allievi entreranno nel servizio attivo, a condizione che superino gli esami a ogni fine d'anno. Così il « Petit Parisien » del 5 novembre.

Un parlamento medico corporativo in Romania.

L'Associazione generale dei medici della Romania, presieduta dal prof. Tomesco, ha in corso la creazione di un parlamento medico corporativo, ove rappresentanti autorizzati tratteranno i problemi tecnici e professionali riguardanti la corporazione. A questo parlamento siederanno i rappresentanti eletti da tutti i medici del Paese: i medici di ogni dipartimento eleggeranno due rappresentanti. I membri del comitato centrale dell'associazione, gli ex-presidenti dell'associazione e i medici parlamentari faranno da legame tra la corporazione medica e il potere legislativo del Paese. Il parlamento medico dovrebbe riunirsi per la prima volta in novembre.

Azioni giudiziarie.

Il dott. Giovanni Annibaldi, residente a Offida, è stato prosciolto in pieno, dal Pretore di Offida — prima in sede istruttoria e poi, su appello del P. M., in pubblico dibattimento — dall'imputazione di tardato referto di una ferita che poteva presentare carattere delittuoso. Il medico era stato tratto in inganno, alla prima visita, dal paziente e da due testimoni; egli venne a conoscenza dei fatti in una visita successiva e provvide al referto.

La Corte suprema del Texas, capovolgendo un verdetto di prima istanza, ha condannato la dott.a Anne West e l'Ospedale di Lubbock sulle seguenti circostanze. La West aveva assistito una partoriente, nella quale aveva sospettato una gravidanza gemellare. Dopo la nascita di un bambino, ella eseguì delle manovre di pressione; notò una massa, a sinistra dell'addome, ed una forte anemia; non pensò alla possibilità di una rottura dell'utero e del passaggio di un secondo feto nel cavo addominale, ma si convinse potesse trattarsi di un cistoma ovarico, quantunque l'ovaia di sinistra fosse stata asportata, alcuni anni prima; attribuì i disturbi a stitichezza, onde prescrisse dei clisteri. Dopo due giorni fece trasportare la paziente in ospedale, dove, insieme al dott. C. J. Wagner, si fecero eseguire fomenti caldi e clisteri e si somministrarono dei sedativi; poi la paziente fu rimandata a casa, prescrivendole la continuazione di questa cura. Finalmente venne ricoverata in una casa di salute, ove si procedette a un intervento: nell'addome si trovarono 5 litri di pus e un feto decomposto; l'utero era rotto. Dopo una settimana sopravvenne la morte. La causa venne intentata dal marito e dai figli. L'addebito principale fu il mancato impiego dei raggi X.

Un po' dovunque.

Il 10 ottobre si è tenuta a Parigi la « Giornata del reumatismo », sotto la presidenza del prof. Laignel-Lavastine. I lavori si sono svolti la mattina all'Ospedale di San Luigi, la sera alla Facoltà di medicina.

L'8 novembre si è tenuta all'Hôtel-Dieu di Parigi, la 23ª sessione dell'assemblea francese di medicina generale, sotto la direzione del dott. P. Bernard; si è discusso il tema « L'enuresi ».

L'8° Congresso argentino di chirurgia si è tenuto a Buenos Aires il 4 ottobre e ss. In tale occasione si è celebrato anche, il 3 ottobre, il 25° anniversario della Società di chirurgia di Buenos Aires. Il 9° Congresso si terrà nel 1937; temi: « Le insufficienze epatiche nella chirurgia delle vie biliari »; « Ulcera del duodeno: trattamento ». Il 10° Congresso si terrà nel 1938; temi: « Cisti idatidee del polmone: trattamento »; « Tumori maligni delle ossa ».

Il 2° « Congresso del Fanciullo e dell'Adolescente al mare, in campagna e in montagna » si terrà dal 22 al 27 marzo 1937 a Nizza e sulla Costa Azzurra, sotto la presidenza onoraria dell'on. Dumergue, ex-presidente della Repubblica francese, ed effettiva del prof. Nobecourt, clinico pediatra a Parigi. Sede della segreteria del Congresso: rue Verdi 24, Nizza.

Il 1° Congresso argentino di oftalmologia si è adunato a Buenos Aires il 27 ottobre e ss.

Le Giornate neuro-psichiatriche del Pacifico si terranno, dal 4 al 12 gennaio, a Santiago del Cile, sotto gli auspicî del Governo cileno e dell'Università, nei locali della Clinica psichiatrica. La corrispondenza va diretta a: Casilla 4168, Santiago de Cile.

Si è tenuta una riunione « Colloqui d'Esculapio » a Torino, nel R. Sanatorio di S. Luigi, il 26 ottobre, sotto la presidenza del prof. C. Ferrando, assistito dal segretario dott. S. Minghetti. Sono state fatte comunicazioni da: G. Malan, S. Losano, L. E. Rossi.

La Società Medica del Friuli si è adunata il 29 ottobre, sotto la presidenza del prof. A. Varisco, assistito dal segretario dott. G. Minciotti. Sono state fatte comunicazioni da: G. Pieri (due comunicazioni), G. Lise, Pasqualini, A. Varisco, V. Gualdi, L. Zilotti, G. Berghinz.

Una centrale internazionale per le ricerche radiobiologiche sorgerà al Lido di Venezia per iniziativa della Società Internazionale di Radiobiologia e con l'appoggio dell'Istituto Internazionale per la Cooperazione Intellettuale, che riconobbe l'Istituto Radiobiologico di utilità pubblica nel settembre 1935. Il finanziamento sarà attuato mediante una lotteria internazionale.

Il prof. Isacco Abt, clinico pediatra alla Scuola medica della « North-Western University » di Chicago, ha donato alla biblioteca della scuola 3500 volumi sulle malattie dei bambini.

Il prof. Sarnoff, capo del reparto chirurgico dell'« Israël Hospital » di Brooklyn (New York), ha allestito delle cinematografie a colori di operazioni chirurgiche.

A Sansepolcro l'inaugurazione, da noi già annunziata, del busto dedicato per gratitudine cittadina alla memoria di uno dei maggiori pionieri dell'industria italiana, Giovanni Buitoni, ha dato luogo ad una serie di elargizioni, che confermano le tradizioni della Famiglia Buitoni. Sorgeranno così, oltre al Centro Dispensariale contro la tubercolosi, le prime case popolari e un nuovo grande asilo-nido modello per i figli degli operai, ispirato ai recentissimi dettami della scienza pediatrica.

È uscito il volume 31° della grande « Enciclopedia Italiana Treccani » che comprende, da « Scarabeidi » a « Socrate », altre 1966 voci e 157 rinvii; e si compone di 1026 pagine di testo in grande formato, con 890 illustrazioni e 39 cartine in nero intercalate, oltre a 208 tavole in rotocalco, 12 tavole e due carte geografiche a colori fuori testo.

Il Ministro della sanità pubblica della Francia, Henri Sellier, ha approntato un disegno di legge che reca innovazioni importanti nella lotta contro le malattie veneree (sifilitiche e blenorragiche). Esso crea il delitto di contaminazione venerea, instaura un controllo ed una protezione molto severe nei riguardi delle malattie veneree ed avrà praticamente per effetto l'interdizione delle case di tolleranza.

Il dentista Marcel Silberman, di Cluj (Rumania), mentre curava un molare ad una signorina, incautamente produsse un forte strappo alla lingua della cliente; si richiese l'intervento d'urgenza di un chirurgo, il quale procedette alla sutura della ferita, con alcuni punti; ma la signorina è rimasta con un difetto di pronunzia, per cui ha citato il dentista davanti ai magistrati del capoluogo della Transilvania, chiedendo un forte indennizzo.

Il dott. J. M. Esperabé y Gonzales, medico nell'Istituto di rieducazione degli invalidi a Madrid — nel quale è rimasto per un mese e mezzo senza uscirne — è stato dai rossi arrestato, mentre prestava le sue cure al letto di un infermo, e subito dopo giustiziato; era figlio dell'ex rettore dell'Università di Salamanca.

La vedova del dott. Degolida è stata condotta a Puycerda, presso Madrid, sull'orlo di una fossa già scavata per lei, ed uccisa a colpi di rivoltella. Il marito aveva già seguito la stessa truce sorte.

Lo scrittore spagnolo Michele de Unamumo, rettore dell'Università di Salamanca, ha mandato all'Università di Bologna — la più antica Università del mondo — una lettera in cui condanna energicamente le atrocità commesse dai rossi nella sua Patria.

È morto in Londra a 68 anni Sir GEORGE BUCHANAN, ufficiale medico seniore al Ministero dell'igiene, vice-presidente del Comitato d'igiene alla Società delle Nazioni, presidente dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 12 ottobre al 18 ottobre 1936: Morbillo 93 (369); Scarlattina 170 (350); Pertosse 100 (245); Varicella 51 (79); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 392 (700); Infezioni paratifiche 73 (129); Febbre ondulante 17 (19); Dissenteria 17 (23); Difterite e croup 304 (633); Meningite cerebro-spinale epidemica 9 (10); Poliomielite anteriore acuta 32 (39); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 8 (20); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 45 (59), dichiarata — (—); Pustola maligna 23 (30); Parotite epidemica 49 (90); Leishmaniosi — (—); Febbre puerperale 38 (41).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII Roma, 7 Dicembre 1936 - XV Num. 49

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1937.

Ai Medici Italiani,

La larga e sempre più molteplice attività lavorativa e produttrice del nostro paese anche nel campo scientifico, documentata dall'importanza e serietà degli ultimi congressi di medicina e chirurgia e delle diverse branche collaterali, consente facile previsione di sempre più largo programma di lavoro da svolgere e da potenziare anche da parte de « IL POLICLINICO » *per il 1937.*

E «IL POLICLINICO» *corrisponderà ai suoi compiti con più vasti mezzi e rinnovata energia pur senza spostare i capi saldi basilari della sua organizzazione, che permettono sistemazione logica ed armonica della materia.*

La Sezione Pratica *avrà sempre le nostre maggiori cure: essa è diretta al medico generico e pratico che ha sì bisogno e desiderio spirituale di conoscere ed assimilare il movimento scientifico mondiale, non solo nel campo della medicina e chirurgia generali, ma anche nei vari settori affini; ma sopratutto vuole con poca perdita di tempo avere nozioni sintetiche delle moderne correnti di pensiero e dei nuovi dati acquisiti a base concreta e quindi con più o meno diretta relazione con la medicina pratica. A questo intento* « IL POLICLINICO » Sezione Pratica *accoglierà solo contributi clinici ed esposizioni sintetiche, curando in speciale modo le singole rubriche, nelle quali anche sarà compreso quanto si riferisce alla patologia coloniale e avrà così particolare riflesso col nuovo Impero Coloniale Italiano.*

Le funzioni ad obbietto delle due Sezioni Medica *e* Chirurgica *sono di per sè nettamente definite: saranno quindi accolti lavori originali delle due branche della medicina e della chirurgia generale in guisa che i singoli cultori abbiano in ognuno dei due periodici alto valore e contenuto scientifico, sempre per altro nella cornice della clinica generale.*

Ma l'ingranamento spirituale e materiale fra medicina e chirurgia si fa sempre più intimo e più stretto e sempre più larga si è fatta la mentalità chirurgica dei medici e sempre più medica la coltura e l'indirizzo di ricerca dei chirurgi, così che le tre sezioni unite rappresenteranno quanto è necessario e indispensabile a chi coltiva la medicina o la chirurgia o la pratica medica con largo spirito comprensivo e con coscienza della vastità dei problemi e delle inerenti difficoltà e responsabilità. E « IL POLICLINICO » *darà tutte le sue forze perchè questo suo compito completo ed armonico, quale nessun'altra rivista Italiana può vantare, sia svolto e mantenuto all'altezza del momento, poichè tutto il paese vibra di fervida fede, di intensa organica attività per mettere in valore tutto quanto è frutto del pensiero e della volontà Italiana di progredire, di ascendere e di fortemente contribuire al progresso scientifico mondiale.*

LA REDAZIONE

ANNO XLIII Roma, 7 Dicembre 1936 - XV Num. 49

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

LEZIONI

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.
SCUOLA DI MEDICINA PRATICA A. MINICH.

Turbe circolatorie del capo, accessionali. Crisi angiospastiche oculari.

LEZIONE II[a]

del prof. GIUSEPPE JONA, medico primario

Vi ho presentato in una recente lezione, un caso di turbe vasomotorie, accessionali, gravi, in una vecchia arteriosclerotica ipertesa.

Collocai tali turbe nel quadro delle *crisi vasali* di Pal, che sono ormai nel pieno dominio della patologia del circolo, e hanno oggi tanta parte nei rapporti di questa colla neurologia.

In quel caso, il carattere alquanto diffuso, la frequenza stessa e la persistenza lunghissima del quadro vasomotorio, poteva forse allontanarlo dallo stretto concetto di *crisi*, quale fu formulato da Pal e quale si mantenne dopo di lui, benchè a mio avviso, il significato fisiopatologico e clinico del fatto sia identico.

In ogni modo Voi avrete degli esempi ancora più precisi della *crisi vasale*, in questa serie di malati che oggi Vi presento.

E prima di tutto qui, come già nel caso precedente, voglio insistere su ciò che, per riconoscere bene questi fatti, per non dubitare della loro natura, occorre che l'anamnesi sia altrettanto scrupolosa e minuta di quanto deve essere l'esame obbiettivo. Molte volte non sarà possibile assodare, e neppure sospettare la natura angiospastica o angioparalitica di una sindrome, se la storia delle sofferenze non sarà ricostituita colla più grande pazienza e colla più rigorosa ricerca della verità e della sincerità del dettaglio. Non occorre ch'io insista con Voi sul significato di ciò: tutti i giorni vedete come ad esser ben certi di un fenomeno subbiettivo del malato, sia attuale sia del passato, occorre interrogarlo dieci volte, rigirare pazientemente intorno ad una domanda, metterlo in contraddittorio con sè stesso, essere ben certi di non essersi lasciati fuorviare nè dalla ignoranza o dalla superficialità di spirito o talora dalla mala fede del malato, nè dai nostri stessi eventuali preconcetti.

Postici al sicuro da errori anamnestici. tenendoci ben fedeli al rigoroso metodo clinico che, in ogni caso, anche apparentemente semplice, (e specialmente quando pare di indole esclusivamente funzionale) esige un completo esame obbiettivo ed una diagnosi differenziale, appropriata al caso, ma sempre severa, vedrete quanto sia vasto il campo delle turbe vasomotorie e particolarmente di quelle a tipo di crisi vasale, vedrete quanto spesso rientrino in questo campo, sofferenze che si sarebbe tentati di escluderne, perchè di apparenza troppo grave e di esito a lesione organica.

Insisto oggi con Voi su questa nozione, che, del resto, è ormai di universale consenso, per l'abbondanza del materiale clinico corrispondente, che l'accidentalità del momento mi permette di presentarvi.

I tre casi d'oggi riguardano tutti angiospasmi dell'arteria retinica, e sono di comune osservazione coi Colleghi della Divisione oculistica, che ci son sempre larghi dei loro reperti, e dell'aiuto ad interpretarli.

CASO I. — C. Giuseppe, di 49 a.

Coniugato a 27 a. con donna sana: ha 6 figli vivi e sani. A 28 a. sofferse per due mesi di reumatismo articolare acuto; a 34 a. di attacco influenzale.

Verso i 45 a. cominciò a soffrire di improvvise vertigini, senza sintomi premonitori, accompagnate da rapide e transitorie obnubilazioni della vista. Il paziente barcollava ma non perdeva conoscenza nè cadeva. Questi fenomeni si presentavano ad intervalli varii, di giorni o di settimane.

Il 12 gennaio mentre attendeva a qualche suo lavoro in casa, ebbe improvvisa e totale perdita della vista, da ambo i lati: fu però istantanea e di immediato ricupero all'occhio destro, durò invece parecchi minuti all'occhio sin.

Da quell'epoca avverte sensazione di peso al capo, a sede variabile, ma bilaterale e simmetrica.

Non accusa turba alcuna nelle sue funzioni viscerali.

Entrò in Divisione oculistica il 15 dello stesso mese. I colleghi ci riferiscono il loro reperto:

O. D. visus 10/10; O. sin. visus 10/10.

Lieve astigmatismo ipermetropico in O. O. Motilità oculare normale; reazioni pupillari normali; *fundus* normale. Campo visivo alquanto ristretto solo pei colori, nei settori superiori dell'O. D. (abbozzo di limitazione emianopsica a quadrante). Pulsazione venosa nell'escavazione fisiologica. Non segni di arteriosclerosi dei vasi retinici.

Es. orine negativo. Reaz. di Wassermann nel sangue: negativa.

Pressione art. Mx. 160.

Venne curato con iniezioni quotidiane di acetilcolina 0,10. Dopo sei giorni il campo visivo è ritornato normale anche in O. D.

Passa per osservazione nella nostra Divisione. Troviamo es. viscerale neg.; press. Mx. 150, media 100, Mn. 90; azotemia 0,35.

CASO II. — B. Francesco, di a. 59, bracciante. Soggetto nevrosico, facilmente eccitabile, andò anche in passato soggetto a periodi di turbe accentuate di eccitamento mentale.

È modico bevitore e fumatore.

Entrò pochi mesi fa nella nostra Divisione per fatti di eccitabilità generale, tendenza alla vertigine, insonnia. Presentò es. polmon. negativo, cuore con modica ipertr. del V. sin.: toni netti, vibrati, ritmici. Pressione radiale 250 Mx., 160 Mn. Orine con minime traccie di albumina e assenza di cilindri nel sedimento. Trasse qualche vantaggio da un salasso di 500 cc.

Uscì dopo 20 giorni migliorato, con pressione 225 Mx. 110 Mn.

Due mesi dopo entrò in Divisione oculistica, perchè tre giorni prima aveva avvertito improvvisa diminuzione del *visus* dell'occhio sinistro che in due-tre ore diventò cecità.

I colleghi oculisti ci forniscono il seguente reperto, all'ingresso:

O. S. aspetto est. normale. Assente il riflesso fotomotore diretto. Presente invece il consensuale da O. D. Assente il consensuale da O. S. a O. D. Mezzi diotrici trasparenti. Fondo: papilla di colorito un po' pallido, vasi esilissimi, edema retinico peripapillare e della regione maculare, la cui *fovea* appare di colorito intensamente rosso. Non emorragie. Retina periferica di aspetto normale. *Visus*: lievissima percezione di luci intense in una piccola zona del settore temporale.

O. D. normale: *visus* (corretta lievissima miopia) 10/10; *fondo*: arterie e vene di aspetto leggermente moniliforme.

Dopo un mese: *fondo O. S.*: papilla bianchissima, a margini netti; scomparsa qualsiasi traccia di edema. Vasi esilissimi. Retina normale (aspetto dell'atrofia semplice). Campo visivo: la zona temporale di percezione è lievemente più estesa, pur rimanendo esigua.

CASO III. — O. Rosa, di a. 50. Narra che i genitori erano ambedue ipertesi: lo sono pure quattro suoi fratelli viventi. Ebbe i comuni esantemi infantili. A 10 anni fu operata per *spina ventosa* ad un dito.

Mestruò a 11 a. Si sposò a 20 anni; ebbe due figli, che morirono di meningite: non ebbe aborti; rimasta vedova, si sposò nuovamente a 40 a.; non ebbe gravidanze.

A 38 anni ebbe un primo arresto della mestruazione; il periodo amenorroico durò sei mesi. Si iniziarono allora turbe varie, che d'allora non cessarono mai: cefalea frequente, frontale ed occipitale, ora a tipo gravativo, ora pulsante, talora con vomito: stati di ansia: parestesie sensoriali svariate: paracusie, parageusie, paraosmie, e turbe visive con annebbiamenti, talora a forma di scotoma scintillante, altre volte con amaurosi totale, di brevissima durata.

Dice di aver avuto pure delle transitorie afasie. Ha spesso attacchi di cardiopalmo; va soggetta a qualche crisi dispnoica notturna, e a crisi poliuriche, per le più notturne, senza che, a suo dire, sia stato mai riscontrato glicosuria nè albuminuria.

Cinque anni fa, mentre accudiva a qualche faccenda domestica, ebbe l'improvvisa sensazione di un velo che scendeva davanti all'occhio destro, accecandolo completamente. Tale sensazione, che in passato si era ripetuta più volte, con durata istantanea, questa volta invece fu definitiva: essa non riacquistò più alcuna visione dell'O. D.

Tre anni fa le fu praticato un salasso: subito dopo apparve emiparesi destra, che andò poi attenuandosi e risolvendosi quasi completamente.

La mestruazione, dopo la prima sosta di sei mesi, è apparsa saltuaria, in forma irregolare: l'anno scorso ebbe per sette mesi abbondanti menorragie. Peggiora nelle turbe generali, nei periodi amenorroici; ha sollievo quando la mestruazione riappare.

Ora è amenorroica da sei mesi.

Entra per la coorte dei disturbi descritti.

E. O.: aspetto braditrofico; faccia, collo, parte superiore del corpo, arrossati, e con facili, frequenti variazioni vasomotorie.

Sensorio lucido: stato facilmente ansioso. Es. dell'apparato respiratorio negativo.

Cuore: punta in sede, diametri normali. Impuro il 1° tono alla punta, un po' rinforzato il 2° alla base. Ritmo regolare. Pulsazioni 72 al ': pressione radiale Mx. 240, Mn. 130.

Addome: alquanto voluminoso, un po' dolente alla palpazione specialmente alla regione cecale. Organi ipocondriaci, in sede; *deficit* degli arti di destra appena percettibile: riflessi uguali dai due lati. Non Babinski.

Orine: p. sp. 1017, alb. ass., gluc. assente; limpide, senza sedimento.

O. D.: atrofia ottica di antica data; vasi assottigliati, ma pervii. Cecità (residua forse alla periferia un barlume di sensibilità). Deviazione strabica secondaria.

La pupilla è rigida alla luce, e si restringe solo al consensuale dell'occhio sin.

O. S.: fondo normale; *visus* ridotto per astigmatismo miopico, corretto il quale, resta però limitato a 3/10. Campo visivo normale, sia per il bianco che per i colori.

L'ammalata ch'è qui da un mese, venne sottoposta a regime latteo-vegetariano, a purghe metodiche, a frequente bagno caldo generale, a iniezioni quotidiane di acetilcolina. Fu praticato un modico salasso a cui l'ammalata era riluttante; la pressione scese di poco. Ora oscilla di poco intorno a 220 Mx., 110 Mn.

La diuresi è fra i 1000 e 1500 cc. quotidiani. Vi è apiressia costante.

La cenestesi si mantiene immodificata, colle sue turbe varie, con gli imponenti fenomeni vasomotori, col suo stato di agitazione e di insonnia.

* * *

L'osservazione di questi tre casi ha un particolare interesse, perchè ci permette di cogliere lo stesso fatto in tre fasi diverse: *il primo* in stadio puramente funzionale, *il secondo* in uno stadio con esito organico recente e in parte ancora recessibile, *il terzo* in esito organico antico e definitivo.

Sono tre amaurotici, in cui mi parrebbe ben difficile ammettere una causa che non sia quella dello spasmo vasale.

Ricordiamo che in tutti e tre l'amaurosi fu improvvisa, in tutti e tre su un fondo ipertensivo, in tutti e tre con un'associazione di imponenti fatti vasomotorii di altri territori, in tutti e tre con carattere accessionale: infatti, nel primo l'amaurosi fu passeggera, negli altri due fu definitiva, ma preceduta da attacchi consimili, che si erano rapidamente risolti.

Questi dati storici, che sono sicurissimi, già permettono di escludere amaurosi di altra origine, sopratutto quelle che derivano da embolia dell'arteria centrale retinica: questa diagnosi che i descritti reperti oftalmoscopici non sono in caso (come quasi sempre avviene) nè di ammettere, nè di escludere; invece resta escluso dalla assenza di un focolaio da cui un embolo potesse partire e sopratutto dal carattere transitorio e recidivante dell'amaurosi, che non è ammissibile per l'embolia dell'arteria retinica. E per quest'ultima ragione si presenta non meno improbabile la trombosi, la quale, del resto, non è in antagonismo collo spasmo, ma, in terreno arteritico, può succedere ad esso, come Alayouanine e Thuret hanno ammesso di recente.

Altre diagnosi restano escluse, anche dal reperto del fondo: e cioè il distacco retinale, le emorragie retiniche, le quali, potendo pur essere improvvise, difficilmente però possono dare amaurosi totale, e in ogni modo danno un reperto oftalmoscopico di tutta evidenza, e di cui manca ogni traccia nei casi nostri.

Ammesso il crampo vasale, nel I caso è evidente che fu breve la durata del fenomeno, e si risolse senza lasciar traccie nelle condizioni anatomiche della retina: il *visus* si rifece perfetto e l'oculista che lo visitò tre giorni dopo trovò *fundus* normale.

La transitorietà e la brevità del fenomeno è da porsi in rapporto allo stato generale dell'albero arterioso del nostro malato, con una pressione, che poco si stacca dalla norma.

Ciò non stupisce: lo spasmo non richiede affatto a prodursi, che ci sia arteriosclerosi o ipertensione abituale. È ormai ben noto che ci può essere un'ipertensione parossistica anche in abituali normotesi, e le cause possono essere assai varie. Ed inoltre un osservatore dell'autorità di Baillart afferma che anche gli ipotesi possono avere spasmi retinici intensissimi.

Nel circolo cerebrale, al cui sistema appartiene l'arteria retinica, Roger e Sarradon hanno ammesso chè, oltre che dall'arteriosclerosi o da arteriti specifiche, lo spasmo vascolare possa essere prodotto da lesioni meningee, da tumori, e poi da fatti assai meno importanti, di carattere autotossico, talora anche banale, quali possono essere quelli di origine digestiva.

Così in individui giovani predisposti, furono descritti attacchi di amaurosi a ripetizione sotto influenza della stanchezza, o di luce troppo viva, o di abuso di caffè, o di alcool, o di tabacco. L'amaurosi da chinino appartiene a quest'ordine di fatti.

Però, in un uomo verso i 50 anni come quello del nostro I caso, in cui l'attacco di amaurosi si inizia e si ripete, in mezzo a fatti vertiginosi iniziatisi da poco tempo, abbiamo forte motivo di pensare che si tratti di un'arteriosclerosi iniziale, la quale, appunto al suo iniziarsi, è più particolarmente atta a dare la crisi di angiospasmo.

E in casi così iniziali, e finchè la condizione delle arterie, e delle arteriole, e dei capillari è sufficientemente buona, sarà ben difficile che all'attacco di spasmo del tronco dell'arteria retinica sussegua la lesione anatomica; perchè sappiamo che al prodursi di questa, devono concorrere le male condizioni delle arteriole e dei capillari.

Inoltre, è già dimostrato, che a condizioni buone delle pareti arteriose, è ben più facile

e più pronto l'istituirsi di un circolo collaterale che non può escludersi neanche per la retina, poichè esso fu ammesso, in casi di questo genere, attraverso sottili anastomosi fra rami dell'arteria centrale e circolo arterioso di Zinn.

Nel 2° caso l'amaurosi si presenta in grave iperteso, con abituali cospicui fenomeni vasomotorii. Tre giorni dopo l'inizio, l'oculista constata « papille un po' pallide, vasi esilissimi, edema retinico peripapillare e della macula »; dopo un mese, è scomparso l'edema, ma la papilla è bianchissima, a margini netti, vasi esilissimi, *visus* nullo. C'è l'atrofia semplice della retina.

Nel 3° caso abbiamo pure ipertensione abituale grave o piuttosto ipertonia di netta origine endocrina, con fatti vasomotorii imponenti, a ripetizione, datanti da anni: il grave accesso di spasmo dell'arteria retinica, che lasciò il postumo indelebile della cecità, risale a cinque anni or sono; il reperto oftalmoscopico odierno è di un'atrofia ottica di vecchia data, con vasi assottigliati ma pervii.

Non vi stupisca ch'io possa presentarvi insieme raccolti, casi numerosi di questo genere nè vi stupisca l'interpretazione uniforme che Ve ne ho dato: questi casi sono divenuti di ordinaria constatazione, e nel loro dominio si può dire che tanto è andato guadagnando il concetto dello spasmo vasale quanto ha perduto quello dell'embolia. L'embolia, che prima veniva ammessa molto più correntemente, non viene constatata direttamente all'esame del fondo, ma viene desunta dalle sue conseguenze, le quali non sono diverse da quelle dello spasmo, tranne in ciò, che sono, quasi sempre, definitive. Ma Voi vedeste, ed è ormai di comune consenso, che se la fugacità dell'amaurosi esclude l'embolia, non è vero l'inverso, e cioè la definitività dell'amaurosi non esclude lo spasmo.

Non Vi nascondo che mi addentro con trepidazione in un campo che è di tutta spettanza degli oculisti.

D'altronde è grande per noi l'attrattiva di penetrare questi fatti, poichè attraverso di essi vediamo la possibilità di sorprendere in atto meccanismi circolatorii minuti che tante volte supponiamo funzionare in organi interni, specialmente nel cervello, senza però essere in caso di constatare altra cosa, che non sieno degli esiti tardivi.

Ora quando si tratta di interpretare i fatti anatomici, consecutivi alla soppressione del circolo, noi ci troviamo di fronte a problemi di tutta spettanza della patologia generale, ed è naturale che, in dominii di una specialità così importante, e di fronte a fenomeni che la particolare sede e la particolare tecnica rende suscettibili di un'osservazione continuata e metodica, la patologia speciale dell'organo e la patologia generale, devono reciprocamente dare e ricevere aiuto.

Ed infatti noi abbiamo lavori ben numerosi nel campo dell'oculistica, che studiano finemente tutti questi fatti, e fra gli altri quelli della Scuola di Marsiglia e fra gli italiani quelli di Horniker, di Mureddu, di Fileti, di Castelli. Inoltre se ne occupano necessariamente i neurologi, per gli stretti rapporti della circolazione dell'occhio colla circolazione cerebrale.

E malgrado tutto, non possiamo dire ancora di avere una completa esplicita interpretazione del meccanismo di formazione dei fatti, che dallo spasmo conducono alla cecità.

Anzitutto quanto può resistere, funzionalmente, la retina alle ischemizzazioni da spasmo?

Nell'uomo, pare non più di 20 a 22 minuti, se l'occlusione da spasmo è completa e ha colpito il tronco dell'arteria retinica.

Però, Baillart vide riprendere la funzione anche dopo 24 ore e Barré e Deverger dopo tre settimane: in questi casi bisogna ammettere uno spasmo incompleto, o a riprese

Inoltre, il danno funzionale sarà diverso a seconda che lo spasmo ha colpito i capillari o il tronco arterioso.

Lo spasmo capillare, per consenso dei più, suole colpire la regione maculare, e dà un abbassamento del *visus* notevole, ma che è ben lontano dall'amaurosi e non è quasi mai definitivo. Invece lo spasmo dell'arteria dà cecità totale, e questa, come vedemmo, può (per lo più dopo attacchi ripetuti e sotto un attacco più lungo) restar permanente.

E attraverso quali lesioni si costituisce la cecità? Il reperto del fondo, come vedeste anche nei casi nostri, dimostrò in primissimo tempo il pallore della retina, e l'assottigliamento delle arterie. Subito dopo, comparisce l'edema. L'edema si riassorbe rapidamente e il fondo riapparisce normale: anche se la funzione rimane abolita.

Tutt'al più si riconosce un grado più o meno notevole di assottigliamento delle arterie, e di dilatazione delle vene.

Tardivamente, non vi è che il grande pallore che tradisce l'atrofia secondaria.

Questi dati oftalmoscopici sono di consenso universale, e costanti; ma però non direi che essi bastino, in sè e per sè, a darci ragione dei fatti.

L'edema, che apparisce l'elemento più significativo nella serie dei detti reperti, perchè si forma?

Il concetto più semplice, è che lo spasmo, togliendo l'afflusso di sangue arterioso, determini nelle vene, stasi, aumento di pressione, dilatazione, trapelamento di siero.

Ma l'edema non si considera più come un semplice fatto meccanico della stasi: non basta la differenza di pressione tra i due liquidi, nè la loro differenza di costituzione fisiochimica, al verificarsi dell'edema: occorre pure una aumentata permeabilità della parete del capillare, la quale permeabilità è alla sua volta influita da un triplice ordine di condizioni: umorali, nervose, tissulari. Ecco che già il problema si complica per l'intervento di ele-

menti, dottrinalmente sicuri, ma di cui nel caso concreto non sappiamo conoscere nè qualità nè grado.

Può darsi che la permeabilità della parete dei capillari, di cui conosciamo la capacità a modificazioni subitanee, sia qui alterata essa stessa, subito, dalla ischemia prodotta dallo spasmo arterioso ma non possiamo escludere altri fra i detti elementi, i quali eventualmente potrebbero anche essere preesistiti allo spasmo, e magari anche aver concorso a determinarlo.

Ciò potrebbe essere particolarmente vero nel 3° caso, in cui la storia e le condizioni attuali ci fanno ammettere un particolare stato di alterato equilibrio endocrino-umorale.

E quale parte spetta all'edema nella produzione della cecità? Neanche questa può essere facilmente valutata, perchè l'edema ha variazioni di estensione e di intensità: la denominazione degli oculisti di edema retinico *bianco* e *grigio*, dipende dalla intensità di esso e dall'occupare gli strati anteriori o posteriori della retina, come anche può darsi ch'esso sia affatto parcellare, e che sia soltanto *maculare*, come ammette Korniker nella *retinite centrale capillarospastica*, ch'è consecutiva essa pure a spasmo vasale.

Non è detto in quale rapporto stiano coll'edema, le lesioni degli elementi retinici, le quali ne sopprimono la funzione senza che apparentemente modifichino il reperto del fondo.

È anche possibile che tali lesioni siano in rapporto immediato coll'ischemia prodotta direttamente dallo spasmo vasale. Tale è l'opinione di Volhard e Fahr che ammette che l'ischemia di per sè può dare degenerazione grassa e lipoidea degli elementi retinici specifici, non meno che fatti successivi di proliferazione dell'epitelio pigmentoso, reattiva alla degenerazione di quelli.

* * *

Nei casi che Vi ho presentato, ho parlato sempre di alterazioni retiniche, di scotomi e di amaurosi, transitorii o permanenti, ma sempre di origine retinica. Tuttavia non è sempre così: Scotomi e anopsie angiospastiche, possono anche avere origine centrale.

Come distingueremo le due forme?

Dove sono constatabili alterazioni del fondo, sarà possibile una diagnosi diretta di alterazione vascolare nel dominio retinico.

Dove il fatto è passeggero e non si vedono alterazioni, la risposta è devoluta sopratutto al comportamento del campo visivo.

Se il fatto è unilaterale, se lo scotoma è irregolare, o se anche è bilaterale, ma distribuito senza legge, si deve pensare anche qui che il territorio vasale colpito è retinico.

Come già Vi dissi, lo spasmo può cogliere l'arteria centrale, come può cogliere uno dei suoi rami, o anche un territorio capillare. Nello spasmo capillare la regione colpita per lo più è solo la macula ed allora la diminuzione del *visus* non è grande, nè definitiva: colla compromissione spastica di uno o più rami o ramuscoli dell'arteria retinica si spiegano le frammentazioni e le varietà di distribuzione dello scotomo.

Se invece avremo uno scotoma nettamente emianopsico, non dubiteremo di localizzare il fatto nella *corteccia del cuneo* se si tratta di scotoma emilaterale, o, potremo aggiungere, *nella sostanza bianca* del *lobo temporale* se si tratta di scotoma a quadrante.

Nell'ordinario *scotoma scintillante* dell'emicrania oftalmica, il fatto si presenta proprio coi caratteri centrali: e quantunque ordinariamente non si tratti che di una constatazione subbiettiva, questa però ha una tale evidenza da conservare tutto il suo significato.

E questo può anche avvenire in casi di scotoma definitivo. Però dobbiamo guardarci da un'eccessiva tendenza ad ammettere il carattere emianopsico dello scotoma: così in un altro nostro caso, dove la simmetria dello scotoma emilaterale è accompagnata anche da una diffusa, per quanto tenue, limitazione concentrica.

Infatti uno scotoma da lesione capillare retinica poichè può assumere un qualunque aspetto, può anche assumerne uno che arieggi all'emianopsico.

* * *

I tre casi che Vi ho presentato mi sembrano abbastanza tipici, ed oserei dire sicuri quale espressione di spasmo dei vasi retinici in arteriosclerotici ipertesi.

Ma anche alla nostra osservazione di internisti giungono casi, dal lato oculare gravissimi, che sembrano connettersi alle condizioni circolatorie generali e locali, eppure sono, oculisticamente e medicamente, di interpretazione diagnostica difficile e talora diversa da quella.

Si è per farvi toccare con mano queste importanti difficoltà diagnostiche, ch'io voglio presentarvi ancora due ammalate, di notevole gravità, ambedue con elementi tali da far pensare alla crisi vasale retinica, e di cui tuttavia la prima desta il dubbio, e la seconda la certezza che vadano ascritte a quadri diversi e più gravi.

T. Amelia, di 52 anni; entra in Divisione il giorno 24 aprile. Nessun precedente degno di nota. Mestruò a 14 anni e fu sempre regolare. Si sposò a 23 anni: ebbe 7 figli: nessun aborto. Fu sempre temperata nel mangiare e nel bere: ebbe sempre funzioni viscerali regolari.

Dopo il settembre dello scorso anno, cominciarono irregolarità mestruali: la mestruazione mancò nell'ottobre e novembre, ricomparve nel dicembre, durando tre giorni come sempre, e poi non apparve più fino ad oggi.

All'epoca della prima amenorrea dell'ottobre-novembre cominciò a soffrire delle comuni turbe da menopausa: vampate al capo; sudorazioni profuse, crisi poliuriche: contemporaneamente si iniziò cefalea gravativa prevalentemente occipitale, continuativa, e insieme indebolimento della vista, il quale andò sempre progredendo.

Una misurazione di pressione alcuni mesi fa

diede: Mx. 195, Mn. 120; fu praticato allora un salasso, ma poco dopo una nuova misurazione della pressione diede Mx. 230, Mn. 160.

All'ingresso in Ospedale, la malata presenta condizioni di nutrizione generali buone; però grave pallore. Vi ha strabismo convergente dell'occhio D. Nessun altro fatto nel dominio dei nervi cerebrali.

L'esame cardiopolmonare è negativo. Il fegato è leggermente ingrossato. Null'altro all'es. del ventre. Arti asciutti.

Orine: p. sp. 1014; albumina assente; glucosio assente.

Pressione arteriosa all'ingresso: Mx. 200, Mn. 120 e dopo qualche altro giorno: Mx. 230, Mn. 180; Azotemia 0,37 ‰.

All'esame oftalmoscopico: quadro imponente di distruzione retinica degenerativa, e proliferazione connettivale che in molti punti ricopre totalmente i vasi retinici. Anche le papille ottiche sono rese invisibili in mezzo a tali alterazioni che interessano specialmente la regione maculare, perimaculare e papillare, nonchè altre zone periferiche. Si notano emorragie retiniche.

Il *visus* è ridottissimo, e il campo visivo è pure ridottissimo in forma irregolare. L'ammalata accusa inoltre scotomi scintillanti.

La puntura lombare in posizione orizzontale dà: pressione al Claude 71; Queckenstedt 82; dopo estratti 10 cc. di *liquor* pr. 21; *liquor* limpido: Nonne-Appelt, Pandy, Wasserm. negativi: albumina 0,70 ‰; glucosio 0,85 ‰.

L'esame radiologico (Vespignani) non rivela segni radiologici di aumentata pressione endocranica, e mostra fori ottici, fori della base, sella turcica, seni cranio-facciali, tutti normali.

Qui ci troviamo di fronte a questi due gravi elementi diagnostici: una imponente retinite a tipo nettamente proliferante, e un *liquor* sotto notevole pressione, con moderata iperalbuminosi senza linfocitosi.

D'altra parte, la storia dei fatti, l'insorgenza loro colla menopausa, la coincidenza con tutti quegli altri fenomeni vasomotorii che sono proprii dell'età critica e dello stato ipertensivo che le è legato, la constatazione di una ipertensione notevolmente elevata ma a sbalzi, ci fanno domandare se anche in questo caso il quadro oculare può rientrare in quelli da ipertensione con partecipazione o meno di un elemento angiospastico accessionale.

Ora io voglio guardarmi da ogni esagerazione e da ogni preconcetto.

Vi dico solo che i dati più recenti su questo interessante capitolo sono tali da poter concedere di avvicinarci a questo concetto. La retinite da ipertensione, nota da tempo (e di cui, per molti, anche la cosidetta retinite albuminurica non è che una varietà) fu studiata di recente minutamente da Magitot: essa è caratterizzata oftalmoscopicamente da edema papillare e peri-papillare, chiazze bianche, alterazioni dei vasi retinici, emorragie, pressione sanguigna retinica elevata; insieme vi sono fenomeni generali di astenia e cefalea.

L'*aumento* di pressione *intracranica* esistente nella nostra ammalata entra pure (e non solo per ammissione di Magitot) nel possibile quadro della ipertensione arteriosa, e forse è esso stesso uno dei fattori della retinite.

Le emorragie retiniche che entrano in questo quadro, e che furono dimostrate (e a *ripetizione*) nella nostra ammalata, sono poi esse stesse capaci di dare alla retinite la tendenza *proliferante;* anzi è riconosciuto che la retinite proliferante, se ha come possibile eziologia e la sifilide, e il trauma, e le gravi alterazioni di ricambio, però ha sempre, come esclusivo meccanismo patogenetico, la emorragia endooculare, in quanto il sangue stravasato è capace di dare, come in ogni altro organo, dei fatti reattivi proliferanti e sclerosanti.

Tutto ciò Vi dimostra l'ampiezza che può assumere il quadro oculare derivante dall'ipertensione, ma Vi dimostra anche le difficoltà diagnostiche differenziali che ne derivano in casi complessi come l'attuale; tanto anzi che mi preme aggiungervi che ancor oggi lo considero il nostro caso come di diagnosi sospesa e che se dovessi presentarvelo per una trattazione completa, discuterei ancor oggi la possibilità di un neoplasma cerebrale, e quella di una aracnoidite sierosa basilare diffusa.

* * *

E finalmente, eccovi un ultimo caso con difficoltà diagnostiche affini al precedente, esso pure con qualche parvenza di quadro di origine circolatoria, ma in cui invece ho creduto dover concludere definitivamente per una diagnosi diversa:

Suor C. V., di a. 42, non ha alcun precedente ereditario importante.

Mestruò a 15 anni; poi il ciclo mestruale fu sempre regolare. È suora da 15 anni.

A 17 anni ebbe polmonite sin. Soffre facilmente nella stagione invernale di tonsillite e di artralgie. Lieve otite media d. a 25 anni.

Da due anni soffre di cefalea frontale ad accessi quasi quotidiani, talora con vomito. Ha suono inquieto: ricorre spesso a qualche ipnotico. Nel marzo mentre era in chiesa, fu colta improvvisamente da amaurosi bilaterale che durò circa dieci minuti, dopo i quali la visione tornò gradualmente prima a sin., poi a d., rimanendo però più debole in confronto al passato.

La paziente si presenta in buone condizioni generali di sanguificazione e di nutrizione.

L'es. dei visceri del torace e dell'addome, come pure l'esame generale del sistema nervoso, sono negativi, tranne per ciò che riguarda 2° e 8° paio cerebrale.

La pressione arteriosa subisce notevoli sbalzi: tre misurazioni, a brevi giorni una dall'altra danno rispetivamente: 1° Mx. 175, Mn. 95; 2° Mx. 200, Mn. 95; 3° Mx. 160, Mn. 85.

L'esame oculare all'epoca dell'ingresso dà: « l'esame del fondo oculare non fa rilevare alterazioni apprezzabili tranne un lieve edema peripapillare; il campo visivo invece mostra una marcata simmetrica riduzione dei quadranti nasali inferiori ed una concentrica riduzione in quasi tutti i meridiani. Il campo visivo per i colori è proporzionato a quello per il bianco ».

Esame del liquor: pressione al Claude 48, premendo le giugulari 63, dopo estratti 12 cc. press. 31. Liquor acqua di roccia; alb. 0,60 ‰, gluco-

sio 0,98 ‰. Pandy negativo; Wassermann negativa. Nonne-Appelt ±.

Dopo un mese l'oculista ci scrive: « è scomparso il lieve edema peripapillare. Il *visus* è notevolmente aumentato nell'occhio D. ed è tornato normale nell'occhio sin.

Il campo visivo invece mostra notevole diminuzione ulteriore dell'O. D. con più spiccati caratteri emianopsici, e restringimento concentrico di lieve entità nell'O. S. ».

Un terzo esame di ancor maggiore limitazione del campo visivo in O. D., ormai estremamente ridotto, e con nuova riduzione del *visus* (a 1/10); fatti molto più limitati in O. S.

Successivamente chiediamo all'otologo l'esame completo della funzione dell'orecchio d.; egli constata iperestesia grave così del ramo cocleare che del vestibolare, conclude ad una lesione del tronco dell'acustico, endocranica, prospetta la possibilità o di un neurinoma dell'acustico o di una aracnoidite cistica.

L'ammalata è sempre più sofferente per la cefalea. Ha fotofobia intensa. Non può riposare che col capo alquanto sollevato e appoggiato colla metà destra. Se sta sulla sinistra, ha senso vertiginoso.

Ha giornalmente temperatura vespertina subfebbrile (37°,3 a 37°,9).

Dalla storia che Vi ho esposto per ciò che interessa i fini dell'argomento che Vi tratto oggi, Vi faccio rilevare questi punti:

1° La limitazione del campo visivo potè essere giudicata, ai primi esami, a tipo emianopsico; la notevole regressione a sin., la progressione a destra con sempre più chiari caratteri di restringimento concentrico esclude il carattere emianopsico.

2° L'acutezza visiva dell'occhio D. si è mantenuta lungo tempo normale mentre il campo visivo è andato riducendosi sempre più, ciò non deve sorprendere: tale contrasto è tutt'altro che raro a verificarsi, e dipende da ciò che l'acutezza visiva è legata alla integrità della zona maculare, del nervo ottico, del fascio papillo-maculare, mentre la normalità del campo visivo è legata all'integrità retinica extra-maculare. Anche di ciò bisogna tener conto nella discussione diagnostica.

3° Le turbe della vista, che sono quelle che dominano il quadro clinico, si iniziarono bruscamente con una amaurosi bilaterale completa;

4° Le alterazioni regredirono a destra in modo incompleto, e successivamente ripresero ad estendersi mentre a sinistra regredirono sempre più.

5° Esistono alterazioni del tronco dell'acustico nel suo decorso endocranico; danno anche ora ben poco sentore di sè all'ammalato, è dubbio che si connettano all'antica otite.

Non è compatibile coi limiti di questa lezione il discutere le possibilità diagnostiche che sorgono da questi punti: qui vi dico solo ciò che importa all'argomento che ci occupa, e cioè che un'amaurosi bruscamente istituitasi, e poi più o meno completamente e più o meno temporaneamente regredita, in donna ipertesa, con variazioni parossistiche di pressione, doveva impostare anche qui la possibilità diagnostica dello spasmo vasale.

Ma il caso ci rende accorti nello stesso tempo che: brusco inizio, e decorso oscillante, e terreno iperteso, sono elementi che, per quanto importanti, non bastano a costituire un quadro patognomonico per lo spasmo vasale. Qui infatti abbiamo una complessità di fatti che si impone per una lesione organica. La coesistenza di una sindrome dell'acustico, la cefalea insistente e ingravescente, il movimento sub-febbrile, l'aumento di pressione e di albumina del *liquor*, ci pone dinanzi gli stessi problemi diagnostici del caso precedente.

Qui, valutati tutti gli elementi, concludemmo per un'aracnoidite a sede otto-chiasmatica e petrosa, e già presentammo l'ammalata al chirurgo per l'intervento in sede chiasmatica ch'è quella che nella nostra malata minaccia vitalmente la più preziosa delle funzioni della vita di relazione.

* * *

Ed ora ritorniamo ai casi puri di angiospasmi retinici per parlare brevemente della loro terapia. Essi sono legati allo stato circolatorio locale e generale, così che gli oculisti rivolgono quasi sempre a noi i malati di queste forme.

Naturalmente la fase curabile è quella ancora funzionale, essenzialmente la fase degli spasmi.

La terapia medica consiste nel trattamento ipotensivante generale, e nell'uso delle sostanze vaso-dilatatrici tra cui l'*acetilcolina* è quella che gode oggi la migliore riputazione tra gli oculisti e i neurologi. Nelle forme gravi, ad esiti ormai irreparabili sarebbe assurdo il pensare a terapia operativa. Altrettanto dicasi per le forme miti, ad attacchi rari e fugacissimi. Non così, nei casi a recidive frequenti, con tendenza dello spasmo a prolungarsi. Allora, sia per la sofferenza che arrecano, sia per i pericoli che ne possono derivare nel loro ripetersi, ogni più energica terapia è giustificata, e può essere preziosa.

Paracentesi del bulbo, iridectomie, furono qualche volta eseguite, pare con esito non molto brillante.

Analogamente a quanto fu fatto in territori periferici, fu proposto da Abadie e da Baillart, la simpatectomia periarteriosa della carotide interna.

Pieri, il nostro valoroso pioniere della chirurgia del simpatico, non crede alla efficacia di questo intervento, per ragioni anatomiche di distribuzione di fibre, e propone invece la recisione del nervo *carotideo interno*, piccolo ramo che si stacca dal polo superiore del g. cervico-superiore, e che egli ritiene essere il nervo che fornisce le fibre vasocostrittrici alla porzione intracranica della carotide interna, e all'arteria oftalmica che ne è la collaterale più importante.

Egli applicò questo intervento in una don-

na di 49 anni con amaurosi intermittenti, della durata perfino di 1/2 ora: gli attacchi cessarono, nè riapparvero per un anno, cioè lungo tutta la durata dell'osservazione.

Nessuno dei casi che io Vi ho presentato è indicato per un trattamento chirurgico e non vi ho neanche lontanamente pensato.

Ma se fossimo interrogati per casi in cui gli scotomi fossero frequenti e lunghi, specialmente in casi di ipertensioni cospicue, giovanili o non giovanili, e che non avessero ancora dato esiti irreparabili, io lo consiglierei, riservandomi per ora di seguire attentamente la casistica che si vien pubblicando, onde consigliare il metodo che si presenti il più logico, e che abbia per sè il maggior numero di successi.

E chiudo questa lezione, ricordandovi ancora una volta ch'io Vi ho parlato di queste crisi oculari, solo quale esempio delle manifestazioni angiospastiche più importanti, nel dominio della circolazione cerebrale. Mi riservo di trattenervi tra breve su spasmi vasali di altri territori, sia viscerali che periferici.

Agosto 1936.

NOTE E CONTRIBUTI

R. CLINICA CHIRURGICA DI ROMA
diretta dal prof. ALESSANDRI.

Contributo alla conoscenza dei tumori a cellule giganti delle guaine tendinee.

Dott. NAZARIO MOLINARI, ass. vol.

I tumori a *cellule giganti delle guaine tendinee* delle dita rappresentano la maggior parte dei tumori in questa sede; rari in senso assoluto e ancora anatomo-patologicamente mal definiti, sono importanti a conoscersi dal punto di vista pratico sia in considerazione alla loro diagnosi differenziale con altre tumefazioni che in rapporto alla indicazione curativa.

Abbiamo avuto occasione di osservare un caso all'Ambulatorio della Regia Clinica Chirurgica e di averlo seguito per parecchio tempo. Ne riferiamo brevemente:

Il paziente Vito M., di anni 17, studente, da Taranto, nato da parto eutocico, genitori viventi e sani, quattro fratelli godono ottima salute. Egli a tre anni ha sofferto di polmonite e da allora è stato sempre bene.

Alla fine del 1931 ha notato una tumefazione comparsa subdolamente e crescente sempre più in corrispondenza del dito medio della mano sinistra, localizzata in corrispondenza della faccia anteriore e del margine esterno della seconda falange. Preoccupatosi consultò un sanitario. Questi gli praticò l'asportazione della tumefazione, ma a detta del paziente l'exeresi non fu completa essendo rimasta una parte del tumoretto.

Il Sanitario non avendo eseguito esame istologico del pezzo asportato, non potè precisare la natura della lesione. Poco tempo dopo e abbastanza rapidamente, sempre senza dolore, la tumefazione tornò a crescere aumentando non solo di volume in corrispondenza della sede precedente, ma interessando anche la faccia dorsale della falange.

Consultati diversi altri sanitari furono fatte differenti diagnosi: da quella di cisti a granuli risiformi recidiva, a quella di sarcoma di origine periostea della seconda falange, ecc., per la qual ragione gli fu consigliata l'asportazione del dito.

Il paziente si presenta alla nostra osservazione in Ambulatorio il 1-X-1932. All'esame obbiettivo si nota a carico del dito medio mano sinistra, una tumefazione localizzata nella metà esterna della faccia anteriore, a livello della seconda falange, della grandezza e forma di una noce avellana, a superficie irregolarmente lobulata, margini indistinti, consistenza dura elastica non uniforme, ma più dura nei piccoli lobi più rilevati, indolente, non spostabile nel senso dell'asse del dito, quasi affatto spostabile nel senso trasversale. La tumefazione con la contrazione dei flessori si irrigidisce completamente. La cicatrice del primo intervento, guarito per prima intenzione, corrisponde alla faccia volare terzo interno della massa.

Esiste un'altra tumefazione, con caratteri analoghi alla precedente, ma della grandezza di un nocciolo di ciliegia, sulla faccia dorsale della stessa falange. Nulla si nota a carico del resto della mano. La funzionalità della mano e delle dita è completa. L'esame generale del paziente è negativo; negativo l'esame dell'urina e la reazione Wassermann. L'esame radiografico (vedi fig. 1-2) dimostrò l'integrità completa della falange del dito medio.

Dal punto di vista diagnostico era facile eliminare il dubbio che si trattasse di un sarcoma in quanto l'intervento precedente incompleto datava da quasi un anno e il decorso era stato lento e aveva portato ad una tumefazione relativamente poco notevole. Nè si poteva pensare a un tumore di origine ossea in rapporto all'assenza di alterazioni scheletriche; si poteva eliminare anche facilmente il sospetto di lesione flogistica a carico della guaina tendinea, in quanto nessuna limitazione esisteva nella funzionalità del tendine. Per il decorso, per la consistenza duro-elastica la diagnosi di probabilità fu quella di fibroma o di fibrolipoma della guaina tendinea.

L'intervento venne praticato con anestesia locale alla base del dito ed emostasi preventiva. Venne escissa la precedente cicatrice aderente alla tumefazione e si procedette alla dissezione sistematica di questa, la massa di colorito giallo-bruniccio con punti più gialli era intimamente connessa alla guaina e circondava completamente i tendini flessori senza aderire in nessun punto all'osso e ai tendini stessi. La tumefazione principale era in connessione con la tumefazione simile della faccia dorsale che aderiva alla guaina dell'estensore. La dissezione della massa dal sottocutaneo fu difficile in quanto non vi era un piano di clivaggio, non così nella superficie inferiore dove la tumefazione fu facilmente distaccabile dal periostio. Completata l'exeresi e controlllata l'emostasi, si procedette alla sutura completa della ferita.

La ferita operatoria guarì per prima intenzione. La funzionalità dei tendini non ha risen-

tito affatto dall'asportazione della guaina. Il paziente rivisto a distanza diversa di tempo, marzo 1934, febbraio 1935, gennaio 1936 è perfettamente guarito.

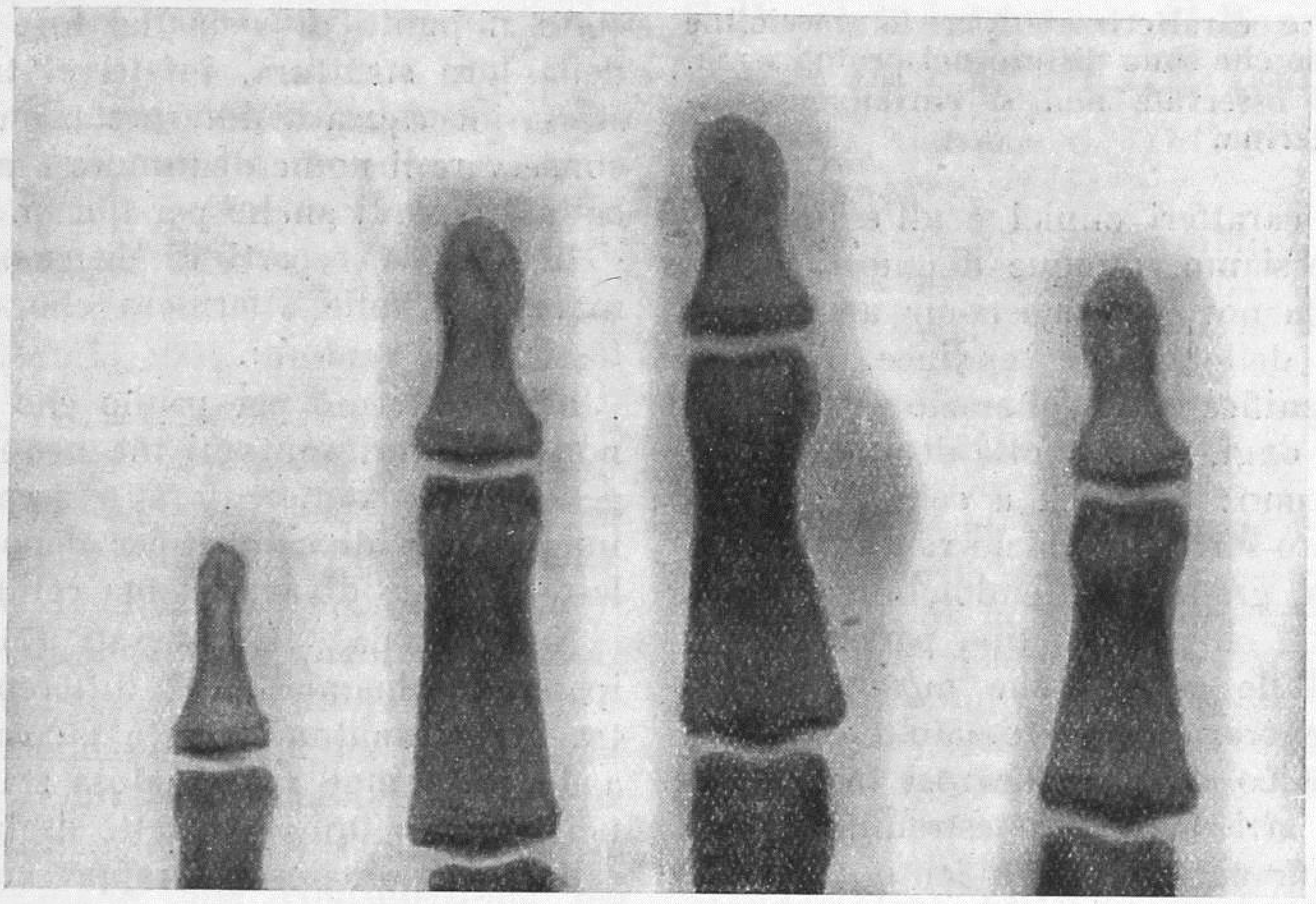


FIG. 1.

L'esame istologico (fig. III) rivela la seguente struttura: La massa principale del tumore è co-



FIG. 2.

stituita da tessuto connettivo provvisto di discreta quantità di sostanza fondamentale in cui i nuclei si presentano alcuni allungati e sottili altri triangolari e poliedrici, altri ovali più o meno ellittici, sparse in mezzo a questo tessuto, accumulate in maggior copia in alcuni tratti si notano delle cellule grandi a forma irregolare provviste di numerosi nuclei in alcune, le più piccole quattro, cinque, nelle più grandi fino a quaranta e più, questi nuclei sono disposti uniformemente nel protoplasma e più verso il centro, assumendo queste cellule giganti il tipico aspetto delle cellule da corpo estraneo o del tipo a mieloplassi.

I vasi sono ampi e tutti provvisti di una parete ben evidente; ad ammassi in alcuni punti del preparato si notano delle cellule cariche di pigmento ocraceo che dà la reazione tipica del bleu di Prussia, il pigmento emosiderinico è per

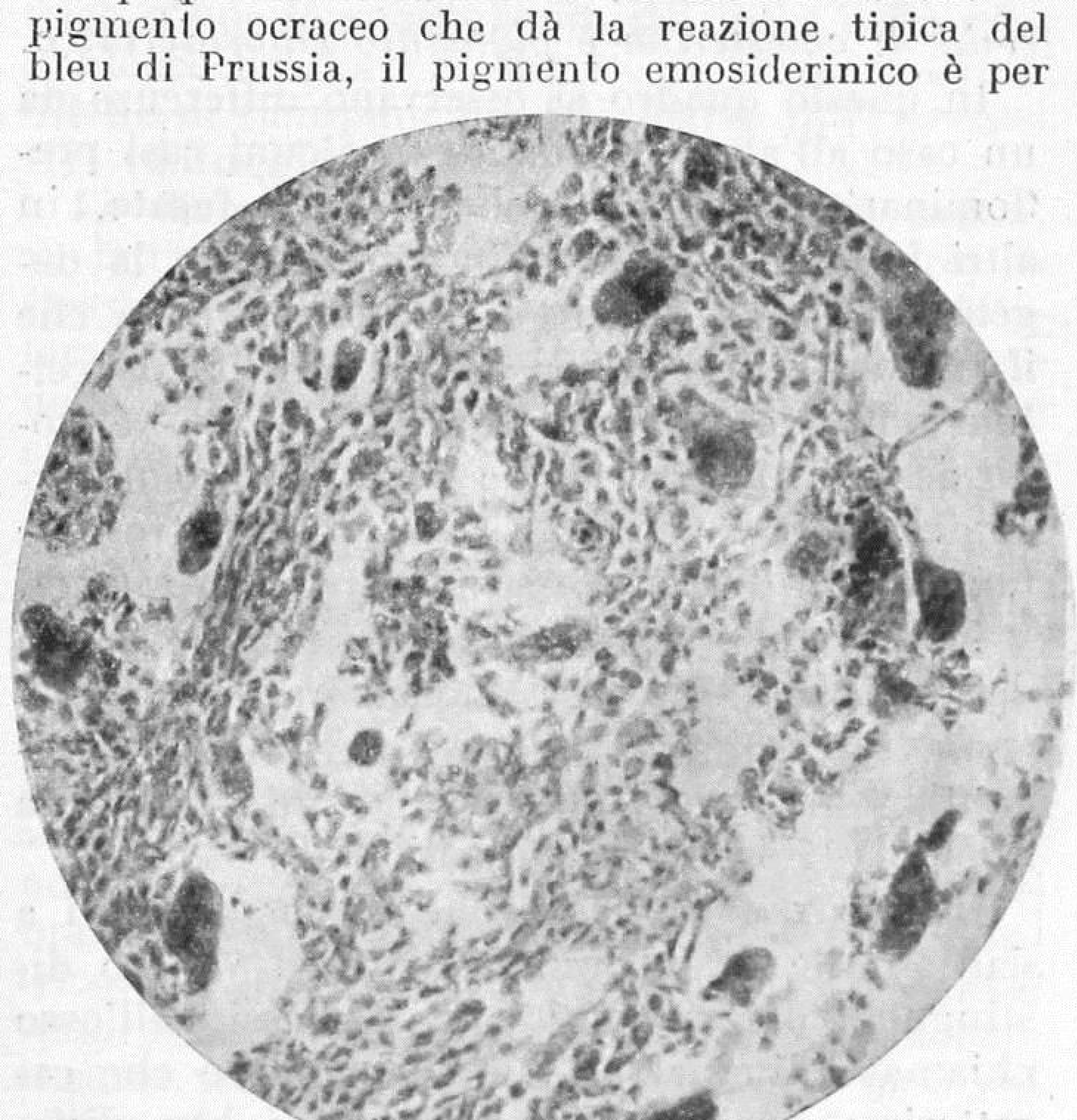


FIG. 3.

lo più disposto a grossi granuli. In alcuni punti del preparato si notano ancora cellule grandi a contorno ben delimitato a nucleo rotondeggiante

*

ovalare in cui il protoplasma si presenta vacuolizzato con il tipico aspetto delle cellule schiumose.

La colorazione col Sudan III mette bene in evidenza queste cellule ammassate in alcuni tratti del preparato e caratterizzate per le goccioline colorate in rosso che sono diffuse nel protoplasma.

Nelle sezioni osservate non si rinvengono cristalli di colesterina.

In base ai caratteri clinici e all'esame microscopico possiamo, dunque diagnosticare la tumefazione da noi osservata come un *tumore a mieloplassi* delle guaine tendinee. Il nome stesso e il significato dell'alterazione sono discussi ancora oggi, dopo molte decine di anni che si conoscono: Sarcoma a cellule giganti, xantoma, xanto-sarcoma, mielo-xantoma, mieloma, fibroma, granuloma, endotelioma; indifferentemente si chiama un tipo particolare di tumore a cellule giganti che mostra per lo più una degenerazione xantomatosa e che si rinviene a carico delle aponevrosi tendinee e delle capsule articolari delle estremità, caratterizzato da un accrescimento lento, di anni, da una benignità completa, il tumore è sempre ben circoscritto e in relazione della estensione della degenerazione xantomatosa ha un colorito che va dal bruno al giallo. Istologicamente è formato da *cellule fusate o poliedriche* considerate da alcuni come endoteliali, da cellule giganti a tipo mieloplassi o cellule da corpo estraneo, da cellule schiumose, da linfociti e da uno stroma connettivale che può essere molto denso. Sono presenti sempre *cristalli di colesterina e pigmento emosiderinico.*

In questo quadro si osservano differenze da un caso all'altro in quanto in alcuni casi predominano le cellule poliedriche e fusate, in altri le cellule giganti, in altri ancora la degenerazione xantomatosa è così progredita che il tumore è fatto quasi esclusivamente da cellule schiumose. Questi casi per lo più vengono descritti a parte come xantomi o xantosarcomi, mentre in molti non sono altro che una varietà di uno stesso tumore della guaina.

La loro interpretazione è, come abbiamo già detto, ancora discussa. Considerati dapprima come sarcomi per la presenza di cellule giganti vennero poi descritte come sarcomi a mieloplassi identici a quelli delle ossa.

Heurtaux e Malherbe che furono i primi a darne delle descrizioni accurate li vollero distinguere dai sarcomi a mieloplassi dell'osso chiamandoli mielomi, termine questo che caratterizza oggi un tipo di tumore ben differente.

La tendenza di alcuni autori a distinguere i mieloplassi che si rinvengono in questi tumori da quelli che caratterizzano i tumori analoghi delle ossa è oggi per lo più abbandonata dalla maggior parte degli osservatori; per tutti e due i tumori, del resto così simili sotto il punto di vista del loro andamento e della loro struttura, infatti ci troviamo nella stessa incertezza di interpretazione e tanto vale conservare il nome di tumore e mieloplassi o a cellule giganti anche per questi.

In base ai reperti di degenerazione xantomatosa si volle affermare che questi tumori fossero dei xantomi.

Kirch affermò per primo che questi tumori non sono veri xantomi ma neoplasmi con degenerazione xantomatosa e secondo lui qualunque tipo di cellula per deposizione di colesterina può diventare una cellula schiumosa.

Nei casi da lui osservati (7) esisteva una ipercolesterinemia. La differenza essenziale tra questi xantomi veri e i cosiddetti tumori a degenerazione xantomatosa sta nel fatto che nei primi il tumore è fatto esclusivamente da cellule xantomatose, e rappresenta una manifestazione locale di una sindrome di xantomatosi, nei secondi la degenerazione xantomatosa si osserva nelle porzioni di tumore poco irrorate cosicchè la porzione necrotica viene sostituita da cellule schiumose.

Le denominazioni quindi di xantosarcoma, xantomieloma non sono da preferirsi a quella di tumore a cellule giganti anche perchè in questo modo si lascia impregiudicata la quistione non risolta se si tratta di veri tumori o piuttosto di granulomi, opinione di cui si è fatto partigiano il Fleissig, il Seyler, il Beri ecc. ecc.

Dal punto di vista clinico la sintomatologia è molto simile in tutti i casi e analoga a quella osservata; si tratta di tumefazioni che nella grandissima maggioranza dei casi colpiscono la guaina tendinea delle dita, molto di rado all'altezza dei metacarpi o del carpo; crescono lentamente, sempre indolori, raggiungendo dopo anni un volume che è di rado superiore a quello di una noce, hanno superficie irregolarmente lobulata senza aderenze ai piani tegumentari e sono mobili sul piano osseo, spostabili in senso orizzontale, quasi affatto secondo l'asse maggiore dell'arto. Finchè non hanno raggiunto dimensioni notevoli sono provvisti di capsula fibrosa; il loro accrescimento si fà sempre all'esterno non invadendo mai il lume della guaina e non interessando mai il tendine stesso. Non compromettono la funzione del tendine o delle dita se non per il loro volume.

La diagnosi generica di tumore della guai-

na del tendine è facile per i caratteri che abbiamo detto e specialmente per la spostabilità e per la mancanza dei disturbi funzionali a carico dei tendini. Questo ultimo dato è decisivo nell'escludere anche qualsiasi forma infiammatoria.

Stabilita la diagnosi generica il decorso e il lento accrescimento permettono pertanto di escludere una forma maligna. I tumori benigni delle guaine tendinee sono rappresentate nel 60 % dei casi dai tumori a cellule giganti, i lipomi, i fibromi delle guaine sono molto più rari.

La prognosi è per quanto si è detto favorevole anche in rapporto alla funzione, in quanto non è assolutamente necessaria l'asportazione del tendine. L'exeresi del tumore presenta delle difficoltà in quanto il tumore sviluppatosi all'esterno del tendine manda propagini che circondano il tendine stesso e che possono sfuggire all'osservazione del chirurgo.

Non sono rare perciò delle recidive che in realtà rappresentano una continuazione del processo da parti più o meno abbondanti sfuggite alla exeresi. Tali false recidive non sono infrequenti e costringono talvolta a ripetuti interventi. Casi di riproduzione a distanza non sono stati comunicati.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di tumore a cellule giganti delle guaine tendinee. Richiama l'attenzione sulla diagnosi differenziale sulla prognosi e ne illustra il quadro istopatologico.

BIBLIOGRAFIA.

AGRIFOGLIO. Ann. Italiani di Chirurgia, 1920, pag. 1220.
AGRIFOGLIO. *Contributo allo studio dei tumori delle guaine tendinee.* Annali Italiani di Chirurgia, 1928.
BERTI. Tumori, 1923, pag. 496, vol. X.
BRANDAO. Chir. Org. Movimenti, 1925, pag. 235.
CANAVERO. *Contributo allo studio e alle conoscenze dei tumori delle guaine tendinee.* Policlinico, Sezione Chirurgica, 1934, n. 7.
DURANTE. Ibid., 1923, pag. 392.
FALDINI. Ibid., 1928, pag. 417.
GANDIANI. Policlinico, Sez. Chir., 1906, e 1908.
ROMITI. Arch. Italiano di Chirurgia, 1925, p. 406.
MARTINI. Soc. Ital. Chir., 1902.
MANNINI. Policlinico, 1928, pag. 364.
HEURTAUX. Arch. gen. de Méd., pag. 40 e 160.
JANIK. Ann. of Surg., 1927, pag. 897.
TINOZZI. *Tumori delle dita.* Policlinico, Sezione Chirurgica, 1928.
TOURNEAX. Progr. Méd., 1920, pag. 215.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

Sulle cisti del forame di Monro, (cosidette cisti colloidi del III° ventricolo).

KESSEL e OLIVECRONA (*Zbl. Neurochir.* Vol I, p. 18, agosto 1936).

Le cisti del forame di Monro rappresentano un'acquisizione recente della neurochirurgia; ne sono noti nella letteratura all'incirca una cinquantina di casi, il primo dei quali operato con successo risale al 1921 (Dandy).

Gli AA. ne riferiscono 4 casi personali operati di cui 2 con successo.

La diagnosi clinica di queste formazioni non è facile; data la sede (nella parte anteriore del III° ventricolo) non si hanno segni di focolaio, ma solo occlusione temporanea e intermittente del foro di Monro, cui segue un idrocefalo uni o bilaterale, con conseguente papilla da stasi e cefalea. Talora l'insorgere della cefalea, ad attacchi gravi improvvisi, è in rapporto alla posizione del corpo, e questo è un segno di grande valore. L'attacco improvviso di cefalea è dovuto al blocco momentaneo del foro di Monro e alla compressione della vena cerebri interna che causa una stasi nel plesso corioideo e un aumento della secrezione del liquor.

La diagnosi di certezza è esclusivamente radiologica: soltanto il riempimento dei ventricoli con aria o con aria e lipiodol (tecnica questa usata in un solo caso da Olivecrona) permette di stabilire la presenza di un idrocefalo interno unilaterale o bilaterale, asimmetrico o no, lo spostamento del setto pellucido, il blocco del foro di Monro, la presenza di un difetto di riempimento della parte anteriore del III° ventricolo.

La diagnosi differenziale, in genere ardua, va fatta con i tumori che hanno all'incirca la stessa sede e che portano al blocco uni o bilaterale del foro di Monro; i gliomi dei gangli della base e della parte anteriore del corpo calloso danno segni neurologici e ventriculografici diversi da quelli delle cisti del foro di Monro. I gliomi del setto pellucido danno talora un quadro ventriculografico che può indurre in errore come in un caso che gli AA. riportano. I tumori dei ventricoli laterali, meningiomi ed ependimomi, possono dare un blocco passeggero del foro di Monro e quindi accessi improvvisi di cefalea; ma essi si lasciano riconoscere alla ventriculografia per un'ombra nettamente limitata nel distretto del ventricolo laterale. Anche tumori soprasellari possono determinare il blocco del foro di Monro; innanzi tutto i craniofaringiomi e le cisti del peduncolo ipofisario che danno però disturbi endocrini, alterazioni sellari ecc.; gli adenomi ipofisari a sviluppo prevalentemente o esclusivamente soprasellare, o altri processi sopra-

sellari che si estendono al pavimento del III° ventricolo possono dare un blocco del foro di Monro, ma si riconoscono per i disturbi endocrini, per le alterazioni sellari, per la sindrome visiva.

Le cisti del foro di Monro, che sono caratterizzate istologicamente dalla presenza di una parete ricoperta di epitelio cilindrico alto, talora ciliato e da un contenuto gelatinoso colloide, la cui composizione non è nota, sono probabilmente d'origine embrionale, e forse da riportare alla parafisi primordiale (Sjövall, Dandy, Bailey, Olivecrona ecc.); tale opinione non è condivisa però da altri AA. (Foerster e Gagee, Hochstetter).

La via d'accesso seguita da Olivecrona è quella del ventricolo laterale, mentre Dandy raggiunge la cisti da un'incisione della parte posteriore del corpo calloso e Foerster della parte anteriore. L'operazione deve essere condotta in un solo tempo; attraverso una breccia frontale destra si scopre il lobo frontale, si incide la corteccia fino ad aprire il ventricolo laterale e qui si riconosce la cisti attraverso il foro di Monro, che bisogna ingrandire se non è possibile diminuire il volume della cisti con una puntura evacuatrice; attraverso il foro si attrae la cisti che deve essere asportata; è questo il momento più delicato dell'operazione per la possibilità di abbondante emorragia dal peduncolo della cisti, collegato con il plesso corioideo; in casi di emorragia l'emostasi è molto difficile in una sede così profonda, e pericolosa per le manovre che si praticano presso i nuclei della base; il caso IV° di Olivecrona ebbe un esito letale per ipertermia postoperatoria, appunto per le manovre imposte da una cospicua emorragia dal peduncolo della cisti. Dopo l'asportazione della cisti i ventricoli vengono riempiti di soluzione fisiologica e la ferita chiusa per prima.

P. STEFANINI.

Sulla mielosi sifilitica.

(M. STAEMMLER, *Münch. med. Wochenschr.*, 23 ottobre 1936).

Riferendosi ad un certo numero di osservazioni anatomo-patologiche l'A. ritiene che accanto ai due quadri classici delle affezioni luetiche del midollo, cioè quello della tabe e quello della meningomielite, dovrebbe essere distinto un terzo quadro a caratteristiche anatomiche ben definite e che egli propone di definire quale mielosi sifilitica.

Tale mielosi, non va di solito disgiunta da una leptomeningite spinale cronica di lieve intensità, che nulla dimostra di specifico, ma che certamente è di natura luetica ed è più evidente posteriormente.

Il processo a carico del midollo colpisce e anzi spesso si limita (sopratutto all'inizio) al midollo dorsale; le lesioni sono localizzate nella zona marginale di tutti i cordoni coinvolgendo però spesso la totalità (nella sezione trasversa) dei cordoni posteriori e talvolta anche delle radici posteriori. Qualche volta però le alterazioni dei cordoni laterali prevalgono su quelle dei cordoni posteriori. Sopratutto caratteristico è il fatto che la lesione non è sistematica: essa nel suo insieme rappresenterebbe un focolaio diffuso o oblungo, di cui il nucleo si trova nel midollo spinale e che man mano si estingue nella direzione prossimale e distale. Invece della diffusione più o meno uniforme sono stati osservati talvolta numerosi focolai piccoli che però nel loro insieme assumono la configurazione sudescritta. Naturalmente possono anche manifestarsi degenerazioni secondarie (così nel midollo cercivale lesioni dei cordoni di Goll, che ricordano il quadro della tabe).

Microscopicamente la lesione consiste nella distruzione delle guaine midollari e dei cilindrassi con accumuli di cellule granulo-adipose, cui segue la formazione di zone lacunari e di sclerosi gliosa. Spesso nello stesso cordone si distinguono tre zone: mentre all'interno le guaine midollari sono ancora integre, nella zona media esse sono sostituite dalle cellule granulo-adipose; all'esterno predomina invece la sclerosi gliosa.

I vasi della pia madre si dimostrano talora colpiti dal processo meningitico cronico (flebite, arterite); però tali alterazioni non raggiungono l'entità e la diffusione sufficiente per attribuirvi l'affezione midollare.

L'A. fa notare come la degenerazione del midollo, che costituirebbe una caratteristica delle mielosi sifilitiche è stata osservata in condizioni sperimentali da Spielmeyer, in seguito ad iniezioni di stovaina nel sacco lombare del midollo. Si sarebbe quindi propensi ad ammettere che tale degenerazione fosse la conseguenza di sostanze tossiche che si trovano nel liquor e che evidentemente sono connesse col processo sifilitico. Però la natura di tali tossine appare per ora non delucidata. Il reperto locale di spirochete nella mielosi sifilitica è stato negativo.

Dal punto di vista clinico la mielosi sifilitica presenta quadri multiformi, in dipendenza dall'entità e dalla diffusione del processo, assumendo talvolta l'aspetto della tabe, tal'altro quello della paralisi spinale o della mielite trasversa. È degno di nota che la sintomatologia neurologica può essere molto scarsa; in alcuni casi il quadro era dominato da una grave cistite e da vasti decubiti che apparivano di origine oscura; solo le ricerche di laboratorio e la successiva autopsia hanno illuminato l'essenza del processo morboso.

S. M.

La neuralgia glossofaringea.

(W. B. HOOVER e J. L. POPPEN. *Journ. Americ. Medic. Assoc.*, 26 settembre 1936).

I primi studî sulla neuralgia glossofaringea idiopatica furono pubblicati da Sicard e Rosineau nel 1920. Ne osservarono tre casi che curarono con la neurotomia del glossofaringeo, del ramo faringeo del vago, e dei rami del ganglio cervicale. Nel 1921 Harris nè studiò due casi, nel 1923 Doyle quattro, nel 1924 Adson quattro, nel 1926 Heath e Fay uno per ciascuno, Singleton due, nel 1927 Davenport due e Goodyear uno.

Nel 1927 Danay fu il primo ad ottenere la guarigione completa e permanente della neuralgia glossofaringea mediante la sezione intracranica del glossofaringeo. Egli fu il primo a dare una nozione esatta della funzione e della distribuzione sensitiva del nono nervo e dimostrò che la sezione del ramo faringeo del vago era inutile. Dimostrò che a seguito della sezione intracranica del glossofaringeo non si verifica alcun disturbo a carico dei muscoli faringei, il che fa escludere che il nervo abbia una funzione motoria.

Successivamente furono pubblicati numerosi altri casi. Tutti hanno sintomatologia simile variando solo per la durata dell'affezione, la frequenza degli accessi e la forma del dolore alle fauci.

Il dolore può essere lancinante, terebrante o urente ed è localizzato ad un lato delle fauci. Il dolore nelle fasi iniziali è leggero e si ripete a larghi intervalli, progressivamente diviene più intenso e più frequente, e verificasi nel sonno. Le crisi sono suscitate dal parlare, dallo starnutire, dallo sbadigliare, dal tossire, dal ridere, dai movimenti stessi necessari per l'esame della gola, ma sopra tutto dall'atto d'inghiottire.

La neuralgia glossofaringea ha molte analogie con la neuralgia del trigemino ma se ne differenzia per la localizzazione del dolore e la localizzazione dell'area la cui eccitazione suscita le crisi. Nella neuralgia quest'area è costituita dalla parete della faringe, dalla regione tonsillare, dalla base della lingua e raramente dall'orecchio, mentre nella neuralgia del trigemino è costituita dalla mucosa orale, dalle labbra, dal naso e da varie parti della faccia.

Quando sono coinvolte la prima e seconda branca del trigemino la diagnosi differenziale delle due neuralgie non dovrebbe essere difficile, ma quando è coinvolta la terza branca può sorgere confusione, senza dire che in qualche caso è stata riscontrata l'associazione delle due neuralgie. Comunque nei casi dubbî la cocainizzazione della zona di distribuzione del nervo glossofaringeo può fare escludere o confermare la compartecipazione del nervo stesso a seconda della persistenza o meno del dolore.

La neuralgia del glossofaringeo ha notevoli ripercussioni sullo stato generale per le sofferenze che procura, perchè disturba il sonno e perchè infine può ridurre l'alimentazione in relazione al fatto che i movimenti necessari per la masticazione e l'inghiottimento suscitano le crisi dolorose.

Tra i numerosi sedativi ed analgesici tentati per la cura della neuralgia glossofaringea il più efficace si è dimostrato il tricloroetilene somministrato per inalazione (15-30 goccie sparse su un fazzoletto tre o quattro volte al giorno). La cura però è spesso semplicemente palliativa.

La cura veramente radicale consiste nella sezione intracranica del glossofaringeo nella fossa posteriore. L'apertura della scatola cranica consente di rilevare l'eventuale esistenza di un tumore che talvolta è la causa della neuralgia. D'altra parte la sezione intracranica rende impossibile le recidive talvolta verificatesi in seguito alla neurotomia periferica. Certo si tratta di un'operazione non facile, che per altro non può essere sostituita dall'alcoolizzazione data la piccolezza del nervo ed i suoi rapporti con il vago, l'ipoglosso e la giugulare.

Alla sezione intracranica del glossofaringeo segue l'anestesia omolaterale della parete della faringe, della regione tonsillare, del palato molle fino all'ugola, dell'epiglottide, della radice della lingua, mentre il senso del gusto è perduto nel terzo posteriore della lingua dallo stesso lato. Fatto interessante: il paziente non ha alcuna nozione di questa mancanza di sensibilità, non ha alcuna parestesia, nè altro disturbo locale. DR.

Sulla diagnosi e sulla eziopatogenesi delle radicolo-neuriti infettive da virus neurotropo indeterminato.

(A. GIANOTTI. *Pensiero Medico*, n. 10; ottobre 1936).

In questi ultimi 20 anni sono stati descritti numerosi casi di alterazioni nervose acute con quadri sintomatologici multiformi, ma riportabili ad un'unica sindrome, ben distinta da quella di altre forme nervose.

L'A. riferisce uno di questi casi, ascritti alla grande categoria delle affezioni nervose da virus neurotropo indeterminato, ne discute l'importante diagnosi differenziale con la poliomielite anteriore acuta e ne prende lo spunto per delineare il quadro della sindrome in parola, in base alle conoscenze che finora di questa si hanno.

Riguardo all'*etiologia* v'è completa oscurità sulla essenza del virus infettivo in causa, la cui unica caratteristica differenziale, dal punto di vista anatomo-patologico e clinico, è la schwannofilia, cioè il particolare tropismo verso la guaina di Schwann.

Sembra che la *via di ingresso* sia quella nasale ed orale, dato che in genere la malattia

inizia con disturbi faringei e fenomeni anginoidi.

Molto importante invece è il *reperto anatomo-patologico* che è caratterizzato da due fatti fondamentali: 1) alterazione profonda a tratti della guaina di Schwann e della guaina mielinica con integrità del cilindrasse sia dei nervi periferici che cranici: esiste partecipazione al processo infiammatorio dei gangli spinali e simpatici; 2) alterazioni lievi in tutto il neurasse, ma di poca importanza e passibili di facile regressione. È evidente quindi una spiccata elettività del virus per quelle parti del sistema nervoso dotate della guaina di Schwann: si può perciò parlare di una schwannite.

La *sintomatologia* presenta uno spiccato polimorfismo; tuttavia la sintomatologia dominante in tutti i casi osservati è costituita da: 1) disturbi motori e sensitivi a carattere polineuritico; 2) fenomeni paretici a carico dei nervi cranici, contemporanei o precedenti altri disturbi motori periferici, talora accompagnati da diplopia o da sonnolenza; 3) presenza di dissociazione albumino-citologica nel liquor. Questo quadro sintomatologico è generalmente preceuto da manifestazioni iniziali rappresentate da: angina, cefalea intensa, vertigini, dolori lungo il rachide e febbre.

La prognosi è benigna, benchè spesso persistano a lungo dolori alla pressione sulle masse muscolari e paralisi.

Il Levaditi, per meglio individualizzare questa forma nervosa, la cui alterazione fondamentale è la schwannite, ha proposto il nome di septinevrite e l'A. seguendo il Dechaume, accetta la denominazione, da questi proposta, di septinevrite da virus schwannofilo.

F. TOSTI.

L'anoressia nervosa.

(J. A. RYLE. *Lancet*, 17 ottobre 1936).

Nel 1868 W. Gull descrisse una particolare forma di malattia caratterizzata da estrema emaciazione. Le vittime, per lo più donne dai sedici ai ventitre anni, non presentavano alcun segno di tubercolosi o di altre malattie organiche. Presentavano amenorrea, rallentamento del polso e del respiro, notevole perdita di peso, modificazioni del carattere, ed una sorprendente energia psichica e fisica in contrasto con le pietose condizioni dello stato generale di nutrizione. La causa della malattia fu attribuita alla perdita dell'appetito, dovuta ad uno stato mentale morboso. La prognosi era in genere favorevole: i pazienti migliorarono con un'adeguata nutrizione opportunamente controllata. Gull chiamò la malattia dapprima apepsia isterica e poi anoressia nervosa. Più tardi Ross propose di chiamarla anoressia psicotica.

J. A. Ryle nel periodo di sedici anni ne ha osservati cinquantuno casi, quarantacinque donne e sei uomini. I pazienti appartenevano quasi tutti all'alta società ed alla media borghesia. Il gruppo più importante è costituito da adolescenti e giovani donne, dai 15 ai 29 anni di età con la media di 20 anni; un altro gruppo comprendeva donne dai 31 ai 59 anni, con una media di 44 anni. Al primo gruppo appartenevano donne nubili, tranne una; nel secondo gruppo otto erano nubili e cinque maritate. Gli uomini, tutti celibi, avevano un età da 19 a 34 anni, con una media di 25.

Precedenti neuropatici familiari si accertarono solo in 9 casi.

Tra i fattori iniziali si riscontrarono più frequentemente le crisi emotive, gli amori contrastati, le delusioni scolastiche, le infelicità familiari. Sta di fatto però che, come per tutte le malattie croniche fisiche o psichiche, non si può parlare di una sola causa, ma di un complesso di cause concorrenti. Al riguardo vanno tenuti presenti l'ereditarietà, la naturale instabililità dell'adolescente e delle giovani donne, la mancanza o l'eccesso di cure da parte dei genitori, la vanità, la gelosia, l'egocentrismo, il desiderio di richiamare l'attenzione degli altri sulla propria persona, la stipsi, una dispepsia accidentale, lo stato di convalescenza da una malattia o a seguito di operazione, l'eccessiva scrupolosità negli studi o negli affari, gli shock mentali. Questi fatti in vario modo raggruppati determinano inizialmente una perdita di appetito con rifiuto di alimentarsi che a poco a poco si trasforma in una completa ripugnanza per ogni specie di cibo.

Gli effetti della fame completano il quadro.

L'amenorrea, più che un effetto dello stato di deperimento, deve considerarsi come un sintomo concomitante dell'anoressia, una conseguenza del trauma psichico iniziale o delle alterazioni psichiche che accompagnano la malattia. Più che interdipendente l'anoressia e l'amenorrea sono l'effetto della stessa causa, e forse l'arresto della mestruazione può essere l'espressione dell'inconscio desiderio di maternità. Comunque l'amenorrea è l'ultimo segno a scomparire: il ritorno delle mestruazioni costituisce il migliore indice dell'efficienza della cura.

La malattia può durare mesi e anni. Nella grande maggioranza dei casi la guarigione è completa. Qualcuno rimane con il temperamento alterato, con il carattere difficile. Talvolta il peso del corpo non ritorna quello che era prima della malattia. In un piccolo gruppo di casi (8 %) i pazienti soccombono all'affamamento con o senza altre complicazioni organiche.

In nessun caso si constatarono sintomi che facessero pensare a malattie da carenza (scorbuto, beri-beri, edema da fame, ecc.). In un solo caso si manifestò una porpora emorragica di cui il paziente morì. Talvolta si manifestarono segni di tubercolosi polmonare e di questa malattia morì un paziente.

Per quel che riguarda la cura è essenziale, appena stabilita la diagnosi, di spiegare separatamente al paziente ed ai suoi genitori la natura del male in termini semplici e chiari, dando loro l'assicurazione che la guarigione avverrà quando sarà vinta l'abitudine a rifiutare il cibo e ritornerà l'appetito in modo che il paziente possa assumere una quantità di cibo sufficiente a riparare le perdite generali ed a ridare anche efficienza allo stomaco di cui l'appetito è un'espressione normale. Perchè la cura possa avere maggiori possibilità di successo occorre che il paziente sia internato in una casa di salute, lontano dalle influenze dei parenti, e dove sia trattato con fermezza e dolcezza a seconda delle necessità. Il medico e l'infermiera sorveglieranno sopra tutto l'alimentazione assistendo a ciascun pasto. È bene iniziare subito con un'alimentazione mista. Il paziente deve stare in un ambiente ben riscaldato ed in completo riposo per risparmiare le scarse riserve disponibili.

I preparati ormonici di vario genere, compresa l'insulina, non sono indicati.

Il metodo psicanalitico neppure è vantaggioso e può essere pericoloso. Meglio è attenersi alla psicoterapia semplice: spiegare, rassicurare, incutere fiducia, distrarre ed infine dominare il paziente con un contegno fermo e nello stesso tempo dolce. DR.

DIVAGAZIONI

Il miglioramento dello sviluppo corporeo nei popoli civili.

È impressione generale che lo sviluppo corporeo dei ragazzi e dei giovani dell'attuale generazione è notevolmente migliore in confronto di quelli della precedente. Oggi ragazzi e giovani appaiono più sani, più alti, più robusti, più vivaci.

Questa impressione per tradursi in una nozione di valore scientifico deve essere suffragata da dati e fatti desunti da osservazioni fatte su larga scala e dalla ricerca dei fattori che hanno eventualmente determinato il fenomeno.

Studi di una certa ampiezza sono stati fatti al riguardo in Germania, negli Stati Uniti d'America e nel Giappone.

Per quel che riguarda la Germania e l'Austria va rilevato che durante la guerra e l'immediato dopo guerra si verificò in tutta la popolazione uno stato di depauperamento fisico che ebbe notevoli ripercussioni sulle condizioni della prole.

In effetti i due paesi furono per cinque anni praticamente assediati e non poterono con le risorse del loro suolo provvedere all'alimentazione di eserciti colossali e della popolazione civile. Lo stato di fame ebbe perniciose conseguenze che si resero palesi sopra tutto con l'aumento dei casi di tubercolosi e di rachitismo.

Ma queste condizioni furono rapidamente superate e con il 1924 si potevano ritenere esaurite tutte le cause che avevano eccezionalmente influito sullo stato di salute di quei popoli.

Ed è appunto con quell'anno che nelle scuole di parecchie città della Germania furono istituite ricerche allo scopo di determinare l'altezza ed il peso corporeo dei ragazzi al principio ed alla fine del periodo scolastico (che in media coincide con l'età di 6-6 1/2 anni e rispettivamente di 13 1/2-14 anni) nonchè all'inizio di ciascun anno.

Si è constatato che l'altezza dei ragazzi all'ingresso nella scuola (media dell'età 6-6 1/2 anni) nel 1924 era 108,7, nel 1926 era 110,6, nel 1928 era 113,7, nel 1930 era 114,8 e nel 1932 era 114,9. Le cifre riguardanti il peso corporeo espresso in kilogrammi furono per gli stessi anni rispettivamente 19,2, 19,7, 20,3, 20,2, 20,4.

Alla fine del periodo scolastico (media dell'età 13 1/2-14 anni) negli stessi anni su indicati si ebbero per l'altezza le seguenti cifre: 146,4, 147,1, 150,4, 152,8 e 152,7; e rispettivamente per il peso: 38,9, 40,1, 41, 43,1, 42,7.

Questi dati riguardano solo i maschi; per le donne si ebbero analoghe progressioni ma con scarti più accentuati fra le cifre del 1924 e quelle del 1932.

Si ha adunque per i ragazzi di sei anni tra il 1924 ed il 1932 una differenza di altezza di oltre 6 cm. e di peso di oltre 5 kgr.; e negli adolescenti di 13-14 anni una differenza di altezza pure di oltre 6 cm. e di peso di oltre 6 kgr.

Non è dubbio che le cifre basse del 1924 e 1926 dipendono in buona parte dal fatto che i ragazzi che a quell'epoca avevano 6-6 1/2 anni di età nacquero nel periodo di maggiori privazioni derivanti dalla guerra e quindi da genitori deperiti fisicamente ed in istato di depressione morale, e che gli adolescenti di 13-14 anni degli stessi anni vissero i primi anni della loro vita nella stessa atmosfera di fame.

Ma tutti i ragazzi esaminati dopo il 1926 erano certamente esenti da qualsiasi influenza di deficit alimentare sia direttamente sia per via indiretta da parte dei genitori. Ciò malgrado dal 1926 al 1932 si è constatato un progressivo miglioramento nello sviluppo attestato dall'ascesa graduale delle cifre riguardanti sia l'altezza che il peso.

È quindi da ritenere che indipendentemente dalle influenze negative che hanno agito sullo sviluppo nei primi anni dopo la guerra ed hanno reso più sensibile lo scarto tra i minimi del 1924 ed i massimi del 1932, influenze positive hanno dovuto agire successivamente per rendere più robusto ragazzi e giovanetti.

Sta di fatto che anche in paesi non tormentati dalla guerra si è constatato nel cinquantennio tra l'ultimo quarto del secolo XIX ed il primo del XX una tendenza al miglioramento della costituzione somatica. Così in Norvegia la

media dell'altezza delle reclute è passata da cm. 168,80 del decennio 1878-1887 a cm. 171,81 nel biennio 1923-1925; in Olanda da 165,60 del periodo 1883-1887 è passata a cm. 170,77 del periodo 1921-1925; in Svezia da cm. 169,20 del periodo 1887-1890 a cm. 171,90 del periodo 1921-1925.

Interessanti sono al riguardo le ricerche antropometriche fatte da G. C. Bowles in America sugli allievi di due generazioni, padri e figli, dell'Harvard University, e madri e figlie dei collegi di Vassar, Wellesley, Smith e Mount Holyoke.

Per i maschi furono fatte due serie di osservazioni l'una su 481 coppie (400 padri e loro figli) e l'altra di 1461 coppie (1160 padri e loro figli). Dal punto di vista razziale è a notare che in questo materiale solo 5,79 % apparteneva al vecchio tipo americano e solo il 3,9 % al puro tipo inglese. Il confronto fu fatto su i dati rilevati nei padri alla medesima età dei figli.

I risultati per quel che riguarda la statura sono stati i seguenti: 1) I figli sono assolutamente più alti dei loro padri. 2) Nella popolazione studentesca negli ultimi ottanta anni e probabilmente anche per un più lungo periodo di tempo si è verificato ogni anno un notevole aumento della statura, il quale è stato più marcato nel periodo 1860-1870 (cm. 15), minore nel periodo 1905-1910 (cm. 7). 3) La media dell'aumento di statura nella stessa popolazione negli ultimi ottanta anni è stato di circa un cm. ogni dodici anni. 4) Per l'intera popolazione questo aumento è stato alquanto minore, probabilmente tra cm. 0,06 e 0,07 per anno. 5) La statura media attuale della popolazione studentesca del vecchio tipo americano è di cm. 178,03; è quindi tra le più elevate e supera quella dell'intera popolazione della stessa regione di 4 cm. e più. 6) Non esiste una notevole correlazione tra l'altezza e l'età degli studenti esaminati, la quale andava dai 17 ai 23 anni. 7) L'aumento in una generazione, approssimativamente di 45 anni, è stato di centimetri 3,55.

Per quel che riguarda il peso si rilevarono i seguenti dati: 1) Gli studenti maschi hanno dimostrato negli ultimi cinquant'anni una media annuale di aumento di peso di circa 105 grammi. 2) L'aumento di peso è stato in genere ma non sempre proporzionato all'aumento di statura specie nelle decadi nelle quali questo ultimo fu più sensibile. 3) Gli uomini di oggi sono più alti e più snelli anche quando in peso assoluto superano i loro genitori.

Per le donne l'aumento di statura delle figlie in confronto delle madri è stato di 2,93 cm. e quello del peso di circa 2 kgr.

Risultati analoghi hanno dato estese ricerche sulla popolazione studentesca del Giappone.

Le cause di questo aumento di statura e di peso delle ultime generazioni rimangono incerte.

È stato affermato che le guerre napoleoniche erano state la causa dell'abbassamento dell'altezza media della popolazione francese nelle prime decadi del secolo XIX. Le leve militari sottraggono (temporaneamente, durante il servizio militare, o definitivamente per morte in guerra) alla riproduzione gli individui più sani, comunque di statura più alta. È probabile che alla stessa causa, oltre che a quelle inerenti alle deficienze alimentari, si devono le basse cifre dell'altezza del peso nei ragazzi e nei giovanetti tedeschi esaminati nel periodo 1924-1926.

Quando questa causa cessa o non ha agito, come in America ed in Giappone, che presero parte alla guerra mondiale per breve periodo e con scarso coefficiente di truppe, la tendenza all'aumento della statura e del peso ha ripreso o non si è arrestato affatto.

È probabile che questi miglioramenti dello sviluppo delle razze civili sia in rapporto a modificazioni delle condizioni di vita. Il miglioramento dell'alimentazione, sia per quantità che per qualità, è un fatto incontestabile, come è un fatto incontestabile la diffusione degli esercizi fisici, e di certe abitudini, come quelle di stare più che sia possibile all'aria aperta e al sole.

Questi fattori hanno agito e agiscono sia sui genitori rendendoli migliori procreatori, sia direttamente sui figli. *argo.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

A. ALESSANDRINI, E. PAMPANA, G. FICAI, M. SABATUCCI †. *Gli esami di laboratorio. Tecnica e diagnostica.* Seconda edizione, con prefazione di S. E. il prof. D. DE BLASI. Vol. di pag. XXXII-688. Luigi Pozzi, editore. Roma. Prezzo L. 66.

La seconda edizione di questo noto Manuale per « gli esami di laboratorio » compilato dai proff. Alessandrini, Pampana e Ficai dell'Istituto d'Igiene di Roma, esce opportunamente ampliata ed aggiornata alle nuove acquisizioni scientifiche e tecniche di questi ultimi anni. La breve distanza di tempo intercorsa fra le due edizioni è indice inconfutabile del successo che questo utile Manuale ha avuto fra gli studiosi che svolgono la loro attività nei laboratorii scientifici.

È a tutti noto lo sviluppo che hanno preso in questi ultimi anni gli esami di laboratorio quale completamento dell'esame clinico del paziente, e come talora mercè l'ausilio degli esami di laboratorio sia possibile fare più precocemente e meglio completa una diagnosi clinica.

Gli AA. cominciano la trattazione della materia col dedicare alcuni capitoli all'esame del sangue, nel quale trattano in maniera molto chiara dell'esame emocromocitometrico, dell'esame morfologico, parassitologico, fisicochimico, chimico, batteriologico e biologico di esso.

Molto interessanti, per le recenti acquisizioni in questo campo, sono i capitoli dedicati alle reazioni immunitarie, nei quali gli AA. trattano delle agglutinine ed agglutinazione specifica, delle precipitine e reazioni di precipitazione specifica, delle emolisine e reazioni emolitiche, ecc...

Di grande utilità, dal punto di vista dei medici pratici, riescono i capitoli dedicati all'esame delle urine, dell'espettorato, del liquido cefalo-rachidiano, delle feci, dei trasudati ed essudati, del succo gastrico.

Gli AA., noti cultori di batteriologia, non hanno mancato di completare il Manuale con la trattazione della tecnica e della diagnostica batteriologica, della tecnica micologica, protozoologica, elmintologica, entomologica, come hanno anche ampiamente esposto l'esame del latte e dell'acqua.

Dei nuovi mezzi di tecnica e di diagnostica di recente introdotti e convalidati, gli AA. hanno tenuto largamente conto in tutti i capitoli e nulla si può dire che sia loro sfuggito di quanto più direttamente può interessare coloro che vivono la vita di laboratorio.

Una spiccata praticità compenetra tutto il Manuale; le tecniche, descritte sempre in maniera chiara, sono avvalorate dalla larga esperienza degli AA. i quali, nella trascrizione dei metodi, non tralasciano qua e là di dare dei suggerimenti preziosi dettati dalla loro lunga pratica in questa branca.

Di notevole aiuto didattico riescono le numerose fotografie, le tavole in nero ed a colori, le tavole in litografia ed in tricromia che corredono l'esposizione della materia.

Da tale schematica recensione risalta molto facilmente come questo Manuale anche nella sua seconda edizione risponda in pieno allo scopo fondamentale per il quale è stato scritto, fra cui, in modo particolare, quello di costituire una sicura guida per l'analista nella pratica quotidiana di laboratorio. CESARE FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

V. PUTTI. *Per i fratturati in pace e in guerra.* Vol. in-16° di 112 pagg. con figure. L. Cappelli ed. Prezzo L. 12.

Sono qui raccolte due conferenze che il Putti tenne a Brescia nel 1934 e a Firenze nel gennaio di quest'anno, sulla cura delle fratture. Il tema è sempre all'ordine del giorno, specialmente nei suoi riflessi sociali ed economici, ma l'interesse di queste pagine deriva dal fatto che il Maestro della Scuola di Bologna vi tocca alcuni aspetti del problema forse meno noti, certo ancora non universalmente accettati.

La cura delle fratture non dà ancora quei risultati che acquisizioni scientifiche e progresso di mezzi in questi ultimi tempi avrebbero dato a sperare: è un fatto lamentato da tutti. Cosa manca dunque ancora? Con la sua brillante dialettica, piena di vivaci spunti polemici, il Putti mette a nudo le varie manchevolezze, che egli individua anzitutto nell'attuale organizzazione ospedaliera ma ancor più nella attenzione scarsa o poco continuativa che ancora troppo spesso dai chirurgi si dà a questi ammalati. Di qui l'utilità di reparti speciali e la necessità di medici che solo a tale compito si dedichino, ossia di medici specialisti. La conclusione è che la cura delle fratture è anzitutto problema di organizzazione: ecco il gran segreto del successo!

A proposito delle fratture di guerra il Putti, in applicazione a questi principi, delinea quali debbano essere i criteri dell'organizzazione dei servizi e le direttive terapeutiche: solo un servizio traumatologico indipendente potrà realizzare unità di indirizzo e continuità di metodo.

Basta questo breve cenno per dare un'idea dell'importanza del libro, che interessa la generalità dei medici. E. V.

G. FERRARINI. *Traumatologia e infortunistica.* Lezioni tenute nell'anno 1935-36 alla Scuola Pisana di perfezionamento in medicina del lavoro. Nistri Lischi edit. Pisa. 1936. 1 vol. di 214 pagg. con figg. Prezzo L. 20.

L'A. ha riunito in questo volume le lezioni tenute al 2° corso. Accanto alla illustrazione e discussione di casi clinici di grande interesse infortunistico (così ad es. nelle lezioni: sulle lesioni muscolo-tendinee da sforzo, su un caso di emorragia cerebellare traumatica, su un caso di esoftalmo pulsante) vi sono trattati anche argomenti di indole generale: particolarmente interessante la lezione sulla valutazione del danno nelle mutilazioni e rigidità dell'arto inferiore. E. V.

G. GUCCI. *La necessità delle « cure complementari » nella terapia dei fratturati degli arti.* Vol. di 80 pagg. con figg. e tavole a colori. Ed. Tip. S. Bernardino; Siena, 1936. Prezzo L. 20.

L'A. — partendo dal concetto che « non importa una guarigione anatomica perfetta ma bensì solo approssimativa » della soluzione di continuo dell'osso — insiste sulla importanza delle cure complementari (a consolidazione avvenuta) ponendo in rilievo e descrivendo le lesioni dei muscoli, nervi, cute, articolazioni... Descrive i mezzi più semplici per questa cura funzionale e infine illustra alcuni casi personali. E. V.

P. M. LANCE. *Les Ostéotomies sous-trochantériennes dans le traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche.* Vol. di 140 pagg. con 41 figg. Masson ed. Prezzo L. 30.

Interessante e completo studio critico basato sull'esperienza di numerose osservazioni, che aggiorna e chiarisce la spinosa e in parte controversa questione della osteotomia sottotrocanterica. Il Lance, raggruppati i differenti tipi di o. s. in 2 grandi classi — le o. d'appoggio e le o. di direzione — espone i diversi proce-

dimenti tecnici, studia i risultati, mostra i vantaggi e gli inconvenienti.

Il volume è indispensabile per chi ha occasione di trattare queste deformità.

E. V.

E. E. LAUWERS. *Introduction à la chirurgie génito-urinaire.* Paris, 1936. Masson e C.ie. Fr. 32.

Preceduto da una brillantissima prefazione di Legueu, il libro del Lauwers, spiega in forma piana, semplice, ma esatta, tutta la fisiopatologia del sistema genito-urinario aggiungendovi alcune nozioni di ginecologia confinante con l'Urologia.

Caratteristica fondamentale dell'opera è il modo di trattare la materia: i processi morbosi, sono classificati — si direbbe — logicamente, senza interruzioni, e non per organi. Così ad esempio, la tubercolosi o la calcolosi non vengono interrotte in tanti capitoletti, ma riuniti in uno sguardo, in una visione di insieme, dal rene alla vescica alla prostata.

Questo principio consente una più facile comprensione di alcuni fenomeni che si ripercuotono su tutto l'albero urinario, evitano delle ripetizioni, agevolano la lettura del testo.

Per il carattere della pubblicazione manca qualsiasi accenno allo strumentario e agli interventi; si tratta dunque di una vera e propria introduzione allo studio delle malattie genito-urinarie.

E. M.

G. REVOLTELLA. *Questioni ostetriche di attualità.* Istituto Edizioni Accademiche. Udine 1936. IIª Edizione L. 60.

Sono svolte, alla luce delle più recenti cognizioni e delle direttive più moderne, molteplici questioni di anatomia e di fisiologia dell'utero; sono investiti alcuni problemi clinici, quali il parto provocato, il parto medico, la placenta previa, la rottura dell'utero. L'esposizione è ordinata, chiara, dominata da un buon senso critico e da una valutazione serena delle varie dottrine; una copiosa, precisa bibliografia arricchisce il volume.

La parte editoriale è stata curata con decoro; grande formato, bella carta, nitidi caratteri, molte figure (71 oltre a 4 tavole a colori); anche da questo lato dobbiamo compiacersi con l'A. e con l'Editore.

Nonostante le « mende » inevitabili in ogni lavoro (e che è fuori luogo sopravalutare..., come è fatto talora da qualche ipercritico), nonostante la del resto dichiarata limitazione di alcuni dei capitoli più clinici, non si può non riconoscere nell'opera di Revoltella un ottimo, serio contributo alla nostra disciplina, cosicchè, nonostante qualche voce in contrario, io resto del parere che esprimevo nella prefazione da me dettata per il volume, cioè che la monografia di Revoltella sarà oggetto di obbligata consultazione per quanti, fra noi e fuori, vogliono occuparsi dei vari vitali problemi che sono sviluppati nel volume. Dovrebbe dunque arridergli anche un largo successo editoriale.

P. G.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XII Congresso di Medicina del Lavoro.

(Napoli, 24-27 ottobre 1936).

La cerimonia inaugurale di questo Congresso, che ha riunito in gran numero i cultori italiani della medicina del lavoro e dell'infortunistica, si è tenuta nell'Aula Magna dell'Università, con l'intervento di S. E. Lantini in rappresentanza del Governo e dei sen. Gatti per il Partito. Fra le personalità, vi erano S. E. Petragnani, l'on. Morelli, le più alta autorità locali, il gr. uff. Calamani, direttore dell'I. F. Infortuni, il dott. Di Donna, i proff. Carozzi, Monti, ecc.

Dopo il saluto beneaugurante del rettore, sen. SALVI, e del vice podestà, comm. CORBI, il prof. L. FERRANNINI, a nome della Soc. It. di Medicina del lavoro, ricorda che proprio a Napoli ebbe inizio, nel 1897, un primo insegnamento sulle malattie del lavoro e rievoca, fra i cultori di questa scienza P. Castellino, L. Devoto, C. Biondi e L. Razza.

L'on. prof. N. CASTELLINO, presidente, rileva che una ardente atmosfera di fierezza nazionale consacra la realizzazione dello stato corporativo e che le singole energie si disciplinano in coordinate funzioni.

L'organizzazione corporativa, egli aggiunge, considera l'uomo come unità biologica indipendente, ma non come unità sociale autonoma. Il lavoro, quindi, diventa dovere.

Conseguenza di tale concezione, deve essere una riforma dei nostri studi: la tutela dell'operaio non deve essere considerata soltanto sotto l'aspetto della cura del singolo, ma secondo il più ampio orizzonte della difesa della famiglia, della protezione della categoria, della salvaguardia della razza.

Lo studio del lavoro va pertanto posto in relazione con l'ambiente biologico e sociale e l'O. auspica che questo Congresso, che egli ha preordinato in tal senso, si concluda con l'inizio di realizzazione di un Corpus dell'operosità umana, comprendente in un solo quadro tutte le attività che interessano i rami fondamentali del lavoro, un vero trattato di « biologia corporativa ».

Soltanto l'unicità di direttive e la disciplina di intenti possono condurre a sintesi conclusive. Tale principio gerarchico è una verità suprema del mondo della Natura in cui noi siamo e viviamo. Tutte le azioni del mondo fisico come di quello spirituale ci appaiono guidate da un ritmo unico, sorto da un'unica legge, guidato da un'unica volontà. La nostra scienza, egli conclude, ci consente di fondere la missione del medico con la missione dell'italiano.

Il sen. GATTI porge il saluto del partito, il quale segue con particolare interesse le ricerche ed i ritrovati della scienza. I vostri sforzi, conclude alla fine, sono al centro della politica sociale del Regime ed il vostro lavoro darà i germi che dovranno produrre le nuove provvidenze del Regime per il lavoratore italiano.

S. E. LANTINI osserva che dai discorsi pronunciati si rileva una fondamentale comune, quella di inserire i problemi del lavoro nell'orbita corporativa dello Stato, che del lavoro ha fatto il soggetto e non più l'oggetto della sua economia. L'O. accenna alla parte importante che è stata data alla medicina nel Ministero delle Corpora-

zioni e conclude affermando che soltanto avvicinandosi sempre più al popolo, la Scienza si eleva sopra le visioni particolari e gli interessi di categoria, fino a raggiungere quella sfera serena e religiosa nella quale i problemi si illuminano per una più alta missione ed una più viva e profonda solidarietà nazionale.

La commemorazione di Luigi Devoto.

Con nobili e commosse parole, L. FERRANNINI rievoca la grande figura del fondatore della medicina del lavoro in Italia, creatore di una scuola che vanta oggi illustri discepoli. È questo il primo congresso in cui Egli ci manca e l'elevata orazione del FERRANNINI ha fatto sentire a tutto l'uditorio ancor più amaro e profondo il rimpianto.

LE RELAZIONI.

N. CASTELLINO. — *La patologia della chimica industriale moderna.* — Egli inizia con questo rapporto uno studio metodico dei *nuovi* elementi introdotti nelle differenti produzioni industriali, intendendo di comprendere fra essi anche quelli pure precedentemente usati, ma in assai minore quantità o misura, oppure con sistemi e combinazioni diverse. Più che risolvere egli pone dei problemi, pure portando per alcuni elementi dei risultati notevoli di ricerche sperimentali.

Trattasi di un gruppo di studi fatti con i suoi collaboratori (Coppa, Caccuri, Sgambati, Di Prisco, Pansini, ecc.) sul berillio, il cadmio, il tungsteno, il titanio, il cobalto e nichelio, ecc. per molti dei quali poco ancora si conosce di quanto può interessare la patologia umana. Le importanti ricerche fatte vengono così a precedere lo studio delle eventuali sindromi patologiche che potranno presentarsi.

B. BRUZZI e A. MALAN. — *Le otopatie da rumori.* — I rumori esplicano la loro azione dannosa prevalentemente per via aerea, ma anche per via ossea; vi hanno parte anche le vibrazioni meccaniche. Più che l'intensità e l'ampiezza delle vibrazioni, ha importanza la loro frequenza. Si hanno alterazioni cocleari ben localizzate e per lo più nella parte terminale del giro basale.

Gli OO. accennano ai metodi di esame, con cui si rileva un cospicuo abbassamento del limite superiore dei suoni, un accorciamento della percezione ossea ed una diminuzione della durata di percezione nei toni acuti, ciò che dimostra come la lesione sia localizzata all'orecchio interno. Studiano l'eziologia dell'affezione e danno gli elementi per la diagnosi clinica. Passano quindi in rassegna le varie professioni rumorose, descrivendo i caratteri particolari per ciascuna di esse (calderai, ferrovieri, motoristi, dattilografi ecc.) considerando anche la grande categoria dei rumori delle città ed i loro effetti sull'organismo umano.

Vi sono dei caratteri comuni, fra le varie otopatie professionali, ma anche differenze fra le varie professioni (ipoacusia per i diapason bassi nei motoristi, per quelli alti nei calderai; accorciamento della conduzione ossea nei telefonisti e per quella aerea nelle dattilografe).

È difficile se non impossibile il riconoscere la sordità professionale al suo stadio iniziale quando la terapia potrebbe ancor dare dei risultati. Importanti sono i metodi di profilassi generale ed individuale e l'adozione di provvedimenti che possano salvare l'organo dell'udito nelle varie professioni.

Le alterazioni della colonna vertebrale in occasione di lavoro. Questo argomento è stato oggetto di cinque Relazioni.

L. PRETI ha trattato l'*eziologia e patogenesi*, con richiami anatomo-fisiologici, rilevando a proposito della patologia che la lesione principale risiede in un processo degenerativo del disco intervertebrale. Ad esso succede, in secondo tempo, un processo irritativo periostale del corpo vertebrale con tutte le sue conseguenze.

L. DI PRISCO si è occupato delle *lesioni professionali*, che classifica in 4 gruppi: 1) da abnorme atteggiamento di lavoro, eccessiva e disarmonica ripetizione di movimenti; 2) da artritismo legato all'ambiente di lavoro; 3) da infezioni; 4) da intossicazioni. Tratta singolarmente di ognuna, accennando specialmente, a proposito delle intossicazioni a quella del fluoro.

La relazione di A. G. CHIARIELLO riguarda la *patologia chirurgica post-traumatica del rachide.* Espone la prognosi e la terapia, occupandosi ampiamente delle fratture e trattando alla fine delle principali malformazioni post-traumatiche del rachide (spondiliti, morbo di Kümmel-Verneuil, spondilolistesi).

La parte *infortunistica* è stata affidata a G. CASO, che considera i fattori che agiscono come causa di infortunio: 1) dinamici (sforzo acuto); 2) meccanici (cadute); 3) fisici (elettricità industriale ed atmosferica). Tratta le commozioni spinali da traumi e le sindromi spinali funzionali, nonchè il valore degli stati anteriori e posteriori al trauma nel loro nesso di concausalità con questo.

Conclude osservando che si deve emettere una diagnosi medico-legale che esuli da qualsiasi preconcetto e risponda alla valutazione clinica del danno, quale espressione di malattia traumatica inducente diminuzione o perdita della capacità del lavoro.

M. SGAMBATI. — *Radiologia.* — Espone la tecnica più adatta e passa in rassegna i vari tipi di fratture, soffermandosi alla diagnosi differenziale radiologica fra esiti di fratture e processi patologici cronici o subacuti.

Consiglia di sottoporre ad esame radiologico tutti gli infortunati (o presunti tali) della colonna vertebrale, subito dopo il trauma ed in seguito, in modo da evitare sorprese e raccomanda che tali radiografie siano fatte da tecnici specializzati.

A. RANELLETTI. — *L'assicurazione delle malattie professionali nel 1° biennio di applicazione.* — Ampia ed interessante relazione d'indole statistica. Per le 6 malattie a denuncia obbligatoria, il saturnismo è stata l'intossicazione professionale più frequente (come si ha anche per gli altri paesi); nessun caso di fosforismo. Complessivamente, furono indennizzati 307 casi, di cui 237 di saturnismo.

Il numero degli operai assicurati è stato, nel 1935, di 121.820. Il rischio professionale è stato più alto per il piombo e più basso per l'anchilostomiasi; molte lavorazioni del primo si compiono in condizioni antiigieniche; l'anchilostomiasi è andata sempre più diminuendo fra i lavoratori delle miniere, mentre è aumentata specialmente fra gli orticultori.

L'O. poi fa un raffronto fra gli infortuni e le malattie professionali. Il numero degli individui

assicurati contro i primi è stato di 3.150.825, in rapporto ai quali, quindi, le malattie professionali rappresentano il 3,8 %. I premi di assicurazione costituiscono (per il 1935) L. 327.218.552 per i primi e L. 1.035.862 per le seconde (0,3 %). Le indennità pagate sono state rispettivamente lire 275.185.346 e lire 7.710.862 (1,6 %).

È interessante il rilevare che soltanto il 50 % dei casi di malattie professionali denunciati sono stati riconosciuti indennizzabili, il che indica numerosi casi di errata diagnosi etiologica, che potrebbero venire eliminati con una maggiore coltura nella medicina del lavoro.

G. AIELLO. — *Assicurazioni-malattia a tipo mutualistico.* — L'assicurazione-malattia si è venuta rapidamente sviluppando in questi ultimi due anni, sotto forma di mutualità obbligatoria industriale ed agricola, in perfetto omaggio alla dichiarazione XXVIII della Carta del lavoro. La costituzione delle Casse-malattie per gruppi di lavoratori è ormai un fatto compiuto, con corresponsione di un'indennità e la prestazione dell'assistenza sanitaria.

Il medico incomincia così a conoscere la natura ed i caratteri del rischio tutelato da tale nuovo tipo di assicurazione, non astraendo dal fattore simulazione od esagerazione di malattia; è bene altresì che conosca l'estensione e la varietà delle prestazioni assicurative e che apporti il contributo della sua esperienza per il perfezionamento del nuovo grandioso edificio nazionale delle assicurazioni-malattie, che si differenzia da quelli esteri.

L'O. esamina le possibilità di coordinamento dei diversi Enti e vari problemi inerenti alle assicurazioni ed alla prevenzione delle malattie.

Oltre alle numerose ed interessanti comunicazioni, per le quali le sedute si sono prolungate anche fino oltre la mezzanotte, si sono avute due conferenze, l'una delle quali di G. PANSINI sulla *Importanza delle cure idrotermali per la tutela dei lavoratori* ed un'altra di S. DIEZ su *Neoplasmi ed infortuni del lavoro.* Diamo un breve resoconto di quest'ultima.

L'O. si propone di esaminare se e quale valore si possa attribuire ad un trauma costituente infortunio nello sviluppo dei tumori. Risulta da un accurato esame statistico che esiste un certo numero di casi degni di fede, in cui al rapporto fra trauma e tumore non può attribuirsi un semplice valore di coincidenza causale, specialmente per i sarcomi.

Esamina poi largamente le varie teorie sull'origine dei tumori per vedere se sia il caso di ritenere che le modificazioni proliferative che i traumi determinano nei tessuti possano influire sullo sviluppo dei tumori. E conclude che anche il trauma unico, sebbene con minore frequenza e facilità degli altri stimoli, può considerarsi un fattore al quale si deve attribuire valore nella costellazione di condizioni, che determinano lo sviluppo dei blastomi.

Dal punto di vista medico-legale, enumera i criteri che debbono seguirsi e le condizioni che devono ricercarsi per ammettere un nesso — che non può essere che di concausalità — fra traumi e tumori, enunciando infine, i criteri valutativi del danno in rapporto con la legge sugli infortuni.

Buona è stata l'organizzazione del Congresso; un simpatico ricordo ha lasciato la visita alle Terme di Agnano, dove la Società Terme Agnano ha offerto ai congressisti una colazione; un'altra ne è stata offerta a Napoli, dall'Ist. naz. fasc. ass. infortuni lavoro ed un cordiale ricevimento ci è stato dato nei locali dell'Istituto di Medicina del lavoro, dal suo Direttore.

Il prossimo Congresso si terrà a Bari, nel 1938.

fil.

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 12 novembre 1936.

Il 12 novembre si è inaugurato il X anno accademico dell'Accademia Lancisiana, con l'intervento di personalità spiccate della medicina e chirurgia romane e di S. E. Solmi, presidente degli Ospedali Riuniti di Roma.

L'on. prof. ERMANNO FIORETTI, presidente dell'Accademia, dopo avere ordinato il saluto al Re Imperatore e al Duce, e dopo avere scoperto una lapide a ricordo della fondazione dell'Impero, ha dichiarato aperti i lavori del X anno accademico.

Ha ricordato come quest'Accademia, antica istituzione degli Ospedali Romani, rinnovata dal Fascismo, si proponga lo scopo di addestrare i giovani medici, perfezionare le loro attività professionali e spingerli alla ricerca del vero sotto la guida dei grandi maestri della Scuola Medica Romana, che tanta luce di sapere e di esperienza ha sempre irradiato nel mondo e che con la nuova riforma degli studi universitari, basata su un maggiore sviluppo dell'insegnamento pratico, trarrà maggior lustro dalla necessaria opera di collaborazione tra i clinici universitari e i primari ospedalieri.

Ha segnalato i nomi del socio prof. Virno, nominato ordinario della Cattedra di Anatomia umana presso la R. Università di Roma, del prof. Andreassi, incaricato della Cattedra di Anatomia microscopica e del prof. Vanni, incaricato dell'insegnamento di parassitologia.

A questo punto il vice-presidente, prof. D'AVACK, ha comunicato all'assemblea come anche il presidente on. Fioretti abbia recentemente avuto l'incarico per l'insegnamento dell'anatomia chirurgica e corso di operazioni presso la R. Università di Roma. La comunicazione viene accolta da grandi applausi.

Dopo di aver invitato i nuovi Accademici a prestare giuramento, il presidente consegna i premi annuali di lire duemila ciascuno ai proff. Pietro Valdoni e Antonio Bonadies, che hanno vinto i concorsi a premio su tema rispettivamente di Chirurgia e di Medicina.

Il prof. GALLI, direttore del Policlinico, ha commemorato con elevate parole il compianto accademico prof. Marino Zuco Sante, che fu direttore dell'Ospedale della Consolazione e di S. Giacomo.

Infine il senatore on. prof. NICOLA PENDE ha tenuto un'applauditissima conferenza sul *nuovo trattamento dell'ipertensione arteriosa essenziale* da lui ideato con studi il di cui inizio rimonta fin dal 1909, e che consiste nella sezione del nervo splancnico di sinistra o, nei casi in cui l'operazione non è possibile, nel blocco chimico con l'alcool di questo stesso nervo. I risultati di questa cura, che si è diffusa già in Italia e all'estero, sono favorevoli nell'80 % dei casi.

Il Segretario: Dott. A. BONADIES.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA

OSPEDALE BAMBIN GESÙ
REPARTO MEDICINA PICCOLI
diretto dal primario medico prof. UGO MANCINI.

Su di un caso di meningite cerebro-spinale epidemica in lattante di due mesi trattato con iniezioni sottoccipitali di siero antimeningococcico.

Dott. PIERO ROSA, assistente.

La prognosi della meningite cerebro-spinale epidemica è difficilmente valutabile, essendo assai varia l'intensità delle epidemie, la virulenza del germe nei singoli casi e l'efficacia dei sieri terapeutici adoperati.

Secondo Jochmann la prognosi, prima dell'uso del siero era assai grave. Col siero invece, secondo lo stesso autore, la mortalità sarebbe scesa al 27 %.

Le varie statistiche, nei casi curati col siero, danno in media dal 20 al 30 % di mortalità; nei casi non curati essa oscilla in termini assai ampi: dal 20 all'80 %.

Secondo altri, ad esempio Rolleston, la mortalità, anche nei casi curati con il siero, raggiunge il 70 %.

Alcuni autori dicono che la prognosi della meningite meningococcica sarebbe peggiorata nel dopoguerra.

Quello che sopratutto m'interessa porre in rilievo è che fra gli svariati fattori, che entrano in giuoco nella prognosi, parte importante ha l'età.

Si sa perciò che nei lattanti la meningite cerebro-spinale è di prognosi quasi sempre infausta, poichè la mortalità è tanto più elevata quanto più piccolo è il bambino, e questo malgrado l'uso del siero. Ciò sarebbe dovuto alla facilità con cui a questa età si stabiliscono complicazioni o si forma un blocco. Spesso, spessissimo infatti nei lattanti di pochi mesi, colpiti da meningite meningococcica la puntura lombare dà esito negativo.

Solo raramente un lattante affetto da meningite cerebro-spinale guarisce, e solo rarissimamente guarisce senza postumi. La guarigione infatti ha luogo con frequenti reliquati come: cecità, idrocefalo postmeningitico, sordità, sordomutismo, paraplegie, emiplegie, spasmi, afasie, gravi disordini intellettuali fino all'idiozia.

Ritengo pertanto degno di pubblicazione il caso di un lattante di due mesi e mezzo guarito completamente senza alcun postumo.

T. Wistar White (Arch. of Ped., maggio 1917) ha visto un bambino di ventinove giorni guarito dal siero, morto al secondo mese di idrocefalia.

C. Pelfort (Arch. Lat. Americ. di Pediatria, marzo-aprile 1916) ha guarito con il siero (6 iniezioni di 10 cc.) un bambino di tre mesi e mezzo.

Duprat (Rev. Med. del Uruguay, ottobre 1916) ha iniettato con successo 110 cc. di siero a un bambino di sei mesi e mezzo.

Luigi Fischer (Month. Cycl. and Med. Bulletin, marzo 1910) ha ottenuto la guarigione in una bimba di due mesi, iniettando il siero di Flexner nel ventricolo laterale.

Sorel pubblica il caso di un lattante di cinque mesi curato e guarito con iniezioni sottoccipitali di siero antimeningococcico. (La Presse Médicale d'Egypte, 1 gennaio 1932).

Poche altre osservazioni ho potuto raccogliere sull'argomento e generalmente tutte riguardanti lattanti superiori a tre mesi di età, i più guariti con reliquati.

Il caso nostro ci sembra importante innanzi tutto per l'età: mesi due e mezzo. In secondo luogo per la forte quantità di siero iniettato: 130 cc. di cui 50 per via suboccipitale. In terzo luogo perchè la guarigione è avvenuta senza alcun reliquato.

Passiamo senz'altro alla descrizione del caso.

B. Maria Pia di Alfredo, di mesi due e mezzo, allattata al seno.

Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare e remota.

Entra in Ospedale il 15 febbraio 1936.

La madre racconta che da otto giorni la piccola presenta febbre alta, vomito, rigidità della nuca ed ottundimento del sensorio.

All'ingresso nel nostro reparto la bambina presenta: spiccata ipotrofia. Peso: gr. 3680.

Stato di agitazione. La fontanella anteriore è tesa, sporgente. Rigidità della nuca e della colonna vertebrale assai accentuate. Ipertonia degli arti superiori ed inferiori.

I riflessi rotulei, quando si riescono a provocare, dato lo stato d'ipertonia, determinano una trepidatio epilettoide dell'arto.

Il faringe è modicamente arrossato.

Non si riscontra nulla a carico degli organi interni.

Temperatura 39°.

Si pratica puntura lombare con esito negativo.

Si pratica allora puntura suboccipitale che dà esito a liquor torbido purulento.

L'esame batterioscopico e culturale del liquor estratto rivela presenza dei meningococchi.

S'iniettano 10 cc. di siero antimeningococcico nella cisterna magna e 10 intramuscolari.

D'allora la bambina è stata curata con iniezioni sottoccipitali di siero antimeningococcico, che le venivano praticate dapprima a giorni alterni, quindi con intervalli di due e tre giorni, fino all'otto marzo, giorno in cui la bambina esce dall'Ospedale. Altre due punture vengono praticate ambulatoriamente una il 10 marzo, l'altra il 16. Contemporaneamente alle iniezioni suboccipitali veniva iniettato siero per via intramuscolare e vaccino antimeningococcico.

Complessivamente vennero iniettati 130 cc. di siero, di cui 50 suboccipitali.

Le condizioni della bambina molto gravi all'inizio, andarono progressivamente migliorando. Le alte temperature dei primi giorni diminuirono gradualmente fino a che il 28 febbraio la bambina divenne apirettica.

Così pure si notò progressiva diminuzione, fino alla scomparsa, dei fenomeni meningei: rigidità nucale, ipertonia, ecc.

Il comportamento del liquor fu pure degno del più alto interesse, poichè si potè vedere, macroscopicamente, che l'aspetto francamente purulento andò man mano trasformandosi così che divenne sempre meno torbido fino a riprendere il suo normale aspetto limpido cristallino nell'ultima puntura praticata il giorno 10 marzo. All'aspetto macroscopico corrisposero nettamente gli esami microscopici, che dimostrarono la diminuzione graduale fino alla scomparsa degli elementi citologici. All'ultimo esame culturale praticato il 10 marzo il liquor risultò nettamente sterile.

Il peso della bambina il giorno 10 marzo era di gr. 3710 ossia si manteneva uguale (anzi aumentato di gr. 30) a meno di un mese dall'inizio della gravissima infezione.

La madre afferma attualmente che la bambina ha appetito, è vispa e non mostra alcun segno di deficit.

È questo uno dei pochi casi conosciuti di meningite cerebro-spinale in lattante inferiore ai tre mesi, completamente guarito senza alcun postumo.

CASISTICA E TERAPIA.

Valore semiologico e clinico dell'oftalmoplegia interna.

L'oftalmoplegia interna (F. Agnello, *Rivista Oto-Neuro-Oftalmologica*, marzo-aprile, 1936) è clinicamente caratterizzata da dilatazione della pupilla con rigidità riflessa alla luce e da paralisi accomodativa con spostamento in avanti del punto prossimo onde riesce quasi o del tutto impossibile il lavoro da vicino. Essa può apparire come un sintoma isolato o far parte del corteo sintomatologico insieme alla paralisi del III paio nella oftalmologia cronica progressiva; oppure associata alla emiplegia; insieme alla mielite od alla polinevrite; nella poliencefalite acuta emorragica di Wernicke, nella poliencefalite superiore cronica.

Come sintoma isolato mono o bilaterale rappresenta una lesione piuttosto rara, quasi sempre legata alla sifilide ereditaria od acquisita. Esistono però casi complicanti malattie infettive varie, quali il tifo, la varicella, il morbillo, la dengue, la rosalia, la zona oftalmica ecc. Anche in seguito a morso di vipera o nel botulismo ne sono stati riscontrati dei casi.

Dall'esame dei casi riportati nella letteratura è facile vedere come la sindrome oftalmoplegica finisce con l'acquistare carattere stabile e definitivo.

Perchè allo stato attuale delle conoscenze la sindrome in questione presenta diversi punti da chiarire sopratutto per il suo valore semeiologico e clinico, l'A. ha ritenuto utile illustrare due recenti osservazioni occorsegli.

Nel primo caso l'oftalmoplegia interna è apparsa allo stato isolato in un individuo contagiatosi cinque anni prima di lue; si tratta di di una forma unilaterale con tendenza alla recidiva e regressione della paralisi.

Nel secondo caso l'oftalmoplegia è bilaterale e fa parte di un quadro complesso denotante uno studio avanzato di lue cerebri: atrofia iniziale dei nervi ottici, emianopsia a quadrante, perdita dei riflessi tendinei, lieve Romberg. Reazione di Wassermann fortemente positiva.

Per quello che riguarda la genesi della affezione l'A. ritiene che nel primo caso si tratta di una neurite periferica interessante le fibre terminali del tratto efferente dell'arco riflesso (fibre comprese tra il ganglio ciliare ed il tessuto irideo); che nel secondo caso invece sia più legittimo pensare ad una lesione del centro corticale della visione e precisamente ad un focolaio meningitico del labbro inferiore della scissura calcarina. F. VICENTINI.

Acido ascorbico e sclerosi a placche.

Marinesco, Bultu e Olteanu comunicarono nel dicembre 1935 alla Accademia di Medicina di Francia di avere riscontrato nel liquido cefalorachidiano dei pazienti di sclerosi a placche una diminuzione dell'acido ascorbico. Si tratta in questa interessante malattia di una avitaminosi? Il problema non è così puro e semplice.

Si sa che alcuni composti ascorbici rallentano o impediscono la crescita dei tumori e producono dei fenomeni di disinfiltrazione, mentre altri realizzano delle vere frustate a favore dell'accrescimento.

Nella sclerosi a placche si potrebbe pensare che l'alterazione locale primitiva della nutrizione consistesse in una modificazione della attività dei fermenti sia come esagerazione dei processi litici, sia come diminuzione dei processi di edificazione sintetica.

Partendo da questi concetti Lépine, Arloing, Morel e Josserand (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 27 ottobre 1936) hanno tentato di attivare questi fermenti. Essi avevano già notato, in loro ricerche, la capacità di attivare la fermentazione insita in un complesso risultante dalla reazione ferrico-deidro-ascorbica. Han pensato di associarvi gli ioni di magnesio, che sono tra i più notevoli attivatori di fermenti (von Euler e sua scuola). Hanno così ottenuto un

corpo complesso, il *ferriscorbone magnesiaco*, che hanno iniettato alla dose di 0,025 gr. in soluzione acquosa endovenosa a serie di quindici-venti iniezioni a giorni alterni.

Nessun aggravamento si è verificato; l'innocuità del prodotto è stata ben dimostrata. In vari casi di sclerosi a placche si sono avuti miglioramenti. L. TONELLI.

Contributo alla röntgenterapia delle affezioni de sistema nervoso simpatico. (La cura della ipertensione arteriosa).

La röntgenterapia delle simpaticopatie ha seguito gli sviluppi della fisiologia e della chirurgia del simpatico ed ha cercato di portare l'azione perturbatrice delle radiazioni su quegli organi che finora il chirurgo ha col bisturi modificato. La chirurgia del simpatico irreparabilmente demolitrice non ha pienamente risposto alle speranze di molti; assai di più si chiede ora alla radioterapia, la quale inoltre ha il merito di non provocare i danni cospicui che può dare l'intervento chirurgico.

Il meccanismo di azione della radioterapia è molto discusso, ma probabilmente ha una azione vasomotrice regolarizzante la funzione del simpatico e producendo speciali reazioni umorali.

S. Attilj (*Athena*, ottobre 1936) riferisce che nei due ultimi anni ha irradiato 27 malati affetti da lesioni riferibili al turbato equilibrio del sistema nervoso simpatico: 7 pazienti con ipertensione arteriosa, 6 con sintomi di angina di petto, 5 con ulcera duodenale, 4 con affezioni vascolari periferiche, 5 con turbe mestruali o della menopausa.

In questo lavoro l'A. si diffonde solo ad illustrare i soliti malati affetti da ipertensione arteriosa. I sette pazienti erano in età dai 40 ai 68 anni con una pressione massima superiore di molto al normale. In quattro di essi fu irradiata la zona corrispondente alle capsule surrenali: di essi in tre si verificò un abbassamento di breve durata in quantochè dopo uno o due giorni la pressione ritornò ai valori di prima. In un solo caso la pressione rimase abbassata per circa quattro mesi. Altri tre casi furono trattati stimolando il seno carotideo: i risultati furono lusinghieri; infatti la pressione massima discese nel primo da 245 a 175, nel secondo da 195 a 152, nel terzo da 210 a 160; nello stesso tempo vi fu remissione dei fenomeni subiettivi (cefalea, ronzii, sonnolenza). Dopo quattro mesi dalla cura, la pressione era tornata lievemente ad aumentare, senza però ricomparsa dei fenomeni subiettivi.

Pur non potendo trar conclusioni su di un argomento ancora così controverso l'A. crede che si possa affermare che la irradiazione a dose stimolante del seno intercarotideo, la quale è capace di produrre una azione, sia pur temporanea, ipotensiva, meriti di essere presa in considerazione e di essere diffusa onde potere su di un certo numero di esperienze trarre deduzioni probative. F. VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

La velocità di circolazione nel pneumotorace bilaterale.

A. Iraci (*Rivista di Patologia e clinica della tubercolosi*, 30 settembre 1936) ha ritenuto interessante esaminare la V. di C. in alcuni infermi portatori di pnx bilaterale e in alcuni altri, sia prima che dopo l'istituzione del pnx bilaterale. Ha compiuto tale studio non tanto per vedere se nel polmone collassato esistesse o meno una stasi, quanto per accertare se questa eventuale modificazione della circolazione polmonare fosse un fattore necessario alla fibrificazione, alla cicatrizzazione delle lesioni tubercolari polmonari. A tale scopo ha adoperato l'iniezione endovenosa di Decholin.

Nei 15 infermi portatori di pnx bilaterale tutti i valori della V. di C. riscontrati rientravano nella cifra data come normale dai diversi AA. Nei 10 malati nei quali la V. di C. fu misurata prima e dopo qualche tempo di cura pnx, non si ebbe a notare rallentamento della V. di C.

Sulla base di questi risultati l'A. conclude che il pnx bilaterale ipoteso o con pressioni terminali espiratorie positive non elevate non provoca un rallentamento della V. di C., per cui si deduce che in tali pnx, anche a collasso polmonare ben accentuato, non esiste stasi nel piccolo circolo. Poichè su 25 casi, 18 risultarono migliorati in seguito a cura pnx, è lecito pensare che la stasi non sia uno dei fattori necessari perchè il pnx produca buoni effetti.

F. VICENTINI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Sifilide congenita e matrimonio. — All'abbonato n. 3067-1.

Nel caso segnalato dall'Abbonato occorrerebbe anzi tutto escludere in modo assoluto che la madre sia stata infettata dal marito prima che nascesse il soggetto in questione. Si ritiene ora, cioè, che non vi sia eredolue, come si chiamava una volta, senza sifilide materna: in altri termini la così detta sifilide ereditaria, che ora si preferisce chiamare congenita od innata, non sarebbe se non una sifilide acquisita dal feto nell'utero dalla madre infetta.

Se si potesse dunque dimostrare che la madre era sfuggita all'infezione coniugale, sarebbe lecito presumere che anche il prodotto del concepimento fosse rimasto indenne.

È probabile però che questa regola abbia qualche eccezione (che cioè possa aversi, sia pure di rado, una sifilide congenita di origine esclusivamente paterna): per questo e per altri ovvii motivi, fra cui la difficoltà di avere notizie precise sulla madre, la quale potrebbe anche essersi contagiata dopo il parto così che le ricerche sul suo conto diverrebbero ancor più complicate ed incerte, ogni decisione sul caso in esame dev'essere subordinata ad una severa e minuta indagine anamnestica, clinica e sierologica del soggetto. V. MONTESANO.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Termini e forme dei rimedi giuridici contro i risultati dei concorsi sanitari provinciali.

A) *Atto impugnabile.* — Dispone l'art. 23 del R. D. 11 marzo 1935 n. 281, *per i concorsi degli ufficiali sanitari*: « Il Prefetto approva la graduatoria dei candidati risultati idonei e ne dispone la iscrizione e la pubblicazione nella *Gazz. Uff.* del Regno, nel Foglio degli Annunzi della Provincia e, per otto giorni consecutivi, all'Albo Pretorio della Prefettura e dei Comuni interessati. Il termine per la presentazione dei ricorsi avverso il provvedimento del Prefetto *decorre dalla data di pubblicazione nella « Gazz. Uff. » del Regno.*

Soggiunge l'art. 24 che « i candidati risultati idonei sono nominati con decreto del Prefetto secondo l'ordine della graduatoria ecc. È chiaro che il provvedimento del Prefetto è definitivo e contro di esso è ammesso ricorso al Consiglio di Stato in s. g. nel termine di giorni 60 o in via straordinaria (con minori garanzie formali, mancando il contraddittorio e la oralità) nel termine di 180 giorni. Per l'uno e per l'altro rimedio, il termine decorre dalla *data della pubblicazione nella « Gazzetta Ufficiale »*: sia ben presente questa regola. Il ricorso è diretto contro questo provvedimento e, conseguentemente, contro l'altro concernente la nomina.

Le forme dei ricorsi sono quelle ordinarie, stabilite dalla legge sulla giustizia amministrativa.

Per i sanitari condotti dispone l'art. 55 che « la graduatoria del concorso è approvata dal Prefetto, il quale provvede, con separato decreto, alla dichiarazione dei candidati vincitori per ciascun posto messo a concorso... *Il provvedimento del Prefetto con cui si fa luogo alla dichiarazione dei vincitori del concorso è definitivo* ed è pubblicato nei modi e termini stabiliti nell'art. 23 per la graduatoria unitamente alla graduatoria medesima ». Soggiunge l'art. 56 che « il Prefetto comunica al Podestà o al Presidente del Consorzio o della istituzione pubblica di assistenza e beneficenza il nome del vincitore del concorso per la nomina ». Anche in questo caso, dunque, il provvedimento del Prefetto è definitivo e contro di esso sono proponibili i rimedi già indicati. Da quale data decorrono i termini? L'art. 23, sopra riportato, contiene due origini di disposizioni: le prime regolano le forme e i termini *della pubblicazione;* l'altra stabilisce il punto di partenza del termine per il ricorso. L'art. 55 richiama, per i sanitari condotti, l'art. 23, ma si riferisce alla *pubblicazione* del *provvedimento* del Prefetto, « nei modi e termini stabiliti, ecc. ecc. ». Letteralmente, quindi, sembra che si applichino le disposizioni concernenti la forma e i termini della pubblicazione del provvedimento, i quali sono distinti dalla decorrenza del termine per il rimedio giuridico, che è attività successiva e diversa. Ma è da ritenere che, anche per i sanitari condotti, il termine decorra dalla data della pubblicazione nella *Gazz. Uff.* Si può discuterne: conviene però evitare queste controversie preliminari e i relativi rischi, agendo nel termine di 60 giorni dalla data indetta, senza attendere la comunicazione personale.

B) *Atti da esibire col ricorso.* — Provvedimento del Prefetto; verbali della Commissione; deliberazione di nomina conseguenziale. Purtroppo, l'attività pratica è spesso ostacolata e infastidita dalla difficoltà di avere copia in forma legale dei verbali. Così nei concorsi singoli comunali ed ospedalieri come nei concorsi provinciali, non tutte le amministrazioni si uniformano alla medesima regola e alcune rifiutano di dare copia dei verbali, considerandoli atti interni. È un errore, ma giustificabile da qualsiasi punto di vista: giuridico e pratico. Coloro che per ogni atto cercano una formale ed espressa disposizione di legge e non considerano la struttura dell'ordinamento giuridico i nessi logici tra premesse e conseguenze, rispondono che il caso non è contemplato e l'atto della Commissione appartiene alla Amministrazione come res, interna corporis. A me sembra incredibile perfino il dubbio. I verbali sono destinati ad accertare il procedimento formativo del giudizio finale e, in genere, l'attività della Commissione. Non sono, dunque, atti interni. Il concorrente ha diritto e interesse di esaminarli, per controllare la osservanza della legge e rilevare le eventuali illegittimità lesive del suo interesse. Se la legge ammette il rimedio giurisdizionale contro gli atti stessi e il risultato del concorso e, quindi, il controllo della parte e il sindacato della giurisdizione amministrativa, è ovvio che i verbali debbano essere comunicati a richiesta degli interessati. Sarebbe contraddittorio ed assurdo assoggettare un atto al sindacato giurisdizionale e nello stesso tempo sottrarlo alla conoscenza della parte! di più: il ricorrente deve esibire non soltanto il provvedimento conclusivo ma anche gli atti della Commissione, se questi siano impugnati: è concepibile che sia negata la possibilità di eseguire l'obbligo della esibizione in giudizio? Contro la oscitanza e il rifiuto c'è il rimedio:

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

(Seguito: **Politica-Sanitaria e Giurisprudenza):**

richiesta formale per mezzo di ufficiale giudiziario e deposito del verbale negativo. Così si evita la dichiarazione di inammissibiltà del ricorso. Ma qui si discute della legittimità del rifiuto e a me non pare che si possa trovare una ragione per giustificarlo. Si consideri poi l'interesse pratico. Il concorrente deluso ritiene, generalmente, che non gli sia stata fatta giustizia e si propone di ricorrere; ma prima di esporsi al rischio della lite e al relativo costo, è ovvio che egli debba controllare gli atti, per rilevare se ne risultino motivi di illegittimità. Qualora gli sia sottratta questa possibilità, egli deve rassegnarsi ad occhi chiusi o agire a scopo esplorativo, con ricorso generico; farà eseguire la interpellanza, che importa una spesa inutile. Deve poi attendere che il Consiglio di Stato ordini la esibizione: e è dubbio che questo ordine sarà dato. Intanto è necessaria una interlocutoria con effetti di spese e di ritardo dannoso anche alla Amministrazione. Finalmente, esibiti gli atti, il concorrente *notificherà motivi aggiunti* o constaterà che il procedimento è stato impeccabile, almeno formalmente.

Ecco una complicazione costosa, fastidiosa, assurda. Perchè negare copia dei verbali? Perchè costringere a spese, ritardi, molestie? É da augurare che siano emanate istruzioni dal Ministero a tutte le Amministrazioni degli enti locali, al fine di evitare un inadempimento così illogico e dannoso.

C) *Motivi deducibili*. — Nessuna novità da questo punto di vista. Come per tutti i concorsi, gli atti della Commissione e, quindi, il provvedimento conclusivo, possono essere denunziati per illegittimità: generalmente per violazione di norme giuridiche o per eccesso di potere; (per es. contraddizioni, diversità di trattamento, omissione di valutazione, insufficienza di motivazione, ecc.).

Anche la distribuzione dei punti fra le varie categorie di titoli può essere controllata e censurata se non corrisponda allo scopo del concorso, alla graduazione della importanza dei vari gruppi di titoli o sia illogica.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

LITORA ALIENA

Una visita ad alcuni Centri neuro-chirurgici degli Stati Uniti di America.

Durante il mese di settembre 1936 ho avuto occasione di visitare alcuni Centri neuro-chirurgici del Nord-America.

Credo di fare cosa gradita ai colleghi, che si interessano di neuro-chirurgia, lo scrivere un breve riassunto di ciò, che ho veduto.

A New York ho visitato anzitutto il Neurological Institute. La sua organizzazione neurochirurgica mi è apparsa molto buona. Il Reparto, che oggi fa parte dei grandiosi fabbricati del Medical Centre, è diretto dal dr. Elsberg, che ha come associati o assistenti i dottori Stookey, Masson, Davidoff, Deery ecc.

I malati vengono studiati accuratamente; si ricorre alla encefalo o alla ventriculografia solo quando i dati dell'esame neurologico non sono sufficienti per la diagnosi di sede.

Ciascun problema diagnostico è presentato dall'assistente, che si occupa del malato, agli altri colleghi, che discutono il caso. Anche io ho potuto assistere ad una di queste riunioni, che mi sembrano assai pratiche.

Negli interventi chirurgici l'anestesia basale avertinica è largamente usata, ed è completata con narcosi eterea.

Ho potuto assistere a varie operazioni: rimozione di un segmento erniato del nucleo polposo; mobilizzazione della corticale in un caso di epilessia jacksoniana da frattura avvallata verificatasi durante la nascita; neurotomia retrogasseriana per via temporale; cordotomia unilaterale per dolori da metastasi di carcinoma mammario; esplorazione della fossa cranica posteriore per sospetto di tumore cerebellare; intervento per via extradurale in un caso di adenoma cromofobo della ipofisi.

I lembi osteoplastici vengono delimitati con trapano a mano e sega di Gigli.

L'emostasi è fatta con termocoagulazione, cera di Horsley, clips.

I dati della pressione, polso, respiro ecc. sono controllati durante la operazione dalla infermiera incaricata della narcosi.

All'Istituto neuro-psichiatrico, anche esso facente parte del Medical Centre, ho avuto il piacere di vedere il dott. Ferraro, che è Associate Professor. Egli mi ha mostrato gli esiti di interessanti esperimenti eseguiti su numerose scimmie (Machacus rhesus), per individualizzare alcuni centri cerebellari, e i loro rapporti con la funzione labirintica.

Il Neurological Institute è situato in vicinanza del Hudson, e dai piani superiori dell'edificio si vede il grande corso d'acqua. Sul lato opposto della città, in vicinanza dell'East River, si trova il nuovo e grande New York

Hospital, connesso con la Cornell University. Il dr. Heuer mi ha gentilmente mostrato alcune cose interessanti. Ho anzitutto assistito ad una lezione di chirurgia sperimentale fatta ad un gruppo di circa una dozzina di studenti.

In questo insegnamento la pratica chirurgica, dalle varie forme di anestesia, alla disinfezione, alla esecuzione di alcuni interventi, al trattamento postoperatorio delle lesioni chirurgiche, è dimostrata agli studenti, i quali vi prendono parte diretta.

Successivamente ho osservato alcuni risultati sperimentali di interventi, per indurre nei cani una ipertensione arteriosa e successivamente per curarla.

* * *

A Baltimora ho passato alcuni giorni frequentando il servizio neuro-chirurgico del Johns Hopkins Hospital diretto dal dr. W. Dandy.

Questi, che fu già allievo di Halstead e poi con Cushing, è neuro-chirurgo troppo ben conosciuto, perchè occorra presentarlo. L'attività, che si svolge nel suo Reparto, è veramente grandissima: durante 5 giorni ho potuto assistere a 15 interventi, tutti eseguiti da Dandy. Egli fa uso larghissimo della ventriculografia. I pazienti, nei cui ventricoli è stata iniettata l'aria, e nei quali si tiene anche un conto relativo della stima ventricolare, vengono portati direttamente nel Reparto radiografico.

Di solito vengono eseguiti 12 ventriculogrammi (stereoscopici), che sono subito mostrati al chirurgo. Se questi giudica necessario intervenire, l'operazione segue immediatamente. Altrimenti l'aria iniettata traverso una, o le due piccole trapanazioni occipitali, viene estratta.

È cosa ben nota che Dandy attribuisce la più grande importanza ai dati ventriculografici. Naturalmente essi debbono essere bene interpretati.

L'anestesia è quasi sempre quella basale avertinica, che viene completata con lieve narcosi eterea: essa viene eseguita da una infermiera anestetista.

Fra i neuro-chirurgi, che io ho veduto, Dandy mi è apparso il più rapido; come del resto può essere dedotto dal numero delle operazioni, che gli ho veduto eseguire in un breve spazio di tempo. Egli è tuttavia meticoloso nella emostasi. Al pari della maggior parte dei neuro-chirurgi americani non adopera alcun istrumento elettrico per formare i lembi osteoplastici.

Sarebbe troppo lungo (seppure molto interessante) ricordare tutti gli interventi ai quali ho assistito. Accennerò solo ad alcuni: una sezione della radice sensitiva del trigemino col suo metodo (via posteriore); la sezione del nervo vestibolare in due casi di vertigine di Menière; un intervento per ematoma sottodurale; l'asportazione dei plessi coroidei dei ventricoli laterali in un caso di idrocefalo.

Dandy ha trovato assai spesso, in casi di nevralgia del trigemino, delle formazioni vascolari anomale, in immediata vicinanza della radice stessa. Esse potrebbero rappresentare il momento causale della nevralgia. Anche nel caso operato dinanzi a me esistevano delle piccole formazioni varicose, che vennero coagulate. La sezione della radice fu, come di solito, parziale. L'intervento fu eseguito con grande semplicità e rapidamente.

Altrettanto, e forse più rapidamente, fu sezionata la parte anteriore dell'VIII paio di destra in un caso di vertigine di Menière, mentre più indaginoso fu l'intervento in un caso di recidiva, e nel quale fu completata la sezione del nervo.

In un bambino idrocefalico vennero asportati i plessi coroidei dei ventricoli laterali traverso due piccoli forami di trapanazione occipitale. Due tubi di Cameron illuminati vennero spinti traverso i lobi occipitali fino entro i ventricoli, ed i plessi (che sembravano aver subito una trasformazione papillomatosa) asportati.

L'ematoma sottodurale cronico venne aperto, vuotato, e le membrane, che lo limitavano, asportate.

* * *

A Chicago esistono vari servizi neuro-chirurgici. Alla Chicago University, in assenza del dr. Bailey, il dr. Bucy ebbe la cortesia di mostrarmi il Reparto neuro-chirurgico e di farmi vedere alcuni malati. Fra questi ricordo un bambino con una enorme iperostosi del frontale e dello sfenoide, che aveva determinato una amaurosi completa ed un esoftalmo di alto grado.

Potei assistere anche a delle mielografie nella Sezione radiologica annessa al Reparto.

Al Reparto neuro-chirurgico della University of Illinois il dr. Oldberg mi fece osservare un paziente affetto da meningioma della fossa cranica anteriore. Il tumore aveva provocato una vasta proliferazione ossea del frontale, nonchè sintomi di aumentata pressione endocranica, con danno della funzione visiva. Era stata eseguita in primo tempo una decompressione sottotemporale, per evitare una ulteriore compromissione del visus; successivamente, a tappe, sarebbe stata asportata la zona iperostotica e rimosso il tumore.

Ho assistito ad una operazione eseguita dal dr. Loyal Davis. Si trattava di un paziente con una tumefazione della regione sopraclavicolare sinistra, alla quale sembrava doversi attribuire una sindrome di paralisi del simpatico cervicale di sinistra ed una paralisi a tipo plessuale inferiore.

Il tumore si affondava verso la cupola pleurica, e richiese manovre complesse per il suo isolamento. Il chirurgo rimase incerto nella diagnosi fra un sarcoma ed un tumore a clessidra, di cui l'altra parte avrebbe dovuto trovarsi nel canale spinale.

Da Chicago sono andato a Rochester (Minnesota), ove ho passato vari giorni.

La Mayo Clinic e le istituzioni medico-chirurgiche, che le fanno corona, sono troppo ben note, perchè io ne debba parlare qui.

La Mayo Clinic propriamente detta, il grande edificio cioè, ove si procede ai primi accertamenti diagnostici dei malati, prima che essi siano inviati nei vari ospedali, offre un esempio di organizzazione dinanzi al quale si resta veramente ammirati. L'archivio delle schede cliniche (circa 1 milione) è tenuto con tale assoluta precisione, quale può trovarsi solo in un grande e moderno Istituto di Statistica.

Quivi ho conosciuto Ch. W. Mayo, ancora vegeto ed attivo; e il dr. Donald Balfour, che furono con me molto cortesi.

Il Reparto neuro-chirurgico è diretto dal dr. Adson, che ha come associati i dr. Craig e Love.

Ho assistito ad una operazione fatta da Adson per ipertensione essenziale. Egli, traverso una incisione lombare sinistra, previa resezione della 12ª costola, scoprì e resecò i nervi splancnici dello stesso lato, nonchè un tratto del ganglio semilunare; asportò i gangli lombari 1° e 2° ed un segmento della surrenale. La stessa operazione era stata eseguita alcuni giorni prima dall'altro lato. L'operazione procedette con grande esattezza e chiarezza. Ottima la narcosi intratracheale.

Adson mi diceva che in molti casi, da lui e dai suoi collaboratori operati, la pressione arteriosa è scesa di molto, e talora a valori del tutto normali.

I dr. Love e Craig operarono ciascuno un paziente in cui era stata fatta diagnosi di ernia del nucleo polposo. In ambedue i casi si trattava del nucleo fra 4ª e 5ª L. L'asportazione venne fatta per via extradurale. Questi due chirurgi mi mostrarono con grande evidenza gli effetti locali della compressione radicolare da parte del segmento di nucleo erniato.

Ho assistito anche alla indagine radiologica, previa iniezione di lipiodol nello spazio aracnoideo, per stabilire la presenza delle caratteristiche modificazioni nella colonna lipiodolica, che si osservano in casi di ernia del nucleo polposo.

Non farò che ricordare di sfuggita la splendida Biblioteca annessa alla Clinica ed il Museo, veramente meraviglioso, situato in un edificio apposito, ed al quale (salvo una parte) è ammesso anche il pubblico non medico.

La Mayo Clinic è un esempio vivente di quelle straordinarie possibilità individuali, che in America hanno dimostrato, in campi diversi, uomini quali Rockefeller, Ford, i fratelli Mayo.

Molti medici italiani hanno visitato, o hanno fatto parte della famiglia sanitaria della Mayo Clinic. Io vi ho trovato il dott. Piero Frugoni, che da circa un anno ha l'ufficio di assistente nella clinica, e che mi è stato di guida cortese.

Da Rochester sono passato a Boston, ove la neuro-chirurgia è tenuta in grande onore, ed ha la tradizione di Harvey Cushing.

Al Massachusetts General Hospital il dr. James White, conosciuto sopratutto per i suoi lavori sul simpatico, mi riferì su alcuni interessanti esperimenti, che porterebbero una notevole chiarificazione sul problema delle recidive dopo simpatectomia nel morbo di Raynaud. Egli mi permise anche di assistere ad una interessante seduta della Società neurochirurgica.

Di grande interesse furono le visite fatte al Deaconess Hospital della Lahey Clinic, ove il dr. Horrax ed il suo Associato dr. Popen mi fecero gentilmente assistere a vari interventi chirurgici. In un paziente (con papilla da stasi ed emianopsia omonima, spostamento verso sinistra dei corni frontali e 3° ventricolo) fu eseguita una craniotomia osteoplastica temporo-parietale destra (anestesia avertina ed eterea faringea). Asportata la corteccia di un segmento del lobo temporale fu trovato ed isolato un tumore ben limitato duro bernoccoluto, non molto voluminoso. Venne enucleato. Horrax pensò che si potesse trattare di un tumore metastatico: ed invero un esame istologico estemporaneo dimostrò la struttura di un tumore di origine surrenale.

Riveduto dopo due giorni il paziente appariva in buone condizioni: l'emianopsia era scomparsa.

In due pazienti fu eseguita la sezione parziale della radice sensitiva del trigemino per via temporale. Anestesia avertina-etere; pazienti fissati in posizione seduta. La emostasi della meningea media viene fatta tappando il forame spinoso con cera e cotone. La radice sensitiva è uncinata e gradualmente incisa nei suoi due terzi esterni. La radice motoria fu messa in evidenza in ambedue i casi e risparmiata.

Un altro paziente fu operato per un adenoma cromofobo estesissimo. Il tumore aveva già provocato amaurosi quasi completa e dato sintomi d'ipertensione. Intervento transfrontale con scollamento della dura ed incisione ampia della stessa lungo la piccola ala, e sino alla linea mediana. La vista ottenuta apparve assai buona. Parziale asportazione della capsula e vuotamento accurato del voluminoso tumore, di cui una parte era retrochiasmatica.

Al Peter Bent Brigham Hospital, che fa parte della celebre Harvard University, il dott. Cutler, successore di Cushing nella Cattedra di chirurgia, mi permise di proiettare una pellicola rappresentante un intervento sul simpatico lombare.

Il mese trascorso in questi vari centri neurochirurgici del nord America mi ha permesso di rendermi conto dell'alto grado di efficienza al quale questa specialità è arrivata, sia per ciò che riguarda la organizzazione, sia per quanto concerne l'abilità tecnica dei chirurgi.

Sarà cosa veramente utile per i nostri malati e per il progresso, anche in Italia, di questa

branca specialissima della chirurgia, se anche presso di noi verranno gradualmente costituiti dei centri neuro-chirurgici.

Prima di chiudere questa breve rassegna, sento il dovere di ringraziare tutti i colleghi Nord Americani, che furono con me così cortesi ed ospitali; e di inviare anche un saluto ed un caldo ringraziamento ai colleghi italiani ed italo-americani di Boston e di New York, che mi procurarono il piacere di intrattenermi con loro su argomenti tratti dalla mia pratica neuro-chirurgica, e vollero dimostrarmi la loro graditissima simpatia.

Novembre 1936-XV.

ANGELO CHIASSERINI
Chirurgo prim. degli Ospedali di Roma

CONCORSI.

Norme per i concorsi a posti di sanitari condotti.

Come abbiamo già riferito, la « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato un R. decreto-legge che abroga le disposizioni della legge 20 aprile 1936 contenenti norme provvisorie per l'ammissione dei sanitari richiamati alle armi ai concorsi a posti di medico e di veterinario condotto e ridà vigore alle disposizioni dell'art. 34 del regolamento approvato con R. decreto 11 marzo 1935 anche per i concorsi al posto di medico e veterinario condotto già banditi e non ancora espletati.

Il limite massimo di età per l'ammissione ai concorsi al posto di sanitario addetto ai servizi dei Comuni e delle Provincie è elevato ad anni 34 al 31 dicembre 1937. Tali disposizioni si applicano anche ai concorsi già indetti e non ancora espletati.

Nella valutazione dei titoli dei concorrenti il servizio prestato in Colonia con funzioni di sanitario condotto dai medici e dai veterinari dipendenti dai Governi e dalle Amministrazioni municipali della Colonia è equiparato a quello di sanitario condotto prestato nel Regno.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Al 22 dicembre, ore 12, concorsi per titoli ed eventualmente per esami ai seguenti posti:

primario ginecologo-ostetrico; età limite 45 anni al 22 nov.; stip. L. 5000 lorde, non aumentabili; non sono concesse indennità; partecipaz.;

aiuto radiologo; età limite 35 anni; stip. lire 3248, alloggio, indennità giornaliera vitto L. 11,60;

otto medici assistenti (3 di chirurgia, 3 di medicina, 2 di ortopedia e traumatologia); età limite 32 anni; stip. L. 2700; indennità come sopra.

Per tutti tassa concorso L. 50,50. Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria.

MILANO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 13 gennaio, ore 17. Titoli. Medico primario o di Sezione presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Milano in Mombello; stip. L. 13.000 e 3 trienni e 4 quadrienni di L. 1400, supplem. serv. att. L. 3000. Richiedere bando di concorso all'Amministrazione, via Monforte 13, Milano.

MILANO. — La R. Prefettura comunica: È riaperto pubblico concorso per titoli ed esami per i seguenti posti di medico condotto: Bovisio, Brembio, Cesano Maderno, Desio, Mairago, Marcallo e Mesero, Milano (3 posti), Sesto S. Giovanni, Sovico, Varedo. Il primitivo limite di età di 32 anni è stato elevato a 34 anni. Scadenza del concorso 31 dicembre 1936-XV. Chiedere bando e schiarimenti alla R. Prefettura di Milano (Ufficio Sanitario).

ORVIETO. *Civico Ospedale.* — Scad. 15 dicembre; aiuto chirurgo; L. 7500 e 3 quinquenni dec., oltre L. 600 indenn. serv. att., L. 2800 indenn. ospedaliera, c.-v.; età limite 35 anni al 1° nov.; tassa L. 50,20. Obbligo residenza in città. Rivolgersi alla Congregaz. di Carità.

PESCARA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 10 genn., ore 17; direttore del Consorzio e direttore del Dispensario provinciale antitubercolare; stip. L. 16.000, due quadrienni di L. 2000, indennità L. 6000 per la direzione del Consorzio e L. 3000 per la direzione del Dispensario. Età limite 40 anni al 10 nov. Titoli ed esami. Chiedere annunzio alla Segreteria (Palazzo del Governo e della Provincia).

ROMA. *Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori.* — Concorso per titoli ed esami per la nomina del Primario del reparto chirurgico, di 1 capo-servizio sezione Roentgen e di 1 Assistente del reparto fisioterapico. Presentare alla Segreteria dei Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri (viale Regina Margherita 295) non più tardi delle ore 12 del 20 gennaio, la domanda di ammissione, specificante il posto al quale aspirano, corredata dai documenti di rito. Gli aspiranti che risiedono nelle Colonie potranno presentare, ai fini dell'ammissione al concorso, entro il 20 gennaio 1937 la sola domanda, con l'obbligo però, di produrre tutti gli altri documenti prescritti successivamente e non oltre il 20 febbraio. Le norme per l'ammissione e il metodo del concorso, gli obblighi degli eletti, la durata del servizio ecc. risultano dal Regolamento speciale per il personale sanitario e dal Regolamento interno in vigore. Detti regolamenti sono estensibili presso la Segreteria dei Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 30 dic., ore 12. Concorso per esami e titoli a 13 aiuti medici, 13 aiuti chirurghi e 1 aiuto otorinolaringoiatra. Età limite 35 anni al 6 nov. Stip. L. 7300; c.-v. Chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

SIENA. *Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò.* — Scad. 15 dic., ore 12; medico praticante; nomina biennale; indennità di servizio L. 700 mensili nette, alloggio. Età limite 30 anni. Chiedere annunzio alla Segreteria della Società di Esecutori di Pie Disposizioni, via Roma 41.

CONCORSI A PREMI.

Premio « Mario Segale ».

È aperto il concorso ad un premio di L. 500 (cinquecento) da assegnarsi al miglior lavoro di una donna italiana laureata in Medicina e Chirurgia, sopra un argomento di batteriologia (di indole sperimentale o di indole clinica). Il lavoro deve essere inedito e rappresentare opera prevalentemente originale. Dovrà pervenire, in tre copie dattilografate, alla Segreteria dell'ANFAL (Associazione Nazionale Fascista Artiste e Laureate) Circolo di Genova (via Cairoli 18), entro il 21 aprile 1937-XV. Modalità consuete. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Foglio d'ordini della R. Marina in data 23 novembre reca che, con decreto registrato il 7 novembre, è stata conferita la medaglia di bronzo al valor militare al tenente generale medico nella riserva navale prof. sen. Aldo Castellani.

Il maggior gen. medico del Corpo sanitario militare marittimo Adami assume la carica di direttore generale della Sanità militare marittima, in sostituzione del ten. gen. medico Falco, collocato a disposizione.

Al Governatorato di Roma, in esito a concorso interno per titoli, sono stati nominati: il dott. Scipione De Rossi, vice-direttore dell'Ufficio d'igiene e sanità; il dott. Nicola Trulli, ispettore capo dell'assistenza sanitaria; il dott. Arturo Petacci, ispettore capo dei servizi di profilassi delle malattie infettive.

Nella Pontificia Accademia delle Scienze sono stati nominati accademici i proff. F. Bottazzi di Napoli, A. Pensa di Parma, A. Castellani di Roma, P. Rondoni di Milano e tra gli stranieri i proff. H. Godlewski e R. Grégoire di Parigi, C. Sherrington di Londra, A. Carrel di New York, B. Houssay di Buenos Aires.

Il prof. Aristide Busi, titolare della cattedra di radiologia medica nella R. Università di Roma, è stato acclamato membro della Società tedesca di radiologia medica.

Sono trasferiti i proff.: Antonio Comolli, di patologia chirurgia, da Padova a Firenze; Amedeo Dalla Volta, di medicina legale, da Catania a Genova; Antonio Costa, di patologia generale, da Perugia a Pisa; Giuseppe Mazzetti, d'igiene, da Siena a Pisa; Pietro Tullio, di fisiologia, da Bari a Parma; Rodolfo Margaria, di fisiologia, da Padova a Pavia.

Il prof. G. Castiglioni è nominato alla cattedra di clinica ortopedica e traumatologica di Milano.

NOTIZIE DIVERSE

Raduno della Società di Storia delle Scienze mediche e naturali.

Il 23 ottobre ha avuto luogo in Roma una riunione della Società di Storia delle Scienze mediche e naturali, ospitata nel Museo di Storia della medicina nell'Ospedale di S. Spirito. Alle due sedute, sotto la presidenza del sen. prof. Giordano, parteciparono numerosi soci. Il prof. Castiglioni (Trieste) svolse una relazione su «Una pagina di storia dell'antica chirurgia» illustrando le vedute patogenetiche e operatorie sull'ernia inguinale (confusa con la femorale) da Ippocrate a Celso, a Galeno, alle Scuole araba e salernitana fino a Bassini. Seguirono comunicazioni di Capparoni (Roma) su due raffigurazioni dell'estrazione della mandragora che egli ha rintracciato in un codice della Biblioteca universitaria di Bologna e che ritiene siano quelle mancanti nel Dioscoride dell'importante codice di Juliana Avicia della Biblioteca imperiale di Vienna, di cui il codice bolognese (appartenente alla raccolta fatta dal Marsili) è la copia; di Castaldi (Cagliari) che ricordò un'opera dimenticata del Girolami di Foligno, che precorre le vedute della Scuola costituzionalistica italiana odierna in modo molto evidente; di Bazzocchi (Imola) su due crani osteoporotici precolombiani del Perù; di Garosi (Siena) che parlando di sei codici del Monastero dell'Osservanza e della Comunale di Siena scritti da studenti di medicina del sec. XV, cioè in un periodo nel quale fulgevano gli studi medici in quella Repubblica, descrisse la legislazione igienica senese di allora; di Mazzini (Imola) che biografò la figura di Francesco Alberghetti, ottimo medico che, fieramente e nobilmente fedele ai suoi ideali, lasciò una benefica istituzione sagacemente congegnata a prò degli imolesi; di Pazzini (Roma) che rievocò un medico pistoiese, il Biagini, quale fu il primo vaccinatore nella sua terra (1804). Nella seduta amministrativa si deliberò di tenere il prossimo raduno in Livorno, quando nel 1937 la Società italiana di Dermatologia e Sifilografia vi terrà il suo XXXI Congresso per celebrare degnamente il 250° anniversario della scoperta dell'origine acarica della scabbia, avvenuta in Livorno per opera di Bonomo e Cestoni; la proposta è del dott. Fauci, che negli ultimi anni si è dedicato a illustrare le figure di questi suoi due concittadini.

Società internazionale di chirurgia.

In occasione del Congresso francese di chirurgia, si sono riuniti 18 membri del Comitato della Società internazionale di chirurgia e sono stati designati i membri del Comitato scientifico; per l'Italia i proff. Donati (Milano) e Dominici (Napoli).

Si è preso in esame il progetto, elaborato negli Stati Uniti, di un Collegio internazionale dei chirurgi: si è deliberato di rimandare le decisioni al Congresso di Vienna (1938); ma varî oratori hanno riconosciuto che il progettato organismo non è necessario e si è annunziato che molti chirurghi, dopo avervi aderito, si sono dimessi: tra gli altri il segretario-tesoriere per l'America settentrionale, dott. Palmer.

Commissione internazionale del materiale sanitario.

Dall'11 al 18 ottobre si è tenuta a Ginevra, presso la sede della Croce Rossa Internazionale, la 12ª sessione della Commissione Internazionale per-

manente di studio per il materiale sanitario. Hanno riferito la Polonia, la Germania, la Svizzera e la Rumenia su vari problemi riguardanti la disinfezione delle acque, l'illuminazione, gli antisettici ecc., sempre riguardo ai servizi di campagna. In ultimo sono stati emessi voti per un più completo equipaggiamento sanitario individuale dei subalterni di Sanità, per l'istituzione dei treni ospedale ed è stato bandito un concorso per un tipo di bendaggio emostatico da usarsi sui campi di battaglia.

Sezione Laziale della Società italiana di gastro-enterologia.

Nella prima quindicina di dicembre, in epoca precisa da determinarsi, saranno riprese le sedute ordinarie mensili della Sezione Laziale di Gastroenterologia, presieduta dal prof. C. Frugoni. Il numero dei soci iscritti l'anno scorso e quello delle comunicazioni fatte sta a dimostrare l'interesse che destano i problemi della specialità gastro-enterologica nel campo medico-chirurgico-radiologico. Si confida pertanto che anche quest'anno non mancherà la collaborazione viva e fattiva dei soci.

Chi volesse iscriversi per qualche comunicazione può inviare il titolo al segretario A. Bonadies (Ospedale di S. Spirito, oppure via Crescenzio 19).

Propaganda igienico-sanitaria.

Il periodico « Sapere » (della Casa Hoepli), il quale ha già incontrato così pieno successo, ha iniziato la pubblicazione di un Supplemento, dal titolo « Vivere », destinato alla propaganda igienico-sanitaria: è quanto dire che esso ha lo scopo di contribuire a rafforzare la razza, secondo le direttive già tracciate dal Duce.

Reca articoli di personalità sanitarie di primo piano: De Blasi, Pende, Lombroso, Baglioni e di altri collaboratori pure apprezzati nel mondo sanitario: Minz, Monti, Alberti, ecc. Il supplemento consta di otto dense pagine ed è copiosamente illustrato.

L'accademico De Blasi inaugura la nuova pubblicazione con un articolo concernente il nostro problema demografico in rapporto all'Impero. Egli svolge il concetto che, per potenziare la razza, si deve promuovere non soltanto il numero, ma anche la qualità degli individui, il che potrà conseguirsi curando la salute fisica, mentale e morale delle nuove generazioni.

L'argomento di questo notevole articolo è stato radiodiffuso dalla Stazione dell'E.I.A.R. di Santa Palomba e dalla Stazione ad onde corte di Prato Smeraldo.

Un cordiale plauso, per la nuova iniziativa, alla attivissima Casa Editrice.

Mostra fotografica fra i sanitari d'Italia.

L'Associazione medici italiani artisti col patrocinio de « L'Italia Medica » e di « Nicia » ha organizzato un Concorso fotografico fra tutti i sanitari d'Italia (medici, veterinari, farmacisti).

Al Concorso seguirà una Mostra in cui saranno presentati i lavori di maggiore interesse e più riusciti.

Possono essere presentate fotografie di qualsiasi formato ed anche stereoscopiche, d'arte, scientifiche, di attualità. Una speciale Sezione sarà riservata alla fotografia di documentazione dei servizi sanitari in A. O.

In particolare considerazione saranno tenute le fotografie atte a documentare e valorizzare la flora officinale metropolitana o delle Colonie italiane.

Desiderate sono pure le fotomicrografie in nero e in colori che riguardino la istologia, la patologia, la batteriologia.

Ogni concorrente potrà inviare più fotografie.

Apposita Giuria sceglierà tra le opere concorrenti le migliori e le premiande (premi in denaro e in oggetti, medaglie e diplomi) allo scopo di esporle alla Mostra che verrà aperta al pubblico.

Nessuna quota è dovuta per la iscrizione e partecipazione, eccettuate le spese relative al trasporto e spedizione delle fotografie che stanno a carico del concorrente.

Il Concorso si chiuderà alle ore 24 del 31 gennaio 1937-XV.

La Mostra avrà luogo dal 17 al 28 febbraio 1937-XV, nei locali della Società Assalonnia, via Gioberti 2, Milano, alla cui sede dovranno essere inviate le opere. Per ogni altro chiarimento rivolgersi alla stessa sede.

Nuovi ospedali in Etiopia.

Il Consiglio di amministrazione dell'« Italica Gens » — associazione per soccorrere i missionari italiani all'estero — ha deliberato la costruzione di tre nuovi ospedali e di dieci scuole nelle regioni dei Galla Sidamo. Sono già partiti gli ingegneri che seguiranno le colonne di occupazione per poter dare subito mano ai lavori. Col consenso dell'Augusta Presidente della « Italica Gens » S. A. R. la Principessa di Piemonte, è stato deciso di intitolare il grande ospedale già esistente in Addis Abeba al nome della Principessa. I nuovi ospedali come le nuove scuole, saranno affidati ai missionari dell'Istituto della Consolata.

Corso dei soccorsi d'urgenza per missionari dell'Ordine di Malta.

Il 28 novembre nell'Aula Lancisiana dell'Ospedale di S. Giacomo in Augusta, si è inaugurato il terzo corso d'insegnamento teorico pratico dei soccorsi d'urgenza medici e chirurgici per missionari.

Il prof. Alessandri, della R. Università, ha letto la prolusione ed il prof. Castellani ha parlato sulla importanza del corso per i missionari.

Erano presenti il Ministro Solmi e il Gran Maestro dell'Ordine principe Chigi Albani.

Prima della lezione si fece la consegna dei diplomi agli allievi del corso 1936 che superarono gli esami finali.

Il corso, come si sa, è stato istituito dal Sovrano Ordine di Malta per preparare scientificamente i nostri missionari d'ambo i sessi a renderli atti ad approntare soccorsi d'urgenza in ogni momento.

I due primi anni di attività della « Scuola Missionaria » hanno messo in evidenza i vantaggi della iniziativa. Religiosi e religiose di ogni Ordine e di ogni paese, italiani, europei di remote contrade, cinesi e annamiti, hanno seguìto i corsi teorici, le esercitazioni pratiche, sufficienti per addestrare a recare soccorsi d'urgenza.

L'intero corso, sotto l'egida di sicure competenze come il prof. Alessandri e il sen. Castellani, e diretto da un animatore e competente quale il prof. Giorgi è razionalmente inteso a un indirizzo scientifico e pratico.

In tal modo l'Ordine di Malta, che ha assunto un apposito reparto di chirurgia nell'antico ospe-

dale romano, dimostra come sappia richiamarsi alle sue antichissime tradizioni, a quel concetto dell'« hospitalitas » che costituì la funzione fondamentale dell'Ordine e che oggi si rinnova con alti concetti umanitarii.

Un convegno per organizzare le " educatrici del malato ".

Si è svolto in Roma, per iniziativa e sotto la direzione dell'Associazione Educatrice Italiana, un Convegno di studio per la organizzazione del servizio delle « educatrici del malato » negli ospedali d'Italia. Il Convegno ha trattato del valore religioso e sociale dell'infanzia con particolare riguardo di quella malata e di tutte le opere del Regime per le madri, per i fanciulli, per i giovani. Le lezioni furono tenute dai proff.: Fr. Alessandro Alessandrini, dott. Paolo Alessandrini, Baldi, Banissoni, Bove, Canizzaro, Di Napoli, Fambri, Ferrari, Ferreri, Giannini, Grassi, Mancini Cortesi, on. Morelli, Niceforo, Pecori, Ranelletti, Vigliani.

Le prime, circa cento educatrici volontarie, tutte ex allieve delle Scuole Magistrali dell'Associazione Educatrici Italiane, hanno già seguito, nelle singole Scuole da cui provengono, anche i Corsi di Soccorso medico-sociale che l'Associazione istituì in ogni sua Scuola durante il passato anno scolastico. L'opera educatrice per i fanciulli malati avrà inizio nelle provincie di Bari, Bologna, Cagliari, Catanzaro, Genova, Livorno, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Torino e Venezia.

Un po' dovunque.

La rinnovata Pontificia Accademia delle Scienze, presieduta da padre Agostino Gemelli, inizierà i lavori il 6 febbraio 1937, anniversario dell'incoronazione di S. S. il Pontefice Pio XI.

Il 1° Congresso argentino di oftalmologia si è adunato a Buenos Aires, nei locali della Facoltà di scienze mediche, il 27 ottobre e seguenti.

In occasione del 100° anniversario della nascita di E. von Bergmann, il 16 dicembre, si terrà nella Casa Imperiale Federico di Berlino una Mostra commemorativa sulla chirurgia all'epoca di Bergmann.

L'Accademia di Medicina di New York ha organizzato una serie di conferenze per il pubblico, su « L'arte e il romanzo della medicina ».

Il 28 ottobre venne inaugurato a Torino il nuovo grandioso palazzo dell'igiene, ove sono allogati gli uffici municipali d'igiene, sanità e demografia; sorge in via della Consulta. È costato 45 milioni e mezzo di lire.

Il 29 settembre il presidente della Repubblica degli Stati Uniti, Roosevelt, ha collocato la prima pietra di un nuovo edifizio per la Scuola medica dell'Università di Syracuse; esso costerà poco più di 1.250.000 dollari (24 milioni di lire it.) e sarà completato nel 1937. Farà parte di un Centro medico.

Il 14 novembre è stata inaugurata a Parigi la « Casa degli studenti » dovuta alla Fondazione Rockefeller; alla cerimonia intervenne il presidente della Repubblica Albert Lebrun; parlarono il ministro dell'educazione nazionale Jean Zay, il sottosegretario agli affari esteri Coulet e il rettore dell'Università di Parigi Charléty, dopo di che l'ambasciatore degli Stati Uniti fece la consegna ufficiale dell'istituzione al sen. Honnorat.

Si è celebrato a Washington il centenario della biblioteca medica dell'Esercito degli Stati Uniti, che è la più ricca biblioteca medica.

Il prof. Mariano Messini, aiuto nella R. Clinica Medica di Roma, incaricato dell'insegnamento ufficiale dell'idrologia medica nella R. Università di Roma, ha tenuto la sua prelezione trattando il tema: « L'idroclimatologia e la medicina corporativa ».

La « Schweizerische mediz. Wochens. » ha dedicato al prof. Hans Guggisberg, clinico ostetrico-ginecologo di Berna, in occasione del suo 25° giubileo universitario, il fascicolo del 24 novembre il quale contiene 21 lavori originali.

Ne « L'Attualità Medica » di ottobre richiama l'attenzione un interessante articolo critico dell'accademico De Blasi sul noto libro di Carrel « L'uomo, questo sconosciuto ».

Il gen. med. prof. Loreto Mazzetti, nuovo direttore generale della Sanità Militare, ha assunto la direzione del « Giornale di Medicina Militare », in cui continuerà ad essere efficacemente coadiuvato dal col. med. V. De Bernardinis.

Presso l'Accademia di Storia dell'Arte sanitaria si è svolta la commemorazione della nobile figura della dott.ssa Isabella Grassi, figlia del compianto prof. Battista Grassi, la quale fu per 15 anni presidentessa della Federazione Italiana Laureate. Le signore Valeria Brunelli, Giuseppina Dragoni Testi e Vittoria Federici hanno presentato la figura della scomparsa nella sua duplice attività di studiosa e di patriota; Ella dette la sua opera di crocerossina in zona di guerra; fu attiva propagandista di opere sociali.

I giornali recano che all'Istituto antirabbico statale di Vienna si va applicando la cura della rabbia con le onde corte: in una forte percentuale di animali infettati si sarebbe ottenuta la guarigione.

I giornali recano che di due fratelli siamesi, Lucio e Simplinio Godnio, uno è morto di polmonite; alla « York Hospital » di New York si potè procedere immediatamente alla separazione del cadavere, dato che l'unione, alla base della spina dorsale, non interessava organi indispensabili alla vita; le condizioni del sopravvissuto erano soddisfacenti.

Nel magazzino de « La Farmaceutica » di Varese è stato commesso un furto di stupefacenti: si è vuotato l'armadio che li custodiva, senza toccare altra merce.

Il farmacista Antonio Lisi di Ceglio Messapica (Lecce), per un fatale errore, scambiava delle fialette di calcio con altre di pilocarpina ed eserina; la contadina Pasqua Chirico, in cui vennero praticate le iniezioni, è venuta a morte.

Il 5 novembre si è spento a Milano in età di 87 anni il prof. Ambrosio Bertarelli, che per un trentennio fu primario dermo-sifilografo in quell'Ospedale Maggiore, ove fondò la Sezione foto-radioterapica, che vi funziona in uno speciale padiglione intitolato al Suo nome; provvide anche alla costruzione di un padiglione per la crenoterapia, dedicato alla memoria dei fratelli Tommaso e Luigi. Fondò e diresse a lungo il « Giornale italiano di dermatologia e sifilografia ». Era una delle figure più spiccate del mondo medico milanese.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Med. Klinik, 31 lug. — H. PRIBRAM. Stati febbrili e subfebbrili di lunga durata.

Deut. Med. Woch., 1 ag. — Poliomielite.

Arch. p. le Sc. Med. lug. — M. FENICIA. Diffusione avventiziale della infez. tbc. — P. B. GIORDANO. Reaz. van den Berg nei cardiopazienti.

Paris Méd., 1 ag. — M. MONNEROT-DUMAINE. Accidenti biotropici.

Edinb. Med. Journ., ag. — C. F. W. ILLINGWORTH. Formazione di calcoli biliari. — A. C. COLES. Corpuscoli di virus nel linfogranuloma ing.

Jornal dos Clín., 30 giu. — M. DE SENNA e P. UCHÔA CAVALCANTE. Emorragia cerebellare.

Arch. Méd.-Chir. App. Resp., 3. — V. MONALDI. Cura della tbc. polm. con la toracoplastica anterolater. — O. M. MISTEL. Glandole endocrine e predisposizione alla tbc.

Quart. Journ. Med., lug. — J. L. LIVINGSTONE e M. GILLESPIE. Testi di efficienza respiratoria nell'asma. — R. V. CHRISTIE. Congestione polmonare consecutiva al pneumotorace art.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., lug. — J. TROISIER e al. Lipomi sottomucosi dello stomaco. — F. FERNANDEZ. La febbricola epatobiliare.

Presse Méd., 1 ag. — G. PAISSEAU. Trattam. della difterite maligna con la stricnoterapia intensiva.

Practitioner, ag. — Numero semi-monografico sulle malattie veneree.

Revue Neurol., giu. — Resoconto della 15ª riunione neurologica internaz.

Rivista di Chir., lug. — E. SEGEGHY. Il metodo più semplice per trasfondere il sangue naturale. — A. TOMMASELLI. Modificazioni patologiche del peritoneo nel cavo di Douglas.

Folia Med., 30 lug. — F. TOBÉ. Dal pneumotorace ipotensivo ai metodi chirurgici di detensione.

Pediatria, 1 ag. — G. TESAURO. Ormone galattogeno.

Klin. Woch., 8 ag. — H. HANKE, Vitamina C, tiroide e rigeneraz. ossea. — W. SZONELL. Funzione capillare e febbre.

Sperimentale, giu. — D. KERTESZ. Elasticità del cuore. — G. FAVILLI. Principio diffusore (fattore R) contenuto in alcuni organi. — A. COSTA e L. SEVERI. Sistema venoso delle capsule surrenali.

Presse Méd., 8 ag. — A.-J. PALANDER. Contagiosità delle forme chiuse di tbc. nell'infanzia.

Deut. Med. Woch., 7 ag. — RUNGE. Mestruazioni copiose e protratte. — GUNDEL e al. Difterite.

Müunch. Med. Woch., 7 ag. — H. MALTEN. Rapporti tra malattie. — C. KEIFFENHEIM. Diagnostica delle malattie reumatiche.

Med. Welt, 8 ag. — E. KÜSTER. Tempo ed epidemia. — H. ZEISS. Morbo di Bornholm: mialgia acuta epidemica.

Lancet, 8 ag. — W. GREY WALTER. Localizzaz. elettroencefalografica dei tumori cerebrali.

Journ. A. M. A., 18 lug. — C. A. NEYMANN e al. Trattam. della sifilide iniziale con l'iperpiressia. — T. M. RIVERS. I virus (ultravirus).

Arch. internal Med., lug. — M. D. ALTSHULE e M. C. VOLK. Tiroidectomia nell'angina pectoris. — E. J. VAN LIERE e al. Anossiemia e vuotamento gastrico. — N. W. BARKER. Tromboflebite idiopatica primario. — F. M. HANES e A. MCBRYDE. Sprue e morbo celiaco.

Minerva Med., 11 ag. — R. RIMINI. Tbc. polm. negli atleti.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLIII — Roma, 21 Dicembre 1936 - XV — Num. 51

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

ABBONAMENTI ANNUI: 1° GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 100	L. 150
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 3,50

SOMMARIO.

RILIEVI E COMMENTI

Ciò che la medicina deve alla chirurgia.

(A proposito dell'articolo del Sen. Prof. Nicola Pende " La mentalità mediterranea della nuova medicina dell'Italia Imperiale ,,).

Prof. ANTONINO CIMINATA.

Chirurgo Primario e Direttore dell'Ospedale di Monza.

Chi, come me, segue da anni lo sviluppo del pensiero medico italiano e ardentemente ha fede nella riconquista del primato della medicina italica nello scibile umano, allo stesso modo con cui l'Italia ha già riconquistato un indistruttibile primato di potenza politica, sociale e morale per opera di un altissimo Genio, non può non aver letto e meditato l'articolo dell'illustre senatore Pende pubblicato nel numero 45 del *Policlinico*, Sez. Pratica, ritorno alla medicina unitaria, correzionalistica, all'antico principio ippocratico; ritorno alla gran madre di tutti, la Clinica medica generale; lotta senza quartiere alle eccessive specializzazioni che, timidamente staccatesi dal grande ceppo materno, diventano sempre più baldanzose e, dimentiche della vecchia nutrice, muovono vento di fronda per una indipendenza che non potranno nè dovranno conquistare. Ben detto tutto ciò e ben venuto sia l'auspicato ritorno alla cultura fondamentale, alla cultura per guadagnare una *forma mentis* ben diversa da quella attuale, per cui il medico finisce con lo studiare l'organo singolo dimenticando il tutto.

Ma l'ultima pagina dello scritto dell'insigne autore merita particolare rilievo, in quanto che tocca il punto focale di una questione delicatissima e fondamentale, e pertanto è bene che sia almeno discussa. In sostanza, se ho ben capito, si vorrebbe riportare la chirurgia ad una semplice manualità tecnica, col pretesto che i chirurghi, salvo eccezioni rare, non possono essere preparati come deve esserlo il clinico medico e il medico internista, ad abbracciare tutta la costituzione del soggetto da operare.

Seguendo questo concetto la chirurgia dovrebbe fare un passo indietro, ritornare, cioè, a quella che era in passato: tecnica operatoria e non clinica. A ciò noi chirurghi dell'Era Fascista ci opponiamo con tutte le nostre forze. Se la medicina ha in questo ultimo cinquantennio conquistato allori, la chirurgia non

è rimasta affatto indietro. È stata la fede, la passione, l'alto intelletto, lo spirito di sacrificio dei chirurghi a segnare le tappe gloriose che si chiamano: asportazione dei tumori endocranici, strumectomia, toracoplastica nella tubercolosi polmonare, resezione di stomaco per carcinoma e per ulcera, colecistectomia e coledocotomia per calcolosi, resezione intestinale, appendicectomia a caldo, isterectomia totale e subtotale per tumori dell'utero, operazione di Bassini, nefrectomia, ecc. ecc.

Più che tappe, mète gloriose, queste, cui ha partecipato quella grande scienza alla quale non saremo mai abbastanza grati: la fisiologia e la chirurgia sperimentale. È stato per l'appunto l'esperimento fisiologico sul cervello, sullo stomaco, sull'intestino, sul rene, sul fegato, ecc. a fondare la moderna chirurgia.

Anche i due grandi e fondamentali fattori, l'asepsi e l'anestesia, ai quali si devono il rapido evolversi e i brillanti successi della chirurgia moderna, sono frutto del vincolo amorevole che la chirurgia ebbe ed ha tuttora, con la scienza pura. E perfino nel campo dell'endocrinologia e del sistema nervoso vegetativo la chirurgia miete tanta messe di risultati scientifici. Basti dire che da chirurghi è stata asportata ed enervata la surrenale, da chirurghi è stata effettuata la tiroidectomia; e non parliamo di tutti gli interventi sui gangli simpatici e sulle vie simpatiche.

Tutto ciò la chirurgia ha conquistato perchè ha voluto e saputo mettere la propria virtuosità tecnica al servizio del proprio cervello nutrito di altissimo ideale e del proprio cuore palpitante di fede nobilissima.

Chi ama prendere conoscenza dei progressi compiuti dalla chirurgia non solo nel campo tecnico, ma nel campo clinico, in quello, cioè, che, pare, ci si voglia contrastare, può passare in rassegna gli atti dei congressi chirurgici e le riviste chirurgiche di questi ultimi quarant'anni. Sulla resistenza dell'operando alla quale fa cenno l'illustre sen. Pende, i chirurghi hanno lavorato moltissimo e ne fanno fede congressi e riviste, dove si può anche ammirare la diligenza e l'esattezza scientifica nell'esecuzione delle ricerche. E sul decorso post-operativo, i chirurghi non hanno di meno studiato e lavorato, e relazioni e lavori se ne posssono leggere senza fine. Porto ad esempio la terapia insulinica e la polmonite post-operativa sulla quale la letteratura è oramai estesissima e soltanto chirurgica. E non parlo dell'idratazione dell'operato, sulla quale le varie scuole chirurgiche hanno lavorato impostando bene anche il problema dal punto di vista scientifico del ricambio dell'acqua e del cloruro di sodio.

Financo nella trasfusione di sangue la chirurgia è all'avanguardia e in prima linea, sia nel trattamento pre- che post-operatorio.

Questa messe di allori raccolti dalla chirurgia (sono alcuni esempi) vale da sè sola a farla assidere nel consesso delle scienze.

La chirurgia è ormai clinica; è l'arte dell'operazione sì, ma l'arte illuminata dalla luce dell'intelletto. Deve assumere, quindi, le proprie responsabilità e non può sottoporsi a tutela altrui.

Il sen. Pende cita esempi dolorosi di specialisti che lasciano a desiderare nell'esercizio professionale e altri potrei citarne io e tutti i colleghi. Ma ciò vuol dire che la questione della specialità deve essere riveduta, vuol dire che la cultura di alcuni specialisti è deficiente; ma non per questo si può generalizzare e negare alla chirurgia quello che essa in quest'ultimo cinquantennio ha saputo guadagnarsi: la dignità di clinica.

E poichè l'insigne scrittore accenna a norme legislative, nessuno più di noi vedrebbe con vera letizia norme destinate ad aumentare la cultura dei chirurghi, specialisti o generici, a richiedere maggiore dottrina, maggiore senso di responsabilità e maggiore perfezione di tecnica. E ben vengano una buona volta norme legislative che strappino alle amministrazioni ospitaliere l'arbitrio di fare e disfare, di eludere con il metodo della chiamata il vaglio dei concorsi e, a proposito di concorsi, ben vengano norme legislative uniche che assicurino ai reparti ospitalieri chirurgici e specialistici. elementi di provata garanzia.

A tutto ciò noi chirurghi consentiremo, ma giammai rinunzieremo alla dignità della clinica. La chirurgia italiana non può ritornare indietro. I Maestri italiani hanno spesa la loro vita per fare della chirurgia una scienza nobile, forse la più nobile di tutte, in quanto che nessun'altra, al pari di essa, porta in sè direttamente la più grave delle responsabilità: la vita del malato.

In tema di trattamento operatorio dell'ernia inguinale.

1. - Il procedimento applicativo del Baggio al metodo Bassini nell'ernia inguinale.

Nota critica del prof. A. CATTERINA (Genova).

I lettori della Sezione pratica del *Policlinico* hanno seguita la polemica intercorsa fra il collega Baggio e me a proposito di una modificazione Baggio pubblicata su questo periodico fino dall'ottobre '33, modificazione della quale il Baggio non ci dette che delle delibazioni un po' astruse.

Finalmente nel maggio del '35 il Baggio pubblica per esteso con molte pagine e con otto figure questo suo procedimento che egli definisce applicativo del metodo Bassini. Siccome il termine di applicativo non lo avevo mai sentito, chiesi il parere dei colleghi letterati che ritengono il termine improprio e da sostituirsi con metodo di applicazione o applicabile o da applicarsi o applicato. Nei dizionari moderni la parola applicativo non si riscontra. Abbiamo già detto nei precedenti nostri articoli che il

Baggio scrive in modo nebuloso, e non è sempre facile interpretare il suo pensiero. Si lamenta il Baggio che questo suo procedimento non sia ancora comparso in un trattato per il quale egli scrisse il capitolo sulle ernie, ma questo non ci riguarda nè ci interessa.

Ho letto con attenzione il nuovo scritto del Baggio ed ho già da tempo preparata una critica completa che non credo opportuno di pubblicare sulla Sezione pratica del Policlinico, che deve servire ai medici pratici perchè essa diverrebbe troppo lunga come lo è l'articolo del Baggio.

Dico subito che io ho ripetutamente provato sul cadavere il procedimento Baggio anche seguendo le tavole illustrative annesse, ma non ho potuto comprendere la tecnica usata dall'A.

Confessa candidamente l'A. che la sua operazione richiede molto più tempo di quello che viene impiegato abitualmente dai vari operatori per una cosidetta (!) Bassini. Ma anche questo — dice il Baggio — è argomento che mi autorizza a dire di non aver io modificato il metodo, ma di aver semplicemente proseguito il cammino fatto dal suo autore. Potremo dire: chi si contenta gode. Se egli col suo procedimento sia pure applicativo deve adoperare due o tre volte più del tempo normale per eseguire una Bassini e crede che questo sia un vantaggio, è cosa che riguarda il suo criterio operatorio. Noi modestamente crediamo che il prolungare una operazione che normalmente un chirurgo esegue in trequarti d'ora e portarla a due-quattro ore non sia utile; ma poi creda a me il Baggio la esecuzione della vera Bassini per chi la comprende non abbisogna che sia proseguita nel suo cammino da nessuno, perchè ormai tutto il mondo ha detto che la originaria Bassini è operazione completa magnifica in tutte le sua fasi, e che se non si vogliono avere inconvenienti occorre seguire la vera tecnica di Bassini che io ho cercato di chiarire nei suoi particolari colle numerose mie pubblicazioni. Sentiamo quello che scrive il Baggio nel suo riassunto. « Il procedimento (Baggio) consiste nell'isolare il sacco anche dal tessuto preperitoneale e chiuderlo con sutura lineare; ricostruire la fascia trasversalis in piano isolato; utilizzare il muscolo retto sguainato nella parete posteriore, utilizzare la parete supero-mediale del cremastere assieme ai muscoli larghi, la parte infero-laterale come lembo a sè applicato sopra le suture della parete posteriore; usare per la sutura muscolare profonda punti ad U verticali trapassanti »: Osserviamo:

Secondo le norme di Bassini il sacco va liberato da tutti gli elementi prossimiori dei quali il tessuto preperitoneale non è il più importante. Suturare il peduncolo del sacco con sutura lineare è procedimento completamente errato. Bassini isolato il sacco attorciglia il colletto lo lega e lo recide al di sotto del laccio ottenendo con questa tecnica il ritiro del peduncolo allacciato nella fossa iliaca al di sopra e al di là dell'antico orifizio ing. interno, spostandolo, e spianando così quella regione in modo che nel cavo peritoneale non resti che un piccolo segno della strozzatura del sacco. Così intervenendo una suppurazione della ferita operatoria, il peritoneo essendo il laccio del peduncolo annodato fuori del cavo non potrà essere infetto, cosa invece possibilissima seguendo il consiglio dell'A. Di più noi stabiliamo colla sutura Baggio un punto di minor resistenza situato proprio dove vi era l'orifizio interno del canale inguinale.

Ricostruire la fascia trasversalis in piano isolato come lo indica la fig. 2 dell'A. data la sottigliezza e la costituzione della stessa riesce di impossibile esecuzione, e non raggiunge affatto lo scopo.

Usare il muscolo retto anche sguainato nella costruzione della parete posteriore è cosa da noi già studiata sia sul morto che sul vivo, ed è pericolosa e difficile; nessuno finora ha contraddetto alle nostre esperienze. Due sono le eventualità che si presentano: o si strappano le fibre muscolari come succede sempre nel morto o se queste resistono si sfrangia il Falloppia. Ma il fatto più curioso di questo procedimento viene ora.

Nella fig. 6 del Baggio si vedono le anse della sutura profonda non ancora annodate che trafiggono ad U verticale il legamento di Falloppia, ma resta incomprensibile come queste anse possano anche comprendere la bandelletta ileo-pettinea che come tutti sappiamo si distacca dal Poparzio nel terzo esterno e scende obliquamente per attaccarsi al tubercolo ileo-pettineo. Ora la prova sul cadavere dimostra che per eseguire la sutura del Baggio comprendente la bandelletta bisognerebbe spostare l'arteria femorale o il nervo oppure trafiggerli. E tanto meno si potrebbe comprendere la bandelletta con i punti successivi perchè mano mano che si va in basso e all'interno colla sutura profonda la bandelletta resta sempre più lontana. Pensai che l'A. avesse confuso il Falloppia colla bandelletta, ma dal contesto ciò non risulta.

Dichiaro perciò che la sutura profonda del Baggio non può assolutamente comprendere la bandelletta ileo-pettinea perchè se l'anatomia non è una opinione la bandelletta resta fuori del campo operatorio che è inguinale e non crurale.

L'A. consiglia di comprendere col secondo punto in basso il muscolo piramidale, ma questo muscolo come lo dimostra la tavola anatomica da me fotografata sul cadavere e stampata nella prima mia risposta al Baggio non ha nessun valore, perchè il muscolo non deborda mai dal margine esterno del retto e bisognerebbe dare il punto di traverso per arrivare sul punto di annodamento.

Le anse profonde del Baggio dovrebbero essere annodate nel punto di confluenza fra l'aponevrosi della coscia e quella dell'addome, il che richiede uno scollamento inutile fino sulla fascia cribrosa e si corre il rischio che le anse annodate su questa linea possano lacerare l'aponevrosi quì molto sottile. Questo annodamento stirerebbe in basso anche il Falloppia che è sempre bene rimanga al suo posto. Ma vi è nelle tavole n. 2 e 6 un altro errore anatomico. Il muscolo retto è disegnato quasi parallelo al legamento di Falloppia. Senza che il Baggio si disturbi ad aprire un qualunque trattato di anatomia, basterà che guardi la figura disegnata nella mia prima risposta al suo primo articolo. Siccome trattasi di riproduzione fotografica essa dimostra esattamente che il muscolo retto non scende mai in basso verso l'arcata come è disegnato nelle figure 2 e 6, ma sta molto più in alto, tanto che da ripetute misurazioni fatte da me sul cadavere al punto di incrocio del muscolo retto con i vasi epigastrici prof. corrono non meno di 5 centimetri. Per quanto riguarda l'utilizzazione del cremastere e la possibilità di costruire due lembi dello stesso come si vede nelle diverse figure del Baggio è cosa che non può avverarsi, perchè nelle ernie anche di discreto volume non si riesce a fare mai due lembi vitali e suturarli separatamente sperando con ciò di rinforzare la parete posteriore del canale inguinale che sta sotto. I nostri studi sul cadavere e la nostra non indifferente pratica sul vivo e anche il parere di distinti colleghi interpellati escludono questa possibilità. Anche l'incisione cutanea e del grande obliquo non ci persuadono. Nella figura 3 il Baggio fa l'incisione dell'aponevrosi a lembo linguale, ma non incide il pilastro interno, e allora non possiamo comprendere come si possa spostare in basso il lembo per giungere fino sulla fascia cribrosa.

Dobbiamo purtroppo constatare che tutte le 8 figure del Baggio sono state disegnate a tavolino e contengono numerosi errori di anatomia fra i quali oltre agli accennati basterebbe quello di aver dimenticato di segnare i vasi epigastrici profondi che come è noto nella regione inguinale hanno la massima importanza. E per me la discussione dopo quanto ho scritto è finita, nè intendo più oltre continuarla.

Novembre 1936.

***

Replica del prof. Baggio.

Non dimentichi il prof. Catterina, quando scrive della *mia operazione* per l'ernia inguinale, d'averla giudicata altra volta, in questo stesso periodico, un completamento della Bassini. (« Questa del Baggio che più che una modificazione è una amplificazione, un completamento della originaria Bassini... ». A. Catterina, *Policlinico*, Sez. partica, 1934, n. 34, pagina 1332).

Vede, il prof. Catterina, che gli ho tolto il fastidio di quell'« applicativo » che non risponde alle sue esigenze di purezza linguistica!

Ora la chiamo addirittura operazione mia, anzichè procedimento applicativo del metodo Bassini, perchè l'esperienza mi ha persuaso che, pure restando sulle immutabili direttive del concetto terapeutico Bassiniano, le differenze di esecuzione che ho portato sono tali da farne operatoriamente un intervento diverso dalla Bassini.

E non dimentichi il prof. Catterina che, quest'operazione, io l'eseguo, non sul cadavere, ma su malati: che non disdegnano l'opera mia, e nessuno dei quali è venuto ancora, dopo anni, a dimostrare di non esserne rimasto contento. E la eseguo, non in camera charitatis, ma nelle sale operatorie di un Clinica chirurgica: che prima era quella di Cagliari ed ora è quella di Pisa.

Questi avvertimenti l'avevo dati amichevolmente al prof. Catterina fin dalle sue prime manifestazioni d'allarme contro la mia iniziativa.

Se ne avesse preso nota, ne avrebbe avuto vantaggio.

Riportato nella sua interezza, quel primo giudizio di Catterina suona così: « Conclusione. Questa del Baggio che più che una modificazione è una amplificazione, un completamento della originaria Bassini, secondo il nostro modo di vedere, e se le nostre prove corrisposero al concetto informatore del Baggio non la crediamo destinata ad una pratica applicazione ».

Ecco il punto al quale avrebbe dovuto fermarsi. « Se ecc. ecc. (il che è giudizioso), non la crediamo destinata ad una pratica applicazione ».

Lo stesso parere avevo espresso io prima che lo scrivesse lui. Per ora — almeno — è difficile che quell'operazione entri nella pratica. I chirurghi che siano disposti a far di più dell'usuale per raggiungere il meglio se il risultato è già buono, sono pochi. In Italia poi siamo assai più propensi a prestar fede a ciò che viene da fuori che a ciò che è nostro. E fuori di casa, l'italiano è poco letto e poco capito.

Se — dico — il prof. Catterina si fosse limitato a questo, avrebbe avuto vantaggio. Invece è andato oltre e si è esposto e continua ad esporsi al giudizio del pubblico sotto aspetti che non sono da tutti ammirati.

Del passato ho già scritto alla Società lombarda di chirurgia. Del presente, mi basti un rilievo solo. Egli cade (niente po' po' di meno che) nell'errore di scambiare la benderella ileopubica con quella ileo-pettinea!

Non disconosco che pubblicazioni come questa del Catterina — per trascurabili che siano dal punto di vista delle argomentazioni — riescono per lo meno a raggiungere lo scopo di

dare disgusto: per l'acredine che le ispira. Ma anche qui il correttivo si trova.

Quale sarà la ragione per la quale quel giudizio che era prima di « completamento della originaria Bassini » è diventato poi di operazione astrusa? Sarà soltanto per amore dell'arte (intesa a modo suo) o per attaccamento al verbo (altissimo sì, ma umano) del Maestro, che al prof. Catterina dà tanto disturbo il fatto ch'io operi diversamente da lui?

Continui pure il prof. Catterina a cercare il compiacente « parere di distinti colleghi » (che non mancheranno). Ma sia, in compenso, tanto generoso, con chi cerca invece il solo conforto della sua personale convinzione critica, da lasciarlo procedere indisturbato per la sua strada.

Pisa, 4 dicembre 1936.

G. Baggio.

---

2. - Alcuni appunti sulla ricostruzione delle parete posteriore del canale inguinale nella " radicale ,, per ernie recidivanti, e su alcune considerazioni, da ricerche personali sul medesimo secondo il prof. Silvestro Bile (Napoli).

Nota del prof. A. Catterina (Genova).

Ho letto con molto interesse l'articolo dell'egregio collega prof. Bile (*Policlinico*, Sez. Prat., n. 38) specialmente perchè l'argomento delle ernie recidivanti è di attualità ed io pure me ne sono occupato; ma purtroppo nel contesto non vi è nessun accenno alle ernie recidivanti, e non si parla che di una ricostruzione della parete posteriore del canale inguinale nelle ernie comuni, ossia di una nuova modificazione alla comune Bassini. Questa parete post: secondo il Bile sarebbe fatta da un triplice strato, che invece di comprendere i muscoli piccolo obliquo, trasverso e fascia trasversalis, come ha insegnato Bassini, comprenderebbe il piccolo obliquo, il trasverso e il lembo superiore dell'aponevrosi del grande obliquo. Sopra questo lembo viene trascinato il lembo inferiore del grande obliquo col quale si unisce con speciale sutura. Dove venga collocato il cordone non è detto.

Prima di entrare nella dettagliata descrizione del suo metodo, l'A. premette alcune considerazioni sulla fascia trasversalis fondandosi su due suoi lavori pubblicati nel 1932 a Roma (non si sa da quale tipografia siano stati stampati). Ora sulla fascia trasversalis vi è un cumulo di lavori, ma devo confessare la mia ignoranza che questi del Bile non mi erano noti. Nelle mie pubblicazioni ed in quelle della mia scuola, l'argomento è stato trattato a fondo, anche alla stregua di preparati anatomici presentati ai diversi congressi chirurgici in Italia e all'estero. La pubblicazione più completa è quella del dr. Catterina stampata nell'Archivio Italiano di Chirurgia fasc. 1° 1934 e nella mia conferenza riferita sul Bollettino della Società Piemontese di Chirurgia (vol. 1°, fasc. 18, dicembre 1934). In questi nostri scritti siamo venuti alla conclusione che la fascia trasversa è organo complesso costituito dalle due aponevrosi caudali del piccolo obliquo e del trasverso, che in individui muscolosi e negli animali feroci (Romiti) restano muscolosi fino all'inserzione sulla gronda, mentre spesso si conglutinano fra loro e colla sottogiacente fascia trasversalis propria. Le esperienze nostre coincidono perfettamente con i dati insegnati da Romiti e dalla sua scuola e notissimi nella letteratura. Sarebbe stato quindi utile che l'A. avesse citato anche queste idee che sono suffragate da un anatomico come il Romiti. Noto poi che siccome l'A. non adopera nella sua costruzione per nulla la fascia trasversa era inutile che trattasse questo argomento.

E veniamo alla parte tecnica della ricostruzione del canale che l'A. divide in tre tempi.

Lasciamo andare la anestesia per la quale ognuno si regola come meglio crede. L'incisione cutanea deve secondo l'A. sorpassare alquanto l'anello inguinale cutaneo: manovra da non seguirsi per la vicinanza immediata della base della verga, e quindi facilità di sgocciolio urinoso sulla ferita. Spostando all'interno con uno strumento ottuso l'estremo int. della incisione si potranno esplicare benissimo tutte le manovre a livello dell'apertura inguinale esterna.

L'A. vuole incidere sulla sonda la tela cellulosa che ricopre il grande obliquo facendo due lembi. È manovra che difficilmente riesce data la sottigliezza della stessa, e che non è opportuna, perchè detta lamina contiene elementi nutritizi dell'aponevrosi del grande obliquo ed è perciò controindicato di staccarla dal muscolo, e si deve incidere unitamente ad esso.

Nel secondo tempo prima di iniziare l'isolamento del sacco l'A. cerca a piccoli colpi di bistori di separare bene il margine inf. del piccolo obliquo che sarà stirato in alto, mentre la pars cremasterica di esso viene portata in basso. A quanto sembra l'A. divaricati i due lembi dell'aponevrosi del grande obliquo non sloggia il convoluto dell'ernia, ma si preoccupa di staccare a colpi di bistori una parte del cremastere dal piccolo obliquo.

Abbiamo ripetutamente scritto nei nostri lavori che l'isolamento degli elementi del convoluto erniario col bistori è manovra pericolosa e che molti operatori lesero con simili manovre organi importanti, specialmente lavorando a convoluto d'ernia non ancora sloggiato. I migliori isolatori sono le dita o al più qualche strumento ottuso adoperato con prudenza. L'A. comprende questa striscia cremasterica nella sutura profonda perchè crede che la rinforzi e che serva da buon cemento nella ricostruzione della parete posteriore. Descrivendo il metodo di Brenner abbiamo studiato l'argomento del cremastere molto accuratamente concludendo, che data la sua sottigliez-

za nelle ernie comuni, la sua distanza dai vasi che lo nutriscono al suo peduncolo, il suo uso non potrà certo rappresentare un rinforzo alla parete posteriore, e non potrà mai essere un buon cemento. Sarà precisamente l'opposto; e Bassini ha insegnato ad estirparlo come materiale inutile e di scarto.

Se poi si comprendono — come vuole l'A. — nella sutura le sue fibre muscolari, esse si tramuteranno in fibre connettivali che si interporranno fra l'arcata e i muscoli ad essa cuciti. Anche per l'isolamento del sacco preferisce il bistori e le pinze anatomiche. Noi consigliamo, come abbiamo imparato da Bassini, le dita che se coperte, come usiamo noi, anche con i guanti di filo rendono le manovre di isolamento degli elementi del convoluto assai facili e inoque.

Terzo tempo o di ricostruzione. Trascriviamo quello che dice l'A.: Uso per mia abitudine, e perchè vi concedo il massimo valore, la sospensione del peduncolo allacciato, alla faccia posteriore della parete muscolare (piccolo obliquo e trasverso) secondo il concetto e la tecnica di Barker... e suturo alla porzione riflessa del ponte un triplice strato; ma esso a differenza di quello considerato da Bassini è costituito: dal m. trasverso, dal m. piccolo obliquo e dal lembo superiore dell'aponevrosi del grande obliquo. Tale sutura vien fatta a mezzo di tre punti staccati con catgut n. 4 comprendendo in essa la lamina cremasterica..., e ribatto sulla faccia superficiale del lembo superiore il segmento inferiore dell'aponevrosi del grande obliquo con sutura cosidetta dai sarti « a punti a giorni ». Due o tre punti staccati riuniscono la tela sottocutanea e la lamina di Scarpa. Sutura della pelle a mezzo di ciappe (!) di Michel. Non dice nulla circa la posizione del cordone; se cioè lo mette fra le lamine aponevrotiche o dietro o davanti ad esse.

Ora è ben strano che l'A. abbia mostrato tanto entusiasmo per il concetto e la tecnica di Barker che è da tanti anni abbandonata senza dirci le ragioni di questa sua preferenza. In nessun trattato moderno di erniologia troviamo accennato qualche cosa in merito al metodo di Barker che ormai appartiene alla storia. Che cosa succederà del peduncolo del sacco sospeso alla faccia posteriore dei muscoli profondi? Ce lo ha già detto Bassini a pag. 11 della sua monografia in un reperto necroscopico.

Il collo del sacco erniario cucito nello spessore della parete addominale era completamente scomparso per assorbimento: questo peduncolo allacciato sospeso alla faccia posteriore dei muscoli si assottiglierà creando così un punto di minor resistenza e faciliterà la recidiva. Bassini ci ha insegnato, e noi lo abbiamo più volte ripetuto, che occorre liberare tutto il sacco fino a livello dell'anello ing. interno, aprirlo provvedere per il contenuto, attorcigliare il collo, passare il filo montato sull'ago, fare la legatura del peduncolo e reciderlo. Si vedrà il fenomeno della scomparsa del sacco nella fossa iliaca e non resterà che un minimo punto nella continuità del peritoneo al di sopra e al di là della sede dell'antico anello ing. interno, spianando così la regione e opponendosi alla costituzione di un punto di minor resistenza.

E veniamo alla ricostruzione delle due pareti. Se l'A. avesse consultato le mie più recenti pubblicazioni e quelle della mia scuola specialmente quella pubblicata nell'*Archivio Italiano di Chirurgia*, fasc. 1°-1934 si sarebbe convinto che il suo procedimento non costituisce nessuna novità. Appartiene esso ai metodi di sovrapposizione dei lembi o di doppiatura o di embricazione notissimi e proposti 36 anni or sono dal Girard, dal Margarucci, dal Wölfler e più recentemente dal Hackenbruch. Come si vede nelle tavole da noi pubblicate l'Hackenbruch estirpato il sacco sposta in alto il cordone e senza fare alcuna sutura profonda stira in giù il lembo superiore aponevrotico del grande obliquo e cuce il suo margine all'orlo della gronda. Vi adagia sopra il cordone e portando il lembo inferiore in alto lo cuce al precedente. Girard fa la sutura profonda di Bassini collocando dietro di essa il cordone alla Mugnai; trascina il lembo superiore dell'aponevrosi del grande obliquo in basso, lo cuce al Falloppia, e portando in alto il lembo inf. lo unisce all'aponevrosi del gr. ob. Margarucci nella stessa epoca pubblicò il suo metodo di sovrapposizione. Egli esegue la sutura profonda alla Bassini. Traduce in alto il lembo inferiore dell'aponevrosi del gr. ob. e lo cuce alla muscolatura del piccolo obliquo, vi adagia sopra il cordone e lo copre col lembo inf. spostandolo in alto e cucendolo al lembo sup. dell'apon. del grande obliquo. Ho ripetutamente scritto che fra tutti i metodi di sovrapposizione quello del Margarucci è il migliore perchè segue più da vicino la tecnica di Bassini.

Tre punti di sutura con catgut n. 4 consigliati dall'A. sono pochi per la sutura profonda, e il filo usato è eccessivamento grosso. Non conosciamo la sutura a punti a giorni dei sarti, perchè in chirurgia è sconosciuta. Per quanto riguarda il cremastere che l'A. comprende nella sutura profonda abbiamo detto della sua inutilità e degli inconvenienti.

Concludiamo:

1) Il procedimento del collega Bile proposto nelle ernie recidivanti non tratta affatto di questo argomento. Reputiamo anzi che nella cura delle ernie recidive questo suo procedimento non si possa applicare per ragioni evidenti.

2) Per quanto riguarda la fascia transversalis l'A. ha dimenticato il contributo italiano dato dalla scuola di Romiti e dalla mia.

3) Il trattamento del peduncolo del sacco alla Barker non ha nessun valore e può avere degli inconvenienti.

4) La tecnica per la ricostruzione delle pareti del canale inguinale non è proprio dell'A., ma appartiene ai metodi di embricazione notissimi, e fra questi crediamo che il procedimento dell'A. sia incompleto per quanto riguarda il collocamento del cordone, e da non seguire per quanto riguarda il trattamento alla Barker del peduncolo del sacco. Come hanno detto e scritto i più grandi erniologi d'Italia e dell'Estero il modificare la classica Bassini è impresa ardua, difficile, inutile e talvolta dannosa.

Genova, 8 ottobre 1936-XIV.

A. CATTERINA.

Replica del prof. Bile.

Sulla ricostruzione della parete posteriore del canale inguinale.

Spettabile Redazione.

Alla minuziosa ed aspra critica che il prof. A. Catterina ha voluto redigere a proposito del mio modestissimo lavoro qui sopra accennato, e, all'invito di codesta Redazione di tenermi brevissimo nella risposta mi limiterò solamente a chiarire (augurandomi di riuscirci) le principali obbiezioni che il prof. Catterina mi muove; dopo di che riterrò chiusa ogni ulteriore polemica a riguardo.

a) Il cordone spermatico viene da me rimesso a posto, secondo il metodo Mugnai, del qual metodo mi servo da oltre un decennio e sempre con ottimi risultati.

b) Per quanto riguarda i miei studi sulle « *Fascie trasversalis* »; il prof. Catterina potrà trovare tutto quanto potesse interessargli nelle « Ricerche di Morfologia », pubblicate in Roma a cura del prof. Riccardo Versari, sotto il titolo « *Sul più comune comportamento di alcuni piani muscolo fasciali nella regione ipogastrica* » ecc.

c) A testimoniare quanto è stato oggetto dei miei studii, il R. Istituto di Anatomia Umana Normale di Napoli diretto dal senatore prof. Salvi, conserva alcuni pezzi anatomici da me stesso preparati.

d) Se il mio taglio sorpassa di pochi mm. l'orificio esterno del canale inguinale, ciò è da me fatto al solo scopo di dominare *in toto* la regione, senza pericolo alcuno di sgocciolio urinoso, del quale si preoccupa tanto il prof. Catterina!

e) Per quanto riguarda la cellulosa di Scarpa o di Lanth, riesco sempre ad inciderla, sulla sonda e me ne servo per la ricostruzione.

f) Circa quanto concerne l'isolamento del sacco, anche io spessissimo mi servo delle dita e delle compresse, ma non disdegno, quando vi fossero aderenze, di operare la punta del bisturi, che manovrata con delicatezza e prudenza, non potrà mai mirare alla incolumità degli elementi del funicolo spermatico.

h) Circa poi la manovra di *Barbier*, che il Catterina condanna a piè pari, io non sono per niente di tale parere, perchè me ne servo da moltissimo tempo e l'esperienza per quanto non lunghissima, me ne ha dimostrato la efficacia e la giustezza.

Per quanto poi riguarda la supposta priorità, di questi miei semplici e modesti ripieghi di tecnica, tengo subito ad affermare che non ho mai avuto l'idea di appropriarmi di tale diritto; e che se ho creduto opportuno di pubblicare una tanto *modestissima nota*, ciò è stato fatto da me col solo scopo di divulgare una variante di tecnica che mi ha fin'oggi soddisfatto nei miei intendimenti.

Voglia gradire il prof. Catterina i miei devoti ossequi.

Vasto, 29 novembre 1936-XV.

Prof. SILVESTRO BILE.

Con questi articoli del prof. Catterina e con le repliche del prof. Baggio e del prof. Bile, come del resto dichiarano gli stessi AA. intendiamo chiusa definitivamente la polemica, poichè ognuno può giudicare da sè, in base all'esposto degli AA., il valore delle critiche e le giustificazioni apportate, e i chirurghi possono vagliare, ove lo credano, coll'esperienza propria, le diverse modificazioni proposte.

LA REDAZIONE.

NOTE E CONTRIBUTI

Velocità di sedimentazione e vene varicose.

Dott. BIAGIO PICARDI

Chirurgo dell'Ospedale di Sarnano (Macerata).

Nell'intento di cercare un elemento diagnostico e prognostico che permetta di prevedere, in certo modo, le gravi complicazioni che possono intervenire a mutare — talora in maniera improvvisa e tragica — il decorso postoperatorio nei portatori di vene varicose che abbiano subito interventi su di esse, e partendo dal concetto che nelle vene varicose, in cui vi è ristagno nel circolo refluo, la parete della vena — che sia stata sede di un processo infiammatorio — guarisce con grande difficoltà o non guarisce affatto, e che possono aversi anche nelle vene varicose delle infezioni latenti che potrebbero divenire punto di partenza di flebiti acute e di embolie, il Biegeleisen — per giudicare del grado dell'infiammazione presente — si è servito della determinazione della velocità di sedimentazione delle emazie, in un gran numero di casi, ed è giunto alle seguenti conclusioni:

1) La flebite nelle vene varicose è peculiare in ciò che cronicità e latenza di infezione sono la regola.

2) Molte estremità varicose apparentemente normali ospitano infezioni latenti, che possono essere rivelate da irritazioni chimiche.

3) Una semplice evidenza clinica non sarà sempre sufficiente per la diagnosi di flebite in vene varicose.

4) Il tempo di sedimentazione sanguigna è servito per giudicare il grado di infiammazione presente.

5) Un tempo di sedimentazione al di sotto di un'ora (quando cioè la velocità di sedimentazione abbia raggiunto i diciotto millimetri in meno di un'ora), in assenza di altre condizioni infiammatorie, indica la presenza di flebite.

6) La presenza di sintomi clinici, più un rapido valore di sedimentazione, è definita evidenza di flebite, nell'assenza di infezioni complicanti.

7) Un valore di sedimentazione al di sopra di due ore probabilmente indica assenza di flebite.

8) Le ulceri varicose non influenzano il tempo di sedimentazione.

9) Questa prova potrebbe essere una pratica procedura prima di cominciare il trattamento di pazienti affetti da vene varicose.

***

La velocità di sedimentazione delle emazie, di cui è ricca la letteratura moderna, fu osservata per la prima volta da Galeno, quando col fenomeno della coagulazione del sangue fu notata la formazione della « crusta phlogistica » data dallo strato bianco del coagulo privo di emazie soprastante a quello scuro, ricco di eritrociti. Altre osservazioni furono fatte poi da Hunter (1797), Müller (1833); Davy (1839), Nasse (1876), Biernacki (1897).

Ricerche sistematiche si iniziarono con Höber, Biffi (1901) e Hamburger (1912). Nel 1918 Fähraeus vedeva nella velocità di sedimentazione delle emazie un mezzo di diagnosi precoce della gravidanza. Successivamente la ricerca è stata fatta in vario senso, nel tentativo di trovare nella prova un indice di diagnosi e di prognosi in diverse malattie.

Dai lavori eseguiti risulta che anche in condizioni fisiologiche la velocità di sedimentazione può subire modificazioni di vario grado. Infatti essa viene influenzata dalla digestione, nel senso di un aumento (Josefowicz), dalla temperatura; è diminuita nei neonati rispetto a quella che si ha negli adulti (Nadolny).

Variazioni si trovano però nei primi periodi della vita stessa anche in rapporto al sesso. Anche durante la gravidanza sono state trovate modificazioni, ma non vi è accordo completo fra i vari ricercatori, circa il periodo della gravidanza stessa in cui siano più costanti le dette modificazioni. Sono state osservate notevoli variazioni della velocità di sedimentazione nelle malattie infettive e dopo le operazioni.

Chiasserini nell'Ospedale di Venezia ha fatto praticare ricerche in tal senso dai dottori Di Cianni e Tommasini, giungendo a formulare alcune deduzioni; che cioè, in linea generale, la velocità di sedimentazione aumenta dopo gli interventi chirurgici, per tornare presso a poco al normale dopo circa dieci giorni; che in alcune flogosi acute suppurative o in affezioni vascolari (flebiti, disturbi di circolo delle estremità) essa è notevolmente superiore ai valori considerati normali, aumenta solo di poco dopo l'intervento chirurgico, per diminuire rapidamente con l'attenuarsi dei sintomi flogistici o con lo scomparire dei disturbi di circolo; a questa più veloce sedimentazione dei globuli rossi corrisponde una maggiore viscosità e una più facile agglutinabilità delle piastrine, che sono i primi elementi in causa nella trombosi, a meno che non esista un processo infiammatorio in atto, il quale di per sè aumenta il grado di velocità di sedimentazione.

La velocità con cui le emazie sedimentano viene generalmente misurata in millimetri, relativamente al tempo, e si dànno come valori normali quelli di mm. 4-10 nella 1ª ora; 9-20 nella 2ª; 13-26 nella 3ª; 20-32 nella 4ª; 25-40 nella 5ª; 27-50 nella 6ª; 41-65 nella 12ª; 60-71 nella 24ª.

Il fenomeno si riduce essenzialmente all'accollarsi degli eritrociti tra loro. In tutti i casi in cui l'organismo scinde in maggior quantità la propria albumina, aumenta il tenore globulinico del sangue. L'aumento delle globuline rende il plasma più vischioso, per cui gli eritrociti si accollano in maggior quantità, si raggruppano in masse che cadono rapidamente sul fondo. Per studiare però il meccanismo della velocità di sedimentazione e per ricercare i vari fattori che entrano nel suo determinismo sono state istituite numerose ricerche sperimentali. Secondo la formula di Stockes $V S = \frac{r D d}{g Y} r^2$ in cui r = raggio dei globuli rossi, g = velocità prodotta dalla forza di gravità, D = densità del globulo, d = densità del liquido, Y = coefficiente di attrito, molti ricercatori, fra cui Löhr, Bürckerer, Boch ed Oelesner, esperimentando su emazie di rana, di capra e di uomo, attribuirono l'importanza maggiore al volume delle emazie e al loro contenuto in emoglobina. Invece Vorschutz dava grande importanza al numero delle emazie, mentre Vignes negava ogni valore al numero degli eritrociti, poichè

constatava una velocità di sedimentazione uguale sia nel sangue molto ricco che in quello molto povero di eritrociti.

Un concetto meccanico fondato sull'attrito seguirono Aresu e Vida, negando ogni importanza al numero e volume delle emazie.

Una teoria elettro-chimica fu emessa da Höber: i globuli rossi possiederebbero una forte carica elettrica negativa che sarebbe maggiore negli eritrociti di sangue sano che non in quelli di sangue malato, perchè in questo si avrebbe uno squilibrio albuminc-globuline, con aumento di queste ultime la cui carica elettrica neutra o debomente negativa diminuirebbe la carica elettrica negativa degli eritrociti, disponendoli alla agglutinazione.

Elettrizzando emazie e plasma con diversi metodi, non furono osservate modificazioni della velocità di sedimentazione, per cui vari autori ritennero fattori essenziali del fenomeno la densità del plasma e il peso specifico delle emazie.

Per Starlinger il fibrinogeno avrebbe grande importanza.

Per Löwemberg grande valore avrebbe la presenza nel plasma di maggiore o minore quantità di colloidi a carica elettrica positiva. Per Gaifami la maggiore velocità di sedimentazione sarebbe dovuta ad un aumento generico dei lipoidi.

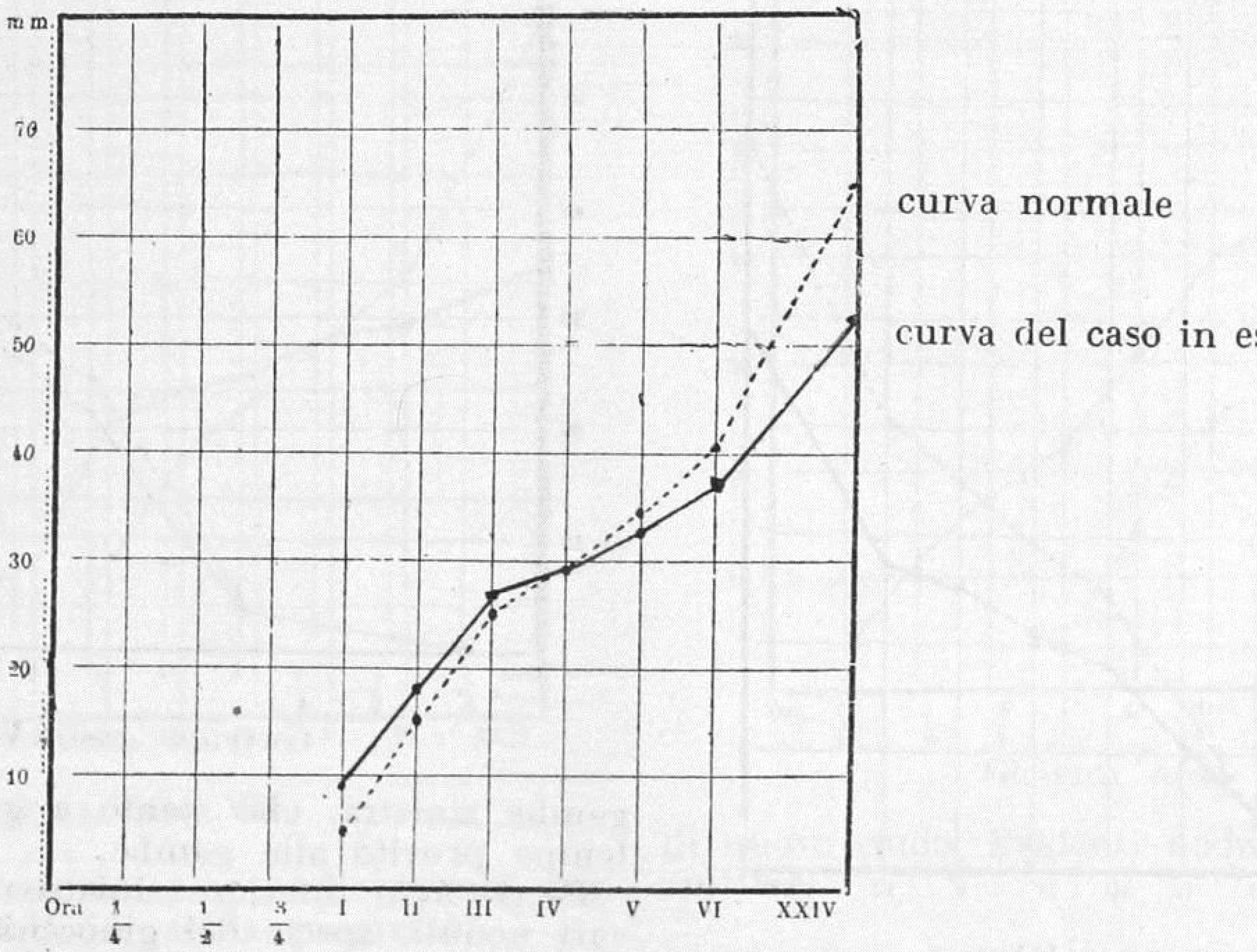
Più completa pare la teoria fisico-chimica di Popper e Kreindler, secondo la quale la velocità di sedimentazione sarebbe dovuta ad un insieme di fattori tra cui importanti la tensione superficiale, la carica elettrica, la viscosità, il contenuto del sangue in fibrina, il quoziente albumine-globuline del siero, tutti fattori che regolerebbero la stabilità colloidale. In linea accessoria sarebbero poi da considerare il numero e le dimensioni dei globuli rossi, il contenuto del sangue in colesterina, la ricchezza dei globuli rossi in nucleoproteidi, emoagglutinine.

Anche l'azione delle pareti del tubo da saggio, nelle ricerche di laboratorio, ha importanza sull'andamento del fenomeno.

***

Ispirandomi al recente lavoro di Biegeleisen (Diagnosi di flebite in vene varicose a mezzo della velocità di sedimentazione. *Annals of Surgery*, aprile 1934, vol. 99, n. 4, pag. 661 e segg.), ho voluto ricercare la velocità di sedimentazione nei portatori di vene varicose che sono capitati alla mia osservazione. Le ricerche sono state eseguite con la tecnica riportata da G. Picardi nel lavoro « La velocità di sedimentazione delle emazie in alcune malattie chirurgiche delle vie biliari » (*Policlinico*, Sezione pratica, anno 1933): il sangue è stato prelevato a digiuno, mescolato a soluzione anticoagulante (tecnica eseguita anche da Miani e Filippa), posto in tubi da saggio di un centimetro di sezione e graduati in millimetri da 0 a 100.

Il prelevamento è stato sempre fatto da vena. La lettura è stata fatta di quarto in quarto d'ora per la prima ora, poi di ora in ora nelle cinque ore successive e quindi dopo ventiquattro ore. Per ogni caso è riportato insieme al tracciato del sangue esaminato, anche un tracciato normale, onde agevolare il confronto.



Caso I. — M. P., a. 59.

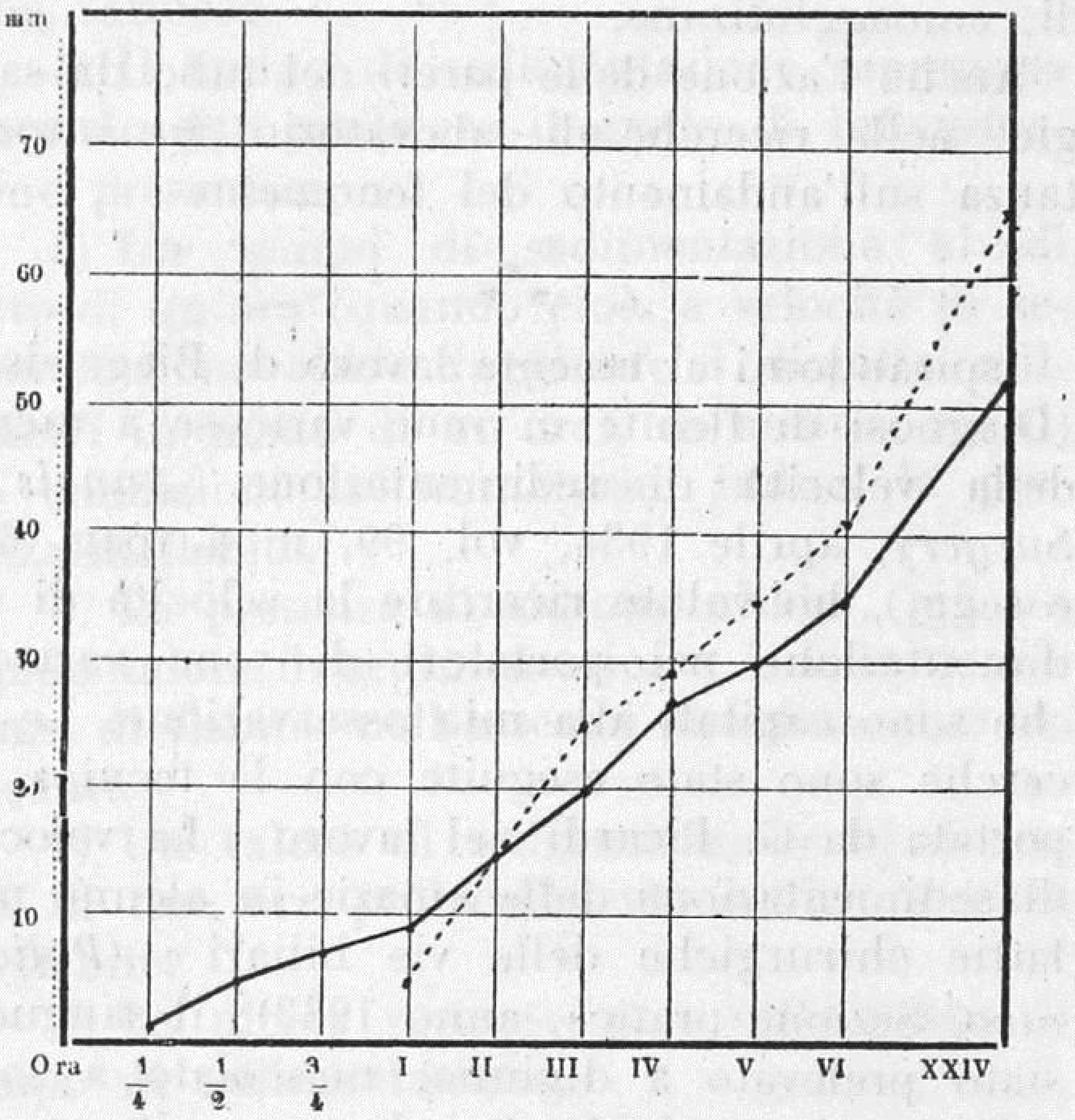
20 a. or sono bronchite (?). Da più di 20 portatore di varici, prevalenti all'arto infer... nistro. Due anni or sono piaga alla ga... stra, guarita in pochi giorni.

E. O. Rilevante groviglio di vene... faccia interna della gamba sinis... noduli.

*

CASO II. — N. E., a. 37.

Durante una gravidanza gemellare, dieci anni or sono, si stabilirono varici all'arto inferiore si-



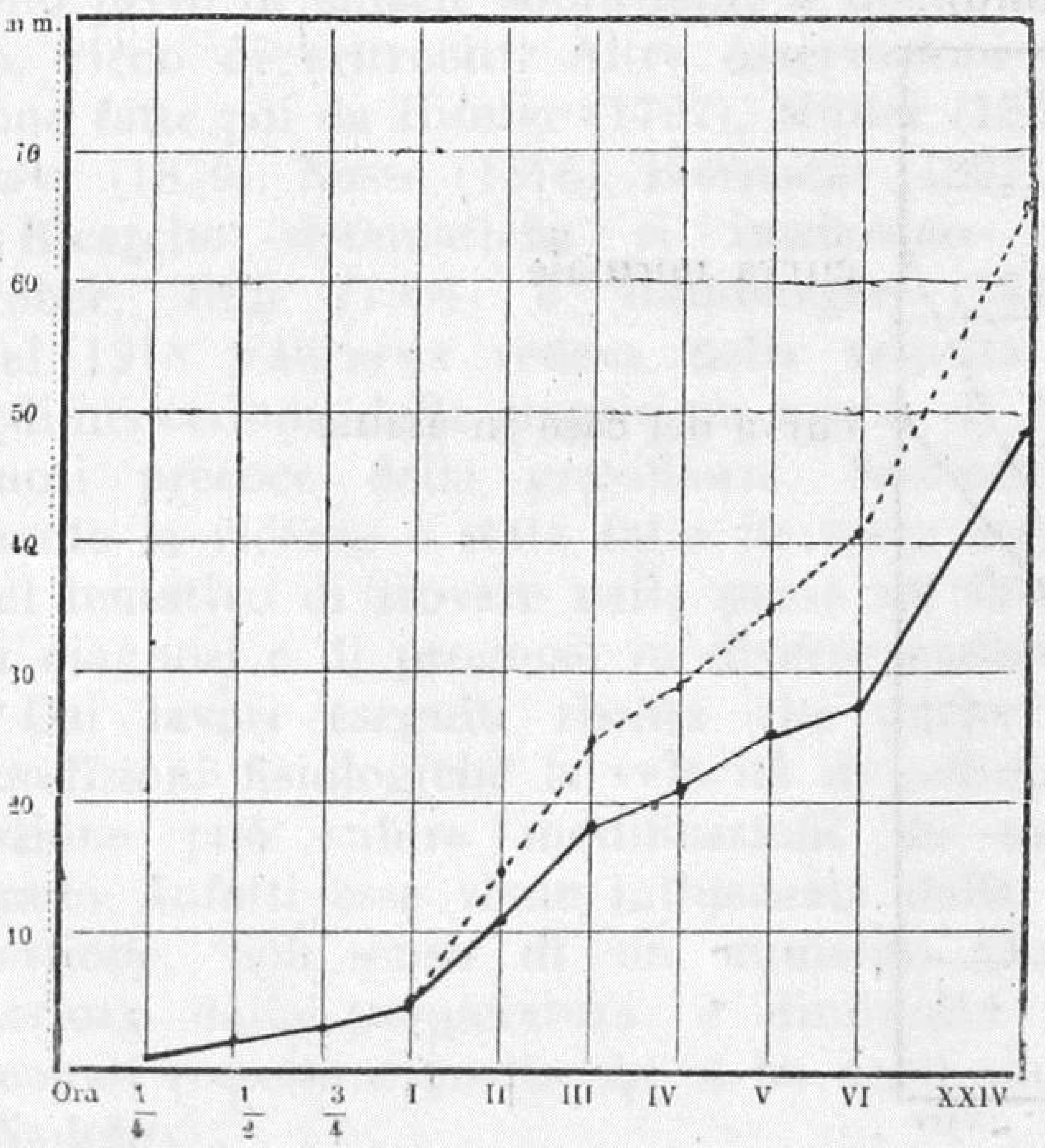
GRAFICA CASO II.

nistro. In una gravidanza successiva anche a destra. Soffre a periodi di emicrania. Quattro anni or sono colica renale sinistra. Attualmente endometrite.

E. O. Evidenti noduli varicosi alla faccia interna delle gambe e delle cosce, più pronunziati a sinistra. Condizioni generali buone.

CASO III. — O. A., a. 67.

Modico bevitore e fumatore. A 30 a. tifo. Da 8-10 anni si è accorto di avere dei noduli all'arto

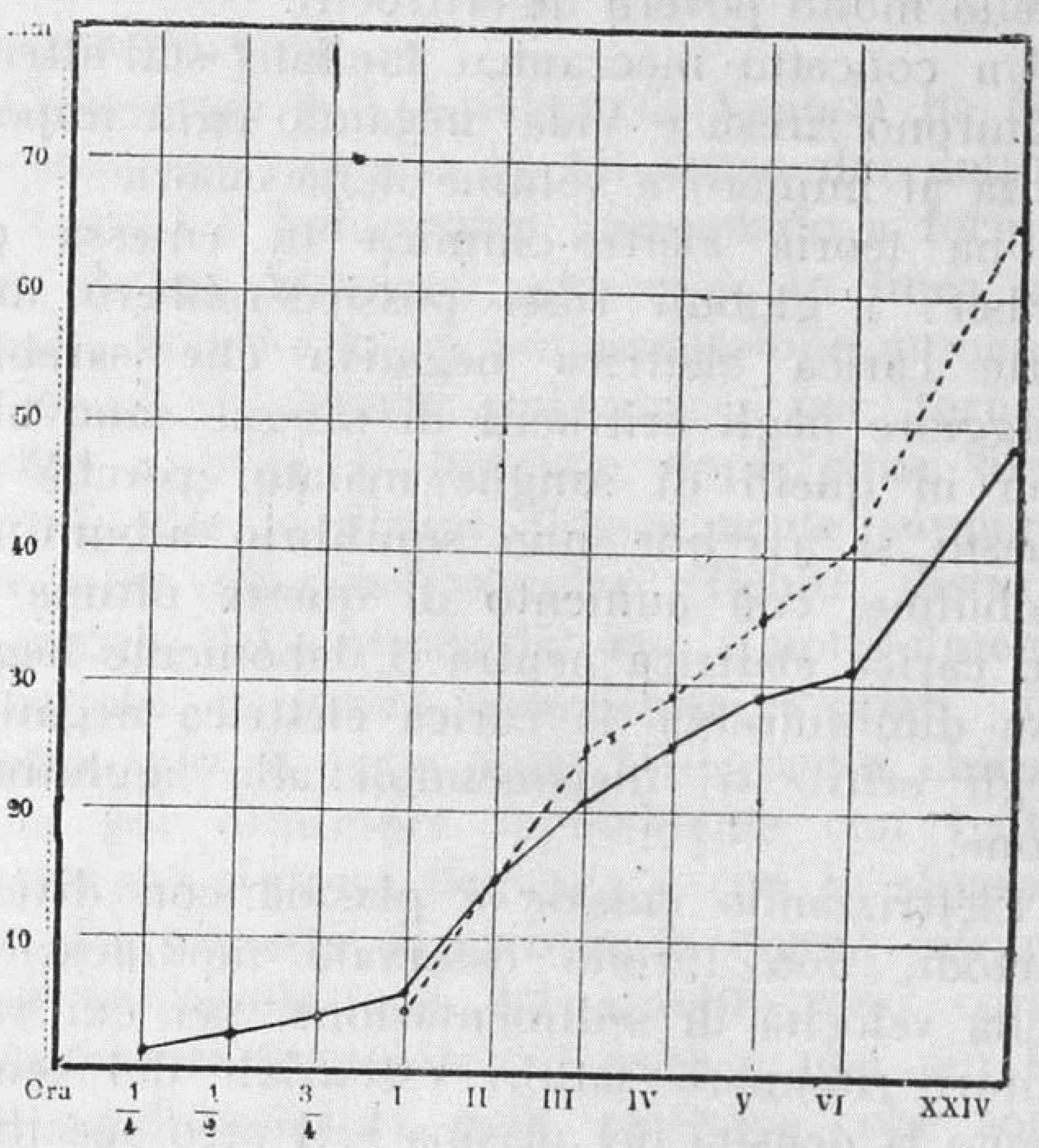


GRAFICA CASO III.

inferiore destro, meno a sinistra. Gli arti inferiori — specie il destro — dànno un senso di peso. Mai ulcerazioni. Soffre di stitichezza.

CASO IV. — M. T., a. 45.

Quindici anni or sono polmonite. 11 gravidanze: fin dalle prime, varici arto inferiore sinistro.

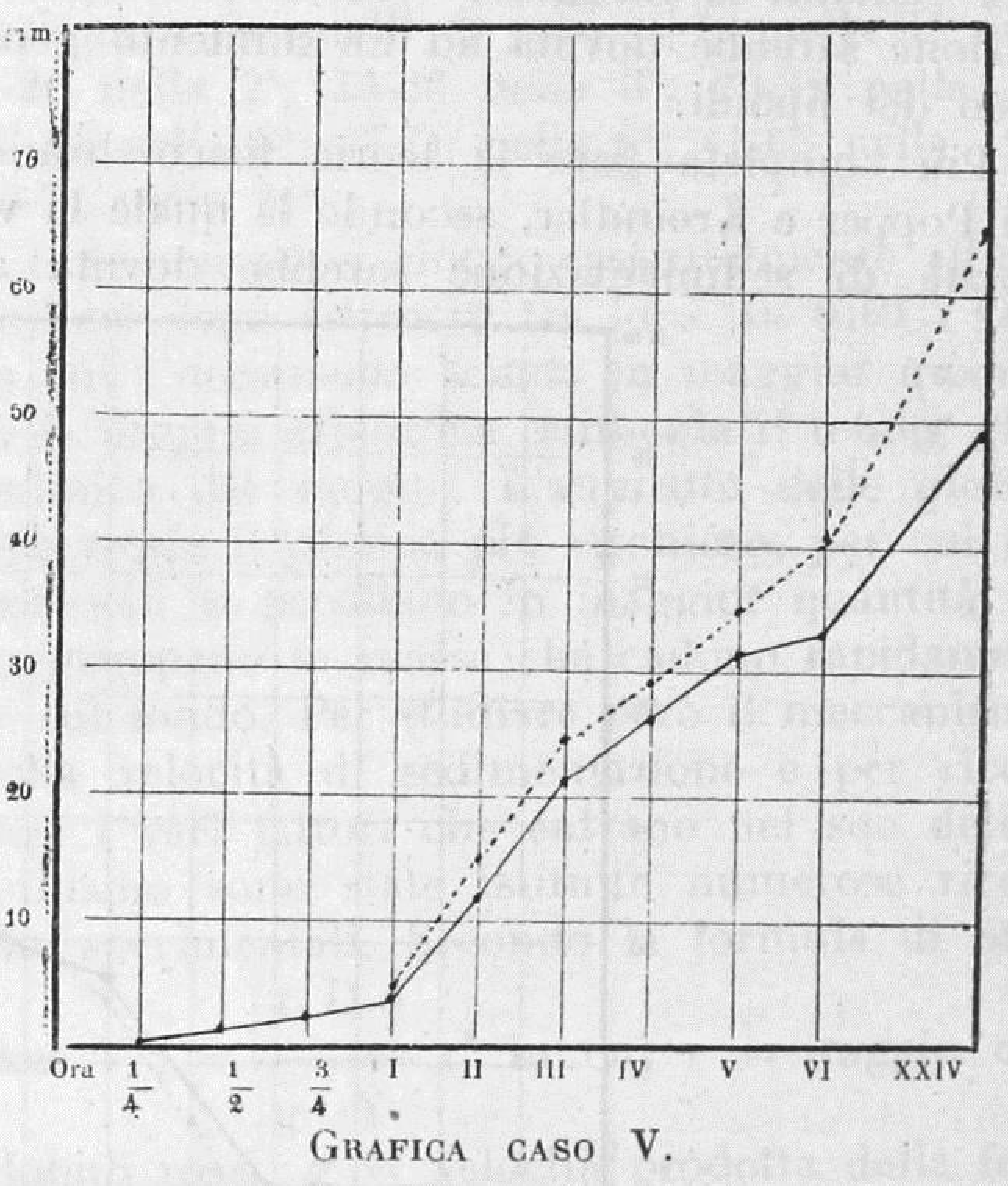


GRAFICA CASO IV.

E. O. Alla faccia interna della coscia e della gamba sinistra evidenti noduli varicosi. Lievi ectasie a d. Mai ulcerazioni.

CASO V. — R. P., a. 59.

A 20 anni artrite alle ginocchia. 15 a. or sono, per una caduta da cavallo, riportò una ferita alla



GRAFICA CASO V.

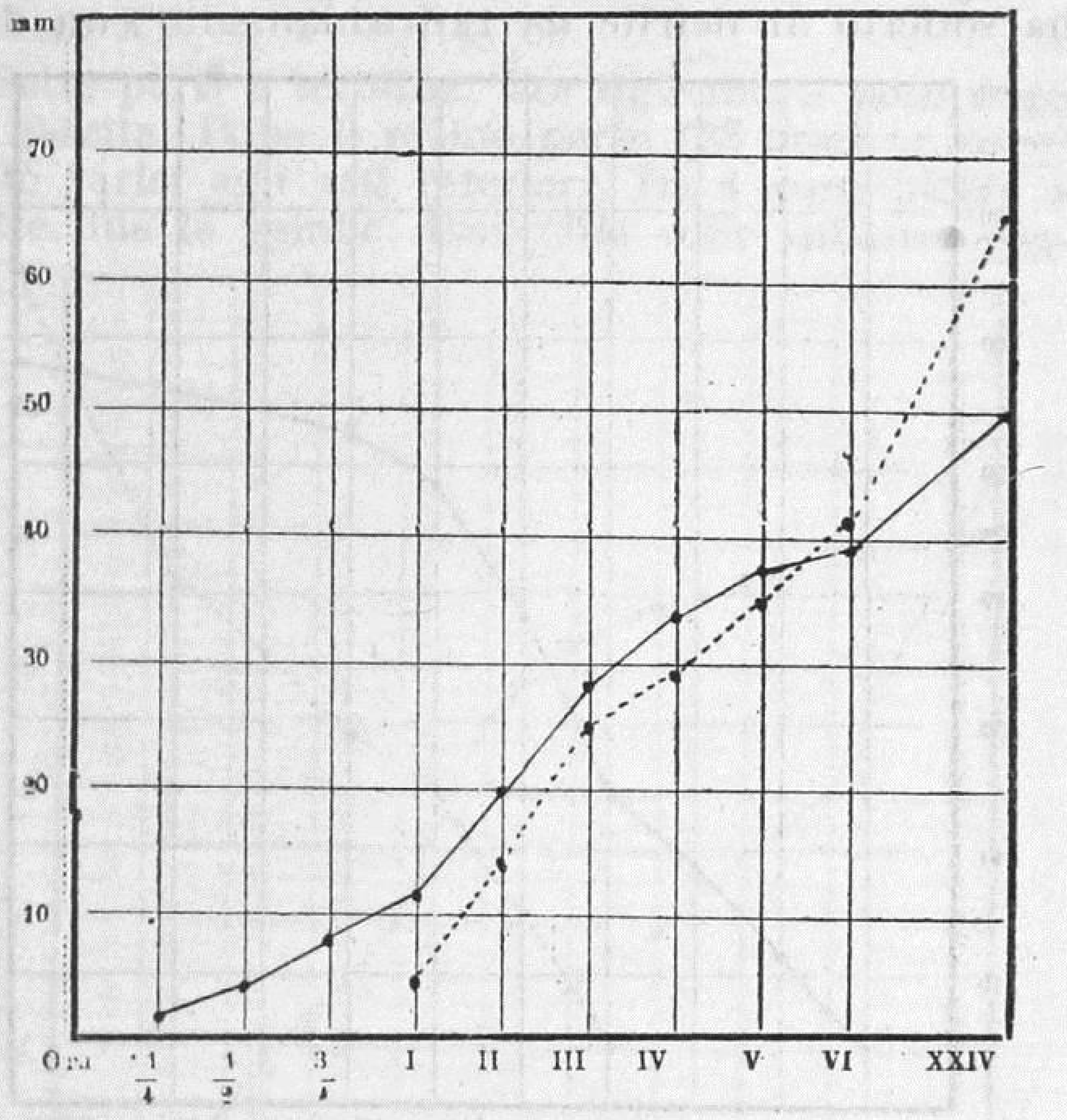
gamba sinistra, che stentò a guarire. Da molto tempo prurito alle gambe.

E. O. Arto inferiore sinistro: vene grosse con vari noduli, specie dal ginocchio in giù. Ectasie meno evidenti a destra.

CASO VI. — B. V. G., a. 67.

A 64 a., dopo una contusione, piaga alla gamba sinistra guarita in tre mesi. Da più di 20 a.

porta varici agli arti inferiori. Ricorda di avere avuto una volta una piaga alla gamba destra. Ma-



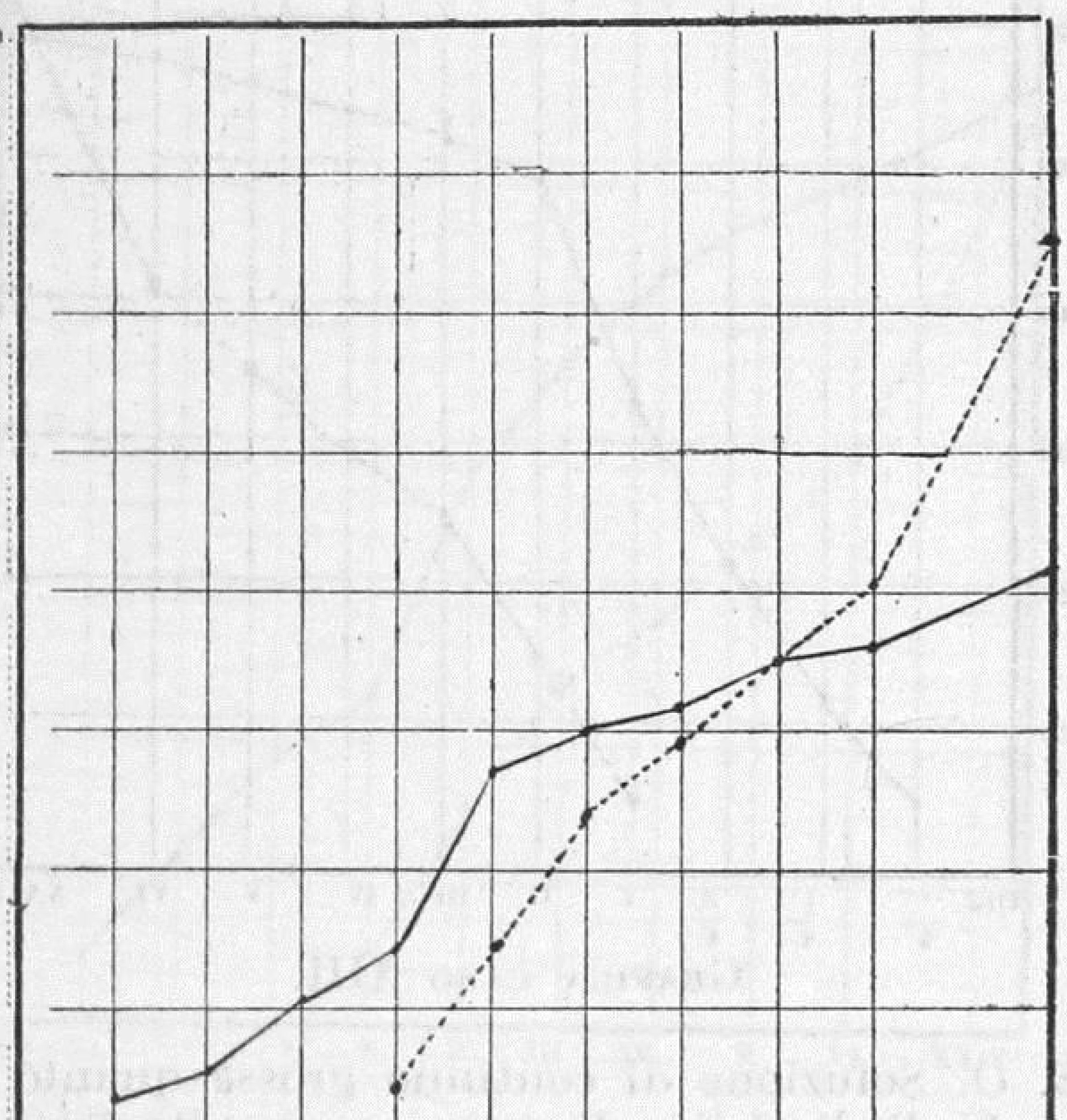
GRAFICA CASO VI.

lessere e parestesie al tronco. Formicolio alle estremità degli arti e alle orecchie.

E. O. Varici agli arti inferiori. Es. urine: urobilina +; sali biliari +; Pr. mx. 195, mn. 125 (Riva Rocci).

CASO VII. — P. T., a. 36.

Dall'età di 17 anni varici arti inferiori, prima a sinistra poi a destra. Mai ulcerazioni. Operata

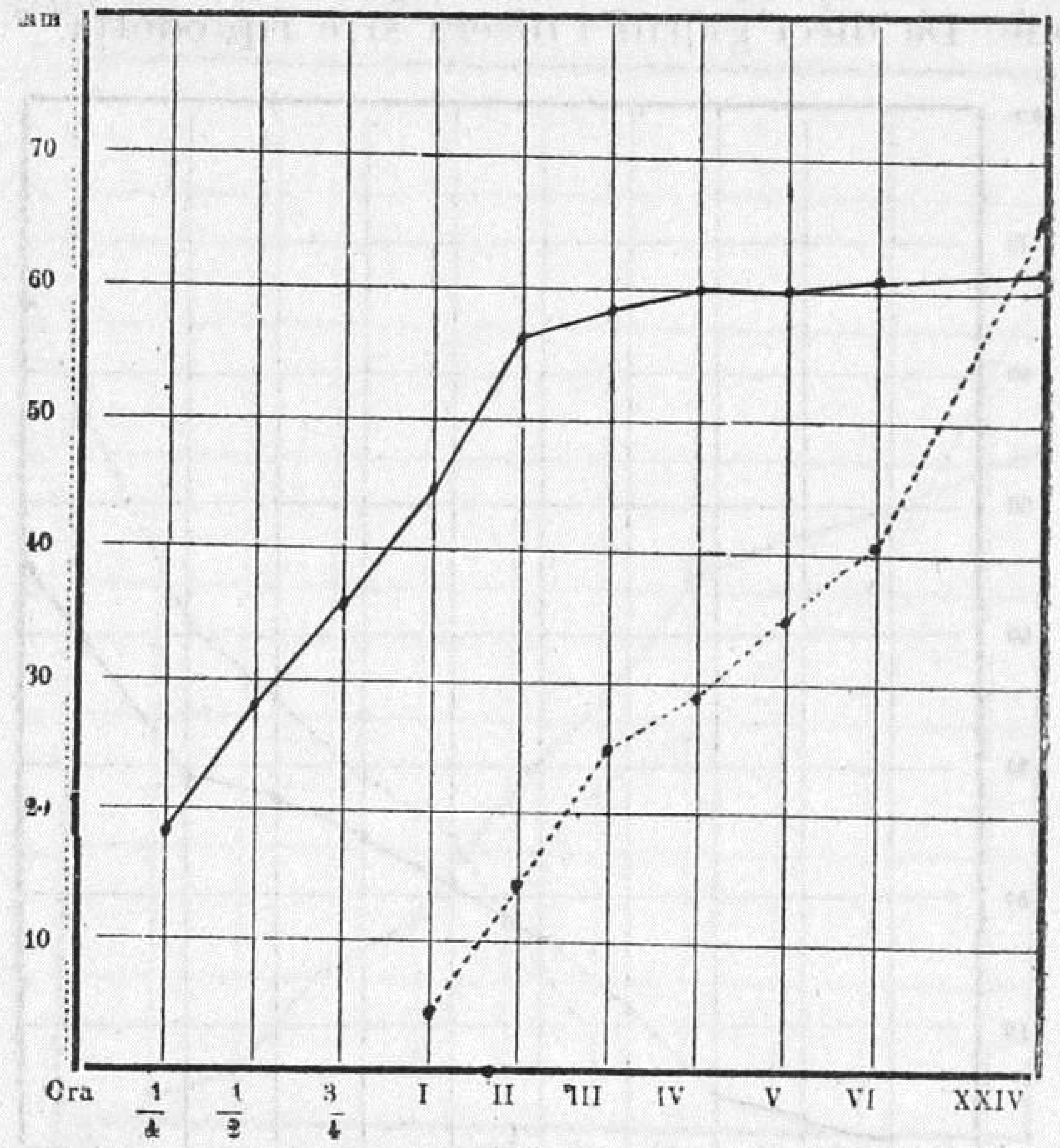


GRAFICA CASO VII.

nel 1934 di colecistectomia e appendicectomia, per colecistite ed appendicite acuta pregressa.

CASO VIII. — R. M., a. 35.

Quindici anni or sono bronco-polmonite. Da 10 anni di tanto in tanto dolore alla fossa iliaca destra. Da molto tempo noduli varicosi agli arti inferiori. Porta noduli emorroidarii. Da qualche



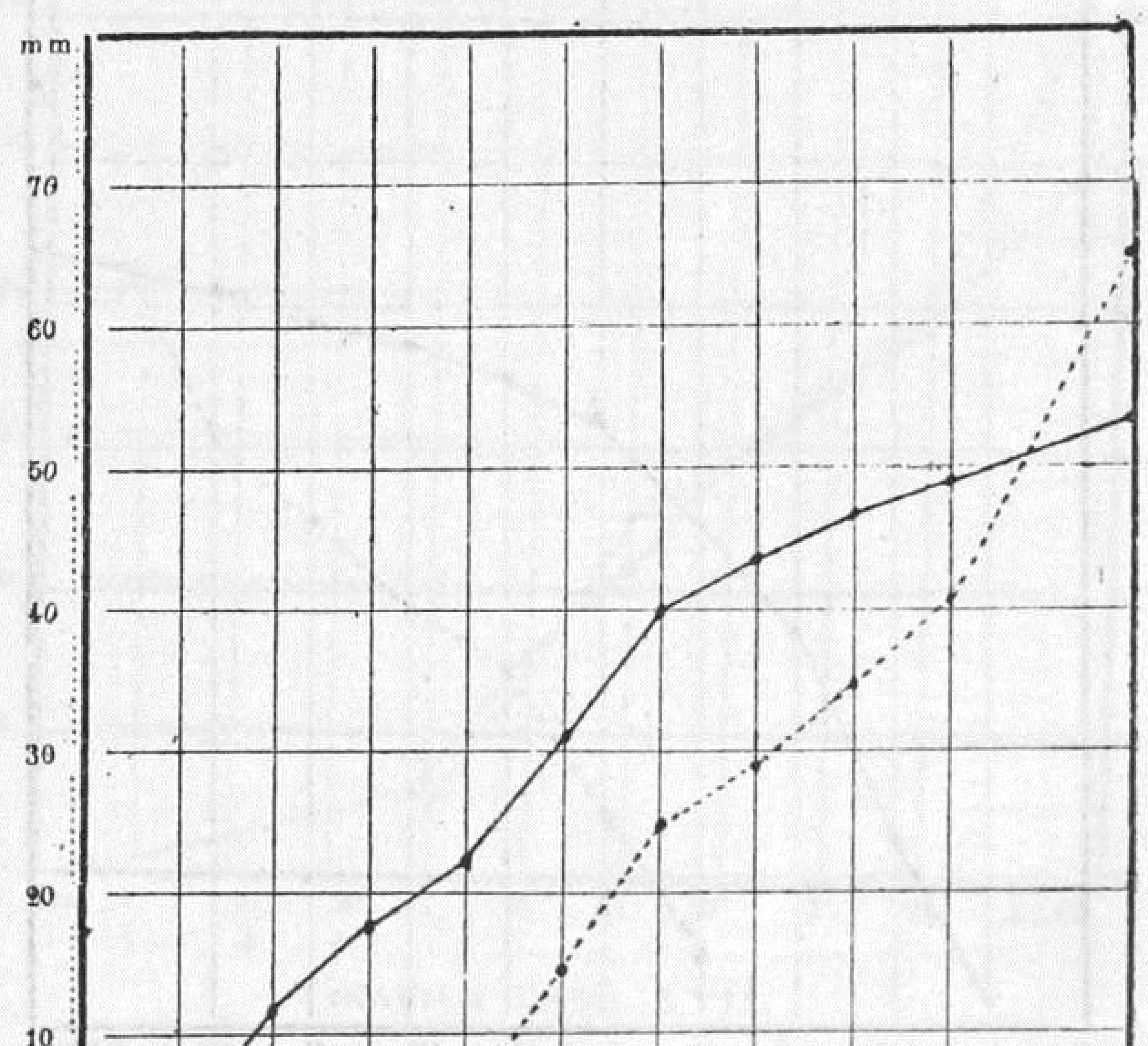
GRAFICA CASO VIII.

giorno dolore alla natica sinistra, in vicinanza del perineo.

CASO IX. — C. G., a. 48.

Nell'infanzia tifo. 9 parti a termine: dopo ogni parto emorragia. Da 4 anni ulcere alla gamba sinistra.

E. O. Alla faccia interna della gamba sinistra ulcera grande quanto una moneta da dieci lire



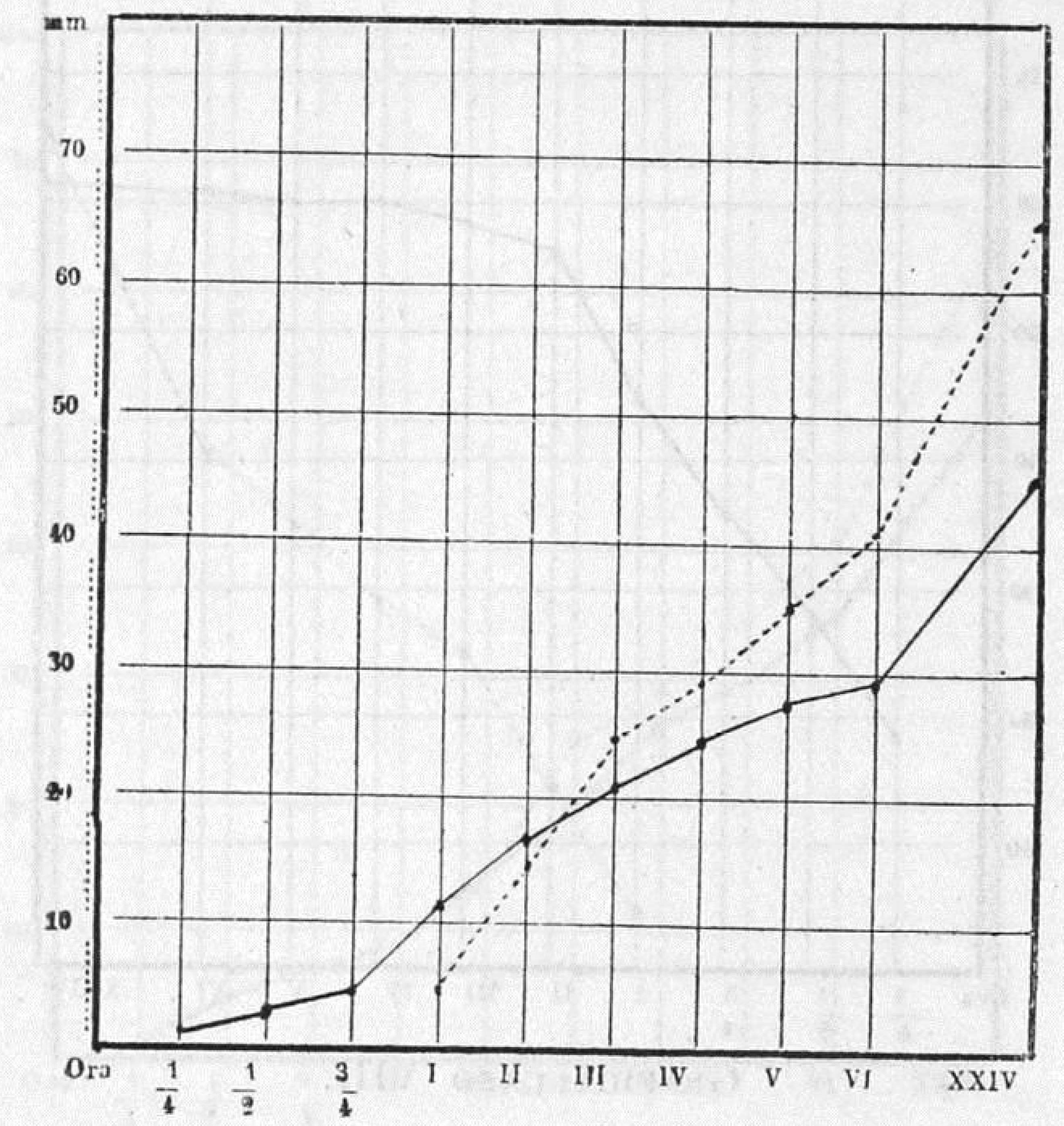
GRAFICA CASO IX.

di nuovo conio. Evidenti noduli varicosi sull'arto sinistro.

CASO X. — I. P., a. 62.

A 34 anni polmonite. Dieci anni or sono febbre tifoide (?). Sette anni or sono rottura di un nodulo varicoso alla faccia interna della gamba

destra. Nello stesso punto (in vicinanza del malleolo interno) ogni anno si ripresenta un'ulcerazione. Da dieci giorni l'ulcera si è riprodotta.

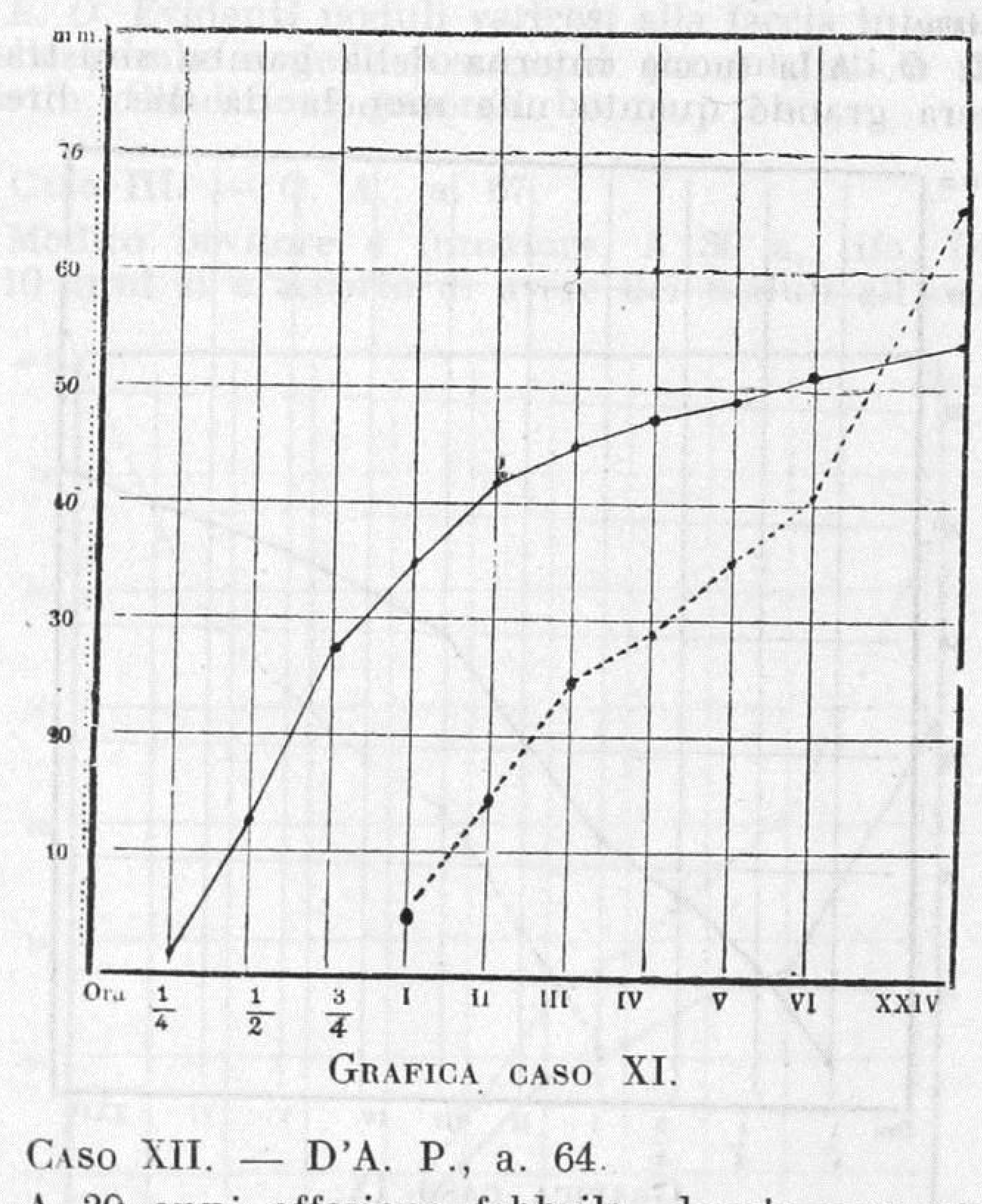


Grafica caso X.

Caso XI. — F. C., a 44, nubile.

A 14 anni tifo e reumatismo. Da 7 anni ulcere varicose.

E. O. Varici arti inferiori e ulcere.



Grafica caso XI.

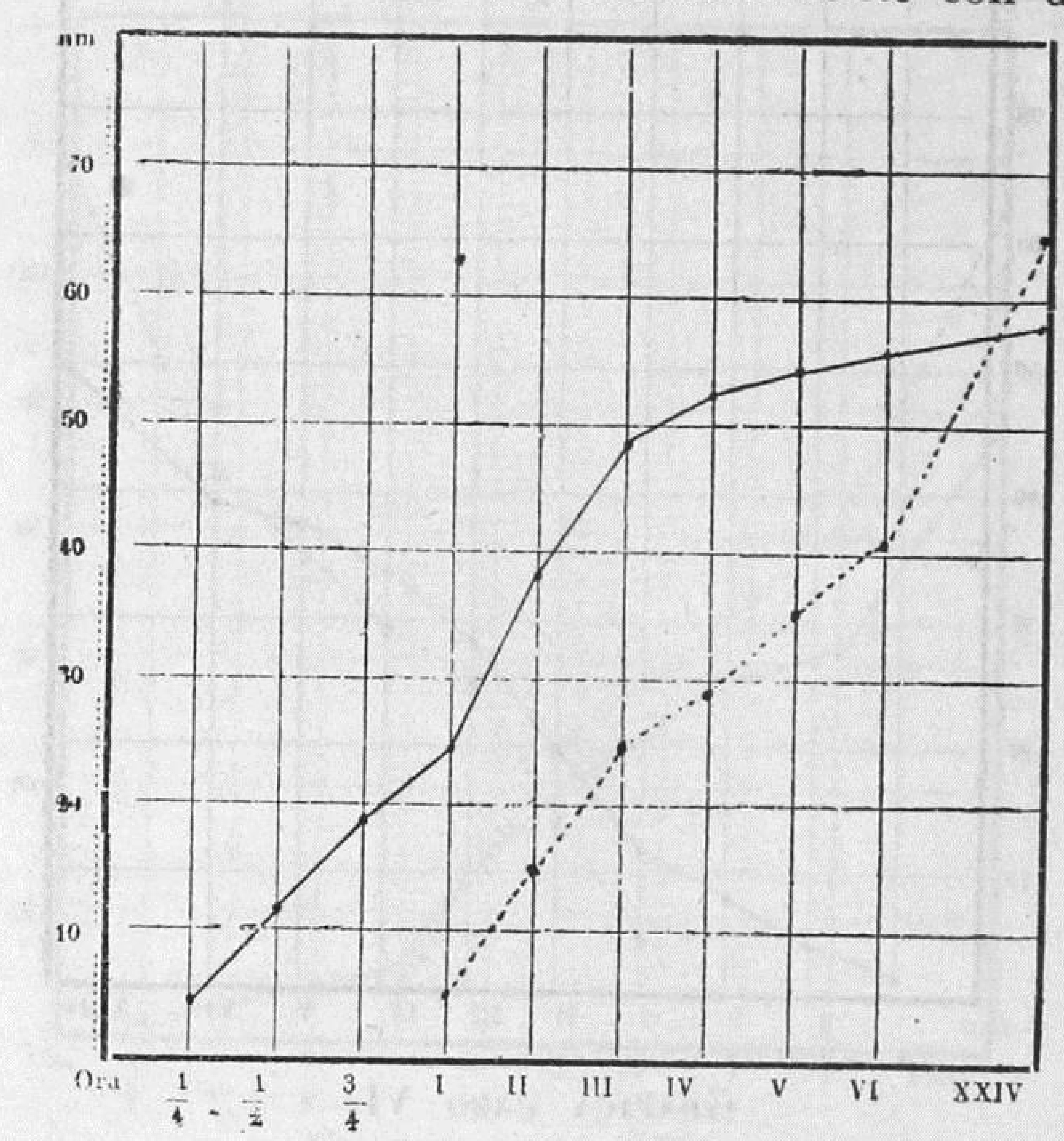
Caso XII. — D'A. P., a. 64.

A 30 anni affezione febbrile, durata una ventina di giorni. Dieci anni or sono vertigini e perdita di coscienza: fu trattenuto quattro giorni in ospedale. A trent'anni varici arti inferiori. Alla gamba destra ulcerazione dalla stessa data; è stato operato tre volte per complicazioni infiammatorie.

E. O. Larga superficie a granulazioni torpide faccia anteriore gamba destra. La cute circostante è arrossata.

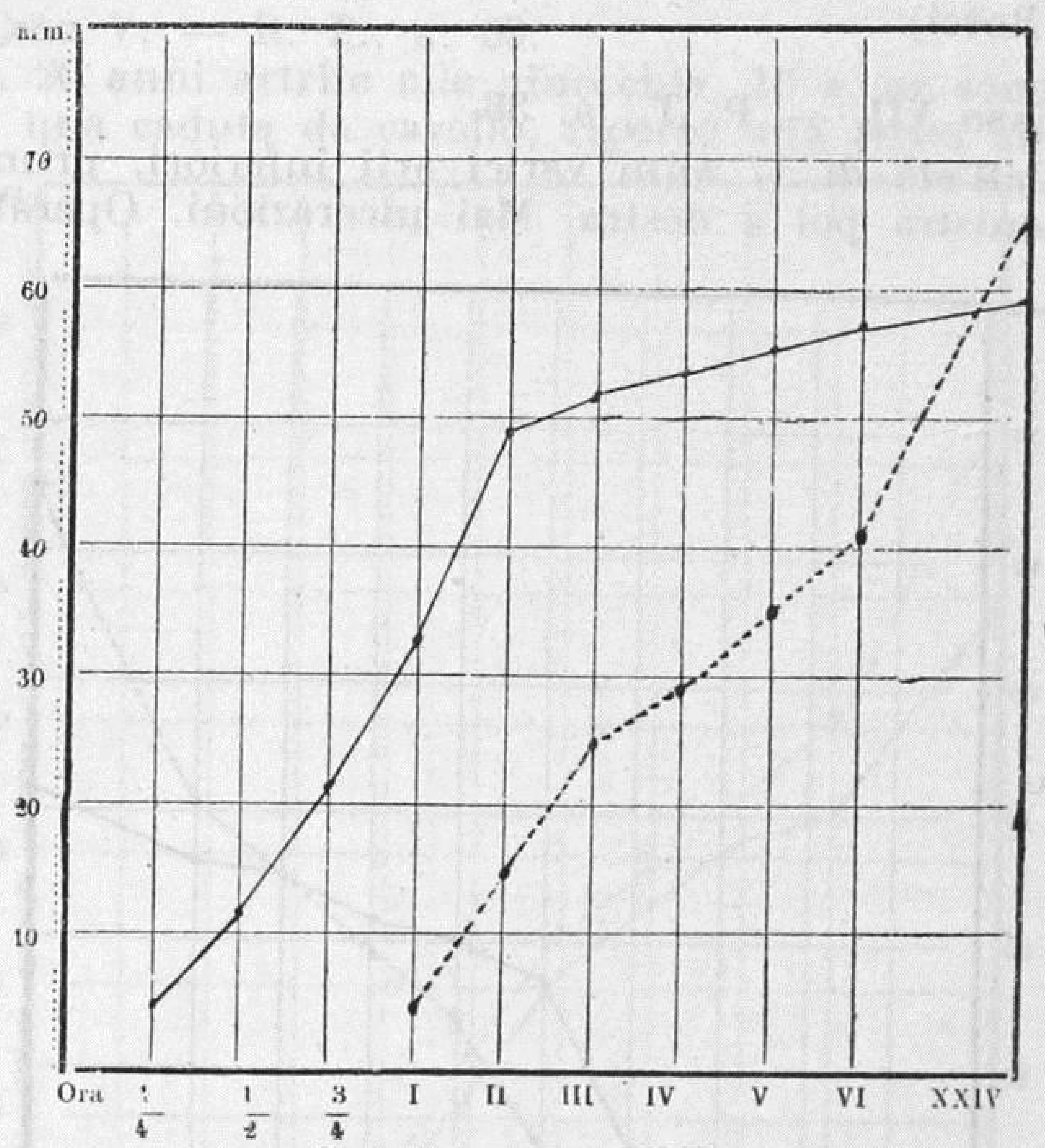
Caso XIII. T. L., a. 68.

Il padre era affetto da varici. A 26 anni la paz. ha sofferto di nefrite da raffreddamento con due



Grafica caso XII.

recidive. Da una trentina d'anni varici arti inferiori. Da 15 anni ulcere gamba sinistra. Nella stessa zona ha avuto erisipela 7-8 mesi or sono.



Grafica caso XIII.

E. O. Soluzione di continuo grossa quanto una moneta di dieci lire di nuovo conio alla faccia interna 1/3 inferiore gamba sinistra. Cute circostante leggermente arrossata, eczematosa. Noduli varicosi a d. e s.

Caso XIV. — C. R., a. 50.

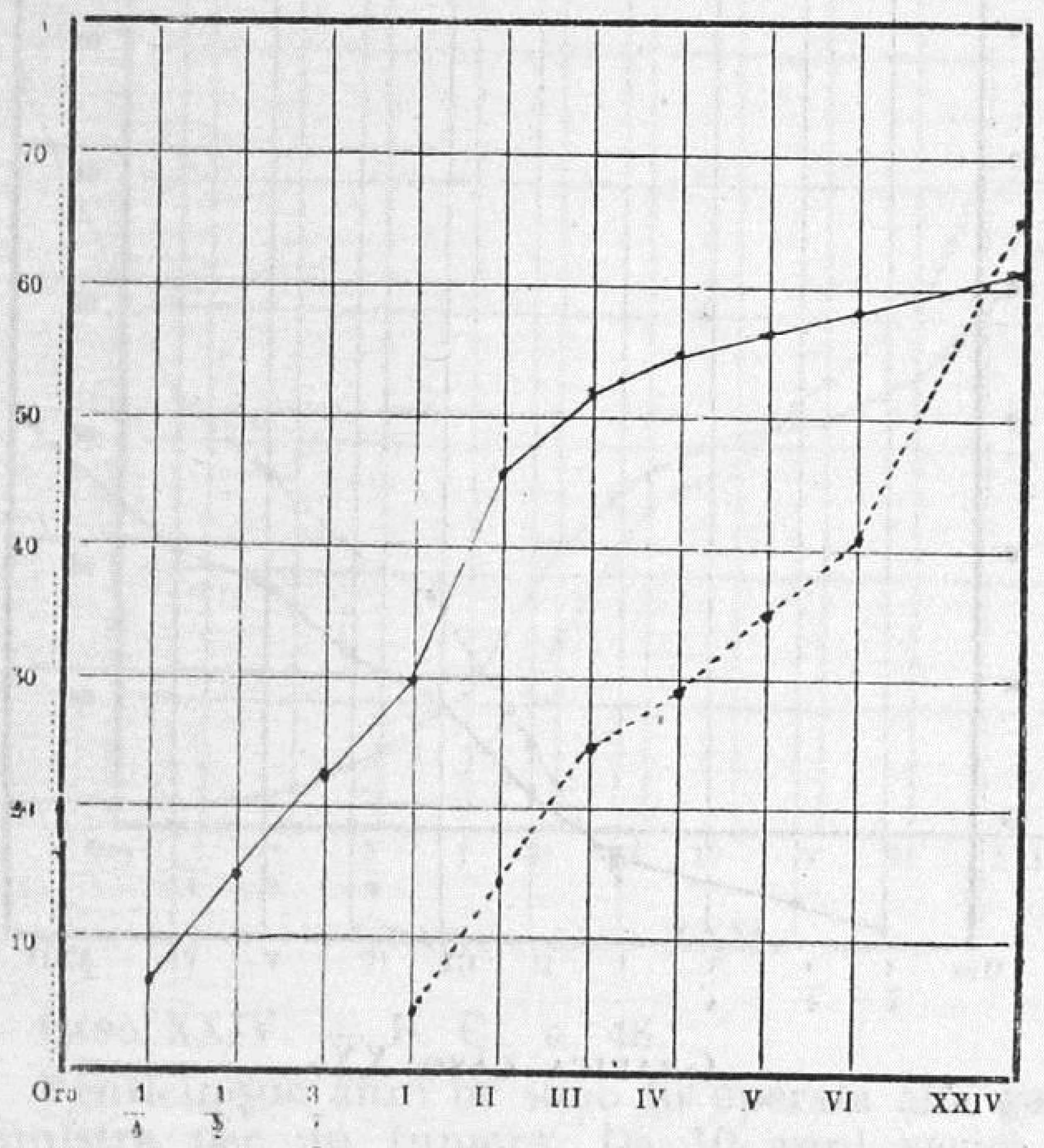
Prima della guerra 1915-18 bronco polmonite. Da circa 20 anni dispnea e tosse specialmente d'inverno. Da 4 anni ulcere alla gamba destra. Da molti anni varici arti inferiori.

E. O. Vasta superficie ulcerata alla faccia inter-

na gamba destra, terzo inferiore. Altra piccola ulcera faccia esterna stessa gamba.

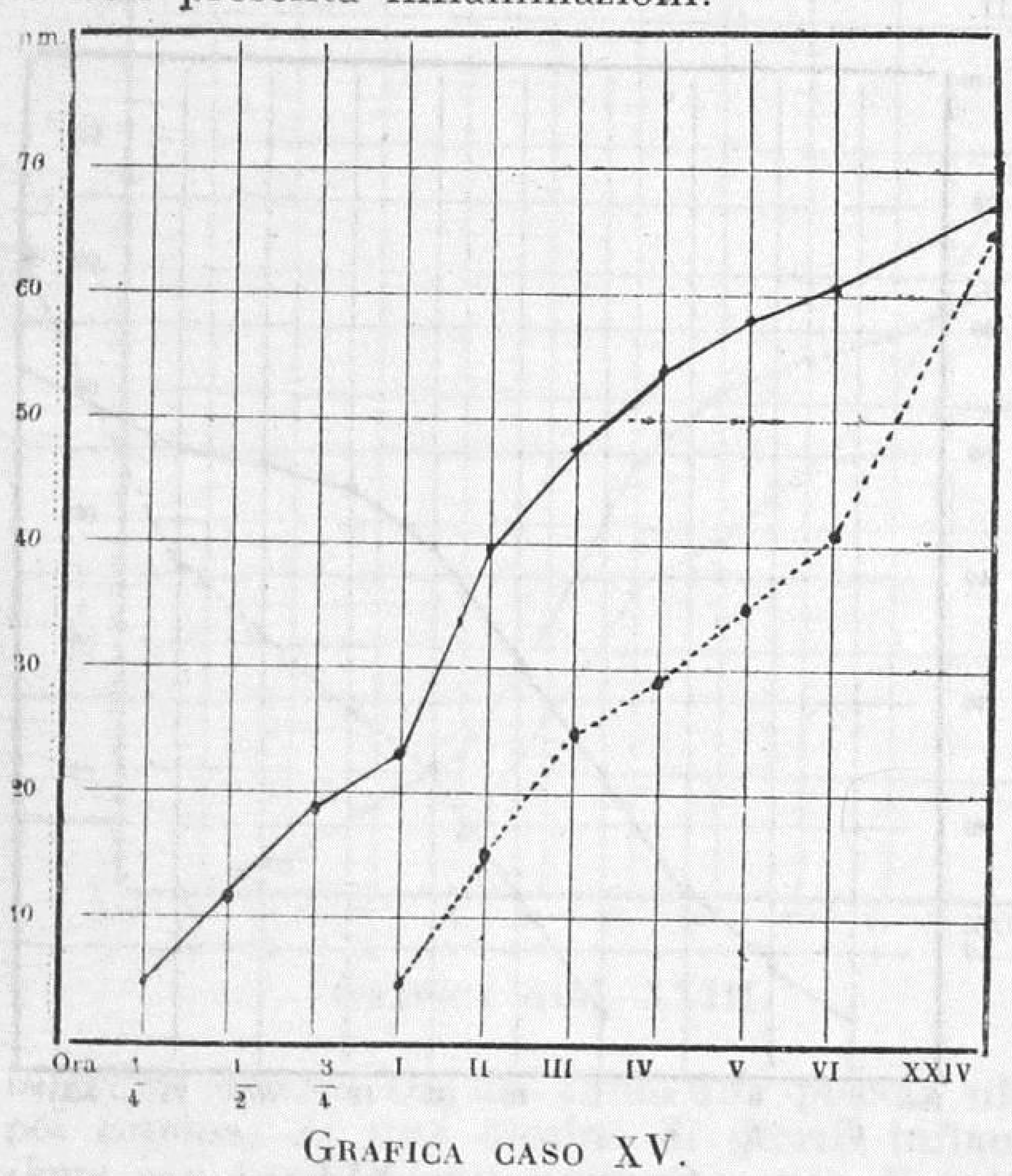
CASO XV. — F. A., a. 53.

Sette parti a termine. Tre figli morti poco dopo la nascita. Dopo il primo parto (33 anni or sono) notò varici agli arti inferiori. Da 4 anni ulcere a tutte due le gambe. Parecchie volte infiammazio-



GRAFICA CASO XIV.

ne attorno alle ulcere, con febbre. Da un mese la cute non presenta infiammazioni.



GRAFICA CASO XV.

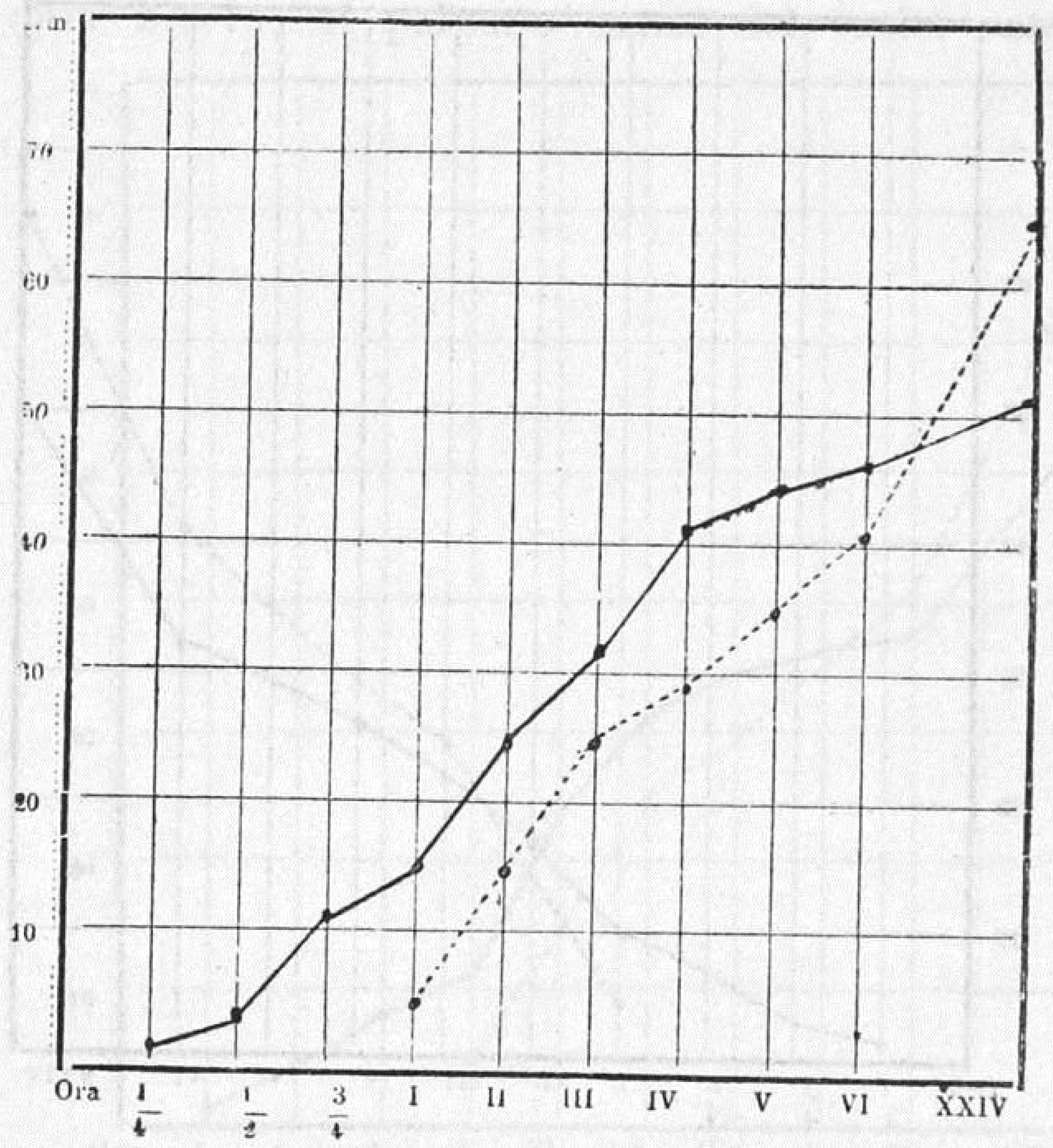
E. O. Gamba d.: 4 ulcere ricoperte da croste, 1/3 medio - 1/3 inferiore faccia interna. Gamba sinistra: ulcera al 1/3 medio, faccia interna.

CASO XVI. — F. G., a. 63.

Nel 1910 frattura gamba sinistra. D'allora sono comparse varici all'arto inferiore sinistro. Ai primi del mese ferita alla stessa gamba. Vi si sono stabilite due piaghe.

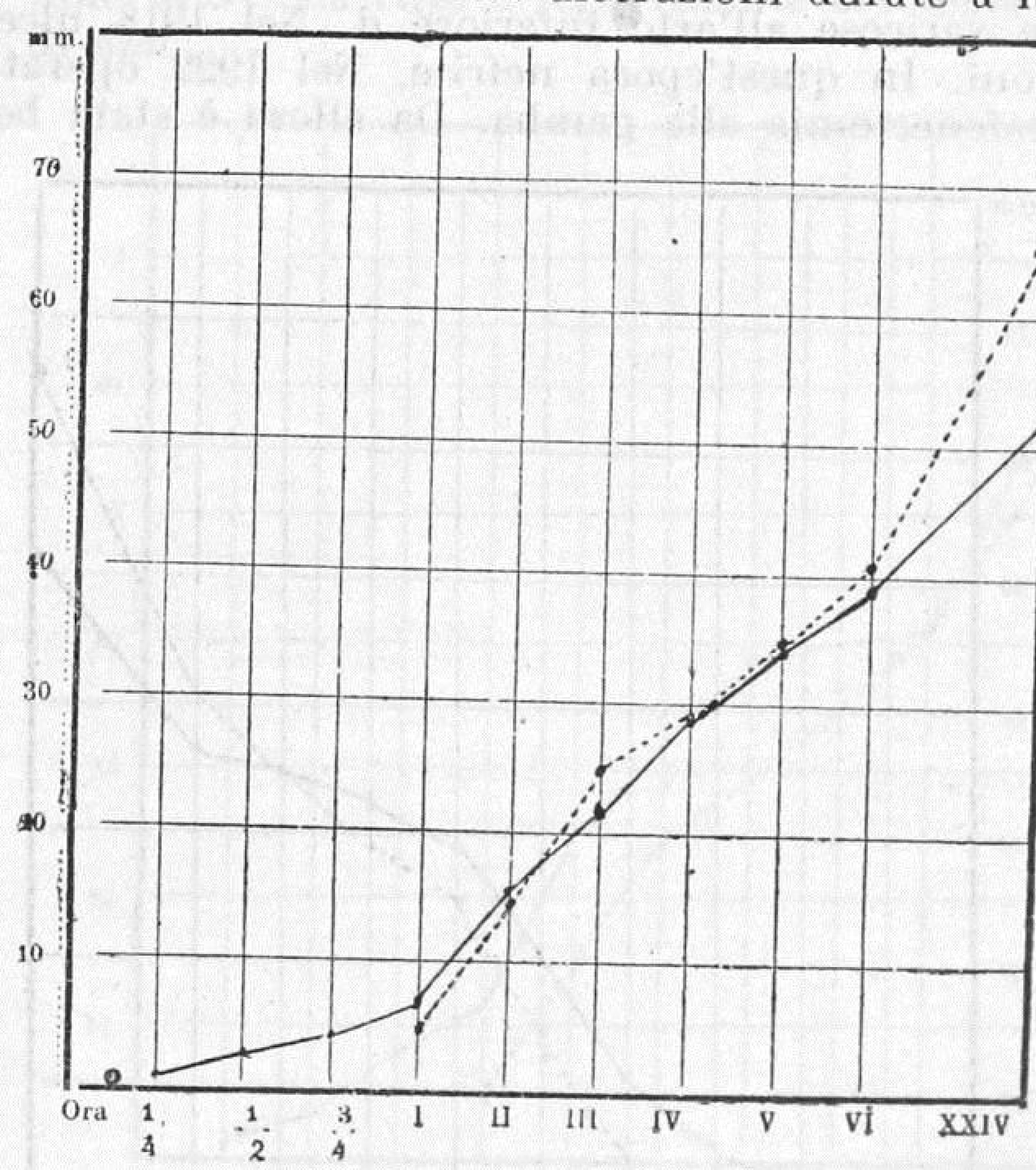
CASO XVII. — C. C., a. 44.

5-6 anni or sono ulcera corneale. Sei gravidanze a termine. Un aborto di tre mesi. Un bambino



GRAFICA CASO XVI.

morto a 22 mesi per eclampsia. Da 5-6 anni varici arto inferiore destro con ulcerazioni durate a lungo. Attualmente ulcerazioni intorno al collo del piede destro.



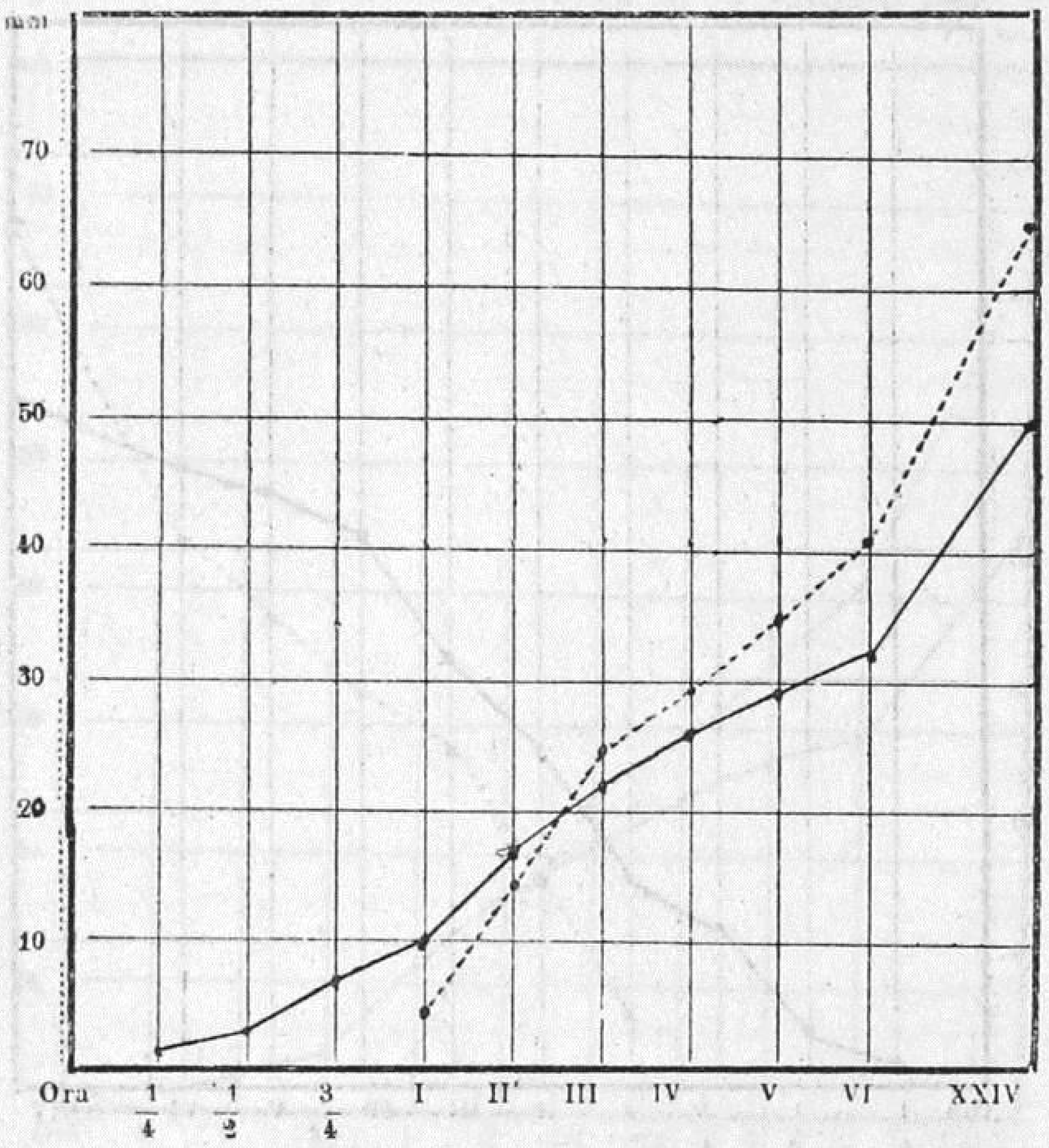
GRAFICA CASO XVII.

CASO XVIII. — F. M. L., a. 63.

Venti anni or sono tifo. Otto volte ricoverata in manicomio: l'ultima volta 4 anni or sono. Quattro gravidanze: da allora varici arto inferiore sinistro, appena accennate a destra. Alla gamba sinistra 3 volte piaghe. Da circa un mese si è riformata la piaga.

E. O. Sulla faccia interna gamba sinistra soluzione di continuo di aspetto torpido, a margini violacei. La cute circostante è tesa ed arrossata.

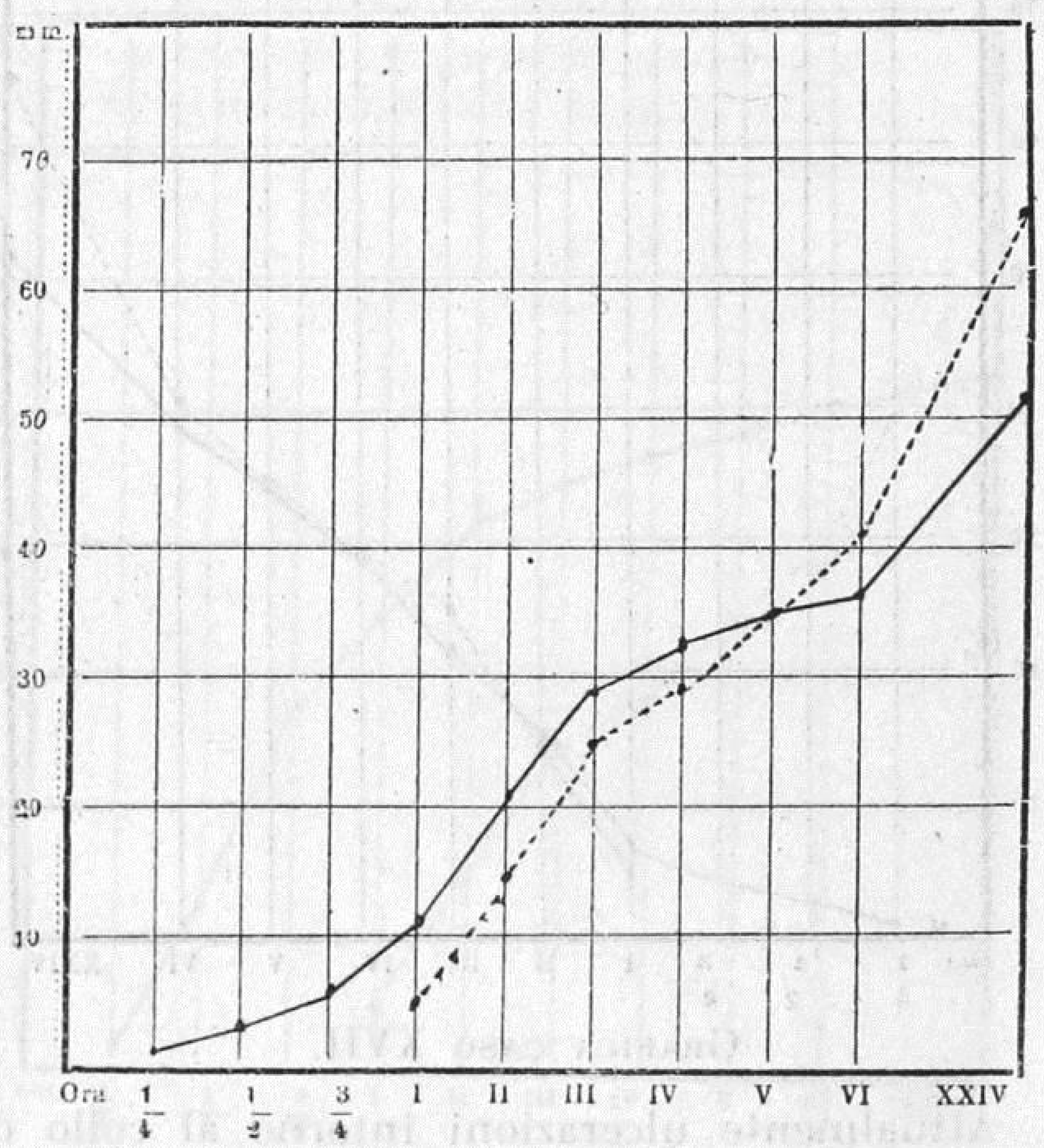
Perifericamente si palpano dei tralci duri sottocutanei, specialmente verso l'alto.



GRAFICA CASO XVIII.

CASO XIX. — V. C., a. 66.

Otto gravidanze a termine. A circa trent'anni vene varicose all'arto inferiore d. Nel 1918 ulcerazioni. In quest'epoca nefrite. Nel 1922 operata di safenectomia alla gamba. Da allora è stata bene.



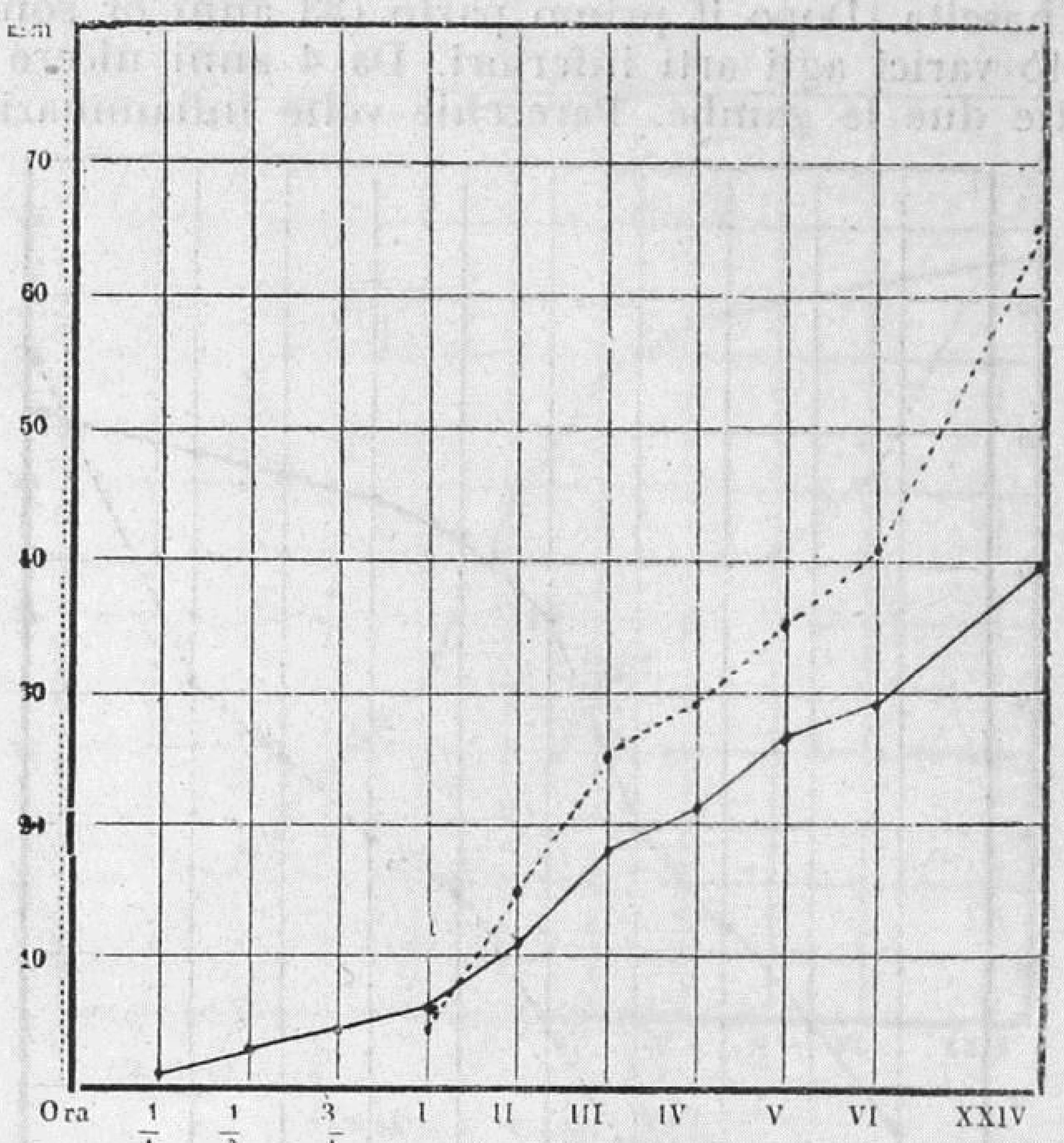
GRAFICA CASO XIX.

Dall'anno scorso son ricomparse le piaghe. Ora la gamba è ricoperta da croste su di una grande estensione. In corrispondenza del collo del piede si nota un'ulcerazione abbastanza estesa. Cute arrossata, tesa.

CASO XX. — M. V., a. 60.

È stato sempre bene. Tre anni or sono polmonite e subito dopo flebite alla gamba destra e poi alla sinistra. Non si era accorto di avere varici.

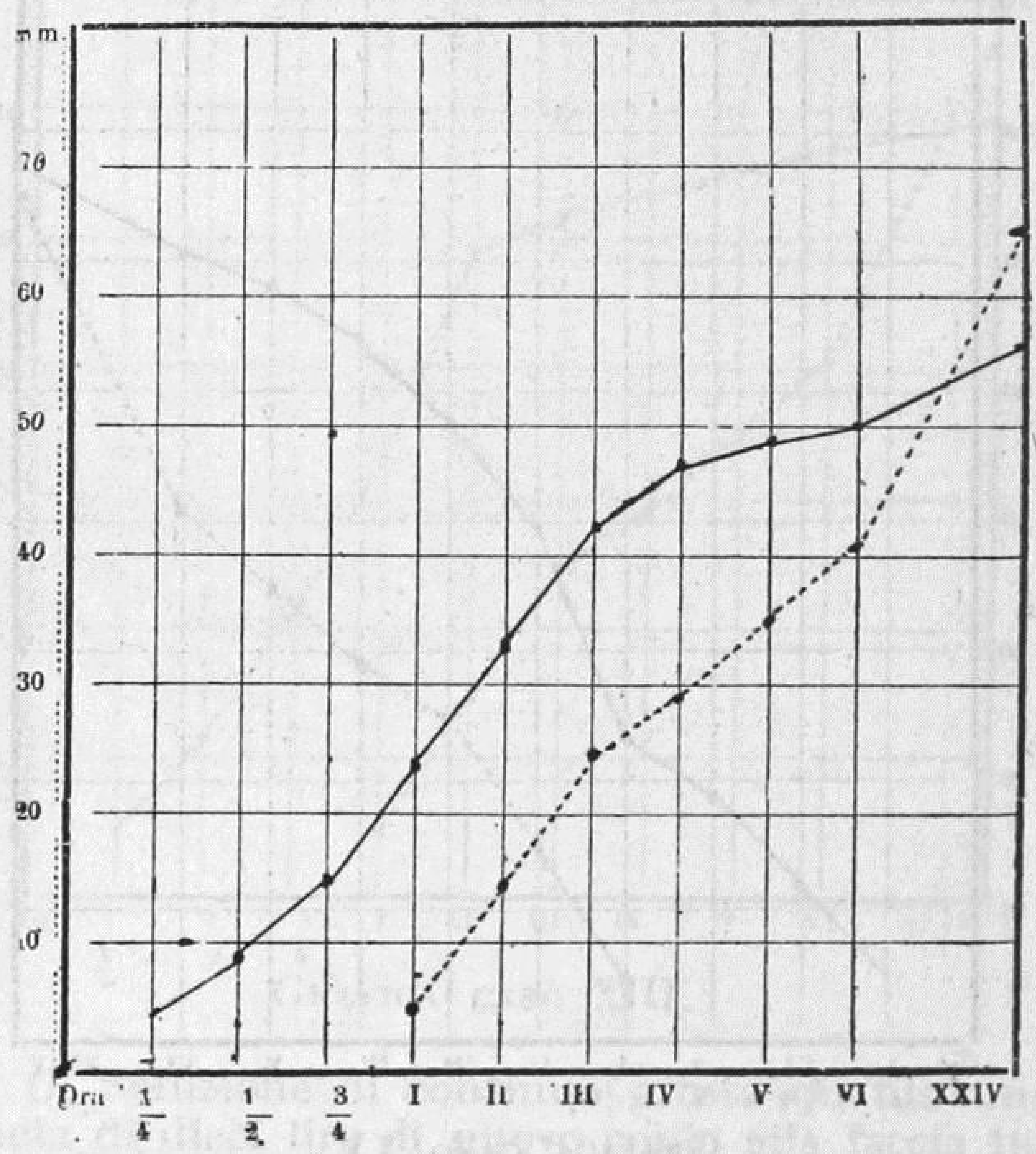
E. O. Ulcera faccia interna gamba destra, due a sinistra. Cute tesa, sclerotica alle gambe. Evidenti le vene con piccoli noduli varicosi.



GRAFICA CASO XX.

CASO XXI. — M. E., a. 54.

Da 26 anni varici arto inferiore sinistro. Da 3 anni ulcerazioni. Da 3-4 anni glicosuria ad intervalli.



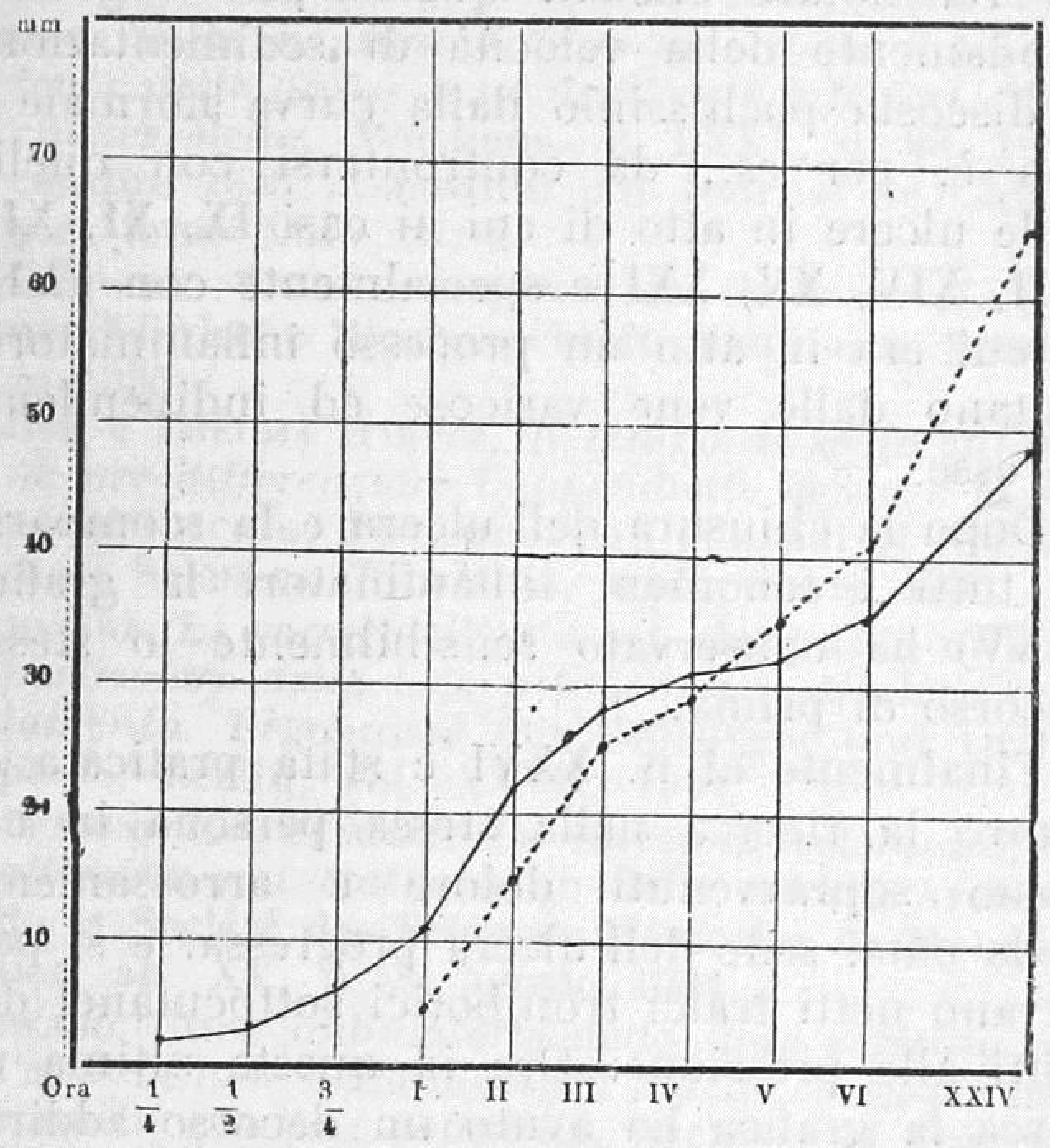
GRAFICA CASO XXI.

E. O. Tre piccolissime ulcerazioni terzo inferiore gamba sinistra, faccia interna. Urine: glucosio assente.

CASO XXII. — M. E., a. 54.

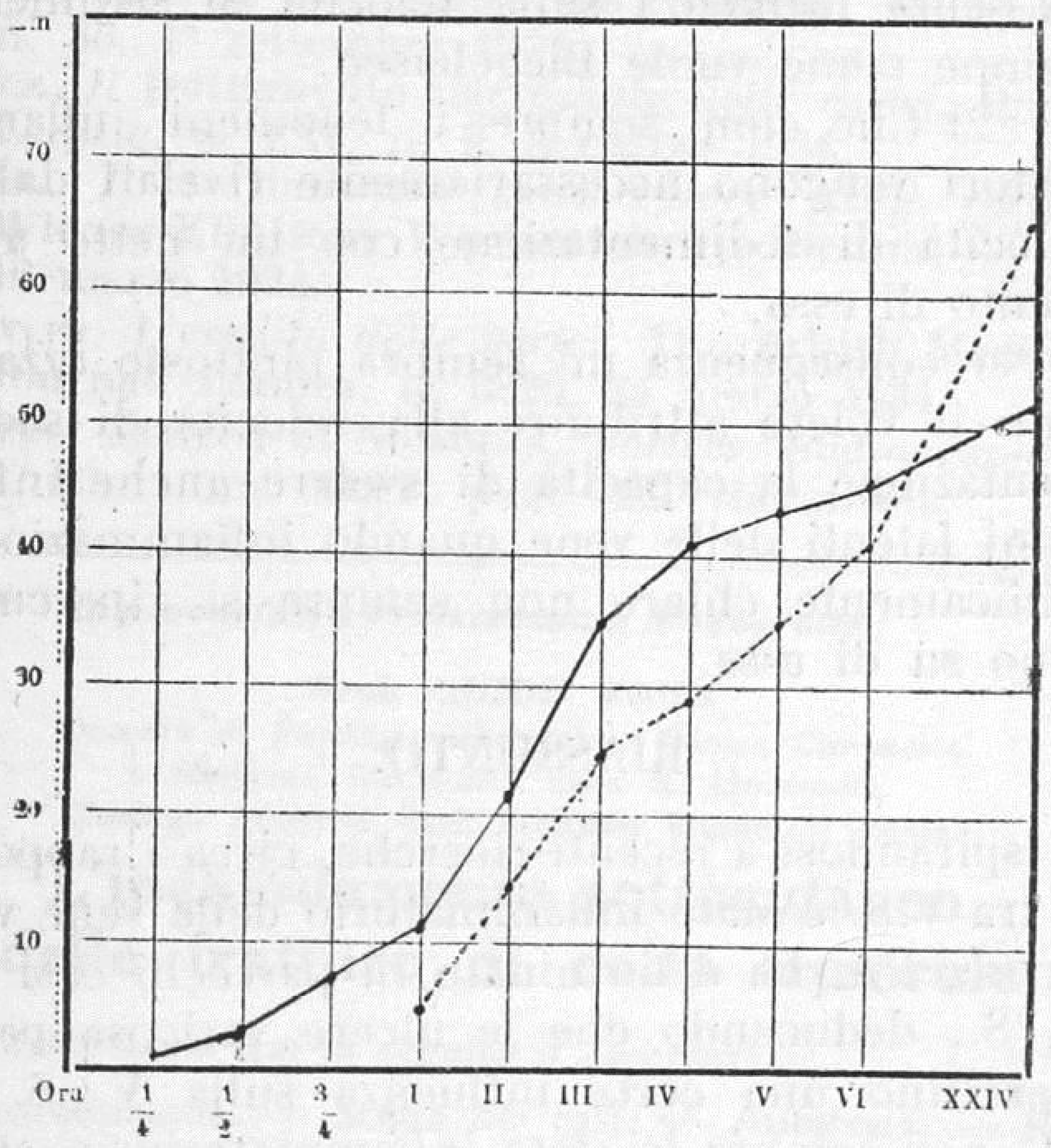
Guarite le piaghe mediante impacchi caldo-umidi e pomate risolventi. Il prelevamento viene fatto un mese e mezzo dopo il precedente.

CASO XXIII. — M. E. (vedi N. XXI e XXII).
A 4 mesi di distanza dal secondo prelevamento. Da circa un mese si sono riprodotte le ulcere



GRAFICA CASO XXII.

CASO XXIV. — B. C., a. 48.
Venticinque anni or sono fu operata alla gamba sinistra per un tumore. Da 10 anni varici arto



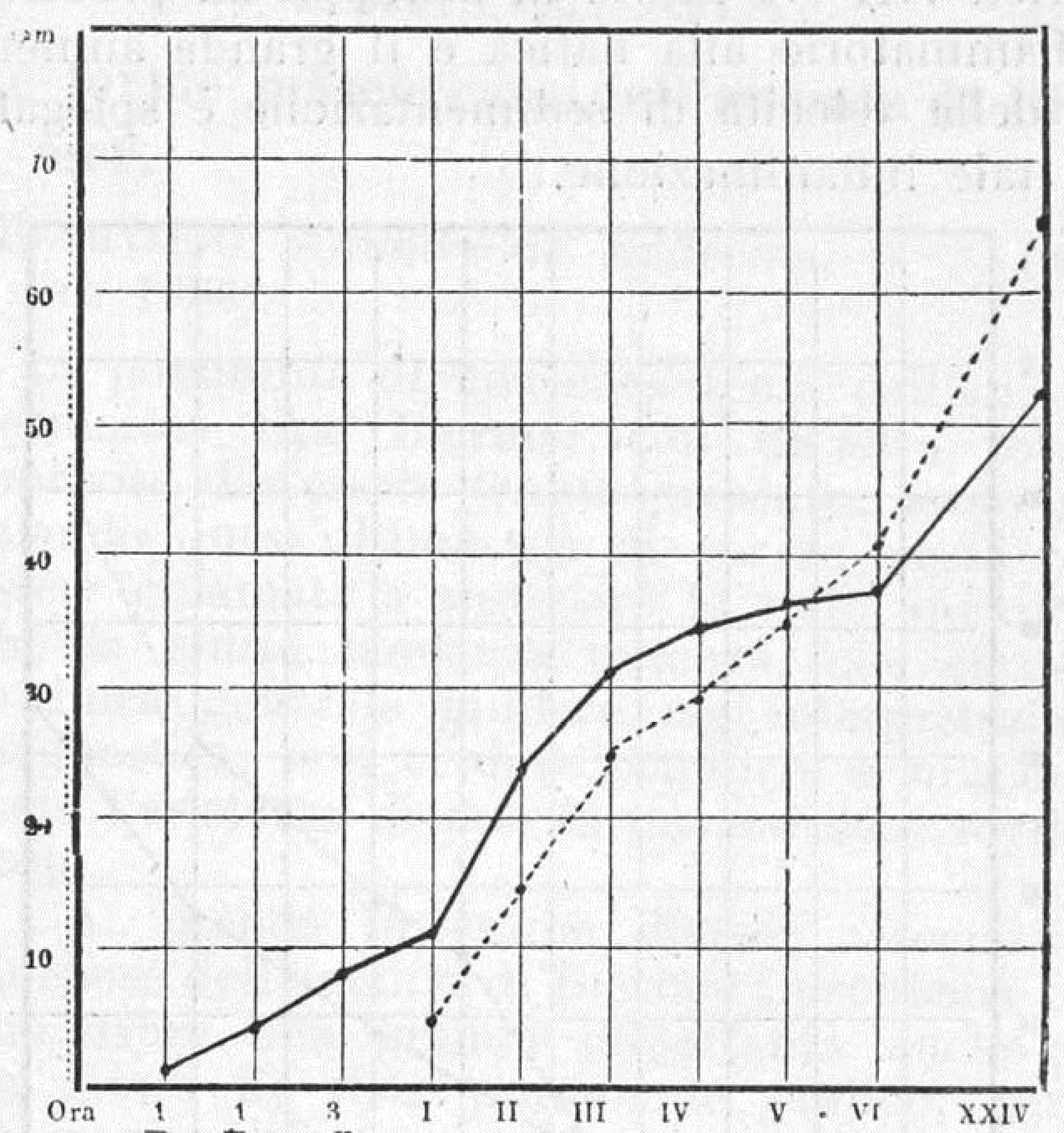
GRAFICA CASO XXIII.

inferiore destro. Da un anno una piccola ulcera; poi eczema; da una diecina di giorni infiammazione con tumefazione e arrossamento di tutta la gamba.

E. O. Cospicuo edema estendentesi a quasi tutta la gamba destra. Sulla faccia interna di essa si nota una soluzione di continuo di aspetto torpido. La palpazione riesce dolorosissima. Cute arrossata su tutta la zona edematosa.

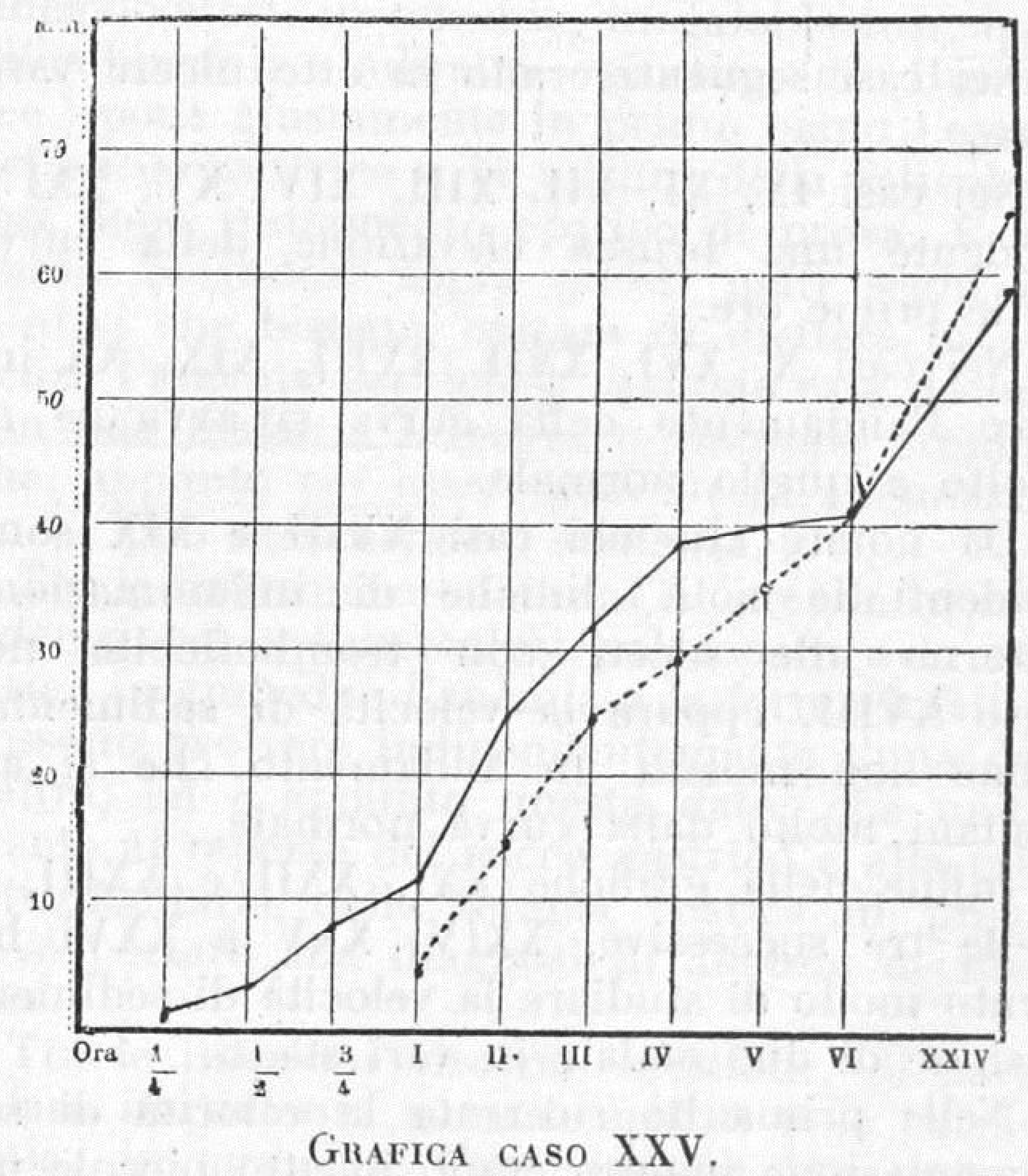
CASO XXV. — B. C. (vedi N. XXIV).
A due mesi di distanza dalla ricerca precedente: le piaghe sono guarite e sono scomparsi i segni d'infiammazione.

CASO XXVI. — (Vedi N. XXIV e XXV).
Tre mesi dopo il secondo prelevamento: intorno alla zona di cute sclerotica nella sede della vecchia ulcera, si palpano come dei tralci sottocu-



GRAFICA CASO XXIV.

tanei duri. La cute è leggermente arrossata sopra di essi.



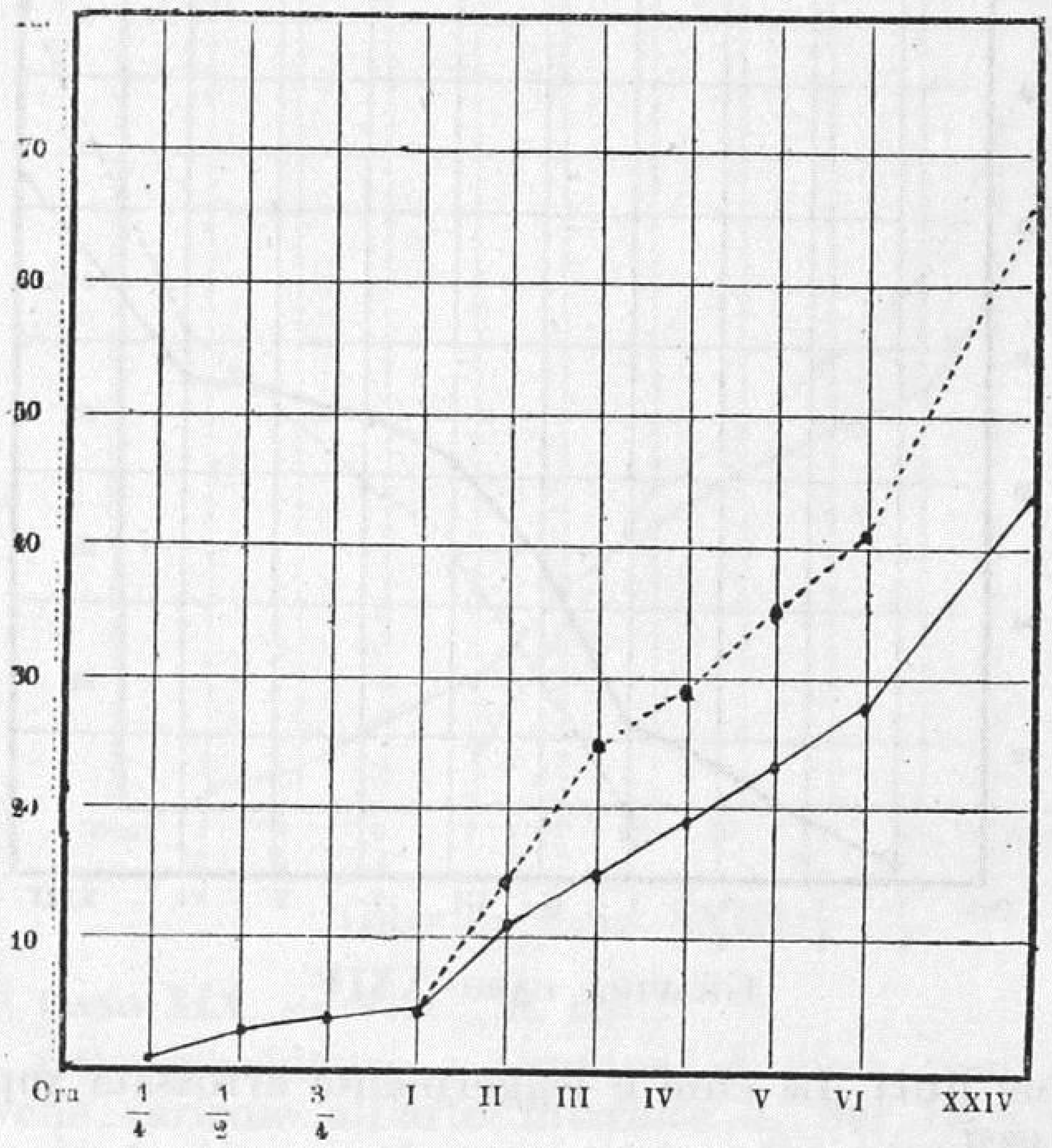
GRAFICA CASO XXV.

Dai tracciati riportati risulta che nei primi sei casi — in cui non vi erano ulcerazioni nè segni clinici infiammatori — la velocità di sedimentazione segue pressoappoco la curva normale.

Nel VII caso non vi erano mai state ulcerazioni nè flebiti, ma si trattava di una donna che aveva sofferto di appendicite e colecistite per cui fu operata lo scorso anno. Per quanto ora la donna goda buona salute, data la

anamnesi, non si può tenere gran conto della curva che dimostra un leggero aumento della velocità di sedimentazione.

Nell'VIII era in via di sviluppo un processo infiammatorio alla natica e il grande aumento della velocità di sedimentazione è spiegato da tale infiammazione.



GRAFICA CASO XXVI.

Nei casi seguenti erano in atto ulcere varicose.

Nei casi IX, XI, XII, XIII, XIV, XV, XXI è evidente una brusca elevazione della curva nelle prime ore.

Nei casi X, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX invece l'andamento della curva si avvicina di molto a quello normale.

Da notare che nei casi XVIII e XIX sono evidenti le note cliniche di infiammazione intorno alle ulceri con tromboflebite nel caso XVIII, eppure la velocità di sedimentazione non mostra un andamento che si allontani molto dalla curva normale.

Infine nelle grafiche XXI, XXII e XXIII, e nelle tre successive, XXIV, XXV e XXVI ho avuto modo di studiare la velocità di sedimentazione di due malate in vari stadii.

Nella prima ho ricercata la velocità di sedimentazione mentre erano in atto piccole ulcere (XXI), poi di nuovo dopo la scomparsa di esse (XXII), ed in seguito dopo che si era ripresentata una piccola ulcera (XXIII). Rilevo da queste grafiche che, mentre dopo la guarigione delle ulcere la curva è molto vicina alla normale, se ne discosta invece nella prima ricerca, ed ulcere in atto (XXI), e un po' meno dopo la ricomparsa di una di esse.

Nell'ultima paziente la grafica XXIV è stata determinata mentre era in atto un'ulcerazione con rilevanti fenomeni infiammatori della gamba: arrossamento, edema cospicuo, dolore. Da notare che in questa prima grafica l'andamento della velocità di sedimentazione si discosta pochissimo dalla curva normale e non è, per es., da confrontarsi con quello delle ulcere in atto di cui ai casi IX, XI, XII, XIII, XIV, XV, XXI e specialmente con l'VIII in cui era in atto un processo infiammatorio lontano dalle vene varicose ed indipendente da esse.

Dopo la chiusura dell'ulcera e la scomparsa di tutti i fenomeni infiammatori la grafica (XXV) ha conservato sensibilmente lo stesso decorso di prima.

Finalmente al n. XXVI è stata praticata di nuovo la ricerca nella stessa persona in cui erano sopravvenuti dolore e arrossamento della cute, sede dell'ulcera pregressa, e si palpavano netti tralci trombotici sottocutanei dolenti alla pressione. Ora in questa ultima ricerca la grafica ha avuto un decorso addirittura inferiore alla curva normale.

Da queste osservazioni mi pare di poter trarre qualche cauta deduzione, e cioè che:

1) Non pare che la presenza delle ulcere sia senza influenza sulla velocità di sedimentazione come vuole Biegeleisen.

2) Che non sempre i fenomeni infiammatori vengono necessariamente rivelati dalla velocità di sedimentazione con un netto aumento di essa.

Per conseguenza mi sembra piuttosto azzardato il volere attribuire alla velocità di sedimentazione la capacità di svelare anche infezioni latenti delle vene quando infiammazioni clinicamente chiare non sempre si ripercuotono su di essa.

RIASSUNTO.

Ispirandosi a recenti ricerche, circa i rapporti tra V.S. e stato infiammatorio delle vene varicose, l'A. ha determinato in parecchi casi la V. S., deducendo che le ulcere varicose pare esercitino una certa influenza sulla V. S. e che non sempre lo stato infiammatorio in atto comporta un aumento della V. S. per cui il metodo non sembra sufficiente a svelare le infezioni latenti delle vene.

BIBLIOGRAFIA.

CHIASSERINI. *Cause e meccanismi delle embolie postoperatorie.* Rapporto alla Società Internazionale di Chirurgia, Varsavia, 1929; Bruxelles, Imprimerie Médicale et Scientifique, 1929.

BIEGELEISEN. *Diagnosi di flebite in vene varicose a mezzo della velocità di sedimentazione.* Annals of Surgery, aprile 1934, vol. 99, n. 4, pag. 661 e segg.

PICARDI G. *La velocità di sedimentazione delle emazie in alcune malattie chirurgiche delle vie biliari.* Policlinico, Sezione Pratica, anno 1933.

KRIEG. *Sulla diagnosi differenziale della flebile latente delle grosse vene degli arti inferiori.* Münchener Mediz. Wochens., a. LXXX, n. 48, 1° dicembre 1933. Riassunto dal Journal de Chirurgie, tome XLIV, n. 2.

MOSKOWICZ. *Trattamento radicale delle varici.* Wiener Klinische Wochenschrift, Vienna, n. 9, marzo 1935.

SMITH e THELMA HARPER. *Il tempo di sedimentazione per differenziare l'appendicite acuta e la salpingite acuta.* The American Journal of the medical Sciences, Filadelfia, n. 3, marzo 1935.

SCHWARZ. *Le varici dell'arto inf. dal punto di vista particolare della loro patogenesi e del loro trattamento.* Ergebnisse des Chirurgie und Orthopädie, Berlin, vol. XXVII, 1934.

STEFANINI e GUÉMENT. *Le iniezioni sclerosanti di glicerina nel trattamento delle varici.* Archives de la Société des Sciences Médicales de Montpellier, an. XV, n .8, agosto 1934.

HOWARD. *Cura ambulatoria dello stato varicoso con l'associazione della legatura e delle iniezioni sclerosanti; risultati definitivi.* Archives of Surgery, Chicago, vol. XXIX, n. 3, settembre 1934.

BAUR. *Risposta agli accidenti nell'impiego del Varicocid.*

BERNHARD. *L'emoglobinuria dopo impiego del Varicocid nel trattamento sclerosante delle varici.* Zentralblatt für Chirurgie, Leipzig, an. LXI, n. 35, 1° settembre 1934.

BOCK. *Il trattamento sclerosante delle varici.* Ibid., Leipzig, a. LXI, n. 9, 3 marzo 1934.

NOBL. *Il trattamento conservatore delle varici.* Wiener Klinische Wochenschrift, Vienna, n. 11, 16 marzo 1934.

OTTLEY. *L'eredità delle varici.* The British Medical Journal, Londra, n. 3820, 24 marzo 1934.

PATEY, TATHAM et NICHOLAS. *Varices. Radiographie.* J. Ch., tom. XLIV, pag. 752 (riassunto).

**

SUNTI E RASSEGNE

EMATOLOGIA.

Le forme mascherate dell'anemia di Biermer.

(BENHAMOU. *Annales de Médecine,* n. 3, ottobre 1936).

La possibilità di una coesistenza dell'anemia perniciosa tipo Biermer con un'altra forma morbosa dev'essere tenuta presente: tanto più quando quest'ultima già di per se stessa può essere chiamata a sostenere lo stato anemico: chè la giusta tendenza unicista, che ci deve in linea generale guidare nell'interpretazione diagnostica, non ci deve condurre a misconoscere l'esistenza di due forme morbose sovrapposte.

L'A. prende in esame diverse associazioni morbose dell'anemia di Biermer: problema che può avere una grande importanza anche da un punto di vista puramente pratico, per i provvedimenti terapeutici che se, riconosciuto, esso pone in discussione.

In un primo tempo l'A. si sofferma sopra quelli ch'egli ritiene gli essenziali elementi diagnostici dell'anemia di Biermer: e tra questi (megalocitosi, ipercromia, megaloblastosi, iperbilirubinemia indiretta, glossite di Hunter, ecc.) pone giustamente in primo piano l'esame del succo gastrico e la misura della reticolocitosi dopo trattamento epatico di prova. È appunto basandosi sopra questi netti segni distintivi che bisogna cercare di mettere in evidenza l'anemia perniciosa, quando essa decorre con una malattia infettiva o viscerale cronica, che, appunto per essere essa stessa anemizzante, ne può mascherare l'esistenza.

Tra le infezioni croniche, l'A. prende in considerazione la tubercolosi polmonare e la malaria: in ambedue l'anemia e la forma infettiva possono evolvere indipendentemente l'una dall'altra; ed è appunto questo dato, che unitamente al reperto del succo gastrico e alla crisi reticolocitaria nella terapia epatica di prova, deve portare alla diagnosi di anemia di Biermer.

Tra le infezioni viscerali croniche, di particolare importanza sono le nefriti e le cardiopatie: in ambedue l'associazione con un'anemia di Biermer è possibile, e il riconoscimento di quest'ultima consente coll'opportuna terapia un grande miglioramento nelle condizioni generali del paziente, e quindi anche un miglioramento nel pronostico della nefrite e della cardiopatia.

Un posto a sè deve essere invece riservato all'anemia di Biermer associata alla cirrosi del fegato: mentre per le malattie precedenti l'associazione sembra essere solo fortuita, nel corso della cirrosi del fegato pare esistere un reale legame tra l'anemia di Biermer e la lesione epa-

tica. Verrebbe qui a mancare il deposito epatico del principio antianemico di Castle, mentre questo potrebbe essere ancora secreto dalla mucosa gastrica: si tratterebbe cioè di una malattia di Biermer a caratteri clinici più moderati, la cui genesi dipenderebbe da difetto di immagazzinamento del principio antianemico e non da difetto di secrezione. Con la cura di estratti epatici bisogna perciò in questo caso proporsi lo scopo di sostituire il fegato nella sua funzione di organo di riserva.

F. MAGRASSI.

Contributo allo studio della mielosi eritremica. Mielosi eritremica splenomegalica con aplasia mieloide.

(STORTI. *Haematologica*, vol. XVII - 1936).

L'A., nel rendere noto un caso di mielosi eritremica con aplasia mieloide, coglie l'occasione per procedere ad una disamina di tutta la casistica della forma eritremica, nel duplice intento di vedere se esistono e quali sono in questa malattia gli elementi variabili e quelli invece relativamente più costanti, e di prospettare alcune importanti questioni riguardanti l'essenza ed i rapporti della emopatia eritremica con altre emopatie sistemiche.

Il Di Guglielmo, che per primo segnalò questo processo morboso, lo definì come una iperplasia sistemica della serie eritroblastica con tendenza all'arresto di maturazione cellulare e con passaggio in circolo di forme rosse immature. Ma, dalla disamina analitica di tutte le osservazioni consegnate alla letteratura come veri e propri casi di eritremia, risulta chiaro che il processo di mielosi eritremica, individuato dal Di Guglielmo nelle sue linee fondamentali, si è dimostrato oltremodo variabile e polimorfo, e che molti elementi, a comportamento abbastanza caratteristico in altre emopatie, hanno presentato oscillazioni cospicue, mentre invece altri caratteri si sono presentati con quasi assoluta costanza in tutti i casi finora descritti come casi di eritremia.

L'osservazione personale dell'A. riguarda un contadino di 58 anni, con gentilizio completamente indenne, con anamnesi remota del tutto silente, e che ha lavorato fino a 5 mesi prima della morte. Il pallore progressivo e l'astenia spiccata furono i sintomi che attirarono l'attenzione del p. e lo indussero a farsi ricoverare in clinica. Obbiettivamente fu riscontrato pallore spiccato, con epato e splenomegalia.

L'esame del sangue mise in evidenza un'anemia di alto grado, con forte ipercromia, con anisocitosi e poichilocitosi, con leucopenia e presenza di eritroblasti e megaloblasti in circolo. L'esame del puntato splenico, praticato tre volte, rivelò, come nota morfologica dominante, la presenza di elementi immaturi della serie rossa.

Nel decorso clinico di questo caso non si sono avuti fatti di un certo rilievo e nemmeno un progressivo peggioramento; anzi, la fine è giunta improvvisa, quando il malato soggettivamente aveva l'impressione di un lieve miglioramento.

Dal punto di vista terapeutico furono eseguite dieci trasfusioni di sangue, intensa terapia antianemica sotto tutte le forme (terapia epatica, con mucosa gastrica, con rame, ferro) ed anche piccole irradiazioni Röntgen sulla milza e sulle ossa lunghe.

Due biopsie del midollo osseo dimostrarono che questo era quasi del tutto costituito da adipe e da connettivo fibroso con rarissimi e piccoli nidi di tessuto mieloide, formati in gran prevalenza da elementi maturi o quasi: midollo quindi quasi del tutto aplastico.

All'autopsia fu riscontrato un quadro generale di grave anemia con splenomegalia, e all'esame istopatologico tre fatti essenziali: 1) anemia gravissima di tutti gli organi, con spiccata metaplasia a tipo esclusivamente normoblastico dei parenchimi epatico e splenico; 2) assenza quasi completa in tali parenchimi di rappresentanti immaturi del sistema leucoblastico; 3) aplasia del tessuto mieloide sia della regione sterno-costale che delle ossa lunghe.

Lo studio analitico di tutti i casi di mielosi eritremica pubblicati, e particolarmente di quest'ultimo, permettono di fissare i caratteri principali e costanti di questo processo morboso nel numero di quattro: 1) anemia di grado elevato; 2) splenomegalia variabile nella sua entità e generalmente con i caratteri di accentuata consistenza e a margine duro regolare; 3) ingrossamento epatico, di solito minore di quello splenico; 4) iperplasia della serie rossa che rappresenta l'essenza stessa del processo emopatico.

Accanto a questi caratteri fondamentali se ne possono elencare altri variabili ed oscillanti. Così la temperatura, in alcuni casi febbrile in altri invece normale; così l'indice emoglobinico, benchè nella maggioranza dei casi si sia avuto ipocromia; così il comportamento quantitativo e qualitativo dei globuli bianchi. Riguardo al quantitativo emolitico sembra che in tale malattia l'iperemolisi non rappresenti un carattere importante come in altre eritroblastopatie (per es. nel morbo di Cooley). La durata della malattia si è mostrata variabile.

Dal punto di vista istopatologico poi risulta dimostrata la grande variabilità nella intensità e nella localizzazione dell'iperplasia della serie rossa, e risulterebbe anche probabile una certa diversità di aspetto tra tale iperplasia e quella leucemica, per quanto non si possa dire se il fondamento ed il meccanismo di questi due fenomeni istopatologici siano analoghi o completamente diversi.

Lo studio accurato della casistica permette inoltre di porre la distinzione in due principali varietà della malattia in esame: l'una, più frequente, in cui l'alterazione qualitativa si ac-

compagna a quella quantitativa, e l'altra in cui è presente la sola modificazione qualitativa.

L'individualità del processo eritremico in rapporto ad altre emopatie rimane nettamente stabilita. Infatti l'anemia perniciosa e la mielosi eritremica non si possono più considerare, come faceva il Di Guglielmo, varietà di uno stesso processo morboso che aggredisce primitivamente il sistema eritropoietico, giacchè le due forme morbose si presentano assolutamente diverse, sia per l'andamento clinico (fisso ed uniforme nell'anemia perniciosa, polimorfo e variabile nell'eritremia), sia per il quadro ematologico (scarsità delle forme immature in circolo nell'anemia perniciosa) sia per il risultato terapeutico (influenza benefica della terapia antianemica nell'anemia perniciosa).

Una malattia con la quale la mielosi eritremica offre molti punti di contatto è invece la sindrome di Cooley i cui caratteri principali sono: anemia più o meno intensa con prevalente ipocromia e aniso-poichilocitosi, eritroblastosi costante con prevalenza delle forme più giovani, iperemolisi, splenomegalia, alterazioni ossee a tipo di osteoporosi; inoltre è una malattia congenita, familiare che colpisce i bambini in giovanissima età. Questa malattia (insieme con altri processi morbosi fetali od infantili caratterizzati da aumento spiccato e duraturo in circolo di elementi rossi nucleati) viene dal Lehndorff compresa nel grande gruppo delle eritroblastopatie contrassegnate da tre sintomi fondamentali: epatomegalia, splenomegalia ed eritroblastosi, che sono poi quelli stessi caratteristici delle mielosi eritremiche.

Si potrebbe quindi far rientrare le eritroblastopatie nel capitolo più vasto delle mielosi eritremiche, dal che deriverebbe una più esatta e più semplice comprensione istopatologica di tali processi morbosi indicati ora con una serie di nomi diversi. F. TOSTI.

MISCELLANEA.

Tumore linfoepiteliale del timo e la miastenia.

(M. MEISTER, B. ERCKLENTZ, *Kl. Wochenschr.*, 26 settembre 1936).

I due AA. presentano note separate sullo stesso caso di tumore timico e miastenia grave; il primo presenta la descrizione anatomopatologica, il secondo, l'osservazione clinica; tutti e due formulano dei rilievi fisiopatologici relativi alla probabile connessione patogenetica fra le alterazioni del timo e il quadro della miastenia.

Il quadro morboso osservato ha dimostrato una progressione graduale: dapprima una sindrome mediastinica che radiologicamente veniva attribuita a presenza di neoformazioni mediastiniche (aumento dell'ombra mediana e formazioni rotondeggianti multiple); a distanza di un anno comparsa di sindrome miastenica con facile esauribilità muscolare specialmente accentuata a carico dei muscoli fonatori, facciali e linguali; successivamente veniva osservata ulteriore diffusione (metastatica) delle neoplasie nei campi polmonari e nella pleura; negli ultimi mesi comparsa di infezioni multiple: sinusiti, otite bilaterale, bronchite purulenta, broncopolmonite, polmonite con empiema parapneumonico; morte dopo l'operazione per insufficienza miocardica.

La sezione ha dimostrato l'esistenza di neoplasia a carico del timo con metastasi multiple; dallo studio istologico, tali neoformazioni risultarono costituite di cellule a tipo linfocitario e da quelle a tipo epiteliale disposte a cordoni o a maglie; lo stroma di sostegno a forma di setti era rappresentato da fasci connettivali, spesso ialini con scarsi nuclei; i vasi ampi a pareti sottili, ricchi di sangue o con segni di trombosi antica o recente. In alcune zone del tumore sono state riscontrate cellule a protoplasma reticolare con nucleo eccentrico più o meno ricco di cromatina, paragonabili a cellule del xantoma. Il reperto anatomo-istologico autorizzava alla diagnosi di tumore del timo a tipo di linfoepitelioma. Va notato che i tumori del genere venivano prima classificati quali timomi (Grandhomme); solo dopo ulteriori osservazioni che dimostrarono l'esistenza di neoplasie del genere a carico del tessuto tonsillare (ed anche nell'epi, ipo e rinofaringe) è stata proposta ed accettata la denominazione di linfoepitelioma (Schminke). Tali tumori da qualcuno sono considerati quali formazioni di passaggio tra i neoplasmi benigni e maligni; difatti essi per molto tempo possono mantenersi circoscritti per poi presentare l'accrescimento infiltrativo e metastasi, come sembra fosse avvenuto anche nel caso presentato. Anche le cellule xantomatose sono caratteristiche dei linfoepiteliomi del timo.

A carico del tessuto muscolare (del dorso, del petto, del diaframma, della lingua e del miocardio) è stata riscontrata infiltrazione interfascicolare di piccole cellule del tipo prevalentemente linfocitario; tali cellule erano ordinate in cordoni o ammassate a mo' di follicoli; maggiori quantità di esse si osservavano attorno ai vasi, specie nei muscoli linguali e nel diaframma. I fasci muscolari presentavano fenomeni di rigonfiamento torbido; nell'ambito delle infiltrazioni si osservavano spesso segmenti assottigliati di fasci muscolari.

Per il resto il reperto anatomico ha confermato la diagnosi clinica di fatti infettivi ed infiammatori multipli.

Le alterazioni muscolari osservate costituiscono un reperto costante nei casi di miastenia; ma anche la concomitanza di iperplasia o tumore del timo è piuttosto frequente; tale concomitanza è stata per primo notata da Weigert; successivamente le osservazioni del genere sono andate moltiplicandosi, tanto che da

Loewenthal e da Curschmann tale coincidenza sarebbe stata riscontrata nel 50-55 % dei casi di miastenia; secondo gli AA. essa sarebbe ancora più frequente, anche all'esame retrospettivo dei casi finora pubblicati di tumori del timo, nei quali la sintomatologia clinica non sempre veniva correttamente interpretata. Specialmente suggestiva appare una recente osservazione di Zajewloschin, relativa ad un tumore timico con contemporanee infiltrazioni muscolari ed alterazioni a carico del sist. nervoso centrale.

La singolare coincidenza delle iperplasie timiche con la miastenia ha indotto logicamente a supporre che vi fosse un nesso causale fra le due manifestazioni morbose (Weigert); anche gli AA. della nota si dimostrano essere fautori di tale opinione, nel senso di attribuire alle alterazioni del timo l'origine della miastenia. Mentre l'ipotesi del genere è stata contestata da Curschmann, secondo il quale la concomitanza delle due alterazioni avrebbe una causa displasica comune, una serie di altri AA. (Halpern, Gold ecc.) riconoscerebbe nella miastenia una conseguenza della iperplasia del timo; i casi di Schumacher e di v. Haberer (regressione della sindrome muscolare dopo l'asportazione del tumore timico) confermerebbe quest'ultimo modo di vedere. La gravità dell'operazione ha finora limitato la possibilità di esperienza statistica più vasta; d'altra parte poco probativi rimangono i dati di altri AA. i quali hanno irradiato il timo nella miastenia anche in assenza di sintomatologia fisica di ingrossamento timico; d'altra parte il tumore relativo potrebbe essere resistente alle irradiazioni come appunto nel caso attuale. Tale caso del resto confermerebbe la teoria timogena della miastenia, dato che in esso la comparsa del tumore (accertata radiologicamente) ha preceduto di circa un anno la sintomatologia miastenica.

Il meccanismo fisiopatologico dell'influenza del tumore timico sui muscoli apparirebbe, anche agli AA., non sufficientemente delucidato. Secondo Halpern e Loewenthal si tratterebbe di un'intossicazione da prodotti di metabolismo tumorale; Schmincke parla di influssi linfoeccitatori del timo; Gold ammetterebbe invece una azione specifica del tessuto timico iperplastico nel senso di provocare la stanchezza del tessuto muscolare; si noti però che il tentativo di riproduzione sperimentale di tale fenomeno ha dato esiti negativi. In ogni modo le infiltrazioni linfocitarie nel tessuto muscolare sarebbero da considerare quali secondarie alle alterazioni primitivi di esso; i linfociti sarebbero di probabile origine ematica, come apparirebbe dalla localizzazione perivascolare degli infiltrati.

Da Ercklentz viene ancora richiamata l'attenzione sulla deficiente resistenza verso le infezioni dell'organismo colpito da neoplasia timica, osservata nel suo caso e riscontrabile anche in molti altri casi della letteratura. Tale deficienza appare di solito molto prima che si manifesti la vera cachessia neoplastica. I mancati poteri difensivi dell'organismo forse potrebbero essere attribuiti allo scarso sviluppo di corpuscoli di Hassal, non riscontrabili nel tessuto neoplastico (si noti che normalmente dopo ogni infezione il numero di tali corpuscoli nel timo viene ad aumentare).

I dati finora esistenti nella letteratura sulla correlazione fra l'affezione iperplastica del timo e l'esauribilità muscolare sono troppo scarsi per poter emettere dei giudizi definitivi. Le relative ipotesi prospettate avranno comunque il merito di richiamare l'attenzione verso lo studio della sintomatologia neuro-muscolare nelle neoplasie timiche e viceversa indirizzare all'osservazione del timo nella miastenia; v'è da augurarsi che tali studi facilitino anche la diagnosi dei tumori timici (formulata finora per lo più al tavolo anatomico). Può darsi che le idee sui rapporti tra iperplasie timiche e alterazioni muscolari costituiranno la prima tappa dottrinaria nella definizione anche dei compiti fisiologici della ghiandola timica in genere, sui quali compiti le nostre conoscenze appaiono tuttora piuttosto limitate.

S. MINZ.

Il trattamento generale dell'edema.

(M. W. BINGER. *Proceedings Staff Meetings Mayo Clinic*, 7 ottobre 1936).

Il trattamento dell'edema varia con le condizioni patologiche che ne sono la causa.

Le affezioni che più comunemente producono edemi sono le nefriti, le nefrosi, gli scompensi cardiaci, la cirrosi, la polisierosite, i neoplasmi addominali, il mixedema, le malattie del sangue, le alterazioni del metabolismo comprese quelle degli elementi colloidali e del sistema regolatore acido-base.

Stabilita la diagnosi si precisa il trattamento appropriato.

Tuttavia vi sono misure di ordine generale che devono essere applicate in tutti gli edemi qualunque ne sia l'origine: restrizione dell'ingestione di liquidi e di cloruri, riposo a letto.

Per quel che riguarda la scelta dei diuretici giova decidersi per quelli che producono minori effetti secondarî dannosi.

Fino ad una diecina di anni fa si adoperava quasi esclusivamente il cloruro d'ammonio nel presupposto che l'acidosi fosse necessaria per produrre la diuresi. Ma si constatò specie in pazienti di nefrite, deperiti, che potevano svilupparsi sintomi tossici d'insufficenza renale e molte volte anche manifestazioni cerebrali dell'acidosi. Si ritenne di potere ovviare l'inconveniente adoperando il nitrato d'ammonio invece del cloruro, ma non sempre si raggiunse lo scopo con l'aggravante che talvolta si avevano altre manifestazioni tossiche.

Si è pertanto ricorso al nitrato di potassio che non produce nessun effetto nocivo. Si somministra dopo i pasti in pillole contenenti gr. 0,50 di nitrato di potassio fino a raggiungere

le dosi 6-12 gr. al giorno. Questo sale che ha una reazione neutra o leggermente alcalina non produce acidosi. Non dà disturbi gastro-intestinali, nè ha effetti tossici sul cuore qualunque sia la causa dell'edema.

I preparati di mercurio devono essere adoperati con molta precauzione, specie quando l'edema è di origine renale.

Nell'edema cardiaco oltre che a ridurre l'eccesso di acqua nell'organismo, riducendo l'ingestione di liquido e aumentando la diuresi, si deve provvedere a sostenere le forze del cuore. A tale scopo vanno adoperati i preparati xantinici, la digitale ed i composti organici di mercurio. Questi ultimi possono essere adoperati senza pericolo quando l'insufficienza renale dipende da congestione passiva, ma sono sconsigliabili nelle gravi e diffuse affezioni arteriose con insufficienza cardiaca e renale.

Nell'anuria si può provocare la diuresi mediante le iniezioni endovenose di 200-500 cmc. di soluzione di glucosio al 20 %. A ciascuna di queste iniezioni giova far seguire un'iniezione di 100 cmc. di soluzione fisiologica. Per rinforzare l'azione diuretica alla soluzione di glucosio si può aggiungere aminophillina nelle proporzioni di 5, 10, 20 %.

Nelle nefrosi nelle quali il tasso di siero proteina è basso e la funzione renale è sufficiente, è conveniente elevare la quantità di proteina nella dieta fino a 75-150 gr. al giorno. Se il metabolismo basale è rallentato giova somministrare estratti tiroidei fino a che il metabolismo si normalizza.

Nelle forme nelle quali gli edemi sono accompagnati da versamenti pleurici o addominali è consigliabile praticare i rispettivi svuotamenti mediante aspirazione. DR.

DIVAGAZIONI

La fisica e la medicina.

La medicina è in continua trasformazione: vecchie concezioni cadono, nuove ne sorgono incessantemente; vecchi orientamenti nei metodi d'indagine cedono il posto a nuovi lasciando traccie più o meno durature, spesso appena apprezzabili nel vasto campo che rimane sempre appena esplorato e solo nelle sue parti marginali. La storia della medicina dimostra che gli errori di oggi diventano spesso le verità di domani e inversamente.

Sta di fatto che le idee dominanti della medicina variano con le condizioni della vita sociale, con i grandi movimenti del pensiero e sopra tutto con i progressi delle altre scienze.

Così oggi possiamo constatare, osserva P. Delore (1), che la medicina è dominata dalla fisica.

I metodi della fisica invadono sempre più i laboratori biologici e medici. La chimica evolve verso la fisica integrandosi nella chimica fisica; la fisiologia per rendere apprezzabili ed intelligibili i fenomeni vitali deve ridurli a fatti fisici e trova che la vita è essenzialmente la risultante di fatti fisici; conseguentemente la malattia è considerata come la risultante delle modificazioni dei fenomeni che sono alla base delle funzioni dell'organismo.

Del resto la fisica prende il sopravvento su tutto, costituisce l'essenza di tutto. È noto come oggi venga considerata la materia: l'atomismo cede il posto all'energetismo. A seguito della scoperta dei corpi radiottivi si è affermata la concezione della dematerializzazione della materia. Gli atomi sono formati da elettroni e protoni, che sono campi di forze elettriche o magnetiche. I corpi inanimati, come gli esseri viventi, sono campi di linee di forze, sono sorgenti di radiazioni che hanno ciascuno le loro caratteristiche di ampiezza e di frequenza.

La materia non è che una forma dell'energia, l'universo è tutto energia. Le nozioni di radiazione, equilibrio, ritmo, interferenza, risonanza, linea di forza, in definitiva i numeri dominano lo studio scientifico dell'universo.

La fisica conferma l'analogia fondamentale di tutto ciò che esiste: l'atomo e la cellula sono un mondo; il microcosmo è analogo al macrocosmo. La fisica cellulare si ricollega alla fisica cosmica.

I progressi della scienza portano ad una fisica trascendentale, universale, che sbocca nella metafisica. Non esiste più contrasto tra il materiale e il non materiale, tra il ponderabile e l'imponderabile, tra il concreto e l'astratto; le antitesi si incontrano e si conciliano in una nuova concezione unicista.

In tutto ciò il pensiero scientifico moderno si ricollega alla scienza antica. I procedimenti analitici, di osservazione e di esperimento hanno condotto alla stessa sintesi universale che gli antichi avevano riconosciuta per intuizione.

Queste nuove tendenze hanno il loro riflesso nella medicina moderna. La concezione dell'energia prevale su quella della materia, ossia la concezione della funzione prevale su quella della forma.

Si va affermando una nozione più dinamica della vita, della salute e della malattia: la vita è movimento, vibrazioni, risonanze; la salute è la risultante dell'equilibrio e dell'euritmia, la malattia è squilibrio e disritmia.

La fase delle scienze morfologiche, statiche, del solidismo è sorpassata. All'era dell'anatomia patologica che ha dominato fino a poc'anzi e che pure ha fatto fare notevoli progressi alla medicina segue quella della fisiologia patologica, che ha un immenso dominio appena esplorato.

La prevalenza della fisiologia patologica si ricollega alla tendenza della medicina moderna a riconoscere la malattia allo stato preanatomico o preclinico, ossia alla fase dei soli disturbi funzionali.

Una larga e lunga esperienza ha dimostrato

(1) P. DELORE. *Tendances de la médecine contemporaine*. Editore Masson, Parigi.

che difficilmente si può aver ragione delle malattie quando esse abbiano raggiunto il loro pieno sviluppo, quando cioè sono l'espressione di lesioni organiche consolidate e quindi rilevabili all'esame clinico. La terapia ha tante maggiori probabilità di successo quanto più precocemente interviene, e tali probabilità raggiungono il massimo quando il fatto patologico si limita esclusivamente al disturbo funzionale.

La medicina preventiva tende così a prendere il sopravvento su quella curativa. Ma perchè questa tendenza possa utilmente svilupparsi è necessario poter sorprendere le prime alterazioni delle funzioni organiche e dei fenomeni fisici che ne sono alla base.

Come tutto ciò che esiste, le funzioni biologiche hanno la caratteristica del ritmo e dell'equilibrio.

Le manifestazioni più grossolane e più evidenti del ritmo si hanno nella circolazione, nella respirazione, nell'alternativa del sonno e della veglia, nella mestruazione, nell'attività dell'apparato digerente, nel ciclo sessuale, ecc.

È noto che le funzioni organiche possono compiersi differentemente in rapporto alle variazioni qualitative dei ritmi, che possono essere più o meno rapidi o lenti, e a secondo della loro stabilità.

Ai ritmi funzionali corrispondono gli equilibri umorali, che a loro volta dipendono dal ritmo cellulare.

La malattia è la rottura degli equilibri o dei ritmi organici. Questa nozione conduce a una concezione fisica, dinamica della malattia e implicitamente rischiara la conoscenza dell'inizio effettivo delle malattie. Questo corrisponde al primo disquilibrio, al primo disturbo del ritmo.

Con la medesima nozione si può dare una spiegazione della predisposizione o della resistenza alle malattie. Il terreno d'immunità è la resistenza al disquilibrio, alla disritmia in certe condizioni; la predisposizione morbosa è l'attitudine a certi squilibri organici in presenza di fattori determinati che si chiamano agenti patogeni.

Questa concezione s'inquadra con alcune nozioni e fenomeni della medicina moderna (elementi organici stabili ed instabili, colloidoclasia, flocculazione, terapia mediante gli chocs) che con termini differenti esprimono tutti il fatto che alla base della malattia si trova un'alterazione della dinamica di certi equilibri. Ai terreni stabili o instabili corrispondono i terreni inadatti o atti agli squilibri che determinano le malattie.

Queste considerazioni sui ritmi ed il terreno si prestano ai seguenti rilievi:

1) Esse sono d'accordo con i dati più recenti della fisica, con la concezione dinamica dei fenomeni cosmici e biologici.

2) Allargano notevolmente il concetto di terreno, e orientano verso la fisica bio-patologica ed in definitiva verso la fisica cellulare e lo studio dei ritmi degli elettroni cellulari.

3) Conducono ad una concezione fisica, dinamica della malattia e della terapia, per modo che i metodi di disensibilizzazione, di assuefazione, di stabilizzazione e di choc trovano una conferma e maggiore campo di applicazione. Sono d'accordo con i principî omeopatici secondo i quali la malattia ha un'origine dinamica e non può essere battuta che da una potenza dinamica. Sono d'accordo infine con parecchie applicazioni della fisioterapia.

4) Spiegano l'aumento di certe malattie (cancro, diabete, affezioni nervose) dovute verisimilmente all'aumento degli squilibri biologici.

5) Confermano l'influenza primordiale dell'elemento nervoso; i ritmi sono subordinati allo psichismo, al sistema neuro-vegetativo.

Tali accenni rendono conto dell'ampiezza dei nuovi orizzonti che si aprono alla medicina fisico-chimica umorale e cellulare. *argo.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

B. DE VECCHIS. *Trattato analitico di ortodontia.* Vol. I°, con 10 tavole fuori testo di cui 2 tricromiche. *Dalle fonti di Castalia al Dogma di Angle.* Roma. Prezzo L. 50.

La mente geniale di Beniamino De Vecchis ha dato ancora un'opera magistrale alla Odontoiatria Italiana. Quest'opera segna una tappa decisiva nel progresso e nell'affermazione della Ortodontia.

L'attività esuberante e lo spirito lungimirante dell'Autore di « Dentisti, Artisti, Pazienti », nella integra maturità delle sue forze, ha voluto affrontare la branca più difficile ed astrusa della odontoiatria, che egli insegna, nella Scuola di perfezionamento della R. Università di Roma, da ben sette anni.

Il bisogno di quest'opera era profondamente sentito in Italia. Era una urgente necessità svincolare la ortodontia dalle tenebre nelle quali brancolava e sradicare il pregiudizio che essa fosse un'arte riservata a pochi, il monopolio degli spiriti eletti, degli aristocratici della odontoiatria italiana.

Il numero dei piccoli pazienti affetti da malformazioni dell'apparecchio dentario si è, in quest'ultimi tempi, enormemente accresciuto. Tali pazienti non sempre appartengono alle classi più fortunate, spesse volte sono figli di modesti borghesi e più spesso ancora figli di povera gente. Il medico, nella esplicazione della sua funzione altamente umana e sociale, non può e non deve limitare la propria opera al ricco e trascurare il povero. Il merito quindi di aver dato all'Italia un'opera di cui difettava, è accresciuto dalla possibilità di rendere le cure ortodontiche accessibili a tutti gli odontoiatri dotati di buona volontà ed a tutte le borse.

Il primo volume dal titolo: « La dottrina ortodontica dalle fonti di Castalia al dogma di Angle », consente già di formarsi un convinci-

mento esatto delle proporzioni grandiose che avrà l'opera completa. È una rassegna analitica e sintetica della mole immensa e della evoluzione del pensiero ortodontico attraverso i tempi e particolarmente da Eustachio, precursore della Ortodontia, ai giorni nostri. È una documentazione del cammino faticoso della Ortodontia nelle sue applicazioni pratiche, documentazione attraverso la quale molte presunte innovazioni dei tempi recenti sfumano. Il pensiero dei grandi maestri della Ortodontia brilla in tutta la sua vivida luce integrale, di cui il lettore è spesso avvinto ed affascinato. È lo spirito che trionfa sulla materia; è la volontà tenace di un uomo, che ha dedicata tutta la sua vita allo studio e che piega ed infrange le più gravi difficoltà.

La veste tipografica è impeccabile ed una ricca messe di disegni e di fotografie facilitano il compito del lettore che resta interamente preso dallo stile agile, chiaro e semplice.

Non è un libro di arida scienza, ma un'armonica concatenazione di capitoli snelli e piacevoli che fanno sospirare al lettore la apparizione degli altri due volumi.

Prof. VITO CATANIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Arch. di Antropologia criminale, psichiatria e medicina legale. Fasc. Supplementare in onore del prof. G. Perrando. Un vol. in 8° di 650 pag., con fig. L. 50.

Si è già data notizia di questo bel volume pubblicato in onore del prof. G. Perrando in occasione del suo giubileo didattico, da allievi ed estimatori ed a cura del noto periodico sopra indicato. È un complesso di 48 lavori, alcuni dei quali di ampio sviluppo.

Precede la prolusione fatta dal prof. G. Moriani al corso di medicina legale e delle assicurazioni, a Roma, su: Orizzonti vecchi e nuovi della medicina legale. Molti lavori trattano di medicina legale pura, di tanatologia, di infortunistica, ecc. Ne citiamo qualcuno.

False denunce delle isteriche (C. Agostini). Medicina legale e medicina sociale (G. Benassi). Tubercolosi e trauma (G. Bianchini). Gli insetti pungenti e gli infortuni sul lavoro (G. Del Vecchio). Le basi biologiche della capacità a testare (I. Grasso Biondi). Letteratura patologica e psicopatologia forense (L. Majoli). La diagnosi di mancinismo della pratica infortunistica (A. Peri). *fil.*

K. SCHNEIDER. *Psychiatrische Vorlesungen für Aerzte.* Editore G. Thieme. Lipsia. Prezzo M. 6,20.

È un libro di psichiatria dedicato essenzialmente ai medici pratici generici ai quali interessa sopra tutto sorprendere e riconoscere i primi segni delle malattie mentali.

Questa seconda edizione, che si pubblica a breve distanza dalla prima, è più dettagliata ed è perfettamente aggiornata con i progressi della diagnostica psicopatologica. DR.

J. LANGE. *Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo M. 7,20.

È la seconda edizione di un manuale di psichiatria i cui pregi abbiamo già rilevato in occasione della pubblicazione della prima edizione: pregi di semplicità e di chiarezza che rendono facilmente comprensibili i più complicati problemi della psichiatria.

Dopo una succinta ma bene ordinata esposizione della sintomatologia generale, delle cause e della struttura delle psicosi l'A. passa alla clinica delle singole malattie, che è magistralmente trattata, ed alla loro cura. DR.

J. H. SCHULTZ. *Neurose. Lebensnot. Aerztliche Pficht.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo M. 4.

È un buon compendio di psicoterapia. Dopo una concisa e chiara definizione clinica delle neurosi, della loro essenza e delle loro cause, viene spiegato il meccanismo di azione della cura psichica.

Sono quindi passati in rassegna i vari metodi di psicoterapia e le loro precise indicazioni.

Il libro ha un indirizzo pratico e vuole essere appunto una guida per i medici pratici. DR.

E. MONIZ. *Tentatives opératoires dans le traitement de certains psychoses.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. 40.

L'A. è partito dal concetto, molto teorico, che le psicosi siano determinate dall'anormale influenza reciproca di determinate zone cerebrali e che, in conseguenza, interrompendo le vie di connessione tra le zone stesse si debba avere un miglioramento della sintomatologia.

Ha praticato a tale scopo l'alcoolizzazione o la sezione del centro ovale di alcuni folli (schizofrenici, malinconici, maniaco-depressivi, parafrenici, ansiosi, maniaci).

L'A. assicura che in genere i risultati sono stati incoraggianti. DR.

A. HABERDA. *Beiträge zur gerichtlichen Medizin.* Editore F. Deuticke, Lipsia e Vienna. Prezzo M. 16.

È la raccolta di quindici lavori di medicina legale pubblicati dopo la morte del compianto prof. A. Haberda dell'Università di Vienna.

Il volume oltre ad un lavoro dello stesso Haberda sull'imene contiene studi molto interessanti di Werkgartner, Iellinek, Fritz, Görög, Incze, Leditznig, Szekely, Neuburger, Proft, Schneider e Breitenecker. DR.

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 12 novembre 1936.

Presidente: Prof. G. DI GUGLIELMO.

Mielite brucellare e terapia specifica.

Proff. V. M. BUSCAINO e G. DI GUGLIELMO. — Caso clinico di grave mielite brucellare con reperti biologici *positivi solo nel liquor*, trattato endovena con vaccino antimelitense e guarito in modo completo.

L'azione oncogena degli idrocarburi policiclici. Insorgenza di sarcomi da 1:2 benzopirene.

Prof. VINCENZO BISCEGLIE. — 1) Il 1:2 benzopirene sciolto in olio di oliva e iniettato nel sottocutaneo di ratti nella quantità complessiva di gr. 0,02 (somministrata però in 8 dosi frazionate alla distanza di una settimana l'una dall'altra) determina nel 100 % dei ratti sopravvissuti insorgenza di tumori.

2) Tali tumori, per quanto variabili da ratto a ratto riguardo ad alcune particolarità istologiche, sono tutti del tipo sarcomatoso, a rapido accrescimento, a tendenza infiltrativa, qualche volta generanti metastasi.

3) Qualcuno di tali sarcomi ottenuti è stato trapiantato con successo in ratti, ed attualmente questo neoplasma è al suo quarto trapianto.

4) Diminuendo la dose complessiva del 1:2 benzopirene (gr. 0,01) si ha ugualmente insorgenza di tumori sarcomatosi: il tempo di latenza per l'insorgenza di tali tumori è però più lungo e la percentuale della loro insorgenza è più bassa (852).

5) L'iniezione di solo olio di oliva sicuramente non provoca insorgenza di neoplasia. Non è da trascurare però che lo stabilirsi del processo proliferativo reattivo conseguente alla introduzione dell'eccipiente grassoso può avere la sua importanza in quanto determina crescita di cellule mesenchimali giovani non ancora del tutto differenziate, le quali possono in maniera elettiva risentire l'azione oncogena dell'idrocarburo.

L'azione oncogena degli idrocarburi policiclici. La produzione sperimentale del cancro mercè 1:2 benzopirene.

Prof. VINCENZO BISCEGLIE. — L'O. applicando sulla cute dei topi 1:2 benzopirene in soluzione benzolica (1 %) ha osservato nel 75 % degli animali trattati insorgenza di carcinomi spino-cellulari.

Queste neoplasie, di cui l'O. studia l'istogenesi, sono insorte dopo 110-162 giorni dall'inizio del trattamento, con maggiore frequenza però intorno al 140° giorno. Tali neoplasmi che in un caso han dato luogo a sviluppo di metastasi, portano a morte l'animale dopo un non lungo periodo di tempo.

L'O. quindi dopo aver accennato al problema se sostanze del tipo degli idrocarburi policiclici carcinogenetici possano generarsi nell'organismo, discute l'intimo meccanismo di azione di tali idrocarburi oncogeni.

Le alterazioni istologiche organismiche generali indotte da 1:2 benzopirene.

Prof. VINCENZO BISCEGLIE. — Il 1:2 benzopirene applicato sulla cute di topi, in soluzione benzolica, o iniettato nel sottocutaneo dei ratti, in soluzione oleosa, determina delle lesioni a livello degli organi interni (specie della milza e del fegato) consistenti principalmente in: trasformazione mieloide del fegato e della milza, degenerazione paramieloide specie della milza, aumento notevolissimo dei megacariociti della milza.

La trasformazione mieloide però può mancare ed essere sostituita da una attivazione del sistema istiocitario, attivazione che si diffonde spesso anche agli istiociti del polmone. Semplici lesioni, consistenti principalmente in degenerazione albuminoidea, presenta il parenchima renale, mentre fra le ghiandole endocrine studiate, la tiroide mostra con notevole costanza segni di ipofunzionalità.

Tali alterazioni (e specie la degenerazione paramieloide) vengono, entro certi limiti, accentuate quando all'azione del benzopirene si aggiunge quella del benzolo. In ogni modo l'insorgenza del blastoma non è in diretto rapporto con la gravità ed estensione delle lesioni organiche generali, chè anzi si è verificato più facilmente e più prontamente l'insorgenza di tumore negli animali portatori di lesioni organiche molto scarse e limitate.

L'ulcera semplice del colon.

Prof. G. DE GAETANI. — Caso di ulcera semplice del cieco in un individuo di sesso maschile dell'età di 48 anni. *Il Segretario.*

Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

VI CONVEGNO REGIONALE DELLA SEZIONE VENETA

Vicenza, 12-13 settembre 1936.

Diamo un breve riassunto delle relazioni.

Lo stato attuale della chirurgia della tubercolosi polmonare.

Prof. POTOTSCHNIG. — La chirurgia della tubercolosi ha segnato negli ultimi vent'anni, grazie ai contributi spesso decisivi di autori italiani, dei progressi davvero meravigliosi. Dalle posizioni sicuramente conquistate essa va ormai affermandosi in tutto il mondo, conscia di poter offrire un valido contributo nella lotta contro questa malattia.

Tutte le cure chirurgiche della tubercolosi polmonare si propongono di creare condizioni di favore per la regressione del processo specifico attraverso il collasso e la detensione polmonare. Esse sono una diretta gemmazione delle geniali idee del Forlanini e subentrano appunto al pnx. terapeutico soltanto quando questo risulti impossibile od inefficiente.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze si può dire che fra i vari interventi rivolti alla cura della tubercolosi polmonare alcuni di essi godono oggi un riconoscimento pressochè generale, che alcuni altri appaiono invece poco atti ad entrare nella pratica comune per la loro azione incerta o deficiente sulle forze statico-dinamiche che regolano la meccanica respiratoria, e che altri infine pur essendo di introduzione recente e quindi non ancora largamente sperimentati aprono tuttavia sicuri orizzonti in vista della loro sana impostazione teorica.

L'O. si occupa poi partitamente dei singoli interventi. Resezione del frenico: metodo di Leotta-alcoolizzazione dei nervi intercostali; scalenotomia; apicolisi; operazione di Jacobaeus: toracoplastica paravertebrale e plastiche parziali; ventosazione forzata secondo Redaelli.

La chirurgia della tubercolosi polmonare non può essere staccata dalla chirurgia generale; in stretta collaborazione col tisiologo e col radiologo il chirurgo deve saper scegliere i malati e stabilire a seconda del caso il programma operatorio. Ma perchè questa collaborazione non resti un pio desiderio ed una vana aspirazione è necessario organizzarla e disciplinarla istituendo per ogni Consorzio e per ogni Sanatorio la consulenza chirurgica.

Allora soltanto molti malati, che languono ancora oggi nelle corsie ospedaliere e negli istituti sanatoriali nella vana attesa d'una guarigione che non può venire, potranno beneficiare in pieno delle cure chirurgiche e venir restituiti alla vita, alla famiglia, alla società. Sarà così risolto un problema che non è soltanto umanitario, ma che investe altresì un altissimo valore sociale ed economico.

Tubercolosi del sistema nervoso.

Prof. G. C. RIQUIER (Padova). — La relazione è redatta di proposito con intendimenti pratici. L'O. ha creduto opportuno limitarsi a richiamare l'attenzione del medico pratico su aspetti particolari o poco noti della tubercolosi del sistema nervoso, rifacendosi sopratutto ai contributi clinici ed anatomo-patologici della esperienza personale propria e della scuola alla quale appartiene.

Così nel gruppo delle affezioni specifiche delle meningi trovano posto *le meningiti tubercolari a liquor torbido, quelle a liquor normale, quelle dovute a infezione mista da bacillo tubercolare e altri germi, la leptomeningite encefalica e spinale circoscritta, la pachimeningite.*

In appendice a questo paragrafo una breve trattazione è dedicata alla *forma così detta pseudotubercolare della meningite linfocitaria benigna ed alle meningiti tubercolari guarite.*

Seguono brevi richiami sulle *neuriti tubercolari* e per ciò che riguarda la tubercolosi del midollo spinale, accanto al quadro della *mielite* è ricordato quello meno conosciuto della *mielitide.*

Un paragrafo speciale si occupa del *tubercoloma encefalico* e di quello midollare e prende in esame il problema della influenzabilità terapeutica del granuloma da parte dell'intervento chirurgico. La relazione si chiude con un accenno ai *rapporti fra tubercolosi e malattie mentali.*

La R. Chimografia nella indagine del torace.

Prof. P. PERONA (Padova). — L'O. dopo un rapido accenno ai principii sui quali si basa la R. Chimografia passa a trattare delle varie possibilità d'impiego della nuova metodica nello studio del torace.

Traccia così il quadro fondamentale della pericardite essudativa e della pleurite saccata in atto e degli esiti di pleurite saccata.

Passando poi allo studio del polmone prende in considerazione i due aspetti funzionali della respirazione e della circolazione.

Il concetto di un polmone considerato come un blocco unico sotto l'influenza traente del diaframma è qui smentito nettamente dalla dimostrazione che la regione polmonare situata inferiormente agli ili, segue i movimenti del diaframma, mentre la metà superiore segue e tende a seguire i movimenti costali (ciò che ci indurrà a rivedere alcune nostre concezioni sui vantaggi che si ottengono nella frenicoexeresi in tanti soggetti con lesioni del lobo superiore).

Tali possibilità offrono il vantaggio di procedere alla scelta del processo e degli aspetti funzionali della regione.

Passa poi allo studio del diaframma e del mediastino, trattando la diagnosi differenziale fra infiltrazione ilare e ingrossamento ilare da stasi, ed accenna infine alle possibilità di giungere alla diagnosi di stasi cirrcoiatoria da scompenso cardiaco in fasi iniziali, quando ancora scarsi sono gli elementi clinici che portano a questa conclusione.

Definizione di alcuni limiti fra il normale e il patologico in radiologia polmonare.

Prof. VESPIGNANI (Venezia). — L'O. premette che se l'atteggiamento agnostico del radiologo nelle letture dei radiogrammi del torace, limitata alla più diligente descrizione delle immagini e alla più cauta interpretazione è fondamentalmente onesta, la rassegnazione passiva a questo agnosticismo è invece deplorevole se non altro perchè trattiene il Radiologo dall'estendere nel campo stesso dei mezzi a lui consentiti; i tentativi di più intima comprensione e di più minuta analisi delle figure patologiche o subnormali del torace, mentre almeno sul terreno tecnico ha da procedere più largamente e speditamente.

Per tecnica radiologica l'O. intende non solo quella dell'esecuzione dei radiogrammi ma anche e soprattutto il procedimento semiotico, che ha da essere diverso da caso a caso e che, specie nei casi dubbi, deve essere insistente fino alla soluzione del problema proposto. L'O. trova sorprendente che di fronte ad immagini che stanno fra il normale e il patologico nella radiologia del torace, non si moltiplichino le proiezioni e non si ripetino a breve distanza di tempo le indagini, non si faccia cioè come si fa per il tubo digerente, nell'esame del quale il radiologo che si fermasse ad un radiogramma unico sarebbe ritenuto spregevole. Stabilire se un soggetto ha una lesione polmonare o no è problema non meno importante di quel che non sia ad es. stabilire se un malato ha una periduodemite o no. Anzi specialmente dal punto di vista sociale, il problema è assai più urgente e delicato.

Purtroppo in molti Istituti l'indagine viene ristretta, dopo la radioscopia, all'esecuzione di un radiogramma d'insieme che, anche se buono, non è quasi mai sufficiente. Una delle deficienze ad es. di quelli che pur sono ritenuti buoni radiogrammi consiste in una scarsa evidenza di velature regionali che possono essere invece appariscenti alla radioscopia. L'O. attribuisce questo fatto alla eccessiva « latitudine di posa » che l'attuale pellicola radiografica presenta.

L'O. da molto tempo ricorre all'esecuzione del doppio radiogramma di insieme, uno molto contrastato, l'altro più « duro », artificio questo che giova anche per una più corretta analisi di certi lievi gradi di rinforzo circoscritto dal disegno polmonare.

L'O. si sofferma sui limiti dell'indagine radiologica, intesa come mezzo di integrazione e non di sostituzione dell'indagine clinica del torace.

Ricorda che la radiologia del torace è passata da un periodo di facili errori ad un periodo di epurazione, dovuto sopratutto al Busi, che denunziò la triade nefasta delle velature apicali, delle strie di Sturtz e dell'ilite nell'adulto. Da questa fase diffidente si sta passando ad una fase più attiva.

L'ampia ed interessante relazione è di indole troppo tecnica per poter essere riassunta.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La pleurite secca.

La pleurite secca si manifesta spesso come complicazione di varie malattie polmonari, mentre è piuttosto rara in confronto della forma essudativa come malattia a sè stante. Ciò è confermato dai dati della letteratura: così, Borelius su 179 casi di pleurite essudativa ne trova soltanto 15 di secca; Fayen, rispettivamente, 917 e 40.

E. Strandgaard (*Hosp. stid.* e *Zeif. f. Tub.*, novembre 1936) riporta le osservazioni su 28 casi di pleurite secca, di un ospedale di Kopenhagen, dal 1916 al 1934. Il materiale comprende 15 uomini e 13 donne, di età dai 15 ai 17 anni; soltanto in 3 casi, l'età era superiore ai 35. Ripartizione abbastanza omogenea in tutto l'anno, con una certa prevalenza da agosto ad ottobre.

All'esame clinico, in tutti i casi, sfregamenti. Alla radiologia, nessuna modificazione in 5 casi; modificazioni dell'ilo in 4; dubbie od inattive nei campi polmonari di 14; in 5 casi che clinicamente erano da considerarsi come pleurite secca, indubbie modificazioni radiologiche, in forma di essudato o di infltrazione o di entrambe.

L'eziologia tubercolare era probabile: in 5 casi dimostratisi in seguito tubercolosi; in 2 nei quali la tubercolosi si manifestò già durante il soggiorno in ospedale; in 5 in cui si aveva essudato.

In 2 casi, la forma secca passò poi alla essudativa; nel periodo di osservazione di 2-19 anni, 15 pazienti rimasero sani, 4 per 1 anno; di 3 è ignota la sorte; 1 si ammalò di bronchite fetida. Complessivamente si ebbe nel 25 % sviluppo di tubercolosi. *fil.*

I versamenti siero-fibrinosi della pleura in rapporto con la tubercolosi.

La minaccia della tubercolosi polmonare pesa sull'avvenire di un pleuritico, ma nulla di certo si può prevedere in base agli antecedenti personali od ereditari e nemmeno sull'abbondanza e la durata del versamento. Certe forme di pleurite locale evolutiva e di polisierositi forniscono però alla tubercolosi un buon contingente.

Una convalescenza prolungata in uno stabilimento di cura può prevenire in molti casi l'insorgere di una tubercolosi, od almeno, renderla meno grave.

La tubercolosi invade il polmone in un periodo di tempo che va dalla scomparsa del liquido al 3° anno; più raramente fra il 3° ed il 5°, ed ancor più raramente dopo. Si localizza generalmente dallo stesso lato, quasi sempre al lobo superiore e generalmente unilaterale.

Si manifesta nelle varie forme, con predilezione come lesioni nodulari ad evoluzione lenta ed a sede juxta-ascellare.

La pleura è sinfisata nel 90 % dei casi; nel rimanente 10 % la sinfisi è parziale e costituisce un ostacolo per il pneumotorace.

Il trattamento di scelta dei tubercolosi polmonari postpleuritici rimane quindi, secondo Ch. Hanrion (*Thèse de Paris* e *Carnet méd. franç.*, sett. 1936) la cura semplice in ambiente sanatoriale; la frenicectomia è efficace nel 23 % dei malati. Le lesioni regrediscono facilmente, ma sono soggette a facili recidive.

L'A. richiama anche l'attenzione su una forma pleuro-polmonare di primo acchito, in cui si ha l'attacco simultaneo della pleura e del polmone da parte del bacillo di Koch. Le lesioni parenchimali hanno un'evoluzione lenta, ma la prognosi lontana è oscura; raramente il pneumotorace è completo e la sua durata è limitata da una sinfisi progressiva.

Le pleuriti dei tubercolosi indicano la reazione localizzata di una evoluzione polmonare sottostante, più o meno importante. In certi casi, possono avere un'azione benefica sulle lesioni vicine (meccanica, sclerotizzante e forse batteriolitica). Generalmente sono ben tollerate, ma il loro assorbimento può essere il punto di partenza di un'evoluzione rapida verso la morte.

fil.

Cura del pneumotorace a valvola.

L'argomento è ampiamente trattato da Cardis e Reyt (*Annales de Méd.*, luglio 1936) in un lavoro di grande interesse pratico.

La linea di condotta adottata e consigliata dagli AA. è la seguente: se possibile esame radioscopico preliminare dopo controllo manometrico della pressione endopleurica per precisare il grado della ipertensione e del collasso polmonare.

Pur limitando la discussione ai pneumotoraci *a valvola* (e cioè con aspirazione di aria dall'albero bronchiale alla pleura ma senza possibilità di scarico dell'aria stessa dalla pleura ai bronchi) gli AA. rilevano che in *un discreto numero di casi* la dispnea non è grave e si assiste alla regressione spontanea della sindrome.

In un *secondo gruppo di casi* la dispnea è molto intensa, angosciosa. Bisogna dare oppio e cardiocinetici; è utile anche limitare la mobilità toracodiaframmatica con una fasciatura del torace in espirazione forzata. La negatività pleurica non raggiungerà più in tali condizioni gli alti valori necessari a far aprire la valvola pneumotoracica.

Nei casi di dispnea *intensa e progressiva* bisogna intervenire d'urgenza. Se vi è un pneumotorace terapeutico controlaterale, conviene piuttosto detendere quello, che il pneumotorace

a valvola, che la compressione finirà per chiudere più facilmente che la decompressione.

Altrimenti bisogna togliere aria dal lato del pneumotorace a valvola. A questo scopo gli AA. consigliano di applicare stabilmente un trequarti a valvola da essi stessi proposto, che consenta l'uscita dell'aria dalla pleura quando aumenti la pressione oltre 0 ma non l'ingresso d'aria nella pleura, quando dopo un colpo di tosse, la pressione divenga fortemente negativa. A un certo punto sarà possibile sostituire la valvola con una chiusura stabile, e allora non basterà che sorvegliare la guarigione del pneumotorace.

La presenza del trequarti consente di misurare la pressione endopleurica ogni volta che lo si ritiene opportuno. Ammesso di avere a disposizione il trequarti proposto dagli AA. il loro metodo curativo è preferibile agli altri, per gli evidenti vantaggi di semplicità e praticità che gli sono propri.

M. Coppo.

Il trattamento dei diabetici tubercolosi.

T. Kaiser (*Zeit. f. Tuberkulose*, vol. 76, n. 2-3, nov. 1936) fa rilevare il pericolo che presenta l'insulina nei diabetici tubercolosi di una certa età. Riporta le storie di 5 pazienti, l'uno di 40 anni, gli altri oltre i 50, in cui il trattamento insulinico fu seguìto da emottisi mortali e di un altro, pure di una cinquantina d'anni in cui la tubercolosi prese un decorso rapido che portò alla morte.

Si deve quindi andar molto cauti col trattamento insulinico nei diabetici tubercolosi di una certa età: rinunciarvi del tutto, oppure, somministrarla a dosi piccole e soprattutto non prefiggersi come scopo di fare scomparire rapidamente la glicosuria, tanto più che il coma diabetico è eccezionale nei tisici.

Invece, nei giovani in cui lo stato polmonare fa sperare una guarigione, si somministrerà l'insulina (in 5-6 volte nella giornata a dosi non superiori a 24 unità) e si daranno almeno 60-70 grammi di carboidrati. Se è necessario, si farà il pneumotorace.

fil.

Teoria e pratica del trattamento tubercolinico del reumatismo.

La cura salicilica sarebbe da considerarsi sempre come specifica nel reumatismo. La tubercolina tuttavia rappresenterebbe, secondo C. Reitter (*Wien. Klin. Woch.*, n. 44, p. 1329, 30 ottobre 1936), il migliore alleato nella lotta contro la malattia.

L'A. si fonda, per emettere tale asserzione, sugli studi di Löwenstein e suoi, secondo i quali tanto il reumatismo articolare acuto, quanto la poliartrite cronica progressiva sarebbero manifestazioni di una bacillemia tubercolare.

Ciò ammesso, è logico che il reumatismo possa essere considerato come un complesso sintomatico allergico, modificabile con l'introduzione dell'antigene tubercolinico.

Nei primi giorni dell'attacco di reumatismo articolare acuto, esiste però uno stato di anergia manifestantesi con la negatività della cutireazione, la quale diviene in seguito positiva.

In questo momento, e in particolar modo all'inizio della convalescenza, l'introduzione di piccole dosi di tubercolina solleciterebbe la formazione di anticorpi più abbondanti, in modo da combattere la bacillemia e l'eliminazione di germi e da impedire le recidive.

M. Faberi.

I tumori primitivi del rachide.

J. Bondreaux (*Journal de Chir.*, T. 48, n. 3, settembre 1936, pag. 352) ha avuto occasione di osservare 11 tumori primitivi del rachide: 1 midollocitoma, 3 tumori a mieloplassi, 3 angiomi, 2 condromi ed un tumore cistico solitario, tutti accertati istologicamente.

Oggi si calcola che i tumori primitivi del rachide siano 100 volte più rari di quelli secondarii.

I tumori maligni primitivi del rachide un tempo erano ritenuti sarcomi classici, termine oggidì impreciso. Si sono riconosciuti mielomi, sarcomi di Ewins, osteosarcomi, fibrosarcomi, cordomi. I più frequenti sono i primi, e colpiscono parecchie vertebre, lasciando integri i dischi cartilaginei. I cordomi a localizzazione elettivamente vertebrale sono più frequenti nel segmento cervicale.

Tra i tumori benigni si debbono ricordare quelli a mieloplassi, gli angiomi, i condromi. Eccezionalmente si possono trovare fibromi periostali, osteomi, tumori cistici.

La diagnosi di tumore primitivo del rachide è fatta per eliminazione, oltre del morbo di Pott. di tutte le altre affezioni distrofiche (morbo di Paget e di Recklinghausen ecc.).

Il trattamento dei tumori maligni deve essere rontgenterapico, meno che per i cordomi.

Tra i tumori benigni è possibile l'exeresi soltanto nei condromi ed osteomi. Negli angiomi vi è indicazione all'operazione solo per compressione. Sicchè in questi, come nei tumori a mieloplassi, è consigliabile la rontgenterapia.

V. Jura.

Le poliradicoloneuriti.

De Morsier e Steinmann (*Presse Médicale*, n. 94, 21 novembre 1936) riferiscono due casi di quelle poliradicoloneuriti definite dal Dechaume, in base al reperto anatomo-patologico, come schwanniti e caratterizzate da poliradicoloneurite acuta con interessamento più o meno marcato dei nervi cranici e con dissociazione albumino-citologica nel liquor. I due casi hanno presentato un decorso clinico diverso, giacchè mentre il primo si è risolto nella guarigione, come avviene per lo più in queste forme morbose, il secondo invece è terminato con

l'obitus per asfissia dovuta a lesione dei nervi respiratori. Sicchè gli AA. distinguono due forme cliniche principali di questo processo morboso: 1) una forma curabile; 2) una forma ad evoluzione fatale, che all'inizio non si può distinguere dalla precedente e che produce la morte per lesione dei nervi respiratori.

Riguardo poi alla patogenesi distinguono tre gruppi di poliradicoloneuriti: 1) la malattia coincide con un focolaio infettivo; 2) la malattia si verifica durante una malattia infettiva generale; 3) la malattia non si accompagna ad infezione nè localizzata nè generale: in quest'ultimo caso si può parlare di una lesione primitiva da virus neurotropo.

Dello stesso argomento ci siamo occupati nel n. 49, pag. 2225.

F. TOSTI.

TECNICA MEDICA.

Per rilevare l'itterizia latente od iniziale.

H. S. Brodribb e E. R. Gullinan (*Lancet*, 1936, n. 5883) rilevano che la colorazione itterica della pelle o della sclerotica si ha soltanto quando il contenuto di bilirubina nel sangue raggiunge 2 mg. %. D'altra parte, si deve tener presente che già un lieve aumento del contenuto normale (mg. 0,04-0,1 %) può essere connesso con notevoli lesioni epatiche. Da ciò, la necessità di un rivelatore più sensibile che la colorazione cutanea.

Gli AA. consigliano il seguente procedimento. Iniezione intradermica di una soluzione sterile contenente mg. 0,1 di istamina, da farsi con un ago molto sottile. Dopo 5-20 minuti, si ha la formazione di una vescicola rotonda con un alone eritematoso, con delle irradiazioni. La prova è positiva quando il colore della vescicola è più giallo delle cute circostante oltre l'alone; se la differenza è dubbia, la reazione è negativa. Quella positiva si ha con un contenuto di bilirubina di mg. 0,5 %. Nell'ittero emolitico, la reazione si ha con un contenuto di bilirubina di oltre mg. 1,1 %.

La quantità di istamina da iniettare non deve oltrepassare mg. 0,1.

fil.

NOTE DI RADIOLOGIA

Radiologia delle coliti ulcerose.

Oggi giorno la tecnica radiologica moderna permette dei risultati che altre volte parvero impossibili. Oggi si ricorre al clistere classico con sospensione di bario, e per di più ai *clisteri colloidali* (umbrathor, diagnothorica, collothore, ecc.) che permettono finezze di esame prima ignote.

Kadruka e Audeoud (*Arch. des mal. de l'App. dig.*, n. 4, 1936) dopo un lunghissimo e accuratissimo studio vengono a dividere il quadro radiologico delle coliti ulcerose in *immagini dirette* e *segni indiretti*. Tra le prime va ricordato, nel caso di ulcerazioni multiple, che si possono avere delle immagini a fiamme, a speroni, a teste di chiodi, a ramo di vischio, produzioni dendriformi, a denti di sega, a dolmen. Oppure a creste di gallo, o listerelle isolate, doppio contorno rettilineo o discontinuo. In altri casi si hanno solo aspetti finemente granulari, macchie sospese. Nel caso di edema infiammatorio si avrebbe solo scomparsa delle pliche, o aspetto leggermente ondulato del bordo, o aspetto a fisarmonica.

Come *segni indiretti*: nella congestione della mucosa si hanno allargamenti delle pliche; per indurimento della parete si avrà beanza e invariabilità del calibro intestinale con scomparsa eventuale degli austra. Altri segni indiretti sono: la pneumatosi esagerata, la cattiva impregnazione colloidale, l'aspetto granulato, marmorizzato, in cirri.

Poi l'acceleramento del vuotamento, oppure gli spasmi totali o segmentari, arresti temporanei al moto retrogrado, incisure, anelli, tunnels, aspetti moniliformi, a salciccia, nastriformi, a rosario. Ed infine la localizzazione del dolore alla palpazione del colon sotto lo schermo radiologico.

L. TONELLI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Effetti tardivi dell'asportazione della milza normale.

E. Ask-Upmark (*Svents. Läkaresäl. Handl.* e *British med. journ.*, 21 marzo 1936) riferisce su 100 casi personali, seguiti per un periodo di tempo da 1 a 27 anni, nei quali era stata asportata la milza, da ritenersi normale; per 99 di essi si trattava di rottura traumatica; in uno la milza era stata asportata perchè mobile. In 22 casi, si trattava di donne. Per la maggior parte, i pazienti erano giovani adulti; 21 erano invece in età dai 2 ai 10 anni. A questi casi personali, l'A. ne aggiunge altri 94 raccolti dalla letteratura.

Fra entrambe le serie, si ha notizia di 11 morti, dovute per 5 a tubercolosi polmonare e, per gli altri rispettivamente appendicite, trauma, trombosi delle coronarie, influenza e polmonite; in un caso, non si potè stabilire la causa della morte.

In nessuna delle due serie, si trova un aumento di suscettibilità alle infezioni od ai tumori maligni sebbene, per quest'ultima malattia la maggior parte dei pazienti non aveva ancora raggiunta l'età del cancro.

Si osserva, invece, in parecchi casi una tendenza all'esaurimento; frequenti sono anche le modificazioni del sangue, specialmente eosinofilia e mononucleosi, nonchè disturbi nel sistema digerente e del peso del corpo.

L'A. conclude che, per ragioni anatomiche, fisiologiche e cliniche, la milza normale non deve essere asportata, a meno che non sia assolutamente necessario.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Responsabilità dell'amministrazione ospedaliera per fatto colposo di suoi impiegati.

La responsabilità della p. a., per atto o fatto illecito, è argomento di molte discussioni e, nei casi concreti, è variamente intesa, condizionata e limitata. Quando il danno sia effetto dell'azione o della omissione di un impiegato, l'amministrazione ne risponde indirettamente, come per fatto altrui, nel senso dell'art. 1659 c. c. p.

L'orientamento attuale della giurisprudenza esclude questa ipotesi di responsabilità aquiliana. Si considera che il funzionario agisca come rappresentante dell'amministrazione, nell'esercizio delle sue funzioni. Dunque, responsabilità diretta, per fatto proprio. Ma qui non cessano le incertezze e i dissensi. L'amministrazione esercita servizi pubblici e svolge attività discrezionale: è ammesso il contratto di questa attività? In quali casi? Ecco un delicato problema di limiti. Lo vedremo meglio in relazione ad un caso concreto, per se stesso molto grande.

Tizio fu ricoverato in ospedale e contrasse infezione luetica per causa di trasfusione di sangue (infetto) non preceduta da analisi Wassermann. Promosse giudizio contro l'Ospedale per titolo di responsabilità derivante da colpa dei sanitari. La Corte di Cassazione, con sentenza 19 giugno 1936, n. 2143, ha premesso che l'Ospedale è un ente di diritto pubblico, che esercita funzioni di assistenza e beneficenza, con finalità di carattere sociale, nell'interesse generale della collettività, entro un ordinamento giuridico prestabilito, regolato da norme di diritto pubblico e con attività che è soggetta a controlli amministrativi. Il rapporto, tra l'Ospedale e l'infermo non deriva da un contratto di diritto privato, come quello che, per es. si costituisce tra la casa di cura e l'infermo in essa ricoverato. La p. a., esercitando funzioni di assistenza e beneficenza, svolge una attività descrezionale, la quale, entro certi limiti, non è soggetta al sindacato dell'autorità giudiziaria. La insindacabilità non è, dunque, assoluta. Infatti l'infermo *ha diritto* al mantenimento e alla cura e l'amministrazione ha poteri non discrezionali, che sono anche doveri, dei quali l'ordinamento giuridico impone la osservanza. Il ricoverato non può pretendere di essere mantenuto in un modo piuttosto che in un altro, di essere curato da uno o da altro medico o trattato con particolari metodi di cura: questa attività appartiene all'attribuzione discrezionale dell'amministrazione ospedaliera, la quale predispone i mezzi necessari ed utili, assumendo personale idoneo, con procedimento regolato dalla legge, controllandolo e apprestando anche i mezzi materiali.

Ma, avverte la Corte di Cassazione, « il principio della incensurabilità dell'attività svolta dalla p. a. nella sfera della sua attività discrezionale, non trova applicazione *sia quando norma legislativa o regolamentare segni espressamente i confini entro cui debba l'amministrazione stessa contenersi*, sia quando l'amministrazione stessa si impone una determinata disciplina, *vincolando la propria condotta* ed il modo di esercizio del suo potere, sia *infine quando la detta amministrazione abbia violato ogni regola di elementare prudenza*, di quella prudenza cioè che si impone quale guida costante ed indefettibile a chiunque debba operare nel mondo esterno, venendo in relazione con altri soggetti ».

Se il funzionario viola norme giuridiche stabilite dalla legge o norme di condotta fissate dalla stessa amministrazione, o regole di elementare prudenza, svolgendo attività nell'esercizio delle sue funzioni, per le finalità di pubblico interesse alle quali sono preordinate, l'azione o l'omissione di lui è riferibile alla p. a. e *la impegna direttamente*: è il caso dell'impiegato ospedaliero che presta la sua opera ad un degente ricoverato nell'ospedale e cagiona un danno per fatto colposo dipendente dalle inosservanze di doveri sopra indicate. S'intende che, se il sanitario agisse fuori dell'esercizio delle sue funzioni, senza il potere di rappresentanza, non vincolerebbe l'amministrazione, per responsabilità diretta o indiretta, ma egli risponde del fatto suo.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Assicurazioni sociali.

Alla Camera dei Deputati il 9 dicembre si è discusso un disegno di legge riguardante la proroga dell'entrata in vigore del R. decreto 17 agosto 1935 sull'assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Il relatore on. Castellino osserva che la legge sull'assicurazione obbligatoria, eccellente sotto tanti aspetti, presenta delle lacune, perchè mentre contempla tutti gli infortuni, considera invece soltanto sei malattie professionali.

Rileva che la legge fondamentale sugli infortuni risale al 1904. Essa pose come condizione per il risarcimento l'occasione di lavoro e la causa violenta, includendo nel concetto di questa ultima anche la causa virulenta. La legge, abbastanza buona, ha dato luogo a molteplici questioni, alcune delle quali non ancora definitivamente risolte.

Con successive norme si è diviso il campo tra infortuni veri e propri e malattie professionali ed il Regime, in omaggio alla « Carta del Lavoro », disciplinò nel 1929 la materia con la maggiore buona volontà, ma pur senza raggiungere risultati perfetti.

Bisogna, fra l'altro, adeguare la legislazione infortunistica alla particolare situazione dei nostri lavoratori. Così, invece del pomeriggio del sabato, meglio sarebbe disporre la sospensione del lavoro la mattina del lunedì, dato che nel nostro Paese i lavoratori si stancano di più proprio la domenica, epperò la maggior quantità di infortuni si verifica il lunedì. Altre osservazioni potrebbero farsi per le malattie del lavoro.

Con il Regio decreto 17 agosto 1935 si compie un gran passo innanzi; senonchè un'entrata in vigore immediata delle nuove norme ci troverebbe impreparati, perchè difettano gli organismi opportunamente attrezzati e soprattutto i medici esperti.

L'O. ritiene, pertanto, che sia conveniente prorogare l'entrata in vigore del decreto. Presenta un emendamento al disegno di legge in cui la proroga, già fissata al 1° gennaio p. v. viene invece determinata al 1° luglio.

L'on. Lantini, Ministro delle Corporazioni, rispondendo, rileva che la materia delle assicurazioni per gli infortuni e le malattie professionali si deve regolare non soltanto dal punto di vista medico, ma anche da quello amministrativo. Il Governo fascista e gli istituti corporativi hanno sempre messo la maggiore attenzione alla tutela della salute dei lavoratori e sono pronti ad accogliere tutte le proposte destinate a migliorarla. Per questo motivo il Ministro accetta l'emendamento ma limitatamente al 1° aprile. Si approva.

* * *

Alla Camera dei Deputati l'11 dicembre venne posto in discussione il decreto relativo alla gestione dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, i casi di malattie tropicali ed i rischi di guerra per la mano d'opera impiegata in Africa Orientale.

L'on. Landi nota che questo provvedimento rappresenta un altro passo nella realizzazione dell'assistenza e della tutela che il Regime sta organizzando con progressione a favore dei lavoratori nell'Africa Orientale e che hanno avuto inizio già nella fase preparatoria dell'impresa africana. Esso realizza infatti un'estensione nel criterio assicurativo, una maggiore garanzia nella liquidazione delle assicurazioni. Ritiene opportuno, però, che l'Istituto assicuratore si organizzi per maggiore decentramento, coadiuvato, se mai, dal Patronato nazionale per l'assistenza sociale, organo delle Confederazioni dei lavoratori e che ha i proprii uffici in Africa Orientale, presso le Federazioni fasciste, per guisa che si possa ottenere l'attuazione delle norme di legge indipendentemente da ogni interesse assicurativo. Il perfezionamento delle assicurazioni sociali in Africa Orientale Italiana, dovrebbe realizzarsi con l'estensione delle provvidenze alle categorie che attualmente sono escluse dalle assicurazioni e procedendosi ad una opportuna unificazione di tutta la materia assicurativa. Saranno così ancor meglio garantiti i lavoratori che si avviano verso i nuovi territorii dell'Impero e che possono veramente essere considerati come soldati dell'Italia imperiale.

* * *

Il Consiglio dei Ministri, nella seduta dell'11 dicembre, ha approvato uno schema di Regolamento per l'esecuzione del R. D. L. 17 agosto 1935-XIII n. 1765, concernente l'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

Il provvedimento detta le norme e stabilisce le formalità necessarie per l'applicazione della riforma legislativa dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Esso contiene disposizioni di particolare rilievo come quelle relative alle prestazioni economiche e sanitarie dell'assicurazione, che comportano una radicale innovazione nel regime della tutela infortunistica, affermandosi il principio dell'obbligo delle cure a favore degli infortunati per il ricupero della loro capacità lavorativa, e le altre della corresponsione dell'indennizzo in rendita, per compensare in maniera costantemente aderente il danno economico derivante dal sinistro.

Con l'approvazione di tale provvedimento la riforma della legge infortuni, che costituisce uno dei capisaldi che in materia di previdenza sociale ha fissato la dichiarazione XXVII della Carta del Lavoro, potrà al più presto entrare nella sua fase di applicazione.

* * *

Il 12 dicembre si è riunito il Consiglio d'amministrazione della Federazione nazionale fascista

delle Casse mutue di malattia dell'industria, al quale hanno partecipato i rappresentanti delle associazioni sindacali, del Partito, del Ministero delle Corporazioni, della direzione generale della Sanità pubblica e del Sindacato nazionale fascista dei medici. Il presidente, dopo aver riferito dettagliatamente sull'andamento dei servizi amministrativi, sanitari, statistici della Federazione e sulla gestione dell'E.N.A.T. e del fondo assistenza lavoratori dell'A. O. I., ha messo in rilievo come, attraverso l'opera di due anni, si sia cominciato a rimediare ai difetti che presentava questo settore del sistema assistenziale e previdenziale del Fascismo e si siano create le basi per affrontare i compiti che via via si vanno presentando all'azione della Federazione.

Il presidente in proposito ha illustrato l'attività svolta dagli uffici provinciali per assicurare l'assistenza ai 2.229.750 iscritti, soffermandosi in modo particolare sugli esperimenti dell'assistenza ai familiari e sulla funzione sociale degli ambulatorii delle Casse che potranno validamente affiancare l'opera degli uffici di collocamento per quanto riguarda una più accurata selezione per l'assegnazione dei lavoratori alle varie professioni. Notevole è, inoltre, l'attività nei confronti dei reduci dell'A. O. I. per i quali, attraverso le organizzazioni nazionali e quella creata « ex novo » nei territori dell'Impero, dove si sono aperti uffici ad Addis Abeba, Asmara, Massaua, Mogadiscio, Gondar, Harar, Dessiè, già si sono svolte 18.763 pratiche di malattia.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi delle malattie veneree.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica - Divisione VI C. - Sezione III) ha diramato ai Prefetti del Regno ed al Governatore di Roma la seguente circolare n. 143 in data 21 novembre 1936-XV:

La recente riunione tenutasi a Roma dalla Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, in seguito alla quale vennero formulati voti per l'incremento di taluni servizi antivenerei, dà motivo di prospettare alle EE. LL. alcuni punti che — fra gli altri — meritano particolare considerazione.

Dispensari antivenerei. — Le segnalazioni pervenute dalla predetta Società e che, per altro, trovano riscontro in analoghi rilievi accertati, in occasione di ispezioni compiutesi a cura di questo Ministero, denotano, nella maggior parte di dette istituzioni, deficienze e manchevolezze, attribuibili, fra l'altro, al mancato impiego, nelle spese di funzionamento da parte delle Amministrazioni interessate, di tutta la quota di loro spettanza, ai sensi delle disposizioni in vigore.

Ciò pregiudica le finalità igienico-sociali da perseguire, rendendo difficili, a causa della deficiente attrezzatura tecnica e terapeutica, la pronta diagnosi e la cura efficace degli individui, affetti da malattie veneree.

Occorre, pertanto, che le EE. LL. richiamino su quanto sopra le stesse Amministrazioni, perchè provvedano a fornire i dispensari di quanto occorre per il loro maggior rendimento pratico.

Ai fini economici, il funzionamento dei dispensari non dovrebbe essere autonomo, ma i medesimi si dovrebbero annettere ad istituti ospedalieri, che dessero il necessario affidamento, sia per locali che per suppellettile tecnica.

Accertamenti diagnostici. — Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici di laboratorio, microscopici e sierologici, si ricorda che — qualora il Dispensario non sia in grado di espletarli, specialmente per quanto attiene. alle prove sierologiche — rientra nelle normali attribuzioni delle Sezioni micrografiche dei Laboratori Provinciali d'Igiene e Profilassi di eseguirli gratuitamente, trattandosi di esami nell'interesse della pubblica profilassi.

Obbligo dell'assistenza gratuita dispensariale. — Si deve, in proposito, mettere in rilievo l'obbligo che incombe ai Dispensari sovvenzionati dallo Stato circa l'assistenza gratuita per tutti quelli che li frequentano, siano abbienti o poveri, giacchè, in caso contrario, si compie un abuso da parte di chi li dirige, anche in contrasto con i patti contrattuali fra il Ministero e l'Ente, che ne assume la gestione.

Propaganda educativa. — Non va trascurata, poi, la funzione sociale, devoluta ai dispensari, e, cioè, l'attiva propaganda da svolgersi dai dirigenti di essi, sia in occasione delle consultazioni cliniche, sia mediante distribuzione di opuscoli, decaloghi, stampe illustranti la difesa contro il pericolo venereo, sia infine mediante conversazioni spicciole che — analogamente a quanto sinora si è fatto — dovranno essere intensificate fra le organizzazioni giovanili e tra le masse operaie, previ accordi con le competenti Autorità, e sempre d'intesa con l'Ispettore Dermosifilografo Provinciale, dove egli esiste.

Addestramento teorico-pratico dei sanitari condotti. — Ai fini di un maggiore addestramento dei sanitari addetti ai servizi di condotta, dovrà essere favorita, quanto più possibile, la frequenza dei medesimi ai corsi di aggiornamento, che saranno eventualmente tenuti presso le RR. Cliniche Dermosifilopatiche Universitarie.

Pubblicità sanitaria. — Si richiama infine la personale attenzione delle EE. LL. sulla pubblicità sanitaria a mezzo della stampa o in qualsiasi altro modo. Al riguardo le EE. LL. vorranno vigilare affinchè ogni inserzione pubblicitaria riguardante sia i gabinetti medici che i preparati antivenerei, venga preventivamente autorizzata a norma di legge, tenendo presenti le istruzioni ripetutamente impartite, in modo da impedire ogni affermazione non consona alle acquisite conoscenze scientifiche sui metodi di profilassi e di cura delle malattie veneree.

Tornerà gradito un cenno di assicurazione dell'adempimento di quanto sopra e, a suo tempo, di ricevere notizie sulla effettiva azione spiegata per il miglioramento dei servizi, oggetto della presente circolare.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Conferimento di libere docenze.

Con la sessione dell'anno 1936 entrano in vigore le nuove norme sulla libera docenza, emanate col R. D. L. 20 giugno 1935, n. 1071.

Secondo tali nuove norme l'abilitazione alla libera docenza può essere concessa soltanto per quelle materie alle quali corrispondano insegnamenti costitutivi dalla Facoltà. La legge fissa quali siano tali insegnamenti costitutivi e quali siano gli insegnamenti complementari.

Il Ministero ha facoltà di determinare annualmente, per quali delle materie costitutive possa essere concessa la libera docenza. Il numero delle libere docenze che ogni anno possono concedersi, è anche fissato dal Ministero.

Ogni aspirante deve aver conseguito la laurea da almeno 5 anni; tuttavia da tale disposizione si può prescindere, come pure dal possesso della laurea, trattandosi di studiosi che abbiano più di 40 anni.

Le Commissioni giudicatrici saranno composte di cinque membri e il loro giudizio non sarà più un semplice giudizio di idoneità, ma un giudizio di carattere comparativo in modo che soltanto i più meritevoli, entro il numero fissato per ciascuna materia, potranno ottenere la libera docenza.

Nuove disposizioni del Consiglio dei Ministri.

Il Consiglio dei Ministri adunatosi il 9 dicembre ha approvato uno schema di decreto-legge contenente disposizioni aggiuntive alle norme sull'istruzione superiore.

Dette disposizioni riguardano:

a) la facoltà di assegnare ai Rettori delle Università e ai Direttori dei Regi Istituti superiori, una indennità annua, variabile da un minimo di L. 6000 a un massimo di L. 20.000;

b) la facoltà ai professori straordinari, che abbiano prestato servizio militare durante il periodo di straordinariato, di chiedere che il giudizio per la promozione ad ordinario sia ritardato di un periodo corrispondente alla durata del servizio stesso, senza che tale ritardo influisca sulla decorrenza della promozione;

c) la misura delle tasse scolastiche universitarie, la quale viene fissata in dipendenza del nuovo ordinamento didattico, non più in relazione alle Facoltà e Scuole, ma in relazione ai singoli corsi di laurea o di diploma;

d) la concessione della dispensa dalle tasse agli orfani, mutilati e invalidi di guerra e per la causa nazionale;

e) la facoltà di stabilire con ordinanza ministeriale norme speciali per il conseguimento dell'abilitazione alla libera docenza da parte di coloro, che, presentata la domanda nei termini prescritti, si trovino in A. O. I. per esigenze di carattere militare.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

MACERATA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 15 genn. Soli titoli scientifici; un posto di Medico Primario presso l'Ospedale Psichiatrico provinciale di S. Croce in Macerata. Stip. L. 11.400, quattro quadrienni L. 600, serv. att. L. 800, supplem. servizio attivo L. 1950, c.-v. Alloggio con illuminaz. e riscaldam. Età limite al 25 novembre, anni 35. Tassa L. 50,20. Rivolgersi all'Amm.ne Provinciale.

PIACENZA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 31 gen., ore 17; titoli ed esami; medico direttore del consorzio; stip. 27.000 e 5 quadrienni decimo, indennità trasferte; inibizione libero esercizio; è consentita la consulenza sulla specialità; età limite 40 anni al 25 nov. Chiedere copia del bando di concorso. Rivolgersi alla segreteria, via Garibaldi 50. È anche vacante il posto di assistente sanitaria visitatrice del Dispensario antitub. di Piacenza.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — È revocato il concorso a 3 posti di medico provinciale aggiunto di seconda classe indetto con Decreto Ministeriale 6 febbraio 1935. È aperto, con D. M. 25 sett. 1936, un concorso per esami a 13 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe; annuo stipendio di L 12.200, supplemento servizio attivo L. 2200, aggiunta di famiglia e relative quote complementari. Sono escluse dal concorso le donne. Età limite anni 30. Scad. 60 giorni dal 17 nov. Il decreto di concorso e il programma sono pubblicati sulla « Gazz. Uff. » n. 266 del 17 nov. Chiedere estratto. Rivolgersi al Ministero dell'Interno, Direzione generale della sanità pubblica.

ROMA. *Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori.* — Scad. 20 gennaio. Concorso per titoli e per esami a Primario del reparto chirurgico, Capo Servizio sezione Roentgen e Assistente del reparto fisioterapico. Stipendi L. 7800, L. 7500 e L. 4500. Età limite anni 45 per primario e capo servizio e anni 30 per assistente. Gli aspiranti che risiedono nelle Colonie, potranno presentare, ai fini dell'ammissione al concorso, entro il 20 gennaio la sola domanda con obbligo, però, di produrre tutti gli altri documenti prescritti non oltre il 20 febbraio. Per le altre condizioni chiedere annunzio.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Concorso ai posti di medico chirurgo assistente di II classe in atto vacanti ed a quelli che si rendessero vacanti entro il 30 giugno; età limiti 30 a 31 anni; stip. L. 3600 lorde; titoli ed esami; scad. 30 genn. 1937, ore 12; tassa L. 50. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

Premio « Tommaso De Amicis ».

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia bandisce un concorso al « Premio Tommaso De Amicis » per l'anno 1937.

Il premio di L. 2000, non divisibile, sarà assegnato all'autore del miglior lavoro, a giudizio della Commissione esaminatrice, sopra un tema, a scelta del concorrente, che rifletta un argomento della specialità dermosifilopatica. I concorrenti dovranno essere di nazionalità italiana. Modalità

consuete. I lavori dovranno essere fatti pervenire in piego postale raccomandato al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, piazza Campo Marzio 3, Roma (120), entro il 30 settembre 1937.

Per ogni ulteriore schiarimento rivolgersi al segretario della Società.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stata conferita la medaglia di bronzo al valor militare, per benemerenze in A. O., ai dottori: ten. med. Mario Anagni da Acuto (Frosinone), Luigi Cristini da Cologno al Serio (Bergamo), Luigi Mollo da Torino.

Una commissione nominata dal 2° Congresso internazionale di stomatoiatria ha assegnato un premio di lire mille, per un lavoro sul tema « Stomatoiatria sociale », al dott. Federico Lazzaro e alla dott.a Vittorina Petri.

Il concorso annuale fra medici argentini per il perfezionamento nell'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna è stato vinto dal dott. Domenico Muscolo, figlio d'italiani, laureato all'Università di Buenos Aires, capo-reparto nell'Istituto ortopedico argentino e medico aiuto nell'Ospedale italiano di Buenos Aires.

Il premio « Alberto Michelangelo Luzzatto » per un'opera di Clinica o Patologia almeno prevalentemente svolta presso il laboratorio d'analisi dell'Arcispedale S. Anna di Ferrara è stato assegnato per il 1936 ai dottori Giovanni Castagnari e Carlo Canella, ambedue di Ferrara.

Su proposta della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Milano, con Decreto Rettoriale 26 novembre 1936, il prof. Umberto Carpi è stato incaricato dell'insegnamento di tisiologia per l'anno accademico 1936-37.

NOTIZIE DIVERSE

Conferenze del prof. Di Tullio in Polonia.

Nei giorni 25 e 26 novembre, per iniziativa del Comitato Polonia-Italia e dell'Istituto di Diritto Penale di Leopoli, il prof. Di Tullio ha tenuto in tale città due conferenze, nell'aula grande dell'Università e dinanzi ad un folto pubblico di professori e di studenti, sui seguenti argomenti: « Moderni sviluppi della profilassi criminale e necessità di una sua organizzazione internazionale »; « La dottrina della costituzione delinquenziale della scienza nella giustizia penale ».

Il 28 novembre il prof. Di Tullio, per invito dell'Istituto Italiano di Cultura di Varsavia, ha ripetuto la sua conferenza sulla « Profilassi criminale » nella sede di tale Istituto, dinanzi ad un foltissimo pubblico di magistrati, di professori, di alti funzionari del Ministero della Giustizia e della Polizia e di avvocati. Presenti a tale conferenza erano anche l'Ambasciatore d'Italia ed il Sottosegretario alla Giustizia di Polonia.

Nei giorni 29-30 novembre e 1° dicembre, il prof. Di Tullio, per invito del Ministero della Giustizia e particolarmente della Direzione Generale degli Stabilimenti penitenziari, ha visitato alcuni stabilimenti penitenziari per minori ed adulti di Varsavia, ove ha potuto constatare i progressi che la Polonia va facendo in tale campo; ed ha inoltre presa conoscenza dell'organizzazione della Polizia femminile e dei Centri di osservazione per minori abbandonati traviati e delinquenti, da essa dipendenti.

Il prof. Di Tullio ha potuto constatare come grande sia l'ammirazione che ha la Polonia per tutto quanto si va facendo in Italia nel campo della prevenzione della criminalità; ed ha ottenuta la piena adesione della Commissione Centrale per le ricerche biologico-criminali del Ministero della Giustizia presieduta dal Direttore Generale delle carceri della Polonia, alla Federazione Internazionale fra le Società di scienze criminali di Roma, ed al Congresso Internazionale di Antropologia e psicologia criminale, del maggio 1937 in Roma.

Riforma degli studi medici in Francia.

L'« Associetion pour le développement des rélations médicales avec l'étranger » reca, nel n. 7, informazioni sulla recente riforma degli studi medici in Francia. La durata del corso è 7 anni, dei quali 1 preparatorio, destinato alle scienze fisiche, chimiche e naturali, 5 di studi medici e 1 di pratica ospedaliera. Gli studi medici riguardano, contemporaneamente, le discipline fondamentali e le cliniche; lo scopo di tale disposizione è che l'interesse alle discipline fondamentali risulta più vivo, se giornalmente ne vengono rilevate le applicazioni alla clinica. Il primo biennio di studi medici è destinato alle seguenti discipline: anatomia, fisiologia, istologia, embriologia, chimica e fisica mediche; nel 2° biennio si studiano batteriologia, parassitologia, medicina sperimentale; nel 5° anno igiene, medicina legale, farmacologia, terapia. In tutt'e cinque gli anni si frequentano le cliniche. Dopo il 2° anno lo studente può dare l'esame per « esterno » nei pubblici ospedali; se riesce, rimane negli ospedali per 4 anni; gli esterni possono, attraverso un altro esame più difficile, divenire « interni » di ospedali: questo grado ulteriore comporta privilegi e doveri. A

Parigi vi sono circa 800 tra interni ed esterni, su 4000 studenti di medicina. Gli studenti che non riescono a superare questi esami di ammissione nei grandi ospedali pubblici, devono frequentare altri ospedali. Le scuole di medicina sono collegate con gli ospedali della città, che moltiplicano le possibilità d'insegnamento: è così che il Dipartimento della Senna dispone di 35.000 letti utilizzabili per l'insegnamento.

I nuovi edifizi della Facoltà medica di Parigi.

. Il 3 dicembre si è svolta a Parigi una cerimonia per l'avviamento della costruzione dei nuovi edifizi della Facoltà di medicina. Parlarono il decano Roussy, il presidente del Consiglio municipale R. Laument e il ministro dell'educazione nazionale Jean Zay; poi venne effettuata la prima gettata di cemento.

I nuovi edifizi sorgeranno sull'immenso spazio lasciato libero dalla demolizione della « Charité ». Comporteranno notevoli ingrandimenti rispetto a quelli attuali: tra le nuove aule ve ne sarà una di 1500 posti. La parte centrale raggiungerà l'altezza di 9 piani. I lavori dovrebbero essere ultimati nell'ottobre 1938; la direzione di essi è affidata a quattro architetti rinomati.

Inaugurazione del corso di urologia in Roma.

Al Policlinico « Umberto I » di Roma è stato inaugurato ufficialmente il corso di Urologia; la cattedra di nuova istituzione è affidata al prof. Ermanno Mingazzini, primario degli Ospedali Riuniti ed incaricato dell'insegnamento della Clinica delle malattie delle vie urinarie alla R. Università di Roma.

Nella lezione inaugurale, cui assistevano il Senato Accademico, molti medici e gli studenti, il prof. Mingazzini ha tracciato una breve storia della urologia rivendicando a scienziati italiani la priorità di alcune scoperte nel campo della specialità, riscuotendo unanimi applausi dai presenti.

Azioni giudiziarie.

In una casa di salute per malattie mentali a Sceaux, presso Parigi, diretta dal dott. Reddon e dalla moglie, rimase ricoverata per circa 3 mesi una signorina, Louise Craigneau, che poi venne ritirata dalla famiglia, presso cui dimorò un paio di settimane; infine fu internata in un ospedale psichiatrico, a Bégard, in Bretagna, dove, dopo circa 8 mesi, ella dette alla luce un bambino. Ne è derivata una causa contro i coniugi Reddon, per mancata sorveglianza. Durante il processo è stata discussa la data del concepimento; in base a vari elementi, come il peso del bambino alla nascita (g. 4200), si è ammesso che il parto fosse a termine e che la gestazione si fosse iniziata nella Casa di salute. I coniugi Reddon sono stati condannati a corrispondere 20.000 franchi ai genitori della Craigneau, in risarcimento del danno morale; inoltre dovranno provvedere alle spese per l'allevamento del bambino, fino alla sua maggiore età, in ragione di 300 franchi mensili.

Il Tribunale correzionale della Senna (10ª Camera) ha condannato il farmacista Georges Auger, di Suresne, e il pubblicista J. Berrier, per esercizio illegale della farmacia e della medicina, in quanto quest'ultimo smerciava un prodotto (tedesco) valendosi del farmacista come presta-nome; per facilitare la vendita, egli dava consultazioni epistolari, facendo precedere il suo nome dalla sigla « Dr. ». Il pubblicista si è difeso dichiarando che questa sigla stava a significare « direttore ». e non « dottore ». Il farmacista, 77enne, riceveva 300 franchi mensili di compenso, mentre il Berrier realizzava guadagni ingenti: nel 1935 la sua cifra d'affari raggiunse 745.000 franchi, il che si spiega, dato che il prodotto, a base d'aglio, veniva venduto 50 franchi il flacone, mentre a lui ne costava meno di 4.

Un po' dovunque.

La Federazione della stampa medica latina terrà il suo 5° Congresso a Lisbona, durante le vacanze pasquali del 1938, sotto la presidenza onoraria del prof. Ricardo Jorge ed effettiva del prof. Reynaldo dos Santos. Segretario generale: dott. L.-M. Pierra, rue du Cherche-Midi 23, Paris VIe.

Il Congresso della Società di medicina e d'igiene coloniali, che doveva tenersi a Firenze in ottobre, è stato differito all'anno venturo, in epoca da destinarsi.

Il 7° Congresso annuale della Federazione delle società medico-scientifiche dell'Africa settentrionale si terrà in Algeri dal 22 al 24 marzo; tema: il tifo esantematico e le malattie affini; relatori: Burnet, Blanc, Donatien e Lestoquard, Gaud, Lemaire, Costantini. Sono ammesse comunicazioni libere. Facilità di viaggio sulle ferrovie francesi e algerine, sulle navi, per aeroplano e per idroplano. Rivolgersi ai segretari generali: prof. Senevet, Faculté de Médecine, Alger; dr. Sarrony, rue d'Isly 47-bis, Alger.

La Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia, adunatasi a Torino, ebbe a lumeggiare (l'11 ottobre) la necessità dell'assistenza o.-r.-l. nei territori del nuovo Impero, mediante reparti specializzati, che il Governo Fascista ha già stabilito d'istituire.

Un Congresso internazionale della popolazione si riunirà a Parigi dal 28 al 31 luglio. Temi: « Problemi quantitativi della popolazione »; « Metodi della demografia »: Teoria generale della popolazione: Demografia storica.

La Società Medico-Chirurgica Trevigiana si è adunata il 16 ottobre, sotto la presidenza del prof. A. Bozzoli, assistito dal segretario dott. M. Bortolozzi. Sono state fatte comunicazioni da: A. Cocco, M. Lovisatti, E. Gastaldo, A. Bozzoli, B. Giordani, M. Bertolozzi.

La « France Militaire » pubblica un articolo sulle provvidenze sanitarie attuate dall'Italia in A. O., per il suo corpo di spedizione, e ne mette in rilievo i magnifici risultati.

La « Gazzetta Ufficiale » del 27 nov. ha pubblicato un R. D. L. col quale vengono aumentati gli organici degli ufficiali medici del R. Esercito, nella seguente misura: 1 colonnello, 2 ten. colonnelli, 4 maggiori, 13 capitani, 9 subalterni.

Nel Belgio, con Decreto Reale del 19 novembre, si è assegnata una sovvenzione di circa 5 milioni e mezzo di franchi all'Opera nazionale dell'infanzia.

La missione malariologica italiana, di cui già demmo notizia, è partita da Addis Abeba, il 14 dicembre, per l'alta Somalia, a compiervi rilievi e studi in rapporto con le condizioni sanitarie delle varie regioni. Per volontà del Duce il centro di studi malariologici sarà stabilito in Addis Abeba, con stazioni avanzate di profilassi e di studio in tutte le zone suscettibili di colonizzazione metropolitana.

Il prog. G. Panegrossi ha tenuto all'Accademia Lancisiana di Roma una conferenza sul tema: « Sopra un nuovo metodo di cura della encefalite epidemica cronica », esponendo i risultati conseguiti, in due anni e mezzo nel Reparto Regina Elena al Policlinico, ove sono stati da lui curati più di 1200 infermi.

Il prof. Salvatore Cappellani ha tenuto a Napoli la prolusione al suo corso di clinica ostetrica e ginecologica, trattando il tema: « La maternità come fattore di sanità fisica e psichica delle razze ».

Il prof. Abrami, nuovo titolare della cattedra di patologia medica a Parigi, ha tenuto la sua lezione inaugurale il 27 novembre, sul tema: « Compito dei disturbi funzionali in patologia ».

Su invito del Ministero per la stampa e la propaganda, il prof. A. Missiroli ha tenuto una conferenza radiodiffusa negli Stati Uniti, sul tema: « La stazione sperimentale antimalarica e l'Istituto di Sanità pubblica ».

Nel Sanatorio antimalarico « Ettore-Marchiafava » di Roma, in occasione di un convegno d'insegnanti nelle scuole rurali dell'Agro Romano, il dott. Escalar, direttore del servizio sanitario nell'Agro, ha rievocato l'opera di Giovanni Cena e di Angelo Celli per le scuole e per l'assistenza sanitaria nella vasta zona ed ha poi tratteggiato l'attività degli insegnanti per la lotta antimalarica, da lui organizzata nel corso di un ventennio e della quale essi sono stati benemeriti coadiutori.

Il dott. Alcide Fraschini di Milano ha tenuto l'11 dicembre alla Sorbona di Parigi una conferenza sull'ormonosieroterapia testicolare (di cui avemmo già ad occuparci).

Il prof. Piero Capparoni è stato ricevuto da S. M. il Re Imperatore, cui ha presentato la pubblicazione, da lui recentemente curata, del « Tractatus de pulsibus » di Alfano, primo Arcivescovo di Salerno e medico del secolo XI.

Il Principe di Piemonte ha visitato in Roma la Città Universitaria e l'Istituto superiore di odontoiatria Eastmann.

Il sig. Carlo Berta, cancelliere del Tribunale di Milano, ha legato all'Ospedale Maggiore di questa città la somma di L. 51.900.

Gli Enti locali di Milano si sono assicurati la proprietà della Casa di cura di Asso, nella quale verranno raccolti e trattati gli affetti da postumi di encefalite.

Si è organizzato a New York un ambulatorio per le splenopatie, ad iniziativa dell'Ospedale Presbiteriano e dell'Ambulatorio Vanderbilt; vi sono addetti varî medici: A. O. Whipple, K. R. McAlpin, W. P. Thomson, L. M. Rousselot, D. N. Brown e R. H. E. Elliott *jr.*; tre prime note scientifiche sono pubblicate nel « Journ. A. M. A. » del 28 nov. 1936.

In occasione della nomina del prof. A. Gosset a socio dell'Accademia delle Scienze di Parigi, un gruppo di allievi ed amici gli ha offerto, il 28 novembre, una spada d'onore; la cerimonia si è svolta nell'ospedale della Salpêtrière; per gli stranieri parlò il prof. Daniel di Bucarest.

Nell'Ospedale della Pace di Napoli è stato inaugurato un busto a Tomaso De Amicis, insigne maestro della dermatosifilografia.

La Federazione corporativa dei medici della regione parigina, su relazione del dott. R. Mordagne, ha fatto voti per il ritorno all'antico limite d'età dei professori universitari, e ciò onde impedire che elementi di prim'ordine siano sottratti all'insegnamento e alla ricerca scientifica.

Una crociera nei paesi d'Oriente si svolgerà, per iniziativa di « Bruxelles-Medical », dal 18 marzo al 6 aprile, da e per Marsiglia; prezzo in 1ª classe fr. belgi 1835, in 2ª classe 1395; riduzione del 5 % per medici e loro famiglie. Informazioni dal: Bureau des crosières et voyages médicaux, bouleard Adolphe Max 29, Bruxelles, Belgio.

I giornali recano che un aeroplano addetto al servizio dell'Ambasciata di Francia in Madrid è stato abbattuto, ad un centinaio di chilometri da Madrid e che tra i feriti è il dott. Henry, rappresentante la Lega Internazionale delle Società della Croce Rossa di Ginevra.

Abbiamo dato notizia dei « fratelli siamesi » Godino, che dopo la morte di uno di essi, Lucio, sono stati separati chirurgicamente, nello « York Hospital » di New York; dopo alcuni giorni anche l'altro, Simplicio, è venuto a morte.

A Palermo la levatrice Anna Ferrari e lo studente in medicina Salvatore Recalmuto sono stati condannati rispettivamente a 7 ed a 5 anni di reclusione per procurato aborto seguìto da morte.

Corrigenda. — Nel fasc. scorso, p. 2286, 1ª colonna, l. 14, leggere: trofozoiti e forme sporulanti (rosette).

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 9 novembre al 15 novembre 1936: Morbillo 177 (927); Scarlattina 157 (407); Pertosse 83 (238); Varicella 121 (271); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea 258 (508); Infezioni paratifiche 43 (52); Febbre ondulante 26 (32); Dissenteria 11 (11); Difterite e croup 332 (646); Meningite cerebro-spinale epidemica 13 (15); Poliomielite anteriore acuta 29 (38); Encefalite letargica 1 (1); Anchilostomiasi 4 (14); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 42 (61), dichiarata — (—); Pustola maligna 21 (21); Parotite epidemica 66 (230); Leishmaniosi 2 (2); Febbre puerperale 41 (41).

Indice alfabetico per materie.

Il N. 52 contenente il frontespizio e l'Indice Generale sarà spedito nella prossima settimana.

Il N. 1 dell'annata XLIV uscirà il 4 gennaio 1937.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Annata 1936 · (Volume XLIII) **Numero 52 (fine)**

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI **FRANCESCO DURANTE**

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI **Clinico Medico di Roma**

Volume XLIII - Anno 1936

ABBONAMENTI ANNUI: 1º GENNAIO - 31 DICEMBRE

Singoli	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 100	L. 150
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 50 —	L. 60	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) ALLE TRE SEZIONI (pratica, medica e chirur.).	L. 125	L. 180

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6: della PRATICA L. 3,50

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1936

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per l'anno 1936

Agostini prof. Cesare - Perugia.
Alberti dott. Giuseppe - Sansepolcro.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Amalfitano dttt. Gabriele - Roma.
Amantea dott. Fausto - Roma.
Antognetti prof. Lorenzo - Roma.
Antonelli prof. Giovanni - Roma.
Antonioli dott. Gaudenzio M. - Torino.
Antonucci prof. Cesare - Roma.
Armenag dott. Sirunian - Città della Pieve.
Ascoli prof. Maurizio - Palermo.
Baggio prof. Gino - Pisa.
Barbèra dott. Giovanni - Roma.
Barbieri dott. Delfino - Pavia.
Baserga prof. Angelo - Catania.
Bendandi dott. Giuseppe - Bologna.
Besta dott. Bruno - Mogadiscio.
Bianchi dott. Giulio C. - Roma.
Bile prof. Silvestro - Napoli.
Blasucci dott. Paolo - Roma.
Bompiani prof. Roberto - Palermo.
Bonadies dott. Antonio - Roma.
Bonanni prof. Attilio - Roma.
Boschi prof. Gaetano - Ferrara.
Breccia dott. Angelo - Roma.
Buttafarri dott. Gaetano - Palermo.
Calabresi prof. Massimo - Milano.
Campellone dott. Pietro - S. Gimignano.
Canali dott. Giovanni - Roma.
Cannavò prof. Letterio - Palermo.
Caroli dott. Giulio - Molinella.
Caribotti dott. Alessandro - Rimini.
Casella dott. Giovanni - Reggio Calabria.
Castellani S. E. prof. sen. Aldo - Roma.
Cataldo dott. C. - Roma.
Catterina prof. Attilio - Genova.
Cavina prof. Giovanni - Firenze.
Chiasserini prof. Angelo Roma.
Ciaccio dott. Ivan - Messina.
Cicchitto dott. Angelo M. - Mogadiscio.
Ciddio dott. Domenico - Roma.
Ciminata prof. Antonino - Monza.
Clemente prof. Domenico - Oliveto Citra.
Colaneri dott. Silvio - Trivento.
Conte dott. Giannino - S. Bellino.
Corelli dott. Ferdinando - Roma.
Costanzi dott. Carlo - Roma.
Da Gradi prof. Ambrogio - Genova.
Davolio Marani dott. Bernardo - Modena.
De Antoni prof. Vittorio - Roma.
De Benedetti prof. Ettore - Asti.
Del Monte dott. Vincenzo - Pesaro.
De Negri dott. Ugo - Rovigo.
De Pol dott. Giuseppe - Cesena.
Dogliotti prof. Achille Mario - Modena.
Donaggio prof. Arturo - Modena.
Dotti dott. Enrico - Rovigo.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Durante prof. Luigi - Genova.
Fabri dott. Giuseppe - Roma.
Falasca dott. Francesco - Schiavi d'Abruzzo.
Ferraloro dott. Giuseppe - Firenze.
Ferretti dott. Tito - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Franchetti prof. Augusto - Firenze.
Frassineti dott. Pietro - S. Giovanni in Persiceto.
Frigimelica dott. Carlo - Belluno.
Frola dott. Enrico - Genova.
Frugoni prof. Cesare - Roma.
Galletta prof. Vincenzo - Messina.
Galli prof. Giovanni - Como.
Giugni prof. Francesco - Asmara.
Giupponi dott. Enrico - Roma.
Grella dott. Silvio - Comunanza del Littorio.
Greppi prof. Enrico - Catania.
Guazzeri dott. Gennaro - Napoli.
Guerricchio dott. Antonio - Matera.
Jerace prof. Felice - Roma.
Jona prof. Giuseppe - Venezia.
La Cava dott. Giuseppe - Roma.
Longo dott. Domenico - Roma.
Lucherini prof. Tommaso - Roma.
Lusena dott. Renato - Roma.
Maione dott. Mario - Roma.
Malato dott. Marco Tullio - Roma.
Mancioli dott. Giorgio - Milano.
Mariani dott. Giacomo - Mogadiscio.
Marino prof. Salvatore - Messina.
Mazzarella dott. Oreste - Roma.
Mazzolani prof. Domenico A. - Tripoli.
Meldolesi prof. Gino - Roma.
Mendes prof. Guido - Roma.
Messini prof. Mariano - Roma.
Michetti dott. Giuseppe - Roma.
Millul prof. Giorgio - Campiglia Marittima.
Minz dott. Salomone - Roma.
Moggia dott. Gaetano - Lido.
Molinari dott. Nazario - Roma.
Molinari Tosatti dott. Pietro - Roma.
Mondolfo prof. Emanuele - Cesena.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Mutolo dott. Pietro - Parma.
Nigrisoli prof. Bartolo - Bologna.
Nuvoli dott. Innocenzo - Roma.
Pasquali dott. L. - Pavia.
Paterni prof. Ludovico - Roma.
Pende prof. sen. Nicola - Roma.
Pergola prof. Mazzini - Roma.
Perilli dott. Giovanni - Roma.
Petrina dott. Enrico - Foiano della Chiana.
Picardi dott. Biagio - Sarnano.
Pieri dott. Gino - Udine.
Pirolli dott. Mario - Feltre.
Pisa dott. Manlio - Roma.
Pozzi prof. Arnaldo - Roma.
Puleo dott. Giuseppe - Bivona.
Riccioni dott. Bindo - Roma.
Rosa dott. Piero - Roma.
Sabatini prof. Giuseppe - Genova.
Salsano dott. Domenico Napoli.
Savarese dott. Ennio - Genova.
Schiassi prof. Benedetto - Bologna.
Sciacca dott. Ferdinando - Roma.
Scotti dott. Giuseppe - Roma.
Sega prof. Achille - Rimini.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Sisti dott. Marco Aurelio - Roma.
Soldi prof. Alberto - Padova.
Solieri prof. Sante - Forlì.
Spadaro dott. Salvatore - Favara.
Stornello dott.ssa Maria - Catania.
Tassi dott. Goffredo - Asmara.
Terzani prof. Alberto - Firenze.
Timpano dott. Pietro - Reggio Cal.
Torchiana dott. Luigi - Portoferraio.
Torelli dott.a Lia - Firenze.
Tommasi prof. Lodovico - Palermo.
Trabucchi dott. Cherubino - Padova.
Turco prof. Adalgiso - Casale Monfer.
Ugelli dott. Libero - Roma.
Valdoni prof. Pietro - Roma.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vicentini dott. Fernando - Roma.
Vio dott. Ericl - Roma.
Vitturelli dott. Dario - Trieste.
Wolff dott. Kurt - Milano.
Zagni prof. Luigi - Bologna.

INDICE GENERALE

VOLUME XLIII - 1936

Indice per rubrica

LEZIONI - PROLUSIONI - CONFERENZE

LAVORI ORIGINALI

NOTE E CONTRIBUTI

OSSERVAZIONI CLINICHE

DALLA PRATICA PER LA PRATICA

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

TECNICA CHIRURGICA

TECNICA DI LABORATORIO

RELAZIONI

DISSERTAZIONI

PROBLEMI NUOVI

PROBLEMI TERAPEUTICI

PROBLEMI CULTURALI

STUDI RIASSUNTIVI. — RIVISTE GENERALI.

MEDICINA SOCIALE

DIVAGAZIONI

RILIEVI E COMMENTI - RIVENDICAZIONI

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

BIOGRAFIE

CONGRESSI, ACCADEMIE, SOCIETÀ

NELLA VITA PROFESSIONALE

SUNTI E RASSEGNE; DIVAGAZIONI; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; SERVIZI IGIENICO-SANITARI; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; vedere l'Indice delle Materie.

CONCORSI; NOMINE; PROMOZIONI E ONORIFICENZE; CORRISPONDENZE; NOTIZIE DIVERSE; vedere alla fine dei fascicoli.

CENNI BIBLIOGRAFICI
NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE (*)

(*) Per comodità degli studiosi riportiamo l'elenco dei libri recensiti.

*

Indice alfabetico delle Materie

A

B

C

D

E

F

G

N

S

T

V

Z

Indice alfabetico degli autori

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Medica (periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XLIII (1936):**

LAVORI ORIGINALI.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Chirurgica (periodicità mensile) del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XLIII (1936):

MEMORIE ORIGINALI.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.